

Stavovi studenata zdravstvenih studija o prizivu savjesti u kliničkoj praksi

Perišić, Ivona

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:864765>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-26**

Repository / Repozitorij:



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PRIJEDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
PRIMALJSTVO

Ivona Perišić

**STAVOVI STUDENATA ZDRAVSTVENIH STUDIJA O
PRIZIVU SAVJESTI U KLINIČKOJ PRAKSI**

Završni rad

Split, 2023.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PRIJEDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
PRIMALJSTVO

Ivona Perišić

**STAVOVI STUDENATA ZDRAVSTVENIH STUDIJA O
PRIZIVU SAVJESTI U KLINIČKOJ PRAKSI**

**ATTITUDES OF STUDENTS OF HEALTH STUDIES ON
THE APPEAL OF CONSCIENCE IN CLINICAL PRACTICE**

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor:

dr. sc. Diana Aranza, mag. med. techn.

Split, 2023.

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

ZAVRŠNI RAD

Sveučilište u Splitu
Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
Preddiplomski sveučilišni studij primaljstvo

Znanstveno područje: biomedicina i zdravstvo
Znanstveno polje: kliničke medicinske znanosti

Mentor: dr.sc. Diana Aranza, mag. med. techn., viši predavač

NASLOV

Ivona Perišić, 211160

SAŽETAK: UVOD: Priziv savjesti je sloboda mišljenja, savjesti i vjeroispovijedi te spada u ljudska prava i temeljne slobode zajamčene međunarodnim dokumentima, u prvom redu Općom deklaracijom o ljudskim pravima. Primaljstvo je područje zdravstvenih zanimanja koje se bavi pružanjem usluga trudnicama, novopečenim majkama i njihovoj dojenčadi. Zakon o primaljstvu ne propisuje pravo primalja kao što to propisuje Zakon o liječništvu i Zakon o sestrinstvu, no Etičkim kodeksom primalja je propisano da primalja ima pravo na priziv savjesti, ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijentice te o svojoj odluci mora pravodobno obavijestiti pacijenticu i uputiti je drugoj primalji. CILJ: Cilj ovog istraživanja je utvrditi stavove studenata zdravstvenih studija o prizivu savjesti u kliničkoj praksi te utvrditi razlike u stavovima među studentima različitih strukovnih opredjeljenja unutar zdravstvenih studija. METODE: U ovome istraživanju sudjelovalo je 176 ispitanika svih dobni skupina. Kriterij uključenja bili su sadašnji ili bivši studenti zdravstvenog usmjerenja. U ovom presječnom istraživanju korišteni mjerni instrument je Upitnik o stavovima bivših i sadašnjih studenata zdravstvenih studija o prizivu savjesti u kliničkoj praksi. Istraživanje je provedeno u svibnju 2023. REZULTATI: Istraživanje je pokazalo rezultate, većina ispitanika (80.7%) nije bila u prilici pozvati se na priziv savjesti, ali na pitanje kada bi ste radili na Klinici za ženske bolesti i porode biste li koristili pravni okvir mogućnosti priziva savjesti, 75 ispitanika odgovorilo je potvrdno. Prema istraživanju od 176 ispitanika, 74 ispitanika smatra da se legalan pobačaj bez medicinske indikacije ne bi trebao zabraniti dok 61 ispitanik izričito smatra da bi se legalan pobačaj bez medicinske indikacije trebao zabraniti. Većina ispitanika (60.2%) smatra da su upućeni što sve podrazumijeva priziv savjesti. ZAKLJUČCI: Rezultati ankete ne pokazuju različite stavove o prizivu savjesti među studentima različitih strukovnih opredjeljenja unutar zdravstvenih studija. Primaljama bi se trebao omogućiti bolji zakonski pristup prizivu savjesti, ne bi se trebale oslanjati samo na Etički kodeks primalja, već zahtijevati ravnopravni Zakon o primaljstvu koji propisuje pravo primalja na priziv savjesti kao što to propisuje Zakon o liječništvu i Zakon o sestrinstvu, zdravstveni djelatnici bi trebali biti ravnopravno zaštićeni pred zakonom.

Ključne riječi: priziv savjesti, primaljstvo, pobačaj, zakon

Rad sadrži: 38 stranica, 10 slika, 1 tablicu, 1 prilog, 74 literaturnih referenci

Jezik izvornika: hrvatski

BASIC DOCUMENTATION CARD

BACHELOR THESIS

University of Split
University Department for Health Studies
Bachelor of Nursing

Scientific area: biomedicine and health care

Scientific field: clinical medical sciences

Supervisor: dr.sc. Diana Aranza, mag. med. techn., lecturer

TITLE

Ivona Perišić, 211160

SUMMARY:INTRODUCTION: The call of conscience is the freedom of thought, conscience and religion and belongs to human rights and fundamental freedoms guaranteed by international documents, primarily by the Universal Declaration of Human Rights. Midwifery is a field of health professions that deals with the provision of services to pregnant women, new mothers and their infants. The Midwifery Act does not prescribe the right of midwives, as prescribed by the Act on Medicine and the Act on Nursing, but the Code of Ethics of Midwives stipulates that a midwife has the right to appeal to her conscience, if this does not cause permanent health consequences or endanger the patient's life, and about her decision must inform the patient in a timely manner and refer her to another midwife. **OBJECTIVE:** The aim of this research is to determine the attitudes of students of health studies about the appeal of conscience in clinical practice and to determine the differences in attitudes among students of different professional orientations within health studies. **METHODS:** 176 respondents of all age groups participated in this research. The inclusion criteria were current or former health students. The measuring instrument used in this cross-sectional study is the Questionnaire on the attitudes of former and current students of health studies on the appeal of conscience in clinical practice. The research was conducted in May 2023. **RESULTS:** The research showed results, the majority of respondents (80.7%) did not have the opportunity to invite the appeal of conscience, but when asked if you would work at the Clinic for Women's Diseases and Childbirth, would you use the legal framework for the possibility of an appeal of conscience, 75 respondents answered is affirmative. According to a survey of 176 respondents, 74 respondents believe that legal abortion without medical indication should not be prohibited, while 61 respondents expressly believe that legal abortion without medical indication should be prohibited. The majority of respondents (60.2%) believe that they are knowledgeable, which all implies an appeal to conscience. **CONCLUSIONS:** The results of the survey do not show different attitudes about the appeal of conscience among students of different professions within health studies. Midwives should be given better legal access to appeal of conscience, they should not rely only on the Code of Ethics of Midwives, but demand an equal Midwifery Act that prescribes the right of midwives to appeal of conscience as prescribed by the Law on Medicine and the Law on Nursing, health professionals should be equally protected before the law.

Keywords: appeal of conscience, midwifery, abortion, law

Thesis contains: 38 pages, 10 pictures, 1 table, 1 attachment, 74 literature references

Original in: Croatian

SADRŽAJ

SADRŽAJ	III
1. UVOD	1
1.1. Profesija primaljstva.....	1
1.2. Edukacija mladih o reproduktivnom zdravlju	3
1.3. Metode kontracepcije	4
1.3.1. Planiranje obitelji (svijest o plodnosti).....	4
1.3.2. Hitna kontracepcija.....	6
1.3.3. Vazektomija.....	7
1.3.4. Trajne metode kontracepcije	8
1.4. Adolescentne trudnoće	9
1.5. Pobačaj	10
1.5.1. Epidemiologija pobačaja	11
2. CILJ RADA	13
3. METODE I ISPITANICI	14
3.1. UZORAK ISPITANIKA	14
3.2. METODE PRIKUPLJANJA PODATAKA	14
3.3. METODE OBRADJE PODATAKA	15
4. REZULTATI	16
4.1. DEMOGRAFSKA OBILJEŽJA ISPITANIKA	16
4.2. DESKRIPTIVNA STATISTIKA O STAVOVIMA STUDENATA O PRIZIVU SAVJESTI U KLINIČKOJ PRAKSI	17
5. RASPRAVA	25

5.1. Legalno inducirani pobačaji	26
5.2. Etički kodeks primalja u Republici Hrvatskoj.....	27
6. ZAKLJUČCI.....	28
7. LITERATURA	29
8. ŽIVOTOPIS.....	38

1. UVOD

Priziv savjesti je sloboda mišljenja, savjesti i vjeroispovijedi te spada u ljudska prava i temeljne slobode zajamčene međunarodnim dokumentima, u prvom redu Općom deklaracijom o ljudskim pravima (1). Priziv savjesti liječnika i zdravstvenih djelatnika se gotovo uvijek odnosi na značajna moralna pitanja koja se usko dotiču njihovog identiteta i integriteta (2). Hrvatska komora primalja je provela anketu o prizivu savjesti koju je ispunilo 416 ispitanika od kojih je 13,5% reklo da su se pozvali na priziv savjesti na svom radnom mjestu, a 51% ispitanika je odgovorilo da bi učinili isto kada bi bili sigurni da to ne bi imalo negativne posljedice na njihov radni odnos. Da primalje trebaju imati pravo na priziv savjesti smatra 68,8% ispitanika, a 60,6% smatra da trebaju imati pravo na priziv savjesti još tokom školovanja (3).

1.1. PROFESIJA PRIMALJSTVA

Tko su zapravo primalje? Prema međunarodnoj poznatoj definiciji „Primalja je osoba koja je uspješno završila program edukacije za primalje koji je uredno priznat u državi u kojoj se nalazi, a koji se temelji na ICM-ovim (*International Confederation of Midwives*) esencijalnim kompetencijama osnovne primaljske prakse i okvirima ICM-ovih globalnih standarda obrazovanja za primalje; osoba koja je stekla potrebne kvalifikacije kako bi bila registrirana i/ili zakonski licencirana za obavljanje primaljske skrbi i korištenje titule primalja; koja dokazuje kompetencije u praksi primaljstva.“ (4).

Primaljstvo je područje zdravstvenih zanimanja koje se bavi pružanjem usluga trudnicama, novopečenim majkama i njihovoj dojenčadi. Certificirane primalje uključene su u prenatalnu i postnatalnu medicinsku skrb, u pružanje zdravstvenog savjetovanja i podrške te u pripremu obitelji za roditeljstvo (5). Da bi se bavili primaljstvom, studenti moraju završiti prijediplomski studij primaljstva, studije primaljstva zahtijevaju veliku količinu vremena provedenog u kliničkoj praksi. Osim specifičnih medicinskih znanja i edukacije usmjerene

na žene i obitelj, primaljstvo ima za cilj i razvoj kvaliteta kao što su empatija, suosjećanje, dobra komunikacija i vještine timskog rada (6).

Prema Zakonu o primaljstvu, primalja je dužna poštovati, te se pridržavati dužnosti i pravila ponašanja radi očuvanja dostojanstva i ugleda samog primaljstva (7).

U mnogim dijelovima svijeta primalje su primarni pružatelji skrbi za žene koje rađaju djecu. Međutim, postoje znatne razlike u organizaciji primaljskih usluga te obrazovanju i ulozi primalja. Nadalje, u nekim zemljama, npr. u Sjevernoj Americi, liječnici su pružatelji primarne zdravstvene zaštite za veliku većinu roditelja, dok su u drugim zemljama, npr. Australiji, Novom Zelandu, Nizozemskoj, Ujedinjenom Kraljevstvu i Irskoj, dostupne su različite kombinacije kontinuiteta pod vodstvom primalja, vođenih medicinskih i zajedničkih modela skrbi. Rodilje se često suočavaju s različitim mišljenjima o tome koja bi im opcija mogla biti najbolja. Puno se raspravlja o kliničkoj isplativosti različitih modela roditeljske skrbi, a time i o nastavku rasprave o optimalnom modelu skrbi za rutinsku ante-, intra- i postnatalnu skrb za zdrave trudnice (8).

Cilj Međunarodne konfederacije primalja (ICM) je poboljšati standard skrbi koja se pruža ženama, novorođenčadi i obiteljima diljem svijeta kroz razvoj, obrazovanje i primjereno ponašanje profesionalne primalje. U skladu s tim ciljem, ICM postavlja kodeks za usmjeravanje obrazovanja, prakse i istraživanje primalje. Taj kodeks priznaje žene kao osobe s ljudskim pravima, traži pravdu za sve ljude i jednakost u pristupu zdravstvenoj zaštiti, a temelji se na obostranom odnosu poštovanja, povjerenja i dostojanstva svih članova društva (9). Prema Ramsayer i suradnicima (2020) primalje su imenovane ključnim pružateljima usluga pobačaja, a uglavnom su zanemarene unutar akademske rasprave unatoč brizi i podršci koju pružaju ženama koje se podvrgavaju pobačaju (10). Iako je sloboda savjesti zakonski zaštićena u Europi, postoje razlike između primaljstva i prigovora savjesti na usluge povezane s pobačajem (10).

1.2. EDUKACIJA MLADIH O REPRODUKTIVNOM ZDRAVLJU

Kada se primalje obrazuju prema međunarodnim standardima, a primaljstvo uključuje pružanje planiranja obitelji, to bi moglo spriječiti više od 80% svih smrtnih slučajeva majki, mrtvorodenosti i smrti novorođenčadi. Postizanje tog učinka također zahtijeva da primalje budu licencirane, regulirane, potpuno integrirane u zdravstvene sustave i rade u među profesionalnim timovima. Osim što sprječava smrt majki i novorođenčadi, kvalitetna skrb primalja poboljšava više od 50 drugih zdravstvenih ishoda, uključujući spolno i reproduktivno zdravlje, imunizaciju, dojenje, prestanak pušenja u trudnoći, malariju, tuberkulozu, HIV i pretilost u trudnoći, rani razvoj djetinjstva i postporođajnu depresiju (11). Edukacija mladih usmjerena je na opremanje adolescenata informacijama primjerenim dobi koje promiču osnovne vrijednosti reproduktivnog zdravlja. Svrha je stvoriti pozitivan i sveobuhvatan edukativni program životnog vijeka koji pomaže mladima da steknu znanja, vrijednosti i vještine za vođenje reproduktivno zdravog i odgovornog života te da ojačaju ulogu roditelja kao najvažnijih odgojitelja svoje djece.

Obrazovanje o sigurnom spolnom ponašanju ne mora nužno omogućiti tinejdžerima da kontracepcijske metode učinkovito koriste. Neke od strategija poučavanja su sljedeće: pružanje informacija o rizičnim adolescentim trudnoćama, smanjivanje strahova od određene metode kontracepcije, izraziti pozitivne vrijednosti za svaku vrstu kontracepcije te pomoći tinejdžerima da planiraju koristiti kontracepciju u svojim spolnim aktivnostima (12). Među 1,9 milijardi žena reproduktivne dobi (15-49 godina) u svijetu u 2019., 1,1 milijarda ima potrebu za planiranjem obitelji, a od toga 842 milijuna koristi metode kontracepcije, a 270 milijuna ima nezadovoljenu potrebu za kontracepcijom (13). Samo jedna metoda kontracepcije, prezervativi, može spriječiti i trudnoću i prijenos spolno prenosivih infekcija, uključujući HIV. Korištenje kontracepcije unapređuje ljudsko pravo ljudi da odrede broj i razmak svoje djece (14). Kontracepcija se definira kao intervencija koja smanjuje mogućnost trudnoće nakon spolnog odnosa. Prema izvješću iz 2013. godine, procjenjuje se da je 99% žena koje su ikada imale spolni odnos koristilo najmanje jednu metodu kontracepcije tijekom svog života (15). U SAD-u otprilike 88% spolno aktivnih žena koje žele koristiti kontracepciju te tako spriječiti trudnoću odlaze izabranom ginekologu. Upravo zbog toga je

kontracepcija čest razlog zbog kojeg žene u dobi od 15 do 50 godina traže zdravstvenu zaštitu. Srednja dob prvog spolnog odnosa među ženama u SAD-u je 17 godina (16). Mnoge žene obično koriste kontracepcijska sredstva otprilike tri desetljeća (17).

1.3. METODE KONTRACENCIJE

Znanje i korištenje kontracepcije igraju ključnu ulogu u spašavanju života žena smanjenjem neželjenih i visokorizičnih trudnoća, nesigurnog pobačaja i smrtnosti majki te poboljšanjem stope preživljavanja novorođene djece produljenjem intervala između trudnoća (18). U jugoistočnoj Aziji spolna aktivnost među mladima u dobi od 15 do 19 godina bila je oko 12% zastupljena među djevojčicama i 7% među dječacima, a u dobi od 20 do 24 godine spolna aktivnost kod djevojčica iznosila je 48% dok kod dječaka 43%. Omjeri smrtnosti novorođenčadi i rođenih u dobnim skupinama bili su oko 6% u majkama u dobi od 15 do 19 godina i 4,6% u dobnim skupinama majki u dobi od 20 do 24 godine (19).

1.3.1. Planiranje obitelji (svijest o plodnosti)

Ujedinjeni narodi i SZO smatraju da je pristup sigurnom, dobrovoljnom planiranju obitelji ljudsko pravo jer je ono ključno za promicanje rodne ravnopravnosti, unapređenje autonomije žena i smanjenje siromaštva. SZO također navodi da nijedna metoda kontracepcije nije kontraindicirana samo na temelju dobi (20).

Najčešće korištena metoda kontracepcije pri prvom snošaju je prezervativ, koji je važan iz perspektive prevencije spolno prenosivih infekcija, ali je manje pouzdan kao kontracepcijska metoda zbog tipične stope neuspjeha uporabe koje su znatno veće od onih koje se vide drugim metodama kontracepcije. Ova metoda zadržava svoju popularnost zbog niskih troškova i nedostatka potrebe za receptom. Tipične stope neuspjeha uporabe su čak 18% i mogu biti veće u adolescenata zbog netočne uporabe (21). Izbor dostupnih metoda kontracepcije povećao se posljednjih godina, ali kontracepcijska pilula, prvi put uvedena

1960-ih, ostaje metoda izbora za mnoge žene u Europi i Sjedinjenim Američkim Državama (SAD) (22). Nadalje, unatoč povećanju izbora kontracepcijskih metoda, učestalost neželjenih trudnoća i dalje je visoka u mnogim zemljama. Na primjer, 49% svih trudnoća bilo je nenamjerno u SAD-u 2001. Stopa nenamjernih tinejdžerskih trudnoća se smanjila, dok se stopa povećala među odraslim osobama u dobi od 25 do 34 godine. To sugerira da mnoge žene nisu identificirale idealnu metodu kontracepcije koja odgovara njihovom načinu života i zadovoljava njihove osobne zahtjeve. Prezervativ i oralna kontracepcija glavne su metode kontracepcije koje se koriste u Europi i SAD-u (23). Ove dvije metode su ujedno i najpoznatije i preporučene od strane zdravstvenih djelatnika.

Zadovoljstvo trenutnom metodom kontracepcije veliko je u svim zemljama, u skladu s istraživanjem provedenom u Velikoj Britaniji (24), no očekuje se da će 28-62% žena promijeniti metode u sljedećih 5 godina, a zdravstveni problemi jedan su od glavnih razloga (25). Zabrinutost zbog nuspojava relativno je visoka u svim zemljama, a žene su najviše zabrinute zbog hormonskih metoda. Trenutno 5-20% žena navodi da su doživjele nuspojave s odabranom metodom kontracepcije (26).

Zanimljivo je napomenuti da se promjene raspoloženja i debljanje obično navode kao nuspojave koje se doživljavaju pri korištenju kontracepcijske pilule, ali kliničke studije nisu potvrdile povezanost. Istraživanja su pokazala da ne postoji veza između kontracepcijske pilule i promjena raspoloženja i, zapravo, postoje dokazi koji upućuju na to da kontracepcijska pilula može čak poboljšati ili stabilizirati raspoloženja. Unatoč tome, nedavno istraživanje britanskih zdravstvenih djelatnika pokazalo je da 87% ispitanica vjeruje da kontracepcijska pilula može uzrokovati promjene raspoloženja (27).

Studija CHOICE (*Contraceptive Health Research of Informed Choice Experience*) izvijestila je da je strukturirano i uravnoteženo savjetovanje žena u dobi od 15 do 40 godina, koje su se savjetovale sa svojim zdravstvenim radnikom o kontracepciji, dovelo do toga da je više od 40% žena promijenilo mišljenje o načinu isporuke hormonske kontracepcije od svog početnog izbora. Ženska kontracepcija treba se promijeniti tijekom ženina života ; stoga je važno da imaju pristup svim potrebnim informacijama koje će im pomoći da donesu ispravnu odluku u odgovarajućoj fazi svog života (28).

1.3.2. Hitna kontracepcija

Hitna kontracepcija jedina je kontracepcijska metoda namijenjena sprječavanju trudnoće nakon spolnog odnosa. Indikacije za uporabu hitne kontracepcije uključuju seksualno zlostavljanje, nezaštićeni vaginalni spolni odnos i zatajenje kontracepcije, kao što su slomljeni kondomi i propuštene ili kasne doze drugih hormonskih metoda (29). Ona može smanjiti rizik od trudnoće ako se koristi do 120 sati nakon nezaštićenog odnosa ili zatajenja kontracepcije i najučinkovitija je ako se koristi u prva 24 sata (30). Hormonska hitna kontracepcija, uključujući i kombinirane metode, inhibira ovulaciju, ometa folikularni razvoj i ometa sazrijevanje žutog tijela. Hormonska hitna kontracepcija ne prekida utvrđene trudnoće i nije povezana s teratogenim učincima. Učinkovitost kombinirane hormonske ili hitne hormonske kontracepcije ovisi o vremenu uporabe unutar menstrualnog ciklusa (31). Jedina kontraindikacija za uporabu hitne kontracepcije je poznata trudnoća zbog nedostatka korisnosti, a ne brige za teratogenost ili gubitak fetusa (32). Najčešći štetni učinci koje su prijavili korisnici uključuju glavobolju (18%), mučninu (12%) i bol u trbuhu (12%). Podaci iz Nacionalnog istraživanja o rastu obitelji 2006.-2008. pokazuju da je 14% seksualno aktivnih adolescentica koristilo hitnu kontracepciju, u odnosu na 8% u istraživanju iz 2002. godine. Razloge za uporabu hitne kontracepcije od strane tinejdžera ispitali su Alford i suradnici (33) u retrospektivnoj kohortnoj studiji objavljenoj 2010. godine. Najčešći razlog uporabe bio je neuspjeh kondoma. Unatoč više studija koje ne pokazuju povećano rizično ponašanje i dokaze da hormonska hitna kontracepcija neće poremetiti utvrđenu trudnoću, javni i medicinska komunikacija odražava da osobne vrijednosti liječnika i ljekarnika i dalje utječu na pristup hitnoj kontracepciji, posebno za adolescente (34). Studija objavljena 2009. godine pokazala je da odluka o pružanju hitne kontracepcije u vrijeme potrebe, ali ne prije potrebe, može biti povezana s uvjerenjima liječnika o tome je li u redu da adolescenti uopće imaju spolne odnose (35).

Planiranje obitelji omogućuje pojedincima i parovima da predvide i postignu željeni broj, razmak i vrijeme između djece (36). Metode svjesnosti o plodnosti planiranja obitelji koriste jedan ili više bioloških markera za identifikaciju plodnih dana ženskog reproduktivnog ciklusa. Izbjegava se spolni odnos ili se u tim plodnim danima koristi

kontracepcijska metoda kako bi se izbjegla trudnoća. Suprotno tome, vjerojatnije je da će parovi koji žele trudnoću začeti ako imaju snošaj tijekom ovog plodnog razdoblja. Metode svjesnosti o plodnosti kvalificiraju se kao prirodno planiranje obitelji ako se koriste s periodičnom apstinencijom, a ne umjetnom kontracepcijskom metodom (37).

Iako je manje od 1% ispitanika Nacionalnog istraživanja rasta obitelji 2006.-2008. izvijestilo o trenutnoj upotrebi prirodne metode planiranja obitelji, 19% prijavilo je prethodnu uporabu metode ritma plodnih dana, a 5% je prijavilo uporabu neke druge prirodne metode. Ako bi se od njih zatražila informacija o planiranju obitelji, polovica liječnika navodi da je pružala informacije kako bi se spriječila trudnoća, a tri četvrtine je pružilo informacije o uporabi prirodne metode za postizanje same trudnoće (38).

1.3.3. Vazektomija

Iako je izvorno bio zamišljen kao tretman za probleme donjeg mokraćnog sustava kod muškaraca, a zatim predložen kao fontana mladosti za kronično umorne muškarce, prva vazektomija za sterilizaciju provedena je 1899. godine na zatvoreniku kao liječenje prekomjerne masturbacije. Naknadni uzorak sjemena otkrio je uspješnu sterilizaciju, ali kirurgu Williamu Belfieldu trebalo je još 10 godina da predloži vazektomiju kao alternativu kaznenom pobačaju u svrhu planiranja obitelji (39). Muškarci navode i potpuni nedostatak savjetovanja u vezi s planiranjem obitelji. Kao što je navedeno u smjernicama iz 2012. godine, vazektomija je jednako učinkovita kao i podvezivanje jajovoda za sprječavanje trudnoće, ali je jednostavnija, sigurnija, brža i jeftinija (40). Nadalje, više od 80% vazektomija obavlja se u ambulantama, minimizirajući vrijeme izvan posla te je ona i dalje vrlo dobro podnošljiv postupak samo s lokalnom anestezijom (41).

Nakon vazektomije, muškarci često primjećuju da je stvarna bol koju su doživjeli bila znatno manja nego što su očekivali. Komplikacije su zabilježene u 1% do 2% muškaraca. One mogu uključivati simptomatski hematom, infekciju i kroničnu bol. Postvasectomija žaljenje zabilježeno je kod oko 7% pacijenata. Zanimljivo je da su istraživanja parova koji su odabrali podvezivanje jajovoda ili vazektomiju za sterilizaciju otkrila da je učestalost

žaljenja slična: 7% naspram 6,1% (42). Glavni od razloga žaljenja uključuju lošu komunikaciju partnera, sukob tijekom donošenja odluka i dominaciju u donošenju odluka od strane jednog partnera (43).

1.3.4. Trajne metode kontracepcije

Trajne metode kontracepcije koristi oko 220 milijuna parova širom svijeta, a često se odabiru zbog praktičnosti, jednostavnosti korištenja i nedostatka nuspojava. Za žensku trajnu kontracepciju dostupne su različite tehnike, a postupci se mogu izvoditi transcervikalnim ili transabdominalnim pristupom (44). U SAD-u trajnu kontracepciju koristi oko 23% žena i gotovo polovica svih bračnih parova, što je čini najčešće korištenom metodom kontracepcije: popularnijom od oralne kontracepcije, kondoma i intrauterinih uređaja (IUD). Godišnje se u SAD-u obavi između 600.000 i 700.000 sterilizacije žena. Otprilike polovica tih postupaka provodi se u postporođajnom razdoblju (45). Trajne kontracepcijske tehnike mogu se izvoditi različitim kirurškim pristupima: transabdominalni (laparoskopijom ili laparotomijom), transcervikalni (histeroskopijom). Općenito, kirurški pristup diktira vrstu anestezije odabranu za postupak. Velika većina laparoskopskih postupaka izvodi se pod općom anestezijom, dok se histeroskopski postupci obično izvode pod lokalnom anestezijom (paracervikalni blok), sa ili bez oralne ili intravenske sedacije. Utvrđeno je da su komplikacije opće anestezije vodeći uzrok smrti povezan s podvezivanjem jajovoda (46). Koristeći podatke iz Nacionalnog istraživanja o rastu obitelji iz 1999. i 2002. godine, Trussell i dr. izvijestili su da je stopa neuspjeha za trajnu kontracepciju žena iznosila 0,5% godišnje (47). Čini se da je djelomična salpingektomija učinkovitija od ostalih tehnika, naime ona je imala najnižu petogodišnju kumulativnu stopu trudnoće: 6,3 na 1000 postupaka. Prema nekoliko velikih opservacijskih studija, podvezivanje jajovoda značajno smanjuje rizik od raka jajnika (48). Pretpostavlja se da salpingektomija može pružiti još veću zaštitu od raka jajnika, jer patološke studije pokazuju da mnogi karcinomi potječu iz tubalne fimbrije. Također se pokazalo da podvezivanje jajovoda pruža određenu zaštitu od zdjelične upalne bolesti,

smanjujući širenje organizama iz donjeg genitalnog trakta u peritonealnu šupljinu. Trajne kontracepcijske metode ne štite od prijenosa spolno prenosivih bolesti (49).

1.4. ADOLESCENTNE TRUDNOĆE

Adolescenti, koje je Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definirala kao pojedince u dobi od 10-19 godina (50), predstavljaju gotovo petinu svjetske populacije. Eksperimentiranje, koje je poznato u ovoj dobi, može uključivati upotrebu alkohola ili droga, pušenje i seksualnu aktivnost, a sve to može biti povezano s rizicima za spolno i reproduktivno zdravlje kao što su neželjena trudnoća i spolno prenosive infekcije. U većini zapadnih zemalja srednja dob prvog spolnog odnosa je oko 17 godina (51). Do 18. godine 60% žena imat će spolni odnos, a do 20. godine gotovo 80%. Mnogi su imali više od jednog partnera. Adolescenti imaju najnižu razinu kontracepcijskog znanja i uporabe (52). Iako se čini da je došlo do povećanja upotrebe kontracepcije pri prvom odnosu, mnogi adolescenti još uvijek ne koriste nikakvu metodu kontracepcije pri prvom odnosu ili ne nastavljaju dosljedno koristiti kontracepciju. Iako se stopa adolescentske trudnoće smanjuje u svijetu, adolescentske majke čine 11% poroda. Unatoč tome što postoje varijacije u kulturnim normama oko dobi braka i rađanja, većina adolescentskih trudnoća je nenamjerna (53). Adolescentska trudnoća doprinosi smrtnosti majki i djece, a komplikacije uzrokovane trudnoćom i porođajem vodeći su uzrok smrti djevojčica u dobi od 15-19 godina. Sama trudnoća važna je prilika za savjetovanje o budućim planovima kontracepcije, jer je brza ponovljena trudnoća uobičajena među adolescenticama (54). Adolescentska trudnoća je globalni fenomen s jasno poznatim uzrocima i ozbiljnim zdravstvenim, socijalnim i ekonomskim posljedicama. Globalno, stopa nataliteta adolescenata se smanjila, ali stope promjena bile su neujednačene u svim regijama. Adolescentska trudnoća obično je viša među onim regijama s manje obrazovanja ili niskog ekonomskog statusa (55). Dječji brakovi i seksualno zlostavljanje djece stavljaju djevojčice u povećani rizik od trudnoće, često nenamjerne. U izvješću SZO-a pod naslovom Nasilje nad prevalencijom žena procjenjuje se da je 2018. navedeno da su "adolescenti u dobi od 15 do 19 godina (24%) već bili izloženi

fizičkom i/ili seksualnom nasilju intimnog partnera barem jednom u životu, a 16% adolescentica i mladih žena u dobi od 15 do 24 godine bilo je izloženo ovom nasilju u posljednjih 12 mjeseci." Na mnogim mjestima prepreke dobivanju i korištenju kontracepcijskih sredstava sprječavaju adolescente da izbjegavaju neželjene trudnoće (56). Sve se više pozornosti posvećuje poboljšanju pristupa kvalitetnoj skrbi za trudnice i roditelje adolescente. Procjenjuje se da svake godine 21 milijun djevojčica u dobi od 15 do 19 godina u regijama u razvoju zatrudni, a oko 12 milijuna njih rodi. Na temelju podataka iz 2019. godine, 55% neželjenih trudnoća među adolescenticama u dobi od 15 do 19 godina završava pobačajima, koji su često nesigurni (57). Adolescentne majke (u dobi od 10 do 19 godina) suočavaju se s većim rizicima od eklampsije, puerperalnog endometritisa i sistemskih infekcija od žena u dobi od 20 do 24 godine, a djeca adolescentskih majki suočavaju se s većim rizikom od niske porođajne težine, prijevremenog poroda i teškog neonatalnog stanja (58). Sprječavanje trudnoće među adolescentima, smrtnost i pobol povezan s trudnoćom temelj su za postizanje pozitivnih zdravstvenih ishoda tijekom cijelog životnog vijeka i imperativ za postizanje ciljeva održivog razvoja koji se odnose na zdravlje majki i novorođenčadi.

1.5. POBAČAJ

Pobačaj je čest ishod trudnoće, a većina studija izvijestila je o gubitku od 12% do 15% među priznatim trudnoćama do 20 tjedana trudnoće (59). Iako uzrok većine pobačaja nije poznat, oni vjerojatno proizlaze iz složene interakcije između roditeljske dobi, genetskih, hormonskih, imunoloških i okolišnih čimbenika. Učestalost ranog gubitka trudnoće kod žena u dobi od 20-30 godina iznosi samo 9 do 17%, dok je učestalost u dobi od 45 godina majčine dobi 80% (60). Genetski čimbenici, uključujući roditeljska kromosomska preuređenja i abnormalne embrionalne genotipove ili kariotipove, mogli bi biti temelj više od polovice ponavljajućih pobačaja. Majčinska dob je najjači poznati faktor rizika. Rizik od pobačaja blago je povišen kod najmlađih majki, a zatim naglo raste kod starijih majki (61). Prema kliničkim simptomima dijeli se na prijeteći (*abortus imminens*), započeti (*abortus incipiens*),

u tijeku (*abortus in tractu*), potpuni (*abortus completus*) i nepotpuni (*abortus incompletus*). Pobačaj može biti nekomplikiran a povezan s vrućicom (*abortus febrilis*) ili komplikiran s teškom septičkom infekcijom (*abortus septicus*) (62).

1.5.1. Epidemiologija pobačaja

Vaginalno krvarenje prije dvadeset tjedana trudnoće javlja se u do 20% trudnoća, a 50% tih slučajeva imat će spontani pobačaj. Sveukupno, 10-20% klinički priznatih trudnoća završit će ranim gubitkom trudnoće (63). Međutim, ovi epidemiološki podaci vjerojatno podcjenjuju pravu učestalost spontanog pobačaja, jer se mnogi pobačaji događaju prije nego što majka shvati da je trudna i jednostavno se javlja kao teška, kasna menstruacija. Kao rezultat toga, prava učestalost spontanog pobačaja može biti bliža 30%. Krvarenja i infekcije zbog pobačaja mogu pridonijeti smrtnosti majki, osobito u zemljama s niskim prihodima, gdje socijalne odrednice zdravlja smanjuju pristup visokokvalitetnoj opstetričkoj skrbi (64). Oko 73 milijuna induciranih pobačaja odvija se širom svijeta svake godine. Šest od 10 (61%) svih neželjenih trudnoća i 3 od 10 (29%) svih trudnoća završava induciranim pobačajem. Sveobuhvatna skrb o pobačaju uvrštena je na popis osnovnih zdravstvenih usluga koje je WHO objavila 2020. godine. Pobačaj je jednostavna zdravstvena intervencija kojom može učinkovito upravljati širok raspon zdravstvenih radnika koji koriste lijekove ili kirurški zahvat. Skrb o pobačaju uključuje pružanje informacija, upravljanje pobačajem i njegu nakon pobačaja. Obuhvaća skrb povezanu s pobačajem (spontani pobačaj i propušteni pobačaj), inducirani pobačaj (namjerno prekidanje tekućeg pobačaja medicinskim ili kirurškim sredstvima), nepotpun pobačaj kao i smrt fetusa (intrauterina smrt fetusa). Globalne procjene od 2010. do 2014. pokazuju da je 45% svih induciranih pobačaja nesigurno. Od svih nesigurnih pobačaja, trećina se obavilo u najmanje sigurnim uvjetima, odnosno neobučene osobe opasnim i invazivnim metodama. Razvijene zemlje snose teret 97% svih nesigurnih pobačaja. Više od polovice svih nesigurnih pobačaja događa se u Aziji, od kojih je većina u južnoj i središnjoj Aziji. U Latinskoj Americi i Africi većina (otprilike 3 od 4) pobačaja nije sigurna. U Africi, gotovo polovica svih pobačaja događa se u najmanje sigurnim

okolnostima. Svake se godine 4,7–13,2% smrti majki može pripisati nesigurnom pobačaju (65). U razvijenim regijama procjenjuje se da 30 žena umire na svakih 100 000 nesigurnih pobačaja. U regijama u razvoju taj se broj povećava na 220 smrtnih slučajeva po 100 000 nesigurnih pobačaja (64). Procjene iz 2012. pokazuju da je samo u zemljama u razvoju 7 milijuna žena godišnje liječeno u bolničkim ustanovama zbog komplikacija nesigurnog pobačaja. Procjene iz 2006. pokazuju da komplikacije nesigurnih pobačaja koštaju zdravstvene sustave u zemljama u razvoju 553 milijuna američkih dolara godišnje za tretmane nakon pobačaja. Osim toga, kućanstva su doživjela gubitak prihoda od 922 milijuna američkih dolara zbog dugoročnog invaliditeta vezano uz nesiguran pobačaj (66). Zemlje i zdravstveni sustavi mogli bi ostvariti znatne novčane uštede pružanjem većeg pristupa modernoj kontracepciji i kvalitetnom pobačaju (67).

2. CILJ RADA

Glavni cilj ovog istraživanja je utvrditi stavove studenata zdravstvenih studija o prizivu savjesti u kliničkoj praksi te utvrditi razlike u stavovima među studentima različitih strukovnih opredjeljenja unutar zdravstvenih studija.

Specifični ciljevi ovog istraživanja su utvrditi stavove bivših i sadašnjih studenata zdravstvenih studija o prizivu savjesti u kliničkoj praksi.

3. METODE I ISPITANICI

3.1. UZORAK ISPITANIKA

U ovome istraživanju sudjelovalo je 176 studenata svih dobnih skupina. Kriterij uključenja bili su sadašnji ili bivši studenti zdravstvenog usmjerenja.

3.2 METODE PRIKUPLJANJA PODATAKA

U ovom presječnom istraživanju, korišteni mjerni instrument je Upitnik o stavovima bivših i sadašnjih studenata zdravstvenih studija o prizivu savjesti u kliničkoj praksi (Prilog 1). Podatci su prikupljeni putem Google obrasca. Istraživanje je provedeno u svibnju 2023. Upitnik se sastoji od dvije komponente, prvi dio sastoji se od 6 pitanja na koji su ispitanici dali odgovor popunjavajući prazno polje ili u padajućem izborniku odabrali jedan od ponuđenih odgovora. Prvi dio upitnika odnosio se na varijable koje demografski opisuju ispitanike: spol ispitanika, dob ispitanika (izražena u punim godinama života ispitanika), radno mjesto i vrstu zdravstvenog studija. Drugi dio sastoji se od 10 pitanja, na koje su ispitanici odgovorili s „*da*“, „*ne*“ ili „*ne znam*“.

Upitnik je podijeljen putem društvenih mreža te je sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno i anonimno.

Istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu (Klasa: 001-01/21-01/0003; Ur: 2181-228-10-21-0008).

3.3 METODE OBRADJE PODATAKA

Korištena je deskriptivna statistička metoda obrade podataka izražena u apsolutnim ili relativnim vrijednostima.

4. REZULTATI

4.1. DEMOGRAFSKA OBILJEŽJA ISPITANIKA

Upitnik o stavovima bivših i sadašnjih studenata zdravstvenih studija o prizivu savjesti u kliničkoj praksi ispunilo je 176 ispitanika, od kojih su 163 žene (92,6%) i 13 muškaraca (7,4%). Najviše je ispitanika u dobi 20 – 30 godina, dok je najmanje ispitanika starijih od 41 godinu. Prema dobivenim podacima 46 ispitanika je završilo ili trenutno studira na studiju zdravstvenog usmjerenja, 39 na smjeru sestринство dok njih 15 na smjeru primateljstvo. Od 176 ispitanika, 99 ispitanika se izjasnilo da je u radnom odnosu te najveći broj ispitanika, 86, radi u Kliničkom bolničkom centru dok ih u primarnoj zdravstvenoj zaštiti radi 13. Prema podacima o godinama radnog iskustva, najviše je ispitanika koji imaju više od 11 godina radnog iskustva. Detaljna demografska obilježja prikazana su u tablici 1.

Tablica 1. Demografska obilježja ispitanika

Varijabla	Frekvencija N (%)
Spol	
Muški	13 (7,4%)
Ženski	163 (92,6%)
Dob	
20 - 30	128 (72,7%)
31 – 40	30 (17,1%)
> 41	18 (10,2%)
Koji studij su ispitanici završili ili studiraju	
Zdravstveni studiji	46 (46%)
Studij primaljstva	15 (15%)
Studij sestinstva	39 (39%)
Godine radnog iskustva	
0 - 5	28 (35,4%)
6 – 10	13 (16,1%)
> 11	38 (48,1%)
Radilište	
Klinički bolnički centri	86 (86,9%)
Primarna zdravstvena zaštita	13 (13,1%)

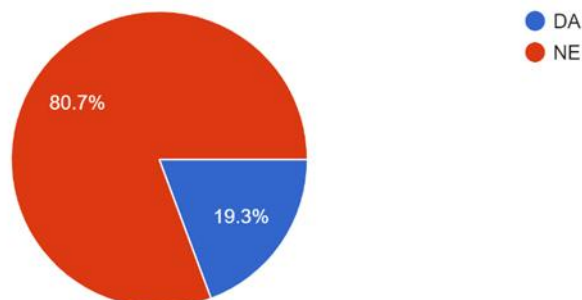
4.2. DESKRIPTIVNA STATISTIKA O STAVOVIMA STUDENATA O PRIZIVU SAVJESTI U KLINIČKOJ PRAKSI

Sljedeće slike prikazuju stavove bivših i sadašnjih studenata zdravstvenog usmjerenja o prizivu savjesti u kliničkoj praksi, njihovim odlukama te upućenosti o pravnom okviru priziva savjesti.

Na slici 1 prikazan je postotak potvrdnih i negativnih odgovora na pitanje jesu li ispitanici bili u prilici pozvati se na priziv savjesti u kliničkoj praksi. Samo 34 ispitanika dalo je potvrđan odgovor.

Jeste li bili u prilici pozvati se na priziv savjesti?

176 responses

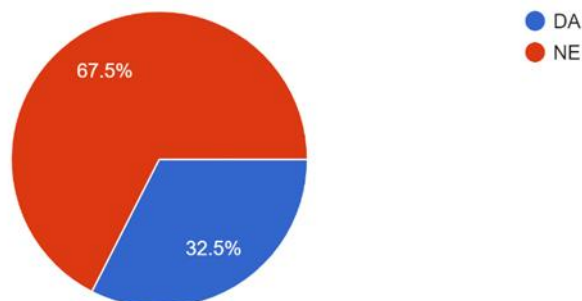


Slika 1. Prikazuje postotak ispitanika koji se bio u prilici pozvati na priziv savjesti

Na pitanje ako jeste li iskoristili pravni okvir za priziv savjesti, od 80 ispitanika koji su odgovorili na ovo pitanje njih 26 odgovorilo je potvrdno, dok 54 ispitanika nije iskoristilo priziv savjesti u prilici kada su se mogli pozvati na isti.

Ako DA, jeste li ga iskoristili?

80 responses



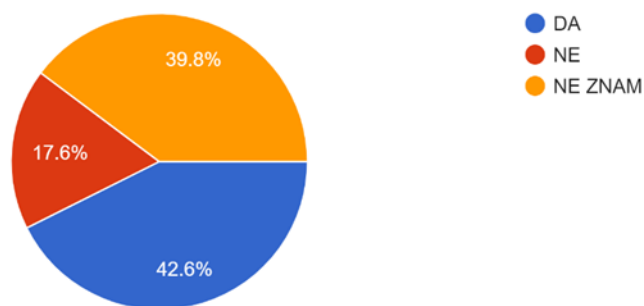
Slika 2. Prikazuje koliko je ispitanika iskoristilo priziv savjesti

U odnosu na prethodno pitanje slika 3 prikazuje mišljenje studenata kada bi radili na Klinici za ženske bolesti i porode. 70 ispitanika ne zna bi li tada koristilo pravni okvir

mogućnosti korištenja priziva savjesti, 75 ispitanika bi koristilo, a 30 ispitanika odbilo bi koristiti priziv savjesti u kliničkoj praksi.

Kada biste radili na Klinici za ženske bolesti i porode, biste li koristili pravni okvir mogućnosti korištenja priziva savjesti?

176 responses

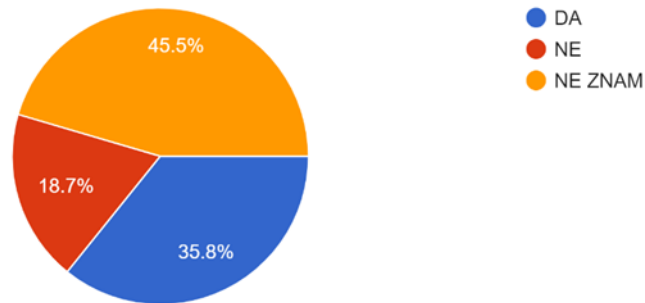


Slika 3. Podatak koliko bi ispitanika iskoristilo pravni okvir mogućnosti korištenja priziva savjesti kada bi radili na Klinici za ženske bolesti i porode

Povezanost sigurnih negativnih posljedica na radni odnos zbog korištenja pravnog okvira priziva savjesti te mišljenja ispitanika o njegovom korištenju s obzirom na posljedice prikazano je na slici 4. Najviše je ispitanika, čak njih 80, odgovorilo da ne zna bi li koristili priziv savjesti s obzirom na posljedice, 33 ne bi koristilo, a 61 ispitanik je odgovorio da bi bez obzira na posljedice iskoristili priziv savjesti u kliničkoj praksi.

Kada bi bili sigurni da će poziv na priziv savjesti imati negativne posljedice na vaš radni odnos, biste li ga svejedno iskoristili?

176 responses

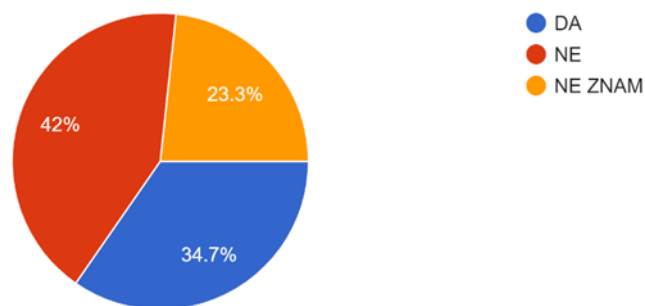


Slika 4. Podatak koliko bi ispitanika iskoristilo priziv savjesti znajući da će imati negativne posljedice na radni odnos

Prema istraživanju od 176 ispitanika, 74 ispitanika smatra da se legalan pobačaj bez medicinske indikacije ne bi trebao zabraniti, 41 ispitanik ne zna bi li se legalan pobačaj trebao zabraniti dok 61 ispitanik izričito smatra da bi se legalan pobačaj bez medicinske indikacije trebao zabraniti.

Smatram da bi se legalan pobačaj bez medicinske indikacije trebao zabraniti.

176 responses

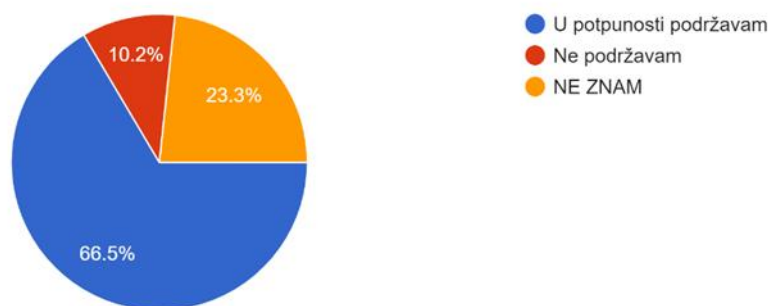


Slika 5. Podatak koliko ispitanika smatra da bi se legalan pobačaj bez medicinske indikacije trebao zabraniti

Na pitanje kako biste se odnosili prema kolegi/kolegici koji se poziva na priziv savjesti, većina ispitanika odgovorila je kako bi svog kolegu/kolegicu u potpunosti podržao u odluci, 41 ispitanik ne zna, a 18 ispitanika jasno odgovara da ne bi podržavao kolegu/kolegicu koja se poziva na priziv savjesti.

Kako biste se odnosili prema kolegi/kolegici koji se poziva na priziv savjesti?

176 responses

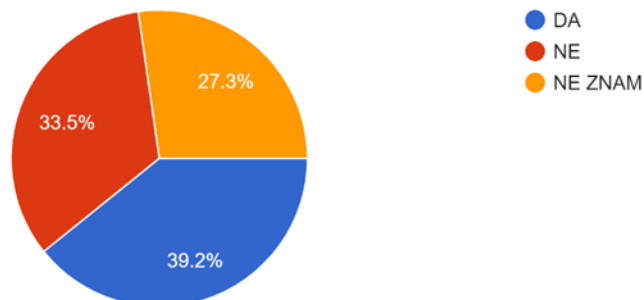


Slika 6. Podatak o tome kako bi se ispitanici odnosili prema kolegi/kolegici koji se poziva na priziv savjesti

Na slici 7 prikazano je smatraju li ispitanici da ljekarnici imaju pravo na priziv savjesti pri izdavanju tablete za dan poslije. 69 ispitanika smatra, dok 59 ispitanika ne smatra da ljekarnici imaju pravo na priziv savjesti te 41 ispitanik ne zna imaju li ljekarnici to pravo prilikom izdavanja tablete za dan poslije.

Smatrate li da ljekarnici imaju pravo na priziv savjesti pri izdavanju tablete za dan poslije?

176 responses

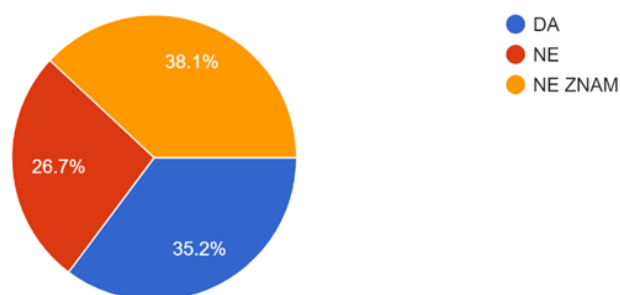


Slika 7. Podatak o tome smatraju li ispitanici da ljekarnici imaju pravo na priziv savjesti pri izdavanju tablete za dan poslije

Na pitanje biste li koristili pravni okvir mogućnosti korištenja priziva savjesti za davanje ordinirane terapije od strane liječnika prilikom medikamentoznog prekida trudnoće, najviše ispitanika, njih 67 odgovara da ne zna bi li iskoristili priziv savjesti, 62 ispitanika bi iskoristilo priziv savjesti dok bi njih 47 odbilo koristiti pravni okvir mogućnosti korištenja priziva savjesti.

Biste li koristili pravni okvir mogućnosti korištenja priziva savjesti za davanje ordinirane terapije od strane liječnika prilikom medikamentoznog prekida trudnoće?

176 responses

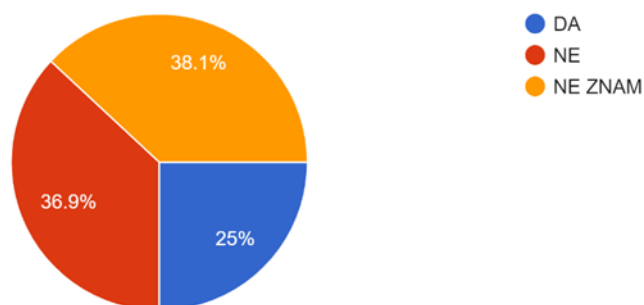


Slika 8. Podatak koliko bi ispitanika koristilo pravni okvir mogućnosti priziva savjesti pri davanju ordinirane terapije od strane liječnika prilikom medikamentoznog prekida trudnoće

Na slici 9 prikazano je koliko bi ispitanika koristilo pravni okvir mogućnosti korištenja priziva savjesti pri medicinski opravdanom pobačaju. Najveći broj ispitanika ne zna bi li ga iskoristili, njih 67, zatim 65 ispitanika kaže da ne bi koristilo priziv savjesti pri medicinski opravdanom pobačaju dok njih 44 tvrdi da bi iskoristili pravni okvir mogućnosti korištenja priziva savjesti.

Biste li koristili pravni okvir mogućnosti korištenja priziva savjesti kod sudjelovanja u medicinski opravdanom pobačaju?

176 responses

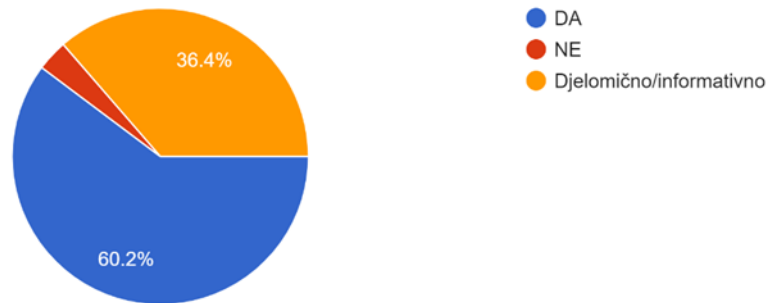


Slika 9. Podatak koliko bi ispitanika koristilo priziv savjesti kod sudjelovanja u medicinski opravdanom pobačaju

Na tvrdnju upućen/upućena sam što sve podrazumijeva priziv savjesti, 106 ispitanika je odgovorilo da je u potpunosti upućeno što sve podrazumijeva priziv savjesti, 64 ispitanika kaže da je djelomično upućeno, a njih 6 tvrdi da nije upućeno u pravni okvir i mogućnosti korištenja priziva savjesti.

Upućen/a sam što sve podrazumijeva priziv savjesti?

176 responses



Slika 10. Podatak o upućenosti ispitanika o prizivu savjesti

5. RASPRAVA

Ovim istraživanjem u kojem je sudjelovalo 176 ispitanika utvrđeni su stavovi bivših i sadašnjih studenata zdravstvenog usmjerenja o prizivu savjesti u kliničkoj praksi. Najviše studenata je odgovorilo da kada bi radili na Klinici za ženske bolesti i porode, iskoristilo pravni okvir mogućnosti korištenja priziva savjesti. Dok su studije presjeka provedene u Čileu pronašle samo umjerenu podršku studenata za postojanje priziva savjesti u skrbi za pobačaj. Naime, manjina studenata tvrdila je da će iskoristiti pravni okvir mogućnosti priziva savjesti u kliničkoj praksi (18%), a gotovo svi (92%) vjeruju da bi o svom korištenju priziva savjesti trebali pravodobno obavijestiti pacijente te ih uputiti drugom pružatelju zdravstvene skrbi (68).

Na temu zabrane legalnog pobačaja bez medicinske indikacije, najviše ispitanika je ipak odgovorila da smatraju da se takav pobačaj ne bi trebao zabraniti. Slično govori i desetljeće staro istraživanje provedeno u Finskoj, zabrana pobačaja ili strogi zakoni koji reguliraju pristup pobačaju osim hitnih medicinskih slučajeva nisu u korelaciji s manjim brojem pobačaja u brojnim zemljama. Zapravo, procijenjeno je da je udio nesigurnih pobačaja veći s restriktivnim zakonima o pobačaju koji uzrokuju značajan pobol i smrtnost. Dakle, ako zagovornici priziva savjesti žele ne samo pružiti osobno zadovoljstvo onima koji ne žele sudjelovati u pobačajima, već i, na primjer, smanjiti opći broj pobačaja u zemlji, strategija koja otežava pristup sigurnom pobačaju može biti neuspješna (69).

Zanimljive podatke dobili smo na pitanje u svezi pravnog okvira priziva savjesti ljekarnika kod izdavanja tablete za dan poslije, samo 39.2% ispitanika smatraju da ljekarnici imaju pravo na priziv savjesti, dok 65% poljskih studenata podržava uvođenje pravnog okvira priziva savjesti za ljekarnike. Prema Czekajewskoj i suradnicima (2022) istraživanje provedeno u Poljskoj osim priziva savjesti ispitivalo je i utvrdilo rijetko korištenje pravnog okvira priziva savjesti, odnosno većina medicinskih sestara i liječnika smatra da su trenutni pravni propisi u vezi s prizivom savjesti nejasni (70). Nadalje, smatraju i sugeriraju da bi zakon trebao jasno odrediti medicinske djelatnike koji bi trebali imati pravo na priziv savjesti,

tj. odbiti liječenje i okolnosti pod kojima to mogu učiniti. Također, naglašavaju da bi se tim istim zakonom trebalo štiti pravo pacijenata na zdravstvene usluge (71).

Velik broj ispitanika u ovom istraživanju smatra da je upućen što sve podrazumijeva priziv savjesti ali također dosta njih je dalo odgovor djelomično, što sve možemo napraviti kako bi studenti zdravstvenog usmjerenja u potpunosti bili upućeni u pravni okvir svojih mogućnosti. Sličnim pitanjem posvetilo se istraživanje u Španjolskoj 2015. godine, naime, temeljem podataka ispitanici su odgovorili da su informacije o prigovoru savjesti koji su studenti sestinstva primili tijekom svog diplomskog obrazovanja bile male ili vrlo male. Također, ispitanici su izjavili da je obrazovanje o bioetici i informacije o prigovoru savjesti zdravstvenih djelatnika općenito loše. Međutim, ističu da se kod mladih generacija visoko obrazovanih studenata sestinstva situacija poboljšava (72).

5.1. LEGALNO INDUCIRANI POBAČAJI

Prema Zakonu o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece (NN 18/78, 88/09; čl. 15., st. 2.), u Republici Hrvatskoj žena može legalno izvršiti pobačaj bez dozvole povjerenstva ako se radi o trudnoći koja traje do 10 tjedana. Prema istom Zakonu pobačaj se može obaviti samo u ovlaštenim stacionarnim zdravstvenim ustanovama. U 2021. godini evidentiran je 2.671 legalno inducirani pobačaj, dok je 2010. godine evidentiran 4.043 legalno inducirani pobačaj. Među ženama kod kojih je evidentiran legalno inducirani pobačaj najveći je udio onih u dobi 30 - 39 godina – 44,8%, približan postotak bilježi i 2010. godina, odnosno 43,6% potom slijedi dobna skupina 20 - 29 godina u kojoj je evidentirano 38,9% (2021.) te 36,2% (2010.) svih legalno induciranih pobačaja. Od 1.774 prijavljenih legalno induciranih pobačaja na zahtjev žene, prema dostupnim podacima, u 1.495 slučajeva (84,3%) prije začeca nisu bile korištene metode kontracepcije. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije i Statističkog ureda Europskih zajednica (Eurostat), RH ima nižu stopu prijavljenih legalno induciranih pobačaja na 1.000 živorođenih od susjednih zemalja i prosjeka Europske unije, iako se trend smanjenja stope uočava u većini europskih zemalja.

Prema Zakonu o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece, u Republici Hrvatskoj, nakon isteka deset tjedana od dana začeća, prekid trudnoće može se izvršiti samo po odobrenju komisije. Komisija može odobriti pobačaj nakon 10.tjedna od začeća ako bi nastavak trudnoće mogao ugroziti život žene, trajno narušiti njezino zdravlje, ako se utvrdi teška bolest, oštećenje ploda ili ako je trudnoća rezultat kažnjivih djela silovanja, incesta, obljube maloljetnice ili nemoćne osobe (73).

U Republici Hrvatskoj postoje propisani protokoli o izvođenju medikamentoznog prekida trudnoće na zahtjev. To je postupak koji uključuje primjenu lijeka mifepriston u jednokratnoj dozi od 200mg (Mifegyne tbl. A 200 mg) sukladno smjernicama i kliničkoj prosudbi (0.dan). U narednih 36-48 h (nakon primjene mifepristona) aplicira se mizoprostol bukalno (između desni i obraza). Obzirom na primijenjeni protokol može se primijeniti 400 mcg ili 800 mcg mizoprostola nakon čega unutar šest sati kod većine žena dolazi do pobačaja. U slučaju neuspjelog medikamentoznog prekida trudnoće može se postupak ponoviti ili dovršiti kirurškim putem (dilatacija i vakuum aspiracija) (73,74).

5.2. ETIČKI KODEKS PRIMALJA U REPUBLICI HRVATSKOJ

Zakon o primaljstvu ne propisuje pravo primalja na priziv savjesti kao što to propisuje Zakon o liječništvu i Zakon o sestrinstvu, no Etičkim kodeksom primalja je propisano da primalja ima pravo na priziv savjesti, ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijentice te o svojoj odluci mora pravodobno obavijestiti pacijenticu i uputiti je drugoj primalji (3). Prigovor savjesti na usluge pobačaja vrlo je sporno pitanje koje ima ukupnu važnost za primalje. Poštivanje savjesti i priznanje da postoje različiti argumenti za i protiv prigovora savjesti promiču široko razumijevanje zakonskih mogućnosti korištenja priziva savjesti. Istraživanja se stoga žele pozabavi ovim problemom raspravljajući o nekim od ključnih etičkih i pravnih koncepata koji su relevantni za ulogu primalja u pružanju usluga pobačaja (10). Njime se primaljama pruža i mogućnost da se na temelju savjesti usprotive pružanju usluga pobačaja i poštuju autonomiju žena kako bi se mogao postići međusobni dogovor o pitanjima koja mogu imati dalekosežne posljedice (10).

6. ZAKLJUČCI

1. Provedeno istraživanje rezultiralo je podacima o stavovima studenata zdravstvenog usmjerenja o prizivu savjesti u kliničkoj praksi, većina ispitanika (80.7%) do sada nije bilo u prilici pozvati se na priziv savjesti, a manje od polovine ispitanika (42.6%) kaže da kada bi radili na Klinici za ženske bolesti i porode iskoristili pravni okvir mogućnosti korištenja priziva savjesti.
2. Rezultati ankete ne pokazuju različite stavove o prizivu savjesti među studentima različitih strukovnih opredjeljenja unutar zdravstvenih studija. Pitanje ankete koje se odnosilo na podržavanje kolega u svezi korištenja priziva savjesti dalo je odgovore, čak 33.5% ispitanika ne zna ili ne podržava kolege u njihovoj odluci korištenja pravnog okvira priziva savjesti na radnom mjestu.
3. Primaljama bi se trebao omogućiti bolji zakonski pristup prizivu savjesti, ne bi se trebale oslanjati samo na Etički kodeks primalja, već zahtjevati ravnopravni Zakon o primaljstvu koji propisuje pravo primalja na priziv savjesti kao što to propisuje Zakon o liječništvu i Zakon o sestrinstvu, zdravstveni djelatnici bi trebali biti ravnopravno zaštićeni pred zakonom.

7. LITERATURA

1. Opća deklaracija o ljudskim pravima, NN 12/2009, članak 18., [Internet]. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/medunarodni/2009_11_12_143.html [Pristupljeno 3. siječnja 2023.]
2. Childress, James F. (1979). Appeals to conscience. *Ethics* 89 (4):315-335. Edited by James F. Childress
3. Čehulić V, Šimundić AM. Priziv savjesti u primaljstvu [internet]. Komora primalja i zdravstvenih tehničara. 2018. Dostupno na: <https://mail.komora-primalja.hr/iz-medija/1944-priziv-savjesti-u-primaljstvu> [Pristupljeno 3. siječnja 2023.].
4. International Confederation of Midwives. Core document. International Definition of the Midwife, CD2005_001 V2017 ENG. [Internet] Dostupno na: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf [Pristupljeno 5. siječnja 2023.]
5. Forster DA, McLachlan HL, Davey MA, Biro MA, Farrell T, Gold L, Flood M, Shafiei T, Waldenström U. Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Feb 3;16:28. doi: 10.1186/s12884-016-0798-y. PMID: 26841782; PMCID: PMC4739100.
6. Hogan R, Rossiter C, Catling C. Cultural empathy in midwifery students: Assessment of an education program. *Nurse Educ Today*. 2018 Nov;70:103-108. doi: 10.1016/j.nedt.2018.08.023. Epub 2018 Aug 23. PMID: 30172985.
7. Zakon o primaljstvu, NN 120/2008, 145/10. [Internet]. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2008_10_120_3436.html [Pristupljeno 6. siječnja 2023.]
8. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Apr 28;4(4):CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5. PMID: 27121907; PMCID: PMC8663203.

9. International Confederation of Midwives. Core document. International Code of Ethics for Midwife, CD2008_001 V2014 ENG. [Internet] Dostupno na: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf> [Pristupljeno 5. siječnja 2023.]
10. Ramsayer B, Fleming V. Conscience and conscientious objection: The midwife's role in abortion services. *Nurs Ethics*. 2020 Jul 6;27(8):969733020928416. doi: 10.1177/0969733020928416. Epub ahead of print. PMID: 32627664; PMCID: PMC7575296.
11. World Health Organization. Midwifery education and care. 2019. [Internet] Dostupno na: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/maternal-health/midwifery> [Pristupljeno 6. siječnja 2023.]
12. Denno DM, Hoopes AJ, Chandra-Mouli V. Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support. *J Adolesc Health*. 2015 Jan;56(1 Suppl):S22-41. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.09.012. PMID: 25528977.
13. Kantorová V, Wheldon MC, Ueffing P, Dasgupta ANZ. Estimating progress towards meeting women's contraceptive needs in 185 countries: A Bayesian hierarchical modelling study. *PLoS Med*. 2020 Feb 18;17(2):e1003026. doi: 10.1371/journal.pmed.1003026. PMID: 32069289; PMCID: PMC7028249.
14. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Family Planning and the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations. [Internet] Dostupno na: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/family_planning_DataBooklet_2019.pdf
15. Daniels K, Mosher WD. Contraceptive methods women have ever used: United States, 1982-2010. *Natl Health Stat Report*. 2013;(62):1-15.)
16. National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Key statistics from the National Survey of Family Growth—S listing. Accessed September 17, 2021.

17. Kavanaugh ML, Pliskin E. Use of contraception among reproductive-aged women in the United States, 2014 and 2016. *F S Rep.* 2020;1(2):83-93.
18. WHO. The PMNCH 2013 Report/Chapter 5 Family Planning. 2013. [Internet] Dostupno na: <https://pmnch.who.int/docs/librariesprovider9/meeting-reports/pmnch-report-2013.pdf>
19. Ministry of Immigration and Population. The 2014 Myanmar Population and Housing Census. Vol. 2. 2015.
20. No Authors List. World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 5th Edition. Geneva, Switzerland. 2015.
21. Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W Jr, Kowal D, Policar MS. *Contraceptive Technology*. 20th rev ed. Valley Stream, NY: Ardent Media; 2011
Google Scholar
22. Skouby SO: Contraceptive use and behavior in the 21st century: a comprehensive study across five European countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2004, 9: 57-68. 10.1080/13625180410001715681.
23. Gould D: Contraception: the changing needs of women throughout the reproductive years. *Nurs Stand.* 2000, 14: 37-43.
24. Rosales C, Mansour D, Cox MA: Does current contraceptive choice correspond with user satisfaction?. *J Obstet Gynaecol.* 2012, 32: 166-172. 10.3109/01443615.2011.638998.
25. Ernst U, Baumgartner L, Bauer U, Janssen G: Improvement of quality of life in women using a low-dose desogestrel-containing contraceptive: results of an observational clinical evaluation. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2002, 7: 238-243.
26. Joffe H, Cohen LS, Harlow BL: Impact of oral contraceptive pill use on premenstrual mood: predictors of improvement and deterioration. *Am J Obstet Gynecol.* 2003, 189: 523-530.
27. Wellings K, Zhihong Z, Krentel A, Barrett G, Glasier A: Attitudes towards long-acting reversible methods of contraception in general practice in the UK. *Contraception.* 2007, 76: 208-214. 10.1016/j.contraception.2007.05.085.

28. Sköld A, Larsson M. Contraceptive use during the reproductive lifecycle as reported by 46-year-old women in Sweden. *Sex Reprod Healthc.* 2012 Mar;3(1):43-7. doi: 10.1016/j.srhc.2011.11.004. Epub 2011 Dec 7. PMID: 22325801.
29. Yuzpe AA, Thurlow HJ, Ramzy I, Leyshon JI. Post coital contraception--A pilot study. *J Reprod Med.* 1974 Aug;13(2):53-8. PMID: 4844513.
30. No authors listed. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. *Lancet.* 1998 Aug 8;352(9126):428-33. PMID: 9708750.
31. Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. *N Engl J Med.* 1995 Dec 7;333(23):1517-21. doi: 10.1056/NEJM199512073332301. PMID: 7477165.
32. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. *Lancet.* 1998 Aug 8;352(9126):428-33. PMID: 9708750.
33. Alford SM, Lappin RE, Wells K, Barone AR, Dalton VK. Adolescent and young adult women's use of emergency contraception. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2010 Oct;23(5):279-84. doi: 10.1016/j.jpag.2010.03.003. Epub 2010 Jul 1. PMID: 20591703.
34. Conard LA, Fortenberry JD, Blythe MJ, Orr DP. Pharmacists' attitudes toward and practices with adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003 Apr;157(4):361-5. doi: 10.1001/archpedi.157.4.361. PMID: 12695232.
35. Upadhyia KK, Trent ME, Ellen JM. Impact of individual values on adherence to emergency contraception practice guidelines among pediatric residents: implications for training. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009 Oct;163(10):944-8. doi: 10.1001/archpediatrics.2009.160. PMID: 19805714; PMCID: PMC4332886.)

36. World Health Organization. Health topics: family planning [Internet] Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception> [Pristupljeno 20. veljače 2023.]
37. Fehring RJ. Efficacy and efficiency in natural family planning services. *Linacre Q.* 2009;76(1):9-24.
38. Choi J, Chan S, Wiebe E. Natural family planning: physicians' knowledge, attitudes, and practice. *J Obstet Gynaecol Can.* 2010;32(7):673-678.
39. Sheynkin YR. History of vasectomy. *Urol Clin North Am.* 2009 Aug;36(3):285-94. doi: 10.1016/j.ucl.2009.05.007. PMID: 19643231.
40. Sharlip ID, Belker AM, Honig S, Labrecque M, Marmar JL, Ross LS, Sandlow JI, Sokal DC; American Urological Association. Vasectomy: AUA guideline. *J Urol.* 2012 Dec;188(6 Suppl):2482-91. doi: 10.1016/j.juro.2012.09.080. Epub 2012 Oct 24. PMID: 23098786.
41. Ostrowski KA, Holt SK, Haynes B, Davies BJ, Fuchs EF, Walsh TJ. Evaluation of Vasectomy Trends in the United States. *Urology.* 2018 Aug;118:76-79. doi: 10.1016/j.urology.2018.03.016. Epub 2018 Mar 22. PMID: 29578040.
42. Jamieson DJ, Kaufman SC, Costello C, Hillis SD, Marchbanks PA, Peterson HB; US Collaborative Review of Sterilization Working Group. A comparison of women's regret after vasectomy versus tubal sterilization. *Obstet Gynecol.* 2002 Jun;99(6):1073-9. doi: 10.1016/s0029-7844(02)01981-6. PMID: 12052602.
43. Miller WB, Shain RN, Pasta DJ. The pre- and poststerilization predictors of poststerilization regret in husbands and wives. *J Nerv Ment Dis.* 1991 Oct;179(10):602-8. doi: 10.1097/00005053-199110000-00003. PMID: 1919544.
44. Micks EA, Jensen JT. Permanent Contraception for Women. *Women's Health.* 2015;11(6):769-777. doi:10.2217/whe.15.69
45. Mackay AP, Kieke BAJr, Koonin LM, Beattie K. Tubal sterilization in the United States, 1994–1996. *Fam. Plann. Perspect.* 33(4), 161–165 (2001).
46. Peterson HB, Destefano F, Rubin GL, Greenspan JR, Lee NC, Ory HW. Deaths attributable to tubal sterilization in the United States, 1977 to 1981. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 146(2), 131–136 (1983).

47. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 83(5), 397–404 (2011).
48. ACOG Practice bulletin no. 133: benefits and risks of sterilization. *Obstet. Gynecol.* 121(2 Pt 1), 392–404 (2013).
49. Levgur M, Duvivier R. Pelvic inflammatory disease after tubal sterilization: a review. *Obstet. Gynecol. Surv.* 55(1), 41–50 (2000).
50. World Health Organization. Adolescence: a period needing special attention. Age--not the whole story. Last Accessed date: Jan 5, 2020.)
51. Apter D. Contraception options: Aspects unique to adolescent and young adult. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018 Apr;48:115-127. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2017.09.010. Epub 2017 Sep 28. PMID: 29032945.
52. Bitzer J, Abalos V, Apter D, Martin R, Black A; Global CARE (Contraception: Access, Education) Group. Targeting factors for change: contraceptive counselling and care of female adolescents. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2016;21:417–430.
53. Bitzer J, Abalos V, Apter D, Martin R, Black A; Global CARE (Contraception: Access, Education) Group. Targeting factors for change: contraceptive counselling and care of female adolescents. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2016;21:417–430.
54. Norton M, Chandra-Mouli V, Lane C. Interventions for Preventing Unintended, Rapid Repeat Pregnancy Among Adolescents: A Review of the Evidence and Lessons From High-Quality Evaluations. *Glob Health Sci Pract.* 2017;5:547–570.
55. Chung, W.H, Kim, ME., Lee, J. Comprehensive understanding of risk and protective factors related to adolescent pregnancy in low- and middle-income countries: A systematic review. *Journal of Adolescence.* 2018; 69: 180-188.
56. Darroch J, Woog V, Bankole A, Ashford LS. Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. New York: Guttmacher Institute; 2016.

57. Sully EA, Biddlecom A, Daroch J, Riley T, Ashford L, Lince-Deroche N et al., Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. New York: Guttmacher Institute; 2020.
58. Kongnyuy EJ, Nana PN, Fomulu N, Wiysonge SC, Kouam L, Doh AS. Adverse perinatal outcomes of adolescent pregnancies in Cameroon. *Matern Child Health J*. 2008 Mar;12(2):149-54. doi: 10.1007/s10995-007-0235-y. Epub 2007 Jun 12. PMID: 17562148.
59. Ammon Avalos L, Galindo C, Li DK. A systematic review to calculate background miscarriage rates using life table analysis. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2012;94:417-23. 10.1002/bdra.23014.
60. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2012 Nov;98(5):1103-11.
61. Nybo Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ* 2000;320:1708-12. 10.1136/bmj.320.7251.1708.
62. Pobačaj. Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2021.
63. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 200: Early Pregnancy Loss. *Obstet Gynecol*. 2018 Nov;132(5):e197-e207.
64. Kim C, Barnard S, Neilson JP, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jan 31;1(1):CD007223. doi: 10.1002/14651858.CD007223.pub4. PMID: 28138973; PMCID: PMC6464743.
65. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014 Jun; 2(6):e323-33.
66. Singh S, Maddow-Zimet I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review

- of evidence from 26 countries. *BJOG* 2015; published online Aug 19. DOI:10.1111/1471-0528.13552.
67. Vlassoff et al. Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges. Brighton, Institute of Development Studies, 2008 (IDS Research Reports 59)
 68. Biggs MA, Casas L, Ramm A, Baba CF, Correa SP. Medical and midwifery students' views on the use of conscientious objection in abortion care, following legal reform in Chile: a cross-sectional study. *BMC Med Ethics*. 2020 May 24;21(1):42. doi: 10.1186/s12910-020-00484-4. PMID: 32448300; PMCID: PMC7245938
 69. Nieminen, P., Lappalainen, S., Ristimäki, P., Myllykangas, M., & Mustonen, A. M. (2015). Opinions on conscientious objection to induced abortion among Finnish medical and nursing students and professionals. *BMC medical ethics*, 16, 17. <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0012-1>
 70. Czekajewska J, Walkowiak D, Domaradzki J. Attitudes of Polish physicians, nurses and pharmacists towards the ethical and legal aspects of the conscience clause. *BMC Med Ethics*. 2022 Nov 3;23(1):107. doi: 10.1186/s12910-022-00846-0. PMID: 36329466; PMCID: PMC9631598
 71. Toro-Flores, R., Bravo-Agüi, P., Catalán-Gómez, M. V., González-Hernando, M., Guijarro-Cenisergue, M. J., Moreno-Vázquez, M., Roch-Hamelin, I., & Velasco-Sanz, T. R. (2019). Opinions of nurses regarding conscientious objection. *Nursing ethics*, 26(4), 1027–1038. <https://doi.org/10.1177/0969733017731915>
 72. Lattof SR, Coast E, Rodgers YVM, Moore B, Poss C. The mesoeconomics of abortion: A scoping review and analysis of the economic effects of abortion on health systems. *PLoS One*. 2020 Nov 4;15(11):e0237227. doi: 10.1371/journal.pone.0237227. PMID: 33147223; PMCID: PMC7641432.
 73. Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece, NN 18/78, 88/09. [Internet] Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/2475/Zakon-o-zdravstvenim-mjerama-za-ostvarivanje-prava-na-slobodno-odlu%C4%8Divanje-o-ra%C4%91anju-djece> [Pristupljeno 5. travnja 2023.]

74. Zakon o zaštiti prava pacijenta, NN 169/04, 37/08. [Internet] Dostupno na:
<https://zakon.hr/z/255/Zakon-o-za%C5%A1titi-prava-pacijenata> [Pristupljeno 8.
travnja 2023.]

8. ŽIVOTOPIS

Osobni podatci

Ime i prezime Ivona Perišić

Adresa Ulica Domovinskog rata 139, Dugopolje

E-mail ivona.perisic290801@gmail.com

Datum rođenja 29.08.2001.

Mjesto rođenja Split, Hrvatska

Obrazovanje

2008. – 2016. Osnovna škola Dugopolje, Dugopolje

2016. – 2020. Zdravstvena škola Split, Split

2020. – Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Split,
Prijediplomski studij Primaljstva