

STAVOVI I ZNANJE PRIMALJA O MEDIKAMENTOZNOM PREKIDU TRUDNOĆE: rad s istraživanjem

Osmančević, Vanessa

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:000634>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-01**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ
PRIMALJSTVO

Vanessa Osmančević

STAVOVI I ZNANJE PRIMALJA O MEDIKAMENTOZNOM PREKIDU

TRUDNOĆE: rad s istraživanjem

Završni rad

Rijeka, 2022.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
UNDERGRADUATE STUDY OF
MIDWIFERY

Vanessa Osmančević

**ATTITUDES AND KNOWLEDGE OF MIDWIVES ABOUT MEDICAL
TERMINATION OF PREGNANCY: research**

Final thesis

Rijeka, 2022.

Rijeka, 23. 5. 2022.

Odobrenje nacrt završnog rada

Povjerenstvo za završne i diplomske radove Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci
odobrava nacrt završnog rada:

PREKONCEPCIJSKA ZDRAVSTVENA SKRB I SAVJESNO PLANIRANJE
OBITELJI: rad s istraživanjem
PRECONCEIVED HEALTH CARE AND CONSCIENTIOUS FAMILY PLANNING:
research

Student: Marta Galešić

Mentor: Deana Švaljug, bacc. med. techn., mag. rehab. educ.

Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija
Preddiplomski stručni studij Primaljstvo - izvanredni

Povjerenstvo za završne i diplomske radove

Predsjednik Povjerenstva



Pred. Helena Štrucelj, dipl. psiholog – prof.

Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	
Studij	Preddiplomski stručni studij Primaljstvo
Vrsta studentskog rada	Završni rad
Ime i prezime studenta	Vanessa Osmančević
JMBAG	0351010520

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	STAVOVI I ZNANJE PRIMALJA O MEDIKAMENTOZNOM PREKIDU TRUDNOĆE: rad s istraživanjem
Ime i prezime mentora	Damir Čerimagić
Datum predaje rada	05.09.2022.
Identifikacijski br. podneska	1893844950
Datum provjere rada	06.09.2022.
Ime datoteke	STAVOVI I ZNANJE PRIMALJA O MEDIKAMENTOZNOM PREKIDU[7979].docx
Veličina datoteke	1.07M
Broj znakova	49,525
Broj riječi	8,046
Broj stranica	45

Podudarnost studentskog rada:

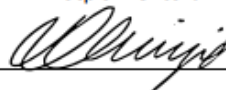
Podudarnost (%)	9
-----------------	---

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	08.09.2022.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum
08.09.2022.

Potpis mentora



Ime i prezime: Vanessa Osmančević
Radno mjesto: KB Sveti Duh
Adresa radnog mjesta: Ul. Sveti Duh 64, 10000, Zagreb
E-mail adresa: vanesss0@hotmail.com

Izjava mentora o etičnosti istraživanja za istraživanja niskog rizika

Izjavljujem i potpisom potvrđujem, kao mentor predloženog istraživanja Stavovi i znanje primalja o medicinskom prekidu trudnoće kojeg u izradi svog završnog rada provodi Vanessa Osmančević studentica Preddiplomskog stručnog studija primaljstva, kako je predloženo istraživanje u potpunosti u skladu s etičkim standardima propisanim za istraživanja u medicini i zdravstvu, uključujući osnove dobre kliničke prakse, Helsinšku deklaraciju, Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14), Zakon o zaštiti prava pacijenata Republike Hrvatske (NN 169/04, 37/08) i Zakon o zaštiti osobnih podataka (GDPR).

Kao mentor predloženog istraživanja obvezujem se nadzirati provođenje samog istraživanja, kao i izradu završnog rada pristupnika.

Preuzimajući punu odgovornost, te u skladu s navedenim primjerima Etičkog povjerenstva za biomedicinska istraživanja Fakulteta zdravstvenih studija, Sveučilišta u Rijeci, izjavljujemo da je predloženo istraživanje niskog rizika te se obvezujemo na njegovu provedbu u skladu s uobičajenim standardima dobre akademske prakse.

Ime i prezime, potpis (mentor/ica): Damir Čerimagić



Ime i prezime, potpis (kandidat/kinja): Vanessa Osmančević

Rijeka, 26.08.2022.

Mentor rada: Damir Ćerimagić, dr.med., predavač

Završni rad obranjen je dana _____ u/na _____

pred povjerenstvom u sastavu:

1. _____

2. _____

3. _____

SADRŽAJ

1. UVOD.....	10
1.1. Namjerni prekid trudnoće.....	11
1.1.1. Medikamentozni prekid trudnoće.....	12
1.1.1.1. Mifepriston.....	12
1.1.1.2. Mizoprostol.....	13
2. CILJEVI I HIPOTEZE.....	16
2.1. Ciljevi.....	16
2.2. Hipoteze.....	16
3. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE.....	17
3.1. Ispitanici/materijal.....	17
3.2. Instrumenatrij.....	17
3.3. Statistička obrada podataka.....	18
3.4. Etički aspekti istraživanja.....	19
4. REZULTATI.....	21
5. RASPRAVA.....	31
6. ZAKLJUČAK.....	34
7. LITERATURA.....	35
8. PRIVITCI.....	39
PRIVITAK A : Popis ilustracija.....	39
Privitak B. Online anketni upitnik.....	40

SAŽETAK

Pobačaj je spontani ili inducirani prekid trudnoće do 22. tjedna gestacije. Medikamentozni pobačaj je inducirani prekid trudnoće izazvan lijekovima. Medikamentozni prekid trudnoće izvodi se u bolnici u prisutnosti liječnika ginekologa i primalje asistentice. Vrlo je važno da primalja ima znanje i pozitivne stavove prema medikamentoznom prekidu trudnoće ukoliko sudjeluje prilikom njegovog sudjelovanja.

Cilj istraživanja: Ciljevi istraživanja u ovom završnom radu bili su istražiti znanje i stavove primalja prema medikamentoznom prekidu trudnoće u Republici Hrvatskoj. Specifični ciljevi istražili su preporučuju li primalje u Republici Hrvatskoj medikamentozni prekid trudnoće kao sigurniju opciju od pobačaja izvedenog mehaničkim/kirurškim putem, te istražiti koju razinu znanja iskazuju primalje u Republici Hrvatskoj o medikamentoznom prekidu trudnoće s obzirom na duljinu radnog staža i na razinu obrazovanja.

Ispitanici i metode: Istraživanje je provedeno u razdoblju od 29.06.2022. godine do 08.07.2022.. Podatci korišteni u istraživanju dobiveni su preko anketnog upitnika koji je bio podijeljen na stranicama Hrvatske komore primalja putem Google docs obrasca. U istraživanju su sudjelovala 132 ispitanika.

Rezultati: Prema dobi najzastupljenija dobna skupina ispitanika bila je od 20 do 30 godina u kojoj je bilo 76 ispitanika. Prema razini obrazovanja najviše je bilo prvostupnica primaljstva, njih 42. 87% ispitanica navelo je kako se susrelo s medikamentoznim prekidom trudnoće. 72% ispitanica smatra medikamentoznim prekidom trudnoće sigurnijim u odnosu na kirurški prekid trudnoće. Oko 75,8% primalja bi preporučile medikamentozni prekid trudnoće u odnosu na kirurški prekid trudnoće. Većina primalja, njih 55,3% smatra kako nije u redu odbiti pružiti skrb ženi koja zatraži namjerni prekid trudnoće. Primalje u veliko većini (62,8%) smatra kako nisu kompetentne samostalno obavljati namjerni prekid trudnoće.

Zaključak: Prema razini znanja primalje su pokazale zadovoljavajuću razinu znanja. Od ukupno 132 pristupnice koje su ispunile anketu, 118 (89,4%) ih pokazuje zadovoljavajuće znanje u vezi medikamentoznog prekida trudnoće. Najveću razinu znanja pokazuju primalje između 21 i 30 godina radnog iskustva. Više znanja o medikamentoznom prekidu trudnoće ipak imaju više obrazovane ispitanice.

Ključne riječi: stav, znanje, primalja, medikamentozni prekid trudnoće

ABSTRACT

Abortion is a spontaneous or induced termination of pregnancy up to the 22nd week of gestation. Medical abortion is an induced termination of pregnancy caused by drugs. Medical termination of pregnancy is performed in the hospital in the presence of a gynecologist and midwife assistant. It is very important that the midwife has knowledge and positive attitudes towards medical termination of pregnancy if she participates in its participation.

Research objective: The research objectives in this final paper were to investigate the knowledge and attitudes of midwives towards medical termination of pregnancy in the Republic of Croatia. The specific objectives were to investigate whether midwives in the Republic of Croatia recommend medical termination of pregnancy as a safer option than mechanical/surgical abortion, and to investigate the level of knowledge expressed by midwives in the Republic of Croatia about medical termination of pregnancy with regard to length of service and level of education.

Respondents and methods: The research was conducted in the period from June 29, 2022. until July 8, 2022. The data used in the research were obtained through a survey questionnaire that was distributed on the website of the Croatian Chamber of Midwives via a Google docs form. 132 respondents participated in the research.

Results: According to age, the most represented age group of respondents was from 20 to 30 years old, in which there were 76 respondents. According to the level of education, the majority were women with a bachelor's degree in midwifery, 42 of them. 87% of the respondents indicated that they had experienced a medical termination of pregnancy. 72% of respondents consider medical termination of pregnancy safer than surgical termination of pregnancy. About 75.8% of midwives would recommend medical termination of pregnancy over surgical termination of pregnancy. The majority of midwives, 55.3% of them, consider that it is wrong to refuse to provide care to a woman who requests an intentional termination of pregnancy. The vast majority (62.8%) of midwives believe that they are not competent to perform an intentional termination of pregnancy on their own.

Conclusion: According to the level of knowledge, the midwives showed a satisfactory level of knowledge. Out of a total of 132 applicants who filled out the survey, 118 (89.4%) showed satisfactory knowledge regarding medication termination of pregnancy. Midwives with 21 to 30

years of work experience show the highest level of knowledge. However, more educated respondents have more knowledge about medication termination of pregnancy.

Keyword: attitude, knowledge, midwife, medical abortion

1. UVOD

Pobačaj je spontani ili inducirani prekid trudnoće do 22. tjedna gestacije i/ili težine ploda manje od 500g. Inducirani pobačaj odnosi se na prekid trudnoće medicinskim ili kirurškim zahvatima prije nego što fetus postane održiv (1). U svijetu se godišnje obavi 38 milijuna induciranih pobačaja (2). Komplikacije koje proizlaze iz nesigurnog i spontano induciranih pobačaja prepoznate su u cijelom svijetu kao glavni problem javnog zdravlja i jedan su od važnih atributa koji utječu na morbiditet i smrtnost majki. Nadziranje i praćenje od strane educiranih zdravstvenih djelatnika od izuzetne je važnosti kod svih vrsta pobačaja uključujući i medikamentozni pobačaj. Medikamentozni pobačaj definira se kao prekid trudnoće pomoću lijekova. Kombinacija mifepristona i misoprostola predstavlja najčešći oblik tog postupka i poprilično je sigurna opcija kada se odvija uz prisustvo liječnika i medicinskog tima sa stopom uspješnosti 92% – 97% (3, 5).

Inducirani pobačaj predstavlja važno medicinsko pitanje. Jedna od dužnosti primalja je pružanje edukacije pacijenticama o različitim pitanjima kao što su pravna i etička pitanja vezana za pobačaj. Njihov stav može utjecati na stav žena. Odgovarajuće znanje pružatelja zdravstvenih usluga, posebice primalja, o dopuštenim slučajevima terapijskog pobačaja može smanjiti veliki broj pobačaja (5). Kao rezultat toga, može smanjiti neugodnosti koje nastaju za trudnice i njihove obitelji, kao i za medicinsko osoblje.

Dosadašnja provedena istraživanja na navedenu tematiku ukazuju kako primalje nemaju adekvatno ili nemaju dovoljno znanja o pobačaju. Istraživanje provedeno u 28 bolnica u Flandriji (sjeverna regija Belgije) ispitalo je znanje, stav i praksu flamanskih primalja u vezi s pobačajem (6). U istraživanju je sudjelovalo ukupno 647 primalja (53,9%) koje su radile u rodilištima, porođajnim i ginekološkim odjelima, odjelima za majku i novorođenčad (intenzivne) njege, prenatalnim konzultacijama i reproduktivnoj medicine (6). Podaci su bili prikupljeni pomoću polustrukturiranog upitnika, a rezultati su pokazali kako je prosječna ocjena znanja bila 6,31 od 10 (6). Znanje se češće ocjenjivalo kao adekvatno kada je pobačaj uključen u obrazovanje za primalje (31%). Primalje educirane o pobačaju češće su cijenile svoju ulogu u njezi pobačaja (98,8% naspram 94,1%) (6). Većina (72,4%) ispitanica smatrala je kako nema dovoljno znanja o pobačaju, a 89% ispitanica izrazilo je potrebu za dodatnom obukom (6). Istraživanje provedeno u Iranu (Isfahan) procjenjivalo je znanje i stavove primalja o zakonskim regulativama pobačaja. Ovo istraživanje je uključivalo prosječnu, deskriptivnu i analitičku studiju. U istraživanju je sudjelovalo

189 primalja koje rade u bolnicama, domovima zdravlja, privatnim ginekološkim klinikama i sveučilištima (7). Podaci su prikupljeni pomoću upitnika. Većina sudionika imala je izrazito nisko do umjereno (73%) znanje o predmetu istraživanja (7). Njihovi stavovi prema učinkovitoj provedbi pobačaja prema zakonskim regulativama bili su izrazito slabi do umjereni (68,72%) (7).

Do sada provedena istraživanja su usko povezana sa istraživačkim ciljevima koji će se ispitati. Cilj ovog istraživanja je istražiti znanje i stavove primalja o medikamentoznom prekidu trudnoće u Republici Hrvatskoj. Provođenje ovog istraživanja je značajno za primaljsku struku jer može predočiti važne činjenice o tome koliko primalje znaju o medikamentoznom prekidu trudnoće te koji su njihovi stavovi prema istome. Ovo istraživanje značajno će pridonijeti boljem razumijevanju problematike prekidanja trudnoće.

1.1. Namjerni prekid trudnoće

Pobačaj je prekid trudnoće prije nego što dijete može preživjeti izvan maternice. Općenito govoreći, fetus nema gotovo nikakve šanse za život ako teži manje od 1000 grama i ako je trudnoća kraća od 24 tjedna (8). U pokušaju da se riješi problem, Američki koledž opstetričara i ginekologa definirao je pobačaj kao izbacivanje ili vađenje cijele (potpune) ili bilo kojeg dijela (nepotpune) posteljice ili ovoja, sa ili bez pobačaja, prije 20. tjedna (prije 134 dana) trudnoće (8). Rani pobačaj je pobačaj koji se dogodi prije 12. tjedna trudnoće (84 dana); kasni pobačaj je pobačaj koji se dogodi nakon 12. navršenog tjedna, ali prije početka 20. tjedna trudnoće (85–134 dana) (8). U prošlosti je riječ abortus za nemedicinske osobe obično značila izborni prekid trudnoće, dok je "pobačaj" označavao spontano izbacivanje sadržaja maternice (8). Izraz spontani pobačaj rijetko se koristi u medicini.

Inducirani pobačaj je namjerni prekid trudnoće na bilo koji način prije 20. tjedna trudnoće (8). U medicinskoj terminologiji pobačaj može biti terapijski ili elektivni (dobrovoljni). Elektivni pobačaj je prekid trudnoće prije 20. tjedna trudnoće na zahtjev žene iz razloga koji nisu zdravstveni problemi majke ili bolesti ploda (8). Većina pobačaja u Sjedinjenim Državama obavlja se iz tog razloga.

Inducirani pobačaji mogu se izvoditi iz razloga koji spadaju u četiri opće kategorije: radi očuvanja života ili fizičkog ili mentalnog blagostanja majke; za sprječavanje dovršetka trudnoće koja je posljedica silovanja ili incesta; spriječiti rođenje djeteta s ozbiljnim deformitetom, mentalnim

nedostatkom ili genetskom abnormalnošću; ili kako bi se spriječilo rađanje iz društvenih ili ekonomskih razloga (kao što je ekstremna mladost trudne žene ili krajnje napeti resursi obiteljske jedinice) (8). Prema nekim definicijama, pobačaji koji se izvode radi očuvanja dobrobiti žene ili u slučajevima silovanja ili incesta su terapijski ili opravdani pobačaji (8). Od 12. do 19. tjedna može se koristiti injekcija fiziološke otopine za poticanje kontrakcija maternice; alternativno, primjena prostaglandina injekcijom, čepićima ili nekom drugom metodom može se koristiti za poticanje kontrakcija (8). Histerotomija, kirurško uklanjanje sadržaja maternice, može se koristiti tijekom drugog tromjesečja ili kasnije (8).

1.1.1. Medikamentozni prekid trudnoće

Medicinske metode prekida trudnoće pojavile su se kao alternativa kirurškom pobačaju otkrićem prostaglandina ranih 1970-ih (9). Medicinski pobačaj (ili medikamentozni pobačaj) je postupak u kojem se koriste lijekovi (lijekovi na recept) za prekid trudnoće (10). Ne zahtijeva operaciju i izvodi se do devetog tjedna trudnoće. To je alternativa aspiracijskom pobačaju (poznatom i kao aspiracijska kiretaža, sukcijska kiretaža, dilatacija i kiretaža, dilatacija i evakuacija ili kirurški abortus) (11). Uključuje uzimanje dvaju lijekova mifepristona i misoprostola. Mifepriston djeluje tako da blokira hormon progesteron (10). Mizoprostol uzrokuje grčeve i krvarenje pri pražnjenju maternice (10). Upotreba kombinacije mifepristona (antiprogesterona) i misoprostola (prostaglandina) primarna je metoda medikamentoznog pobačaja u Sjedinjenim Državama u trudnoćama do 77 dana (11 tjedana) trudnoće (11). Međutim, prekid trudnoće u prvom tromjesečju nakon 70 dana može rezultirati nižom učinkovitošću ili izraženijim simptomima krvarenja ili grčeva (12).

Kako je pružanje pobačaja pojednostavljeno i poboljšano, nekoliko zemalja bogatih resursima iskusilo je povećanu upotrebu medikamentoznog abortusa u usporedbi s aspiracijskim abortusom, poboljšan pristup metodama medikamentoznog abortusa i smanjenje komplikacija medikamentoznog abortusa (13). U zemljama u kojima su lijekovi za pobačaj (mifepriston/misoprostol) dostupni izravno u ljekarnama, umjesto da ih izda liječnik u ordinaciji, klinici ili bolnici, pobačaj se provodi u znatno ranijoj trudnoći (14). U Sjedinjenim Državama, pobačaj lijekovima činio je približno 40 posto svih pobačaja u 2018., a većina tih pobačaja obavljena je u ili prije 9 tjedana trudnoće (14).

1.1.1.1. Mifepriston

Mifepriston je sintetski steroid. To je lijek koji se najčešće koristi za medicinski izazvane pobačaje (15). Mifepriston se također može koristiti u upravljanju i liječenju Cushingovog sindroma i leiomioma maternice (15). U niskim dozama, mifepriston blokira progesteron kompetitivnim vezanjem njegovog unutarstaničnog receptora. U visokim dozama mifepriston blokira kortizol na glukokortikoidnom receptoru, čime se istodobno povećava količina cirkulirajućeg kortizola, koji kontrolira hiperglikemiju u bolesnika s Cushingovim sindromom (15). Značajne nuspojave na mifepriston uključuju bakterijske infekcije i produljeno, teško menstrualno krvarenje. Mifepriston je kontraindiciran u bolesnika s: izvanmaterničnom trudnoćom, preosjetljivošću na prostaglandine, nedijagnosticiranim bubrežnim tumorima, istodobnom primjenom IUD-a, hemoragijskim poremećajima i teškom anemijom (15).

U slučaju prekida trudnoće mifepriston djeluje prekidanjem progesterona. Progesteron je primarni hormon u pripremi endometrija za implantaciju, kao i za senzibiliziranje tijela na učinke prostaglandina povećanjem njihove sinteze i smanjenjem njihovog metabolizma (16). Povećanje prostaglandina rezultira menstrualnim krvarenjem, prekidom endometrija, a potom i prekidom trudnoće (16). Općenito, mifepriston je dostupan kao oralna tableta u pripravcima od 200 mg i 300 mg. Za sve gore navedene indikacije, mifepriston se daje oralno. Za prekid trudnoće, doziranje mifepristona treba biti jednokratna doza od 200 mg (15). Za hitnu postkoitalnu kontracepciju, 600 mg treba dati oralno u jednoj dozi unutar sedamdeset i dva sata od spolnog odnosa (15). U liječenju leiomioma maternice, 25 do 50 mg jednom dnevno oralno može pomoći u smanjenju veličine fibroida (15).

Dugotrajno, teško krvarenje nakon uzimanja mifepristona je mogućnost koja se temelji na mehanizmu djelovanja lijeka. Mifepriston potiče proliferaciju endometrija, što dovodi do zadebljanja endometrija i obilnijeg vaginalnog krvarenja. Krvarenje se očekuje u prosjeku 9-16 dana nakon prekida trudnoće. Proizvođač opisuje prekomjerno krvarenje kao namakanje kroz 2 debela jastučića svaki sat (17). Ako dođe do prekomjernog krvarenja, to može ukazivati na nepotpuni pobačaj ili druge komplikacije (17). U tim slučajevima, praćenje hipovolemičnog šoka postaje važno (17).

1.1.1.2. Mizoprostol

Misoprostol, sintetski analog prostaglandina E1, u početku se koristio za prevenciju peptičkog ulkusa (18). U posljednja dva desetljeća misoprostol se pokazao učinkovitim sredstvom za prekid

trudnoće u različitim gestacijama, sazrijevanju grlića maternice, indukciji poroda u terminskoj trudnoći i mogućem liječenju postporođajnog krvarenja (18). Čini se da kombinacija mifepristona i misoprostola za prekid trudnoće u drugom tromjesečju ima najveću učinkovitost i najkraći vremenski interval pobačaja. Kada mifepriston nije dostupan, samo misoprostol je dobra alternativa. Misoprostol, 400 µg koji se daje vaginalno svakih 3-6 sati, vjerojatno je optimalni režim za pobačaj u drugom tromjesečju (18). Više od 800 µg misoprostola vjerojatno će izazvati nuspojavu, osobito proljev (18). Iako se misoprostol može koristiti kod žena s ožiljkom na maternici za prekid trudnoće u drugom tromjesečju, preporučuje se da žene s ožiljkom na maternici primaju niže doze i ne udvostručuju dozu ako nema početnog odgovora (18). Za nas je također važno prepoznati povezane teratogene učinke misoprostola i potrebna je temeljita konzultacija prije propisivanja ovog lijeka pacijentima u vezi s tim rizicima, osobito kada dođe do neuspjelog pobačaja (18).

Misoprostol je nakon uvođenja od 1986. godine postao naširoko korišteno sredstvo za pobačaj, osobito od strane žena u zemljama u kojima je pobačaj bio protuzakonit ili ograničen u posebnim uvjetima (19). Godine 1987. objavljeno je prvo izvješće o potencijalnom učinku misoprostola na prekid trudnoće (19), djelomični ili potpuni pobačaj, vaginalno krvarenje i omekšavanje cerviksa bili su značajno povećani nakon uporabe misoprostola. Drugo izvješće o zlouporabi misoprostola za ilegalni pobačaj objavljeno je 1991. (19). Zapravo, većina tih publikacija dolazi iz Brazila i drugih zemalja Južne i Srednje Amerike (19). Niža cijena, praktičnost korištenja i manje traumatično od ostalih metoda pobačaja razlozi su zlouporabe (18).

Bilo je istraživanja koji govore o korištenju kombinacije mifepristona i misoprostola, što bi moglo ubrzati srednje vrijeme pobačaja i poboljšati učinkovitost. Autori Ashok i Templeton (20) pregledali su 500 uzastopnih slučajeva medicinskog pobačaja u drugom tromjesečju trudnoće i zaključili su da kombinacija mifepristona praćena misoprostolom pruža neinvazivan i učinkovit režim za ovu indikaciju. Drugo istraživanje pokazalo je da kombinacija mifepristona praćenog misoprostolom može postići visoku stopu uspješnosti (95,9%) pobačaja unutar 24 sata, a prosječno vrijeme pobačaja bilo je 6 sati (21). Prosječno vrijeme pobačaja nakon primjene misoprostola kretalo se od 5,4 sata do 10 sati (18). Uobičajeno vrijeme primjene misoprostola nakon mifepristona za medicinski pobačaj u drugom tromjesečju je 36-48 sati (18). U istraživanju koje su proveli Wonga i suradnici (22) sugerira se da se misoprostol može primjenjivati u intervalima

duljim od 3 sata kako bi se smanjile njegove nuspojave, a 3-satni režim pruža značajno kraći interval pobačaja i veći postotak uspješnog pobačaja unutar 48 sati nego skupina sa 6-satnim intervalima (22). Druga pilot studija iz Tajvana pokazala je da je oralna primjena 200 µg misoprostola u intervalima od sat vremena također obećavajuća metoda za prekid trudnoće u srednjem tromjesečju, interval indukcije do poroda bio je 12,0 sati s 81,3% žena koje su imale vaginalni porod unutar 24 sata, i nuspojave nisu značajno povećane (23). Najnovija Cochrane baza podataka pregledala je četiri randomizirana kontrolirana ispitivanja za prekid trudnoće u srednjem tromjesečju (12-28 tjedana trudnoće) po mogućnosti korištenjem tableta misoprostola u intervalima od 3 sata (24). Većina ovih studija koristi misoprostol s vremenskim intervalom od 3 sata do 6 sati, a njihov rezultat je imao dobru stopu pobačaja i kratki interval indukcije na pobačaj. Čini se da je interval od 3-6 sati dobar izbor za prekid u sredinom tromjesečja (24).

2. CILJEVI I HIPOTEZE

2.1. Ciljevi

Ciljevi istraživanja:

1. Istražiti preporučuju li primalje u Republici Hrvatskoj medikamentozni prekid trudnoće kao sigurniju opciju od pobačaja izvedenog mehaničkim/kirurškim putem.
2. Istražiti preporučuju li primalje više medikamentozni prekid trudnoće u odnosu na prekid trudnoće izveden mehaničkim/kirurškim putem.
3. Istražiti stavove primalja u Republici Hrvatskoj o medikamentoznom prekidu trudnoće
4. Istražiti koliko znanje iskazuju primalje u Republici Hrvatskoj o medikamentoznom prekidu trudnoće s obzirom na duljinu radnog staža
5. Istražiti koliko znanje iskazuju primalje u Republici Hrvatskoj o medikamentoznom prekidu trudnoće s obzirom na razinu obrazovanja

2.2. Hipoteze

Hipoteze:

1. Primalje u Republici Hrvatskoj metodu medikamentoznog prekida trudnoće preporučuju kao sigurniju od prekida trudnoće izvedenog mehaničkim/kirurškim putem.
2. Primalje u Republici Hrvatskoj u većem broju preporučuju medikamentozni prekid trudnoće.
3. Primalje u Republici Hrvatskoj imaju pozitivne stavove o medikamentoznom prekidu trudnoće.
4. Primalje s većim radnim stažom iskazuju veće znanje u svezi medikamentoznog prekida trudnoće od primalja s kraćim radnim stažom.
5. Primalje s višom razinom obrazovanja iskazuju veće znanje u svezi medikamentoznog prekida trudnoće u odnosu na primalje s nižom razinom obrazovanja.

3. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE

3.1. Ispitanici/materijal

Istraživanje je provedeno putem on-line anonimnog anketnog upitnika od 29.06. 2022. do 08.07. 2022. Anketa je bila objavljena na Facebook grupi „Hrvatska komora primalja“ i web stranicama „Hrvatske komore primalja“ s pozivom na uključivanje primalja u ovo istraživanje. Metoda uzrokovanja koja je korištena u ovom istraživanju bio je prigodni uzorak, odnosno namjerni uzorak koji je uključivao stručnjake odnosno primalje koje dobro poznaju navedenu tematiku.

3.2. Instrumenatrij

U izradi ovog završnog rada korišteni su primarni i sekundarni izvori podataka. Primarni dio podataka sastojao se od ispunjavanja anketnog upitnika i obrade i objave njegovih rezultata. Podaci za istraživanje prikupljeni su putem anketnog upitnika kreiranog putem Google Docs. Anketni upitnik izrađen je samo za potrebe ovog istraživanja od strane autora ovog istraživanja, a samo istraživanje provedeno je tijekom lipnja 2022. godine. Prvi dio anketnog upitnika sastoji se od sociodemografskih podataka (dob, stupanj obrazovanja i godine radnog iskustva). Drugi dio anketnog upitnika sastoji se od pitanja koja su usmjerena na ispitivanje znanja i stavova primalja o medikamentoznom prekidu trudnoće. Stavovi primalja izražavaju se kroz pitanja od 4. do 9. Iskazivanje stavova primalja odnosi se na tvrdnje da li bi prije preporučile medicinski prekid trudnoće u odnosu na kirurški prekid trudnoće, smatraju li da je medicinski prekid trudnoće sigurniji u odnosu na kirurški prekid trudnoće, smiju li odbiti pružiti skrb ženi koja zatraži namjerni prekid trudnoće i da li bi uz nadzor liječnika mogle samostalno i legalno obavljati prekid trudnoće u prvom tromjesečju. Stavovi ispitanica u ovim pitanjima iskazuju sa odgovorima zatvorenog tipa DA ili NE. Pitanja od 1. do 6. mjere znanje, na njih se odgovara sa TOČNO ili NETOČNO. Pitanja koja se odnose na znanje su medicinski pobačaj se definira kao prekid trudnoće pomoću lijekova, mifepriston u kombinaciji s mizoprostolom najčešći je oblik medikamentoznog prekida trudnoće, dovršenje trudnoće lijekovima manje je rizičan način od kirurškog dovršenja i u prosjeku je potrebno 1 do 3 dana da se pacijentice vrate u normalnu životnu i radnu aktivnost nakon uspješnog medikamentoznog pobačaja.

Anketa je bila putem Google docs obrasca podijeljena na stranicama Hrvatske komore primalja gdje su primalje individualno ispunjavale anketu. Odgovori ispitanika automatski su bilježeni i spremni na navedenoj platformi. Ispitanici su dobili upute da je za ispunjavanje ankete potrebno

10 minuta, ispunjavanje je tajno, a rezultati istraživanja koristiti će se u izradi završnog rada i objavu u znanstvenim časopisima.

Upitnik je izrađen samo za potrebe ovog istraživanja. Online ispunjavanjem anketnog upitnika ispitanici imaju potpunu privatnost i povjerljivost podataka. Na početku ispunjavanja upitnika ispitanici su bili obaviješteni o anonimnosti upitnika. Pristupanje upitniku bilo je dobrovoljno. Pitanja u upitniku su zatvorenog tipa i ispitanicima su omogućavala brzo odgovaranje. Kao mogući problem ovog istraživanja mogu biti neiskreni odgovori koji bi mogli dovesti do krivih rezultata istraživanja. Za sve probleme tijekom rješavanja ovog upitnika ispitanici su se mogli javiti samom autoru anketnog upitnika putem e-pošte.

3.3. Statistička obrada podataka

Cilj ovog istraživanja je ispitati znanje i stavove primalja o medikamentoznom prekidu trudnoće u Republici Hrvatskoj. U svrhu ovog istraživanja koristit će se anketna pitanja u kojima će zavisnu varijablu predstavljati tvrdnja kako primalje u Republici Hrvatskoj metodu medikamentoznog prekida trudnoće preporučaju kao sigurniju od prekida trudnoće izvedenog mehaničkim/ kirurškim putem. U svrhu ispitivanja hipoteza, koristit će se prikupljeni kvalitativni i kvantitativni podaci te se će provesti statistička analiza.

Primarno će se u obliku kružnog dijagrama prikazati udjeli sudionika u ispitivanju prema dobi. Nakon toga će se provest hi-kvadrat testiranje u kojem će se u kontingencijskoj tablici prikazati sve moguće kombinacije zajedničkog pojavljivanja razine obrazovanja i godina radnog iskustva. Hi-kvadrat test ne provodi se zbog usporedbe podataka, već za dokazivanje nezavisnosti dviju varijabli (8). Kako bi se ispitala prva hipoteza koja navodi kako primalje u Republici Hrvatskoj metodu medikamentoznog prekida trudnoće preporučaju kao sigurniju u odnosu na prekid trudnoće kirurškim putem, grafički će se prikazati podaci prikupljeni u sklopu 5. pitanja "Smatrate li da je medicinski prekid trudnoće sigurniji u odnosu na kirurški prekid trudnoće". Nadalje, kako bi se ispitala druga hipoteza, grafički se prikazati podaci u sklopu 4. pitanja "Biste li prije preporučili medicinski prekid trudnoće u odnosu na kirurški prekid trudnoće."

Kako bi se ispitala treća hipoteza, višestrukim stupčastim dijagramom prikazat će se odgovori. Tim pitanjima ispitat će se jesu li se ispitane primalje susrele s medicinskim prekidom trudnoće, smatraju li da je u redu odbiti pružiti skrb ženi koja zatraži namjerni prekid trudnoće, smatraju li

da bi primalje uz nadzor liječnika mogle samostalno i legalno obavljati prekid trudnoće u prvom tromjesečju te smatraju li da prekid trudnoće ostavlja trajne posljedice na ženu.

Idući dio statističke analize odnosi se na pitanja kojim se u upitniku ispituje znanje sudionika. Prema postavljenim hipotezama 4 i 5, smatra se kako primalje s većim radnim stažom iskazuju veće znanje u svezi medikamentoznog prekida trudnoće od primalja s kraćim radnim stažom te da primalje s višom razinom obrazovanja iskazuju veće znanje u svezi medikamentoznog prekida trudnoće u odnosu na primalje s nižom razinom obrazovanja. Kao što je već je ranije navedeno, znanje ispitanika ispituje upitnikom pitanjima od 1. do 6. Točan odgovor na pojedino pitanje vrednovat će se s 1, a netočan s 0. Radi utvrđivanja znanje ispitanika koristit će se model Gaussove ili normalne raspodjele. Gaussova krivulja je specifična zbog toga jer se 50% podataka nalazi na jednoj strani krivulje, a 50% na drugoj strani krivulje, odnosno radi se o simetričnoj raspodjeli (9). Kako bi ispitanici pokazali dovoljno znanje o medikamentoznom prekidu trudnoće, potrebno je točno odgovoriti na pola od šest ponuđenih pitanja, a to će se izračunati pomoću aritmetičke sredine. Obzirom da je aritmetička sredina 3, može se zaključiti kako će interval do tri točna odgovora još uvijek predstavljati nedovoljno znanje o medikamentoznom prekidu trudnoće, ali interval od četiri do šest točnih odgovora će označavati dovoljno znanje o medikamentoznom prekidu trudnoće.

Po završetku upitnika, kod obrade prikupljenih podataka o znanju sudionika, biti će potrebno utvrditi koliki je udio ispitanika koji su pokazali dovoljno znanje, a koliki je udio onih koji su pokazali nedovoljno znanje o metodi medikamentoznog prekida trudnoće te podatke prikazati grafički na kružnom dijagramu.

Podaci iz anketnog upitnika obradit će se metodama deskriptivne statistike, a podaci će se prikazati putem dijagrama, tabelarnih prikaza i izračuna. Analiza dobivenih podataka izvršit će se pomoću programa Excel i potkrijepiti će se literaturom iz statistike i statističke analize podataka.

3.4. Etički aspekti istraživanja

Etički aspekti istraživanja usmjereni su na pravovremeno obavješćavanje ispitanika, zaštitu identiteta sudionika i povjerljivost podataka. Za ovo istraživanje nije zatražena suglasnost Etičkog povjerenstva za biomedicinska istraživanja Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci jer je istraživanje niskog rizika. Istraživanje se provodi online, niskog je rizika i ne izaziva štetu i nelagodu što potvrđuje potpisana izjava mentora u privitku.

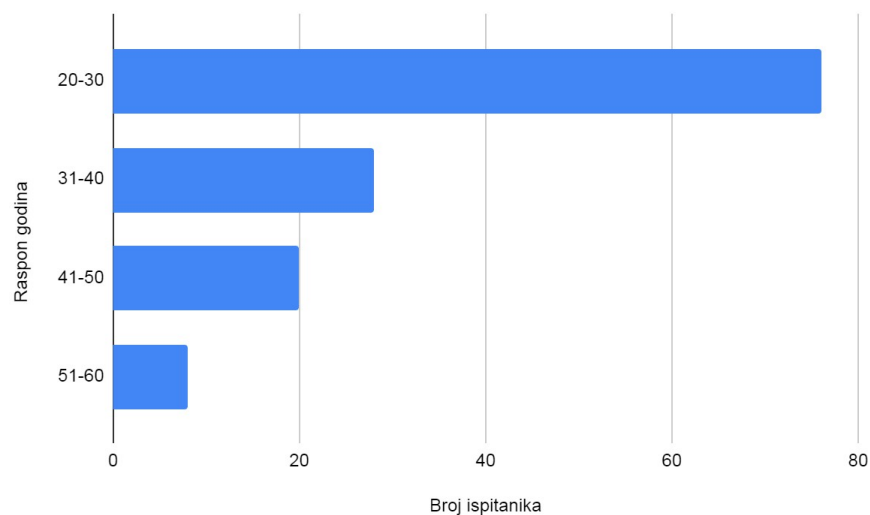
Na početku upitnika nalazila se obavijest za ispitanike. U obavijesti su ispitanici obavješteni o razlogu ispunjavanja ankete, time su potvrdili anonimnost i dobrovoljno pristupanje ispitivanju. Klikom na ikonu pristanka na sudjelovanje u istraživanju otvarao se upitnik, i to se smatralo pristankom (suglasnošću) na sudjelovanje u ovom istraživanju.

Ispitanicima je tijekom istraživanja osigurana anonimnost. Prikupljeni podaci su u digitalnom obliku pohranjeni na računu administratora i Excel tablicama u računalu istraživača, zaštićeni lozinkom. Pristup podacima ima samo istraživač.

4. REZULTATI

Online anketa trajala je od 29.06.2022. godine do 08.07.2022., a ukupno je 132 ispitanika koji su pristupili anketi. U prvom dijelu prezentiranja i analize rezultata istraživanja iznijeti će se statistički podaci vezani uz dob, radno iskustvo, stručnu spremu i susret s medikamentoznim ili kirurškim/mehaničkim prekidom trudnoće. Nakon toga utvrdit će se stavovi i znanja primalja o medikamentoznom prekidu trudnoće te će se daljnjim usporednim analizama ispitati hipoteze.

Grafikon 1 Starost ispitanika



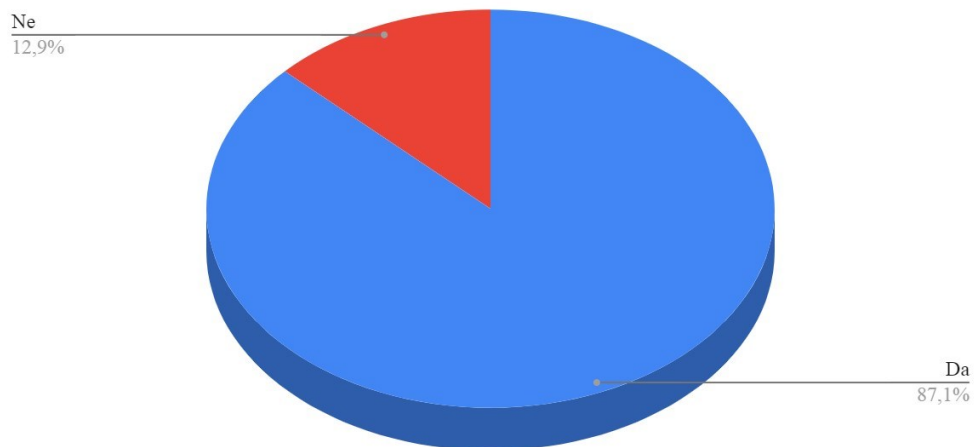
Slika 1. Dobna raspodjela ispitanika

Slika 1 prikazuje starost ispitanika koji su bili podijeljeni u dobne skupine. Primjetno je kako je najveći dio primalja koje su odgovorile na ovo pitanje zapravo u najnižoj starosnoj skupini između 20 i 30 godina, njih 76. Drugi najveći udio čine primalje od 31 do 40 godina, njih 28, zatim 20 primalja u rasponu od 41 do 50 godina života, te 8 njih koje su starije od 50 godina.

		Godine radnog iskustva ispitanika				Ukupno
		0-10	11-20	21-30	31-40	
Razina obrazo- vanja	Primalja	11	18	6	5	40
	Primalja - asistentica	36	3	0	0	39
	Primalja prvostupnica	30	6	5	1	42
	Magistra primaljstva	5	3	2	1	11
Ukupno		82	30	13	7	132

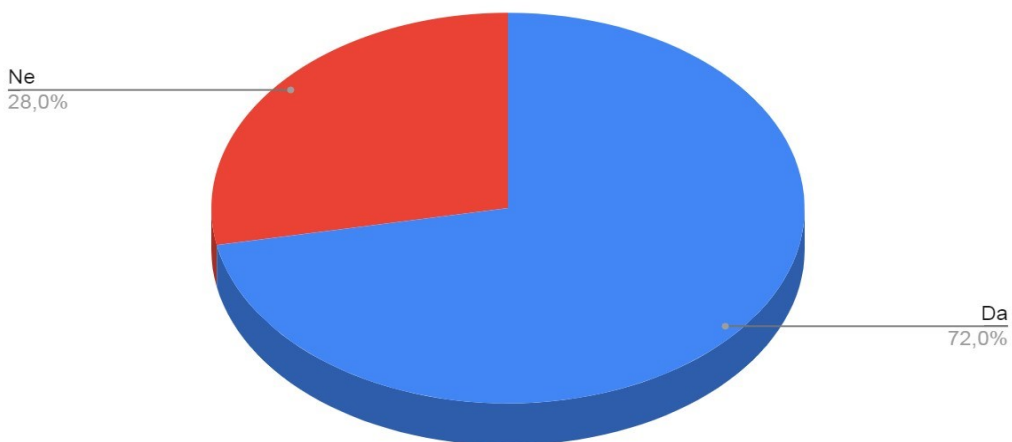
Slika 2. Hi-kvadrat test odnosa razine obrazovanja i godina radnog iskustva

Slika 2 prikazuje broj ispitanika koji su pristupili anketi prema razini obrazovanja usporedno s godinama radnog iskustva. Tako se može vidjeti kako je najveći udio primalja koje su prvostupnice primaljstva, njih čak 42, dok je prema godinama radnog iskustva najveći udio ispitanica s manje od 10 godina radnog iskustva. Druga najveća skupina prema razini obrazovanja su primalje, njih ukupno 40, a najveći dio njih ima između 11 i 20 godina iskustva. Najmanje ih je u skupini magistra primaljstva, svega 11 ispitanica prema razini obrazovanja, a najviše, njih 5 ima manje od 10 godina radnog iskustva. Može se zaključiti kako razina obrazovanja nije direktno povezana s godinama radnog iskustva. Primjetno je kako su anketi pristupile u principu primalje s višim razinama obrazovanja, ali manje od 10 godina radnog iskustva.



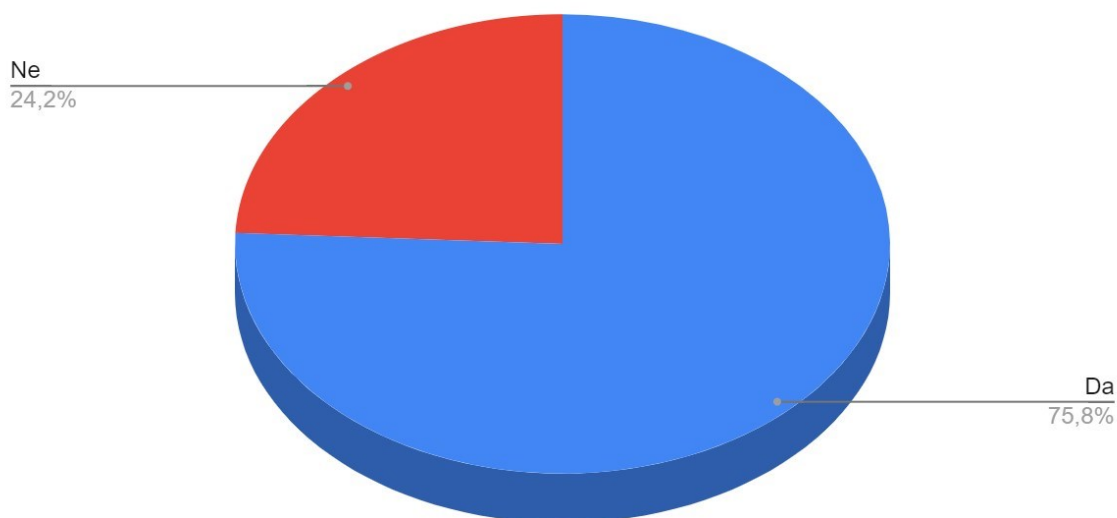
Slika 3. Susret ispitanika s medikamentoznim prekidom trudnoće

Slika 3 prikazuje udio ispitanica koje su se do sada susrele s medikamentoznim prekidom trudnoće. Zanimljivo je iščitati kako se nešto više od 87% ispitanica susrelo s medikamentoznim prekidom trudnoće, a samo 12,9% nema iskustvo medikamentoznim prekida trudnoće.



Slika 4. Smatrate li da je medikamentozni trudnoće sigurniji u odnosu na kirurški prekid trudnoće

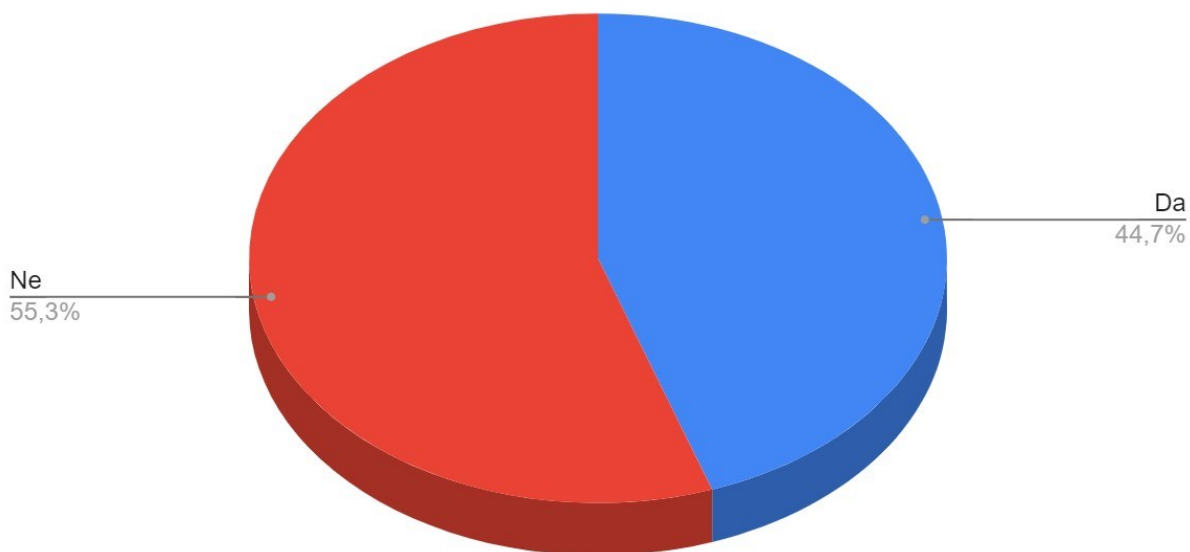
Slika 4 prikazuje mišljenje ispitanica o sigurnosti medikamentoznom prekida trudnoće u odnosu na kirurški prekid. Odgovori kažu kako 72% ispitanica smatra medikamentozni prekid trudnoće sigurnijim u odnosu na 28% ispitanica koje sigurnijim smatraju kirurški prekid trudnoće. Obzirom da je prethodnim pitanje, jesu li se susrele s medicinskim prekidom trudnoće, 87,1% ispitanica reklo da, zamjetna je razlika u potencijalnom povjerenju u medikamentoznim trudnoće. Također, trebalo bi napomenuti da je pregledom svih odgovora utvrđeno kako 5 ispitanica od 19 koje su na ovo pitanje odgovorile sa “Ne” zapravo nije ni imalo susret s medikamentoznim prekidom trudnoće, a pokazale su razinu znanja od 4 i 5 bodova od ukupnih 6.



Slika 5. Biste li prije preporučili medikamentozni prekid trudnoće u odnosu na kirurški prekid trudnoće

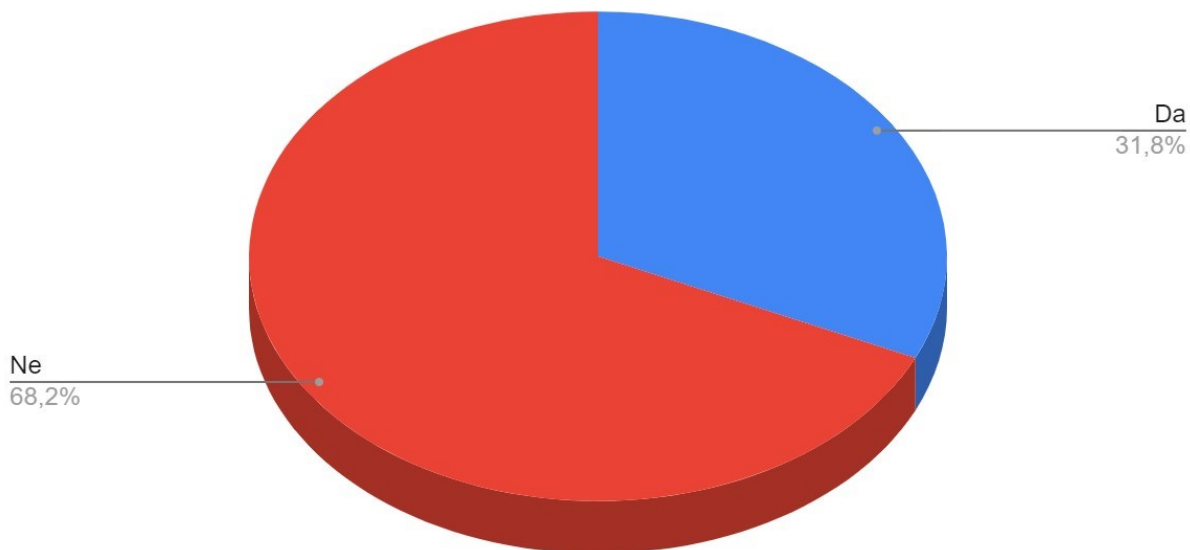
Iz slike 5 može se iščitati kako je znatno veći udio primalja, njih 75,8% koje su odgovorile na anketu spremno preporučiti medikamentozni prekid trudnoće u odnosu na kirurški prekid trudnoće. Ukupno 24,2% ispitanica ne bi predložilo medikamentozni prekid trudnoće ispred

kirurškog prekida trudnoće. Valja istaknuti kako manji dio ispitanica koje su negativno odgovorile na ovo pitanje nije imalo susret s medikamentoznim prekidom trudnoće.



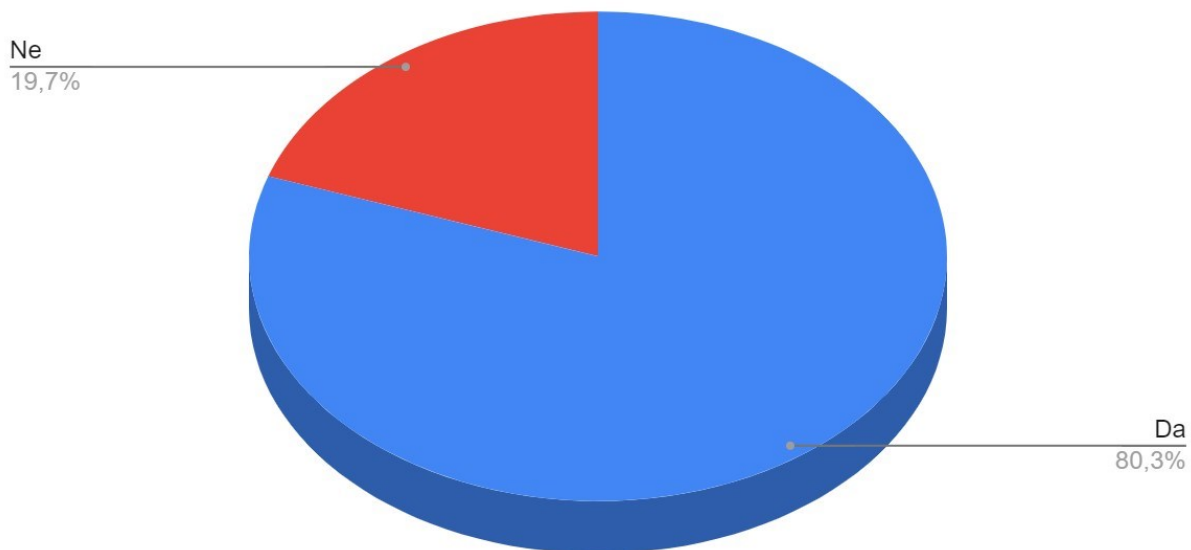
Slika 6. Stav primalja prema odbijanju pružanja skrbi ženi koja zatraži namjerni prekid trudnoće

Iz slike 6 može se razabrati kako je očita podjela oko stava primalja prema odbijanju pružanja skrbi ženi koja zatraži namjerni prekid trudnoće. 44,7% ispitanica smatra da je u redu odbiti pružiti skrb ženi koja traži namjerni prekid trudnoće, a 55,3% ispitanica smatra da nije u redu to učiniti.



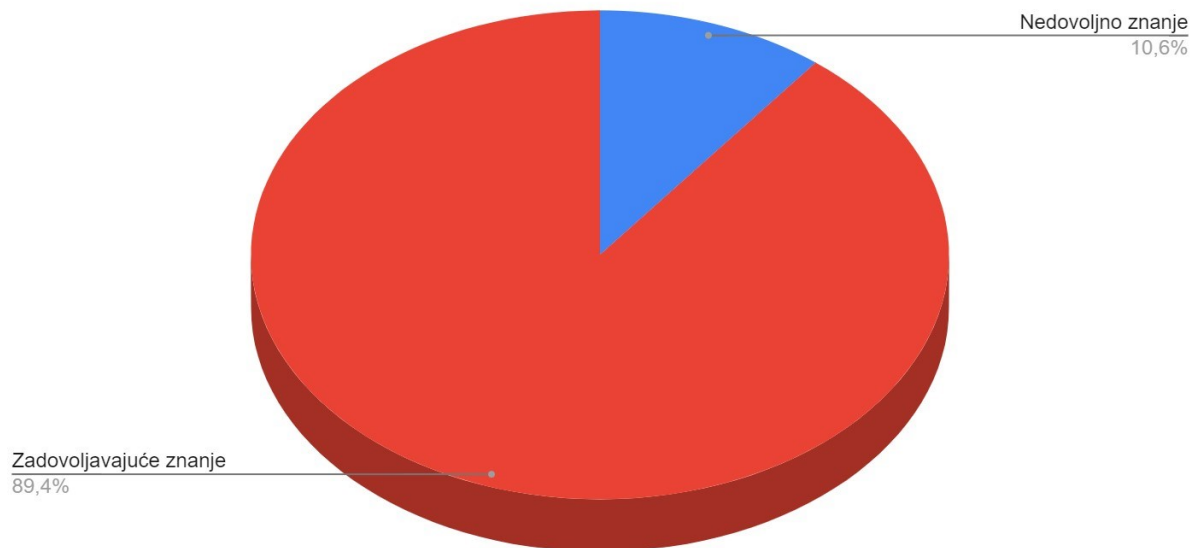
Slika 7. Stav primalja prema tezi da bi primalje uz nadzor liječnika mogle samostalno i legalno obavljati prekid trudnoće u prvom tromjesečju

Slika 7 pokazuje nam kako primalje u većem dijelu smatraju kako nisu kompetentne da samostalno i legalno uz nadzor liječnika obavljaju prekid trudnoće u prvom tromjesečju. Tako je odgovorilo 68,2% ispitanica, dok se za pozitivno mišljenje i stav kako bi primalje mogle samostalno i legalno uz nadzor liječnika obavljati prekid trudnoće opredijelio svega 31,6% ispitanica.



Slika 8. Stav primalja prema tezi da prekid trudnoće ostavlja trajne posljedice na ženu.

Slika 8 prikazuje stav primalja prema tezi da prekid trudnoće ostavlja trajne posljedice na ženu. 80,3% ispitanica je pozitivno ocijenilo tvrdnju i slaže se da prekid trudnoće ostavlja trajne posljedice na ženu. 19,7% ispitanica smatra kako prekid trudnoće ne ostavlja trajne posljedice na ženu.

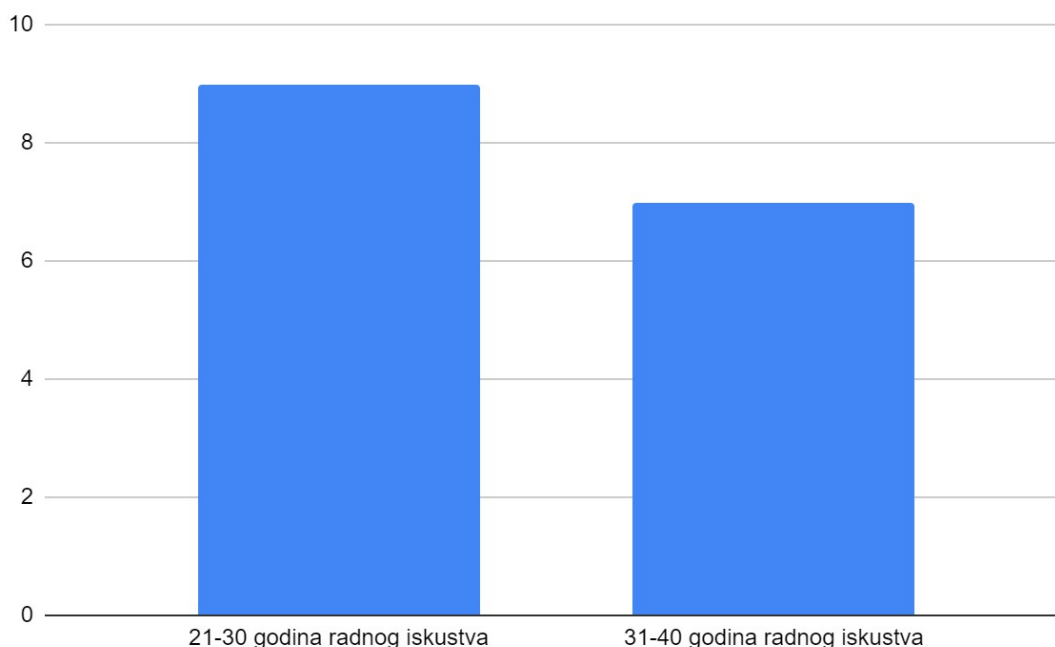


Slika 9. Distribucija ocjene znanja primalja koje su pristupile upitniku

Slika 9 donosi rezultat ispitanika u vezi znanja koje je utvrđeno na temelju odgovora na pitanja 1-6. Može se iščitati kako je veći udio onih koji su iskazali zadovoljavajuće znanje u odnosu na one koji nisu pokazali znanje u vezi medikamentoznog prekida trudnoće. Od ukupno 132 pristupnice koje su ispunile anketu, 118 (89,4%) ih pokazuje zadovoljavajuće znanje u vezi medikamentoznog prekida trudnoće naspram 10,6% onih koje iskazuju nezado. Najveći dio, njih 39,39% (52 ispitanice) pokazuju izvrsno znanje, odnosno ocjenu 6/6 kod odgovaranja na postavljena pitanja. 32,58% ispitanika pokazuje vrlo dobro znanje s ocjenom 5/6 točnih odgovora.

Za podsjetnik, utvrđeno je kako je 4, 5 ili 6 točnih odgovora na seriju pitanja koja se odnose na znanje ispitanika, dovoljno da se utvrdi dovoljno znanje u vezi medikamentoznog prekida trudnoće. Iako se prethodnim slikama iskazuje zadovoljavajuće znanje u vezi medikamentoznog prekida trudnoće, kako bi se ispitala hipoteze 4. i 5. potrebno je detaljnije analizirati podatke usporedbom s razinom obrazovanja, odnosno s duljinom radnog staža. Za potvrdu 4. i 5. hipoteze uzet će se mjera od 50% ispitanica od ukupno 132 koje su pristupile anketi, a koje su u skupini dovoljne razine radnog iskustva, odnosno razine obrazovanja, iskazale zadovoljavajuće znanje.

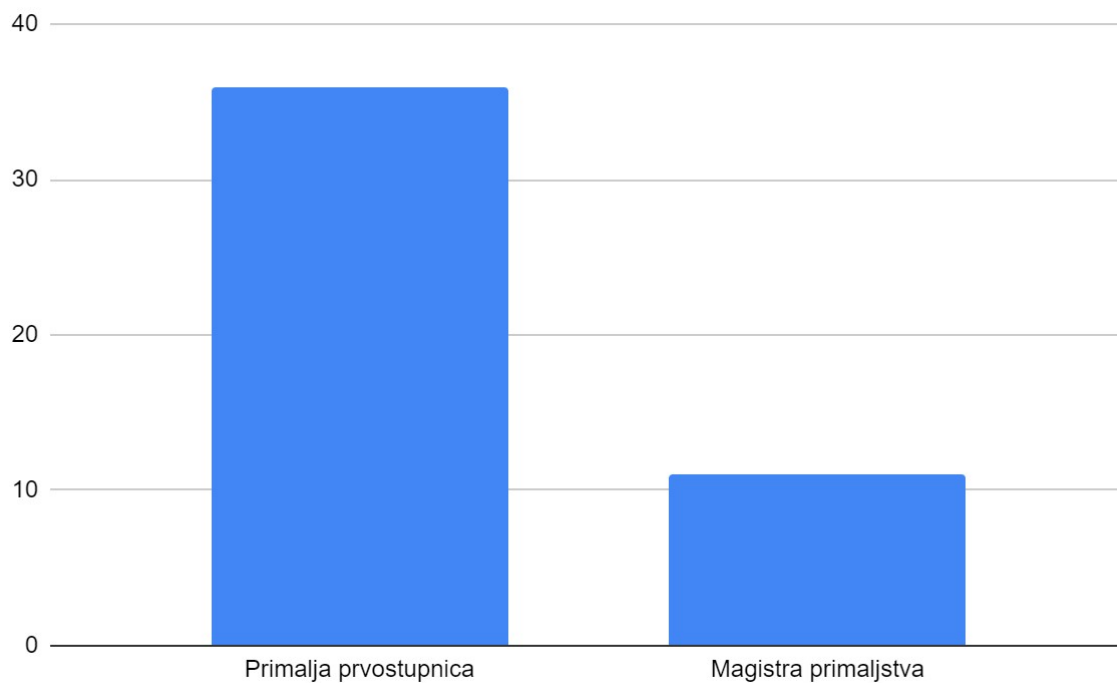
U svrhu ispitivanja 4. hipoteze koja tvrdi “Primalje s većim radnim stažom iskazuju veće znanje u svezi medikamentoznog prekida trudnoće od primalja s kraćim radnim stažom”, u suodnosu će se grafički prikazati prethodno iskazana zadovoljavajuća razina znanja i duljina radnog staža za koju se uzelo 21 i više godina radnog staža.



Slika 10. Odnos zadovoljavajućeg znanja i visine radnog iskustva ispitanica

Iz navedene slike 10, može se iščitati kako najveći udio ispitanica s zadovoljavajućim znanjem ima između 21 i 30 godina radnog iskustva. Broj ispitanica koje su zadovoljile uvjete, a nalaze se u skupini između 21 i 30 godina iskustva iznosi 9, dok je 7 ispitanica s radnim iskustvom većim od 30 godina iskazao dovoljno znanje u vezi medikamentoznog prekida trudnoće. S ukupno 16 ispitanica koje su pristupile upitniku u navedenim razredima radnog iskustva i pokazale dovoljno znanje u vezi medikamentoznog prekida trudnoće, 4. hipoteza se ne može potvrditi.

U svrhu ispitivanja 5. hipoteze koja tvrdi “Primalje s višom razinom obrazovanja iskazuju veće znanje u svezi medikamentoznog prekida trudnoće u odnosu na primalje s nižom razinom obrazovanja”, u suodnosu će se grafički prikazati prethodno iskazana zadovoljavajuća razina znanja i više razine obrazovanja, a za čije potrebe se u ovom upitniku koriste primalje prvostupnice i magistre primaljstva.



Slika 11. Odnos zadovoljavajućeg znanja i razine obrazovanja ispitanica

Prema slici 11 odnosa zadovoljavajućeg znanja i razine obrazovanja ispitanica može se zaključiti kako najveći dio ispitanica jesu primalje prvostupnice, njih 36, odnosno njih nešto više od 27%. Broj ispitanica koje su magistre primaljstva, a zadovoljile su razinu obrazovanja, je 11, odnosno nešto više od 8%. Ukupno promatrajući primalje prvostupnice i magistre primaljstva, njih 35,5% od ukupno ispitanica, ne može se potvrditi 5. hipoteza kako viša razina obrazovanja znači i veće znanje ispitanika.

5. RASPRAVA

Stavovi i znanje primalja o medikamentoznom prekidu trudnoće vrlo su delikatna tema u vrijeme kada je čitava Hrvatska bila u nepovoljnoj situaciji zbog pacijentice kojoj nije omogućeni namjerni pobačaj zbog bolesti ploda u utrobi. Pregledavajuću znanstvene baze podataka možemo reći kako je ova tematika nedovoljno istražena jer ne postoji puno provedenih recentnih istraživanja. U ovom istraživanju sudjelovale su 132 primalje, a većina ispitanica bila je mlađe dobi i imale su do većinom do 10 godina radnog iskustva. S druge strane deskriptivno istraživanje provedeno u Addis Abebi na 405 pružatelja zdravstvene usluge (primalje, medicinske sestre) ispitivalo je znanje i stav zdravstvenih djelatnika o pružanju sigurnog pobačaja. Među 405 ispitanika, 71,9% je znalo definiciju pobačaja u kontekstu Etiopije, a 81,5% sudionika bilo je upoznato s revidiranim zakonom o pobačaju (26). Prema godinama radnog iskustva 53,1% ispitanica imalo je odgovarajuće znanje o sigurnom pobačaju a radile su 3-5 godina (26). Primalje su među izdvojenom skupinom imale najbolje znanje o pobačaju. Samo osamdeset i troje (20,5%) zdravstvenih djelatnika bilo je obučeno o sigurnom pobačaju, a među njima šezdeset i osam (81,9%) je prakticiralo/koristilo usluge sigurnog pobačaja (26). Pozitivan stav prema sigurnom pobačaju imalo je 54,1% ispitanica (26). Zdravstveni djelatnici koji su imali odgovarajuće znanje o sigurnom pobačaju vjerojatnije su imali pozitivan stav prema sigurnom pobačaju (26).

U našem provedenom istraživanju rezultati pokazuju kako se nešto više od 87% ispitanica susrelo s medikamentoznim prekidom trudnoće. Na spomenutu tematiku Međunarodna konfederacija primalja provela je pregled literature o tri stavke koje su posebno kritične za pristup uslugama pobačaja (27). Modificirana Delphi studija provedena je putem interneta u nizu od tri runde (27). Predstavljeno je trideset i sedam izjava o znanju i vještinama vezanim uz pobačaj. U Delphi studiji ukupno je sudjelovalo 895 osoba (27). Ukupan broj ispitanika u sva tri kruga predstavljao je 90 od 105 zemalja članica u vrijeme istraživanja (27). Uloga primalja u pružanju sveobuhvatne skrbi o pobačaju, uključujući upućivanje na pobačaj i pružanje planiranja obitelji nakon pobačaja, postigla je potrebnih 85% slaganja da bi se označila kao osnovno (osnovno) znanje ili vještina za globalni opseg primaljske prakse (27). Pružanje medikamentoznog pobačaja i izvođenje ručnog vakuum aspiracijskog pobačaja označeni su kao izborni za primalje koje su željele pružiti te usluge (27). Podržavanje ovih potonjih praksi bilo je najviše u frankofonskim i anglofonskim regijama Afrike, azijsko-pacifičkim zemljama i zemljama nižeg stupnja ekonomskog razvoja (27).

Provedeno istraživanje također pokazuje kako 72% ispitanica smatra medikamentoznim prekid trudnoće sigurnijim u odnosu na kirurški prekid trudnoće. S druge strane u Tunisu se medicinski prekid trudnoće koristi u 80% postupaka pobačaja u javnom sektoru (28) i medicinske sestre ga često preporučuju. Iz naših rezultata možemo također iščitati kako primalje u većem dijelu smatraju kako nisu kompetentne da samostalno i legalno uz nadzor liječnika obavljaju prekid trudnoće u prvom tromjesečju. U Tunisu uvođenjem medicinskog pobačaja 2001. godine, odgovornosti primalja proširene su na: klinički ginekološki pregled, propisivanje krvnih pretraga i/ili ultrazvuka ako je potrebno, savjetovanje za primjenu mifepristona i misoprostola, te kontrolni posjet dva tjedna nakon medicinskog pobačaja (28). Navedena studija također pokazuje kako u slučaju medicinskog pobačaja, primalje koje su sudjelovale u istraživačkim studijama pokazale su svoju kompetentnost u provođenju svih aspekata medicinskog pobačaja te su ovlaštene sudjelovati u medicinskom pobačaju u klinikama za planiranje obitelji (29). Slijedom toga, u klinikama ONFP medicinski pobačaj općenito propisuju liječnici, ali primalje provode postupak, uključujući regrutiranje žena prema kriterijima prihvatljivosti, savjetovanje, davanje lijekova, praćenje, prikupljanje podataka, osiguravanje praćenja i propisivanje lijekova kontracepcija nakon pobačaja (29).

Iz provedenog istraživanja također se može iščitati kako se 80,3% ispitanica da prekid trudnoće ostavlja trajne posljedice na ženu. Izvješće Radne skupine za mentalno zdravlje i pobačaj i Američke psihološke udruge iz 2008. zaključilo je da je “jasno da neke žene doista osjećaju tugu, žalost i osjećaj gubitka nakon prekida trudnoće, a neke doživljavaju klinički značajne poremećaje, uključujući depresiju i tjeskobu.” (30). Istraživanje iz Amerike pokazuje kako 2 godine nakon pobačaja 1,5% ostataka koji je sudjelovao u njezinoj seriji slučajeva (38% od 1177 prihvatljivih) žene, imalo sve simptome posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) specifičnog za pobačaj (30). Osim toga, ovo istraživanje otkrilo je da 2 godine nakon pobačaja žene imaju značajno rastuće stope depresije (30).

Iz rezultata također možemo iščitati kako je veći udio ispitanica pokazao zadovoljavajuće znanje u vezi medikamentoznog prekida trudnoće. Istraživanje provedeno u Švedskoj ukazuje kako primalje imaju veliko znanje o medicinskom prekidu trudnoće te su preuzele i većinu zadataka povezanih s pobačajem tijekom godina (31). Iz postojećeg istraživanja možemo vidjeti kako u Švedskoj primalje polaze tečaj skrbi o pobačaju i ultrazvuku koji je osmislila je Referentna grupa za reproduktivno zdravlje u suradnji sa suradnim centrom Svjetske zdravstvene organizacije za

istraživanje i istraživačku obuku u ljudskoj reprodukciji (31). Tijekom tečaja primalje uče o pobačaju, vrstama pobačaja i načinu izvođenja. Pohađanje tečaja ima pozitivan učinak na skrb o pobačaju i autori vjeruju da je njihova provedba uspješna. U prilog tome, švedska klinička studija navedena u pregledu literature otkriva da su žene vrlo zadovoljne njegom pobačaja koju pružaju primalje (32). Važno je ulagati u edukaciju jer nas ovo istraživanje upućuje kako jak položaj primalja u društvu i javnozdravstvenim ustanovama daje istaknutu ulogu primaljama u razvoju politike (31). Ispitanici navedene studije naveli su da je široka uloga primalja koje su već imale u pružanju zdravstvenih usluga, kroz probir Papa testa, savjetovanje o seksualnom zdravlju mladih, probir na spolno prenosive infekcije i savjetovanje o kontracepciji, učinila proširenu ulogu u zbrinjavanju pobačaja besprijekornom u očima primalja i ginekologa i potpunosti u očima žena (31). Edukacija primalja o pobačajima smatrala se prirodnim dijelom razvoja zdravstvene skrbi što je doprinjelo širokom prihvaćanju od strane žena i društva, povezano s velikim povjerenjem u primalje i njihovu sposobnost.

6. ZAKLJUČAK

Istraživanje o stavovima i znanju primalja o medikamentoznom prekidu trudnoće dalo je uvid u opće stanje tematike. Prva hipoteza se potvrđuje jer velika većina ispitanica smatra medikamentozni prekid trudnoće sigurnijim u odnosu na kirurški prekid trudnoće. Druga hipoteza također je potvrđena jer su sudionice istraživanja u većem broju odgovorile da bi preporučile medikamentozni prekid trudnoće u odnosu na kirurški. Hipoteza tri se ne može potvrditi. Prema stavovima koji su navedeni u rezultatima istraživanja pozitivnim su primalje ocijenile samo da pobačaj ostavlja trajne posljedice na ženu.

Prema godinama radnog iskustva najveći udio ispitanica s zadovoljavajućom razinom znanja imao je između 21 i 30 godina radnog iskustva. Kako se samo 16 ispitanica od cjelokupnog broja ispitanika nalazilo u navedenom razredu radnog iskustva i pokazale su dovoljnu razinu znanja u vezi medikamentoznog prekida trudnoće, 4. hipoteza se ne može potvrditi. Hipoteza 5 također se ne može potvrditi jer od ukupnog broja ispitanika manji broj bio primalja prvostupnica i magistra primaljstva, te tako nije moguće dokazati kako viša razina obrazovanja znači i veće znanje ispitanika. Zanimljivo je kako je ukupan broj ispitanica koje su točno odgovorile, a imaju višu razinu obrazovanja gotovo trostruko veći u odnosu na omjer između onih koji imaju više radnog iskustva, a točno su odgovorili. Može se izvući zaključak kako više znanja o medikamentoznom prekidu trudnoće ipak imaju više obrazovane ispitanice. Međutim, treba istaknuti kako se kod visokoobrazovanih radi o kadru s manje godina radnog iskustva.

7. LITERATURA

1. Cioffi A, Cecannecchia C, Cioffi F, Bolino G, Rinaldi R. Abortion in Europe: Recent legislative changes and risk of inequality. *Int J Risk Saf Med.* 2022;33(3):281-286. doi: 10.3233/JRS-200095.
2. Ajmal M, Sunder M, Akinbinu R. Abortion. 2022 Jul 15. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
3. Kumari S, Kishore J. Medical Termination of Pregnancy (Amendment Bill, 2021): Is it Enough for Indian Women Regarding Comprehensive Abortion Care?? *Indian J Community Med.* 2021;46(3):367-369. doi: 10.4103/ijcm.IJCM_468_20.
4. Vuletić N, Ivandić J, Smajla N, Klarić M, Haller H. Medikamentozni prekid neželjene trudnoće. *Liječnički vjesnik.* 2020; 142(7-8):222-229.
5. Dowler M, Rushton E, Kornelsen J. Medical Abortion in Midwifery Scope of Practice: A Qualitative Exploration of the Attitudes of Registered Midwives in British Columbia. *J Midwifery Womens Health.* 2020;65(2):231-237. doi: 10.1111/jmwh.13059.
6. De Roose M, Tency I, Beeckman D, Van Hecke A, Verhaeghe S, Clays E. Knowledge, attitude, and practices regarding miscarriage: A cross-sectional study among Flemish midwives. *Midwifery.* 2018;56:44-52. doi: 10.1016/j.midw.2017.09.017.
7. Afhami N, Bahadoran P, Taleghani HR, Nekuei N. The knowledge and attitudes of midwives regarding legal and religious commandments on induced abortion and their relationship with some demographic characteristics. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2016;21(2):177-82. doi: 10.4103/1735-9066.178244.
8. The Editors of Encyclopaedia Britannica. "abortion". *Encyclopedia Britannica.* 2022. Dostupno na: <https://www.britannica.com/science/abortion-pregnancy>.
9. Abubeker FA, Lavelanet A, Rodriguez MI, Kim C. Medical termination for pregnancy in early first trimester (≤ 63 days) using combination of mifepristone and misoprostol or misoprostol alone: a systematic review. *BMC Womens Health.* 2020;20(1):142. doi: 10.1186/s12905-020-01003-8.
10. Raymond EG, Shannon C, Weaver MA, Winikoff B. First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review. *Contraception.* 2013;87(1):26-37. doi: 10.1016/j.contraception.2012.06.011.

11. Bartz D, Blumenthal P. D. First-trimester pregnancy termination: medication abortion. UpToDate. 2021.
12. Kapp N, Eckersberger E, Lavelanet A, Rodriguez MI. Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception* 2019;99:77. doi: 10.1016/j.contraception.2018.11.002.
13. Oppegaard KS, Sparrow M, Hyland P, García F, Villarreal C, Faúndes A, Miranda L, Berer M. What if medical abortion becomes the main or only method of first-trimester abortion? A roundtable of views. *Contraception*. 2018;97(2):82-85. doi: 10.1016/j.contraception.2017.04.004.
14. Grossman D, Goldstone P. Mifepristone by prescription: a dream in the United States but reality in Australia. *Contraception*. 2015;92(3):186-9. doi: 10.1016/j.contraception.2015.06.014.
15. Autry BM, Wadhwa R. Mifepristone. [Updated 2022 May 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2022. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557612/>
16. Kulier R, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng LN, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD002855. doi: 10.1002/14651858.CD002855.pub3
17. Spitz IM, Grunberg SM, Chabbert-Buffet N, Lindenberg T, Gelber H, Sitruk-Ware R. Management of patients receiving long-term treatment with mifepristone. *Fertil Steril*. 2005;84(6):1719-26. doi: 10.1016/j.fertnstert.2005.05.056.
18. Lin CJ, Chien SC, Chen CP. The use of misoprostol in termination of second-trimester pregnancy. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2011;50(3):275-82. doi: 10.1016/j.tjog.2011.07.003.
19. Hua Y, Zhang W, Hu X, Yang A, Zhu X. The use of misoprostol for cervical priming prior to hysteroscopy: a systematic review and analysis. *Drug Des Devel Ther*. 2016;10:2789-2801. doi: 10.2147/DDDT.S111625.
20. Ashok PW, Templeton A. Nonsurgical mid-trimester termination of pregnancy: a review of 500 consecutive cases. *Br J Obstet Gynaecol*. 1999;106(7):706-10. doi: 10.1111/j.1471-0528.1999.tb08371.x.

21. Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. *Contraception*. 2004;69(1):51-8. doi: 10.1016/j.contraception.2003.09.006.
22. Wong KS, Ngai CS, Wong AY, Tang LC, Ho PC. Vaginal misoprostol compared with vaginal gemeprost in termination of second trimester pregnancy. A randomized trial. *Contraception*. 1998;58(4):207-10. doi: 10.1016/s0010-7824(98)00099-7.
23. Cheng SY, Hsue CS, Hwang GH, Tsai LC, Pei SC. Hourly oral misoprostol administration for terminating midtrimester pregnancies: a pilot study. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2010;49(4):438-41. doi: 10.1016/S1028-4559(10)60095-2.
24. Wildschut H, Both MI, Medema S, Thomee E, Wildhagen MF, Kapp N. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;2011(1):CD005216. doi: 10.1002/14651858.CD005216.pub2.
25. Grubišić A. Hi-kvadrat test i njegove primjene. FER Sveučilišta u Zagrebu. Ekspertiza. 2003.
26. Assefa EM. Knowledge, attitude and practice (KAP) of health providers towards safe abortion provision in Addis Ababa health centers. *BMC Womens Health*. 2019;19(1):138. doi: 10.1186/s12905-019-0835-x.
27. Fullerton J, Butler MM, Aman C, Reid T, Dowler M. Abortion-related care and the role of the midwife: a global perspective. *Int J Womens Health*. 2018;10:751-762. doi: 10.2147/IJWH.S178601.
28. Hajri S, Belhadj H. The role of midwives in first-trimester abortion care: A 40-year experience in Tunisia. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020 Jul;150 Suppl 1(Suppl 1):43-48. doi: 10.1002/ijgo.13010.
29. Dabash R, Shochet T, Hajri S, Chelli H, Hassairi AE, Haleb D, Labassi H, Sfar E, Temimi F, Koenig L, Winikoff B. Self-administered multi-level pregnancy tests in simplified follow-up of medical abortion in Tunisia. *BMC Womens Health*. 2016;16:49. doi: 10.1186/s12905-016-0327-1.
30. Reardon DC. The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. *SAGE Open Med*. 2018;6:2050312118807624. doi: 10.1177/2050312118807624.

31. Endler M, Cleeve A, Sääv I, Gemzell-Danielsson K. How task-sharing in abortion care became the norm in Sweden: A case study of historic and current determinants and events. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;150 Suppl 1(Suppl 1):34-42. doi: 10.1002/ijgo.13003.
32. Kopp Kallner H, Gomperts R, Salomonsson E, Johansson M, Marions L, Gemzell-Danielsson K. The efficacy, safety and acceptability of medical termination of pregnancy provided by standard care by doctors or by nurse-midwives: a randomised controlled equivalence trial. *BJOG.* 2015;122(4):510-7. doi: 10.1111/1471-0528.12982.

8. PRIVITCI

PRIVITAK A : Popis ilustracija

Popis grafova

Slika 1. Dobna raspodjela ispitanika	17
Slika 2. Hi-kvadrat test odnosa razine obrazovanja i godina radnog iskustva	18
Slika 3. Susret ispitanika s medikamentoznim prekidom trudnoće	19
Slika 4. Smatrate li da je medikamentozni trudnoće sigurniji u odnosu na kirurški prekid trudnoće	19
Slika 5. Biste li prije preporučili medikamentozni prekid trudnoće u odnosu na kirurški prekid trudnoće	20
Slika 6. Stav primalja prema odbijanju pružanja skrbi ženi koja zatraži namjerni prekid trudnoće	21
Slika 7. Stav primalja prema tezi da bi primalje uz nadzor liječnika mogle samostalno i legalno obavljati prekid trudnoće u prvom tromjesečju	22
Slika 8. Stav primalja prema tezi da prekid trudnoće ostavlja trajne posljedice na ženu	23
Slika 9. Distribucija ocjene znanja primalja koje su pristupile upitniku	24
Slika 10. Odnos zadovoljavajućeg znanja i visine radnog iskustva ispitanica	25
Slika 11. Odnos zadovoljavajućeg znanja i razine obrazovanja ispitanica	26

Privitak B. Online anketni upitnik

Anketni upitnik- Stavovi i znanje primalja o medikamentoznom prekidu trudnoće

Ovaj upitnik je izrađen za potrebe istraživanja u sklopu završnog rada na Izvanrednom stručnom studiju primaljstva u Rijeci pod nazivom Stavovi i znanje primalja o medikamentoznom prekidu trudnoće” pod mentorstvom Damira Čerimagića, dr.med. Upitnik je anonimn, a sudjelovanje u istraživanju je dobrovoljno. Rezultati će se koristiti isključivo za izradu završnog rada i objavu u znanstvenim časopisima. Vaš doprinos iznimno je značajan za stvarni prikaz situacije u području primaljstva i medicine. Za upitnik je potrebno odvojiti 10tak minuta.

Unaprijed zahvaljujem na vremenu i strpljenju kod rješavanja upitnika. Za sva dodatna pitanja vezana uz istraživanje i rezultate istraživanja, stojim na raspolaganju na e- adresi: vanessa.osmancevic@student.uniri.hr

1. Dob

- 20-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60

2. Stupanj obrazovanja

- Primalja
- Primalja asistentica
- Prvostupnica primaljstva
- Magistra primaljstva

3. Godine radnog iskustva

- 0-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40

4. Biste li prije preporučili medicinski prekid trudnoće u odnosu na kirurški prekid trudnoće.
DA, NE

5. Smatrate li da je medicinski prekid trudnoće sigurniji u odnosu na kirurški prekid trudnoće.
DA, NE

6. Jeste li se do sada susrele sa medicinskim prekidom trudnoće. DA, NE

7. Primalja smije odbiti pružiti skrb ženi koja zatraži namjerni prekid trudnoće. DA, NE

8. Primalje bi uz nadzor liječnika mogle samostalno i legalno obavljati prekid trudnoće u prvom tromjesečju.

DA, NE

9. Prekid trudnoće ostavlja trajne psihičke posljedice na ženu. DA, NE

Sljedeći dio ankete sastoji se od određenih tvrdnji koje procjenjuju znanje primalja o medikamentoznom prekidu trudnoće.

1. Medicinski pobačaj se definira kao prekid trudnoće pomoću lijekova.

TOČNO, NETOČNO

2. Mifepriston u kombinaciji s mizoprostolom najčešći je oblik medikamentoznog prekida trudnoće.

TOČNO, NETOČNO

3. Medicinski pobačaj vrši se prema protokolu Svjetske zdravstvene organizacije za medikamentozni prekid trudnoće od 9. do 12. tjedna trudnoće, a sastoji se od jednokratne peroralne primjene mifepristona u dozi od 200 mg i nakon 36–48 sati vaginalne ili bukalne primjene mizoprostola u dozi od 800 mcg.

TOČNO, NETOČNO

4. Dovođenje trudnoće lijekovima manje je rizičan način od kirurškog dovršenja.

TOČNO, NETOČNO

5. Najveća uspješnost po primjeni mifepristona 200 mg i jednokratnoj primjeni mizoprostola 800 µg postiže se u 6. i 7. tjednu trudnoće.

TOČNO, NETOČNO

6. U prosjeku je potrebno 1 do 3 dana da se pacijentice vrate u normalnu životnu i radnu aktivnost nakon uspješnog medikamentoznog pobačaja.

TOČNO, NETOČNO