

UNIVERZITET U BEOGRADU
FARMACEUTSKI FAKULTET

Jelena M. Milosavljević

**ANALIZA UTICAJA SOCIO-
DEMOGRAFSKIH KARAKTERISTIKA I
STAVOVA NA PRAKSU GINEKOLOGA I
FARMACEUTA U VEZI SA METODAMA
PLANIRANJA PORODICE U SRBIJI**

doktorska disertacija

Beograd, 2016.

UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF PHARMACY

Jelena M. Milosavljević

**ANALYSIS OF THE IMPACT OF SOCIO-
DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS
AND ATTITUDES ON PRACTICE OF
GYNAECOLOGISTS AND PHARMACISTS
REGARDING FAMILY PLANNING
METHODS IN SERBIA**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2016.

Komisija za ocenu i odbranu doktorske disertacija:

Dr sc. Dušanka Krajnović, vanredni profesor, mentor

Univerzitet u Beogradu - Farmaceutski fakultet

Dr sc. Ana Mitrović-Jovanović, vanredni profesor

Univerzitet u Beogradu - Medicinski fakultet/

Ginekološko-akušerska klinika "Narodni front"

Dr sc. Ljiljana Tasić, redovni profesor

Univerzitet u Beogradu - Farmaceutski fakultet

Dr sc. Nataša Bogavac-Stanojević, vanredni profesor

Univerzitet u Beogradu - Farmaceutski fakultet

Dr sc. Mirjana Rašević, naučni savetnik

Institut društvenih nauka, Beograd

Datum odbrane:

Zahvalnica

Zahvaljujem se mentoru prof. dr Dušanki Krajnović na pomoći i sugestijama tokom dizajniranja, sprovođenja i publikovanja istraživanja, kao i izrade ove disertacije.

Zahvaljujem se članu komisije prof. dr Nataši Bogavac-Stanojević na dragocenoj pomoći u statističkoj obradi podataka, sugestijama i pomoći tokom publikovanja rezultata istraživanja i pisanja doktorske disertacije.

Zahvaljujem se članu komisije prof. dr Ani Mitrović-Jovanović na sugestijama i pomoći tokom publikovanja rezultata istraživanja i izdrade doktorske disertacije.

Zahvaljujem se članovima komisije prof. dr Ljiljani Tasić i prof. dr Mirjani Rašević na njihovim sugestijama tokom izdrade doktorske disertacije.

Zahvaljujem prof dr. Katarini Ilić za pomoć oko osmišljavanja dizajna studije i pripreme istraživačkog protokola i insrumenata.

Zahvaljujem se dragoj kolegici Marijani Lazić na velikoj pomoći pri distribuciji upitnika ginekolozima u fazi prikupljanja podataka.

Zahvaljujem se Farmaceutskoj komori Srbije na tehničkoj podršci pri distribuciji upitnika kolegama diplomiranim farmaceutima u fazi prikupljanja podataka.

Zahvaljujem se svim kolegama farmaceutima i ginekolozima na razumevanju i odvojenom vremenu pri popunjavanju upitnika u fazi prikupljanja podataka.

Zahvaljujem se dragoj kolegici Veri Damjan na podsticaju da upišem i završim doktorske studije.

Zahvaljujem se svojoj porodici, roditeljima i bratu za svu njihovu podršku i razumevanje tokom doktorskih studija.

Analiza uticaja socio-demografskih karakteristika i stavova na praksu ginekologa i farmaceuta u vezi sa metodama planiranja porodice u Srbiji

Rezime

Uvod i ciljevi. Stopa abortusa u Srbiji je duplo veća od stope fertiliteta i među najvišim je u Evropi. Glavni faktor koji tome doprinosi je mala upotreba moderne kontracepcije. Ciljevi disertacije su bili da se istraže stavovi i praksa ginekologa u vezi sa metodama planiranja porodice, kao i da se ispita uticaj socio-demografskih karakteristika i stavova na primenu ovih metoda. Takođe, da se istraže znanje, stavovi i praksa farmaceuta u vezi sa hitnom kontracepcijom i da se ispita veza između socio-demografskih karakteristika, znanja i stavova sa praksom.

Metode istraživanja. Sprovedene su dve studije preseka sa ginekolozima i farmaceutima javnih apoteka. Podaci su analizirani chi-kvadrat testom, univarijantnom i multiplom logističkom regresijom.

Rezultati i diskusija. Polovina ispitanih ginekologa je izjavila da ima moralne/etičke zamerke na metode kontracepcije, kao i da ih ne bi ponudili pacijentkinji. Ginekolozi sa zamerka na kontracepciju imali su manje šanse da imaju zamerke na abortus (OR: 0,422). Ovakav stav je najizraženiji u Južnoj i Istočnoj Srbiji. Značajno veći broj farmaceuta nego ginekologa (12% vs. 2%, $p < 0,001$) ne bi izdao hitnu kontracepciju ni pod kakvim uslovima. Takođe, veliki broj farmaceuta je izjavio da bi odbili izdavanje ovih proizvoda generalno (15%), kao i u specifičnim situacijama: za buduću upotrebu (72%), kada je prošlo >72 sata od odnosa (78%), kada nije došla krajnja korisnica (70%), kao i zbog godina korisnice (75%). Polovina ispitanika imala je nedovoljno znanje o hitnoj kontracepciji i upravo ta grupa je imala veće šanse da odbije njeno izdavanje generalno (OR: 1,862) i u određenim situacijama (nije krajnja korisnica (OR: 1,412) ili >72 sata od odnosa (OR: 1,445)). Farmaceuti sa više godina radnog iskustva imali veće šanse da odbiju izdavanje korisnici mlađoj od 16 godina (OR: 1,023).

Zaključak. Naše istraživanje proizvelo je značajne rezultate koji se mogu primeniti za buduća istraživanja i unapređenje zdravstvene politike i prakse.

Ključne reči: metode planiranja porodice, kontracepcija, hitna kontracepcija, abortusi, ginekolozi, farmaceuti, socio-demografske karakteristike, znanje, stavovi, praksa

Naučna oblast: Farmacija

Uža naučna oblast: Socijalna farmacija i istraživanje farmaceutske prakse

UDK broj: 615.15:[316.356.2:314.335(497.11)(043.3)

Analysis of the impact of socio-demographic characteristics and attitudes on practice of gynaecologists and pharmacists regarding family planning methods in Serbia

Abstract

Introduction and aims. Abortion rate in Serbia is double fertility rate and among the highest in Europe. A major factor contributing to this is the low prevalence of use of modern contraception. The aims of dissertation were to investigate attitudes and practice of gynaecologists related to family planning methods, and to examine the influence of socio-demographic characteristics and attitudes on use of these methods. Also, to investigate knowledge, attitudes and practice of pharmacists regarding emergency contraception and to examine the influence of socio-demographic characteristics, knowledge and attitudes on their practice.

Methods. Two cross-sectional studies, with gynaecologists and community pharmacists, were conducted. Data were analysed by chi-square test, univariate and multiple logistic regression.

Results and discussion. Half of the surveyed gynaecologists had moral/ethical objections to certain contraceptive methods, and would not offer them to patients. Those who objected to contraceptives were less likely to object to abortions (OR: 0,422). This attitude was more prevalent in Southern and Eastern Serbia. Significantly more pharmacists than gynaecologists (12% vs. 2%, $p < 0.001$) would not provide emergency contraception to anybody under any circumstance. Also, pharmacists in large number denied these products provision overall (15%) and in particular circumstances; when it was for future use (72%), >72 h after intercourse (78%), for non-intended user (70%) and because of patient age (75%). Half of the surveyed pharmacists had poor knowledge of emergency contraception and that group was more likely to decline the provision overall (OR: 1.862) and in particular circumstances (non-intended user (OR: 1.412) or >72 h after intercourse (OR: 1.445)). Pharmacists with more work experience were more likely to deny emergency contraception requests to user younger than 16 (OR: 1.023).

Conclusion. Our study produced important results that can be used to inform future research and to improve health policy and practice.

Key words: family planning methods, contraception, emergency contraception, abortion, gynaecologists, pharmacists, socio-demographic characteristics, knowledge, attitudes, practice

Academic Expertise: Pharmacy

Major in: Social pharmacy and pharmacy practice research

UDK number: 615.15:[316.356.2:314.335(497.11)](043.3)

Sadržaj

1. Uvodna razmatranja.....	1
1.1 Reproktivno zdravlje	1
1.1.1 Metode planiranja porodice	2
1.1.2 Zastupljenost metoda planiranja porodice u Srbiji i u drugim zemljama.....	13
1.1.3 Abortusi u Srbiji i u drugim zemljama	17
1.2 Znanje, stavovi i praksa u vezi sa metodama planiranja porodice	20
1.2.1 Korisnice.....	20
1.2.2 Zdravstveni radnici (ginekolozi, farmaceuti)	24
1.3 Teorijski modeli stavova i ponašanja	30
2. Ciljevi doktorske disertacije	35
3. Metode istraživanja.....	36
3.1 KAP studija sa ginekolozima	36
3.2 KAP studija sa farmaceutima	39
3.3 Statistička obrada podataka – analitičke studije.....	43
4. Rezultati.....	46
4.1. Socio-demografske karakteristike ispitivanih populacija ginekologa i farmaceuta	46
4.1.1. Ginekolozi	46
4.1.2. Farmaceuti	48
4.2. Istraživanje stavova i prakse ginekologa u vezi sa metodama planiranja porodice	50
4.2.1. Stavovi i praksa ginekologa u vezi sa metodama redovne kontracepcije.....	50
4.2.2. Analiza uticaja socio-demografski karakteristika na stavove i praksu ginekologa u vezi sa metodama redovne kontracepcije	51

4.2.3. Analiza uticaja socio-demografski karakteristika i stavova u vezi sa kontracepcijom na stavove i praksu ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice	58
4.2.4. Analiza uticaja socio-demografski karakteristika i stavova u vezi sa kontracepcijom na stavove i praksu ginekologa u vezi sa abortusom.....	65
4.3. Istraživanje stavova i prakse zdravstvenih radnika (ginekologa i farmaceuta) u vezi sa hitnom kontracepcijom	72
4.3.1. Stavovi i praksa zdravstvenih radnika u vezi sa hitnom kontracepcijom.....	72
4.3.2. Analiza uticaja socio-demografskih karakteristika i stavova zdravstvenih radnika na njihovu praksu u vezi sa hitnom kontracepcijom	75
4.4. Znanje, stavovi i praksa farmaceuta u vezi sa hitnom hormonskom kontracepcijom...	91
4.4.1. Znanje farmaceuta u vezi sa hitnom hormonskom kontracepcijom	91
4.4.2. Stavovi farmaceuta u vezi sa hitnom hormonskom kontracepcijom	94
4.4.3. Farmaceutska praksa savetovanja i izdavanja hitne kontracepcije.....	95
4.5. Analiza uticaja socio-demografskih karakteristika na znanje, stavove i praksu farmaceuta u odnosu na Kliničke smernice za urgentnu hormonsku kontracepciju	101
4.6. Analiza uticaja socio-demografskih karakteristika, znanja i stavova farmaceuta na njihovu odluku da ne izdaju hitnu hormonsku kontracepciju.....	147
4.6.1. Analiza uticaja socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovu odluku da ne izdaju hitnu hormonsku kontracepciju.....	147
4.6.2. Analiza uticaja znanja i edukacije na odluku farmaceuta da ne izdaju hitnu hormonsku kontracepciju	152
5. Diskusija	165
6. Zaključak	182
7. Literatura	185
Prilog 1. Upitnik za ginekologe.....	208
Prilog 2. Upitnik za farmaceute.....	213

Prilog 3. Spisak slika	221
Prilog 4. Spisak tabela	221
Biografija	232

Lista skraćenica

ALiMS - Agencija za lekove i medicinska sredstva Srbije

aOR - korigovani odnos šansi (engl. Adjusted Odds Ratio)

CI - interval pouzdanosti (engl. Confidence Interval)

FKS - Farmaceutska komora Srbije

HIV - virus humane imunodeficijencije (eng. Human Immunodeficiency Virus)

ISPOR - Međunarodno udruženje za farmakoekonomiju i praćenje ishoda lečenja (engl. International Society for Pharmacoconomics and Outcomes Research)

KAP studije - studije procene znanja, stavova i prakse (engl. Knowledge, Attitude, Practice)

LH - luteinizirajući hormon

MICS - Istraživanje višestrukih pokazatelja položaja žena i dece (engl. Multiple Indicator Cluster Surveys)

MOD - prevalenca upotrebe moderne kontracepcije

OR - odnos šansi (engl. Odds Ratio)

SAD - Sjedinjene Američke Države

SLD - Srpsko lekarsko društvo

SPSS - Statistički paket za sociološke nauke (engl. Statistical Package for the Social Sciences)

SUA - stopa ukupnih abortusa

SUF - stopa ukupnog fertiliteta

SZO - Svetska zdravstvena organizacija

TRAD - prevalenca upotrebe tradicionalne kontracepcije

UNICEF - Međunarodni fond za decu i omladinu (engl. United Nations Children's Fund)

1. Uvodna razmatranja

1.1 Reproduktivno zdravlje

Planiranje porodice predstavlja svesnu aktivnost individue i parova u reproduktivnom životnom dobu, kojom teže da regulišu broj i vremenski raspored rađanja, kao i da rode zdravo dete. Kako to predstavlja ljudsko pravo i potrebu, ali istovremeno i socijalni zahtev i obavezu prema društvu, istraživanju planiranja porodice može se pristupiti sa više različitih aspekata: biološkog, zdravstvenog, demografskog, sociološkog, psihološkog, ekonomskog, etičkog, političkog. Jedan od najbitnijih aspekata jeste zdravstveni i upravo da bi se istakao njegov značaj uveden je pojam reproduktivnog zdravlja [1]. Prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije (SZO), reproduktivno zdravlje je stanje fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja u svim oblastima vezanim za reproduktivni sistem, u svim fazama života. To podrazumeva da su ljudi u mogućnosti da imaju zadovoljavajući i bezbedan seksualni život i reprodukciju uz potpunu slobodu donošenja odluka. Sastavni deo ovoga je i pravo žena i muškaraca na informisanost i dostupnost bezbednih, efikasnih i prihvatljivih metoda kontrole rađanja [2]. Omogućiti pristup reproduktivnom zdravlju za sve pojedince postavljeno je kao cilj za sve zemlje još 1994. na Međunarodnoj konferenciji o stanovništvu i razvoju [3]. Poseban akcenat stavljen je na dostupnost informacija i usluga koje imaju za cilj sprečavanje neželjenih ranih ili poodmaklih trudnoća, produženje perioda između dva porođaja, kao i ograničenje broja dece u porodici [4].

Sistem pružanja usluga iz oblasti planiranja porodice u Srbiji zasniva se pre svega na ginekolozima. Bilo da rade u ustanovama primarnog, sekundarnog ili tercijarnog nivoa, samo oni imaju pravo propisivanja kontraceptiva i predstavljaju najbolji izvor informacija za pacijentkinje na temu planiranja porodice. Pored njih, farmaceuti kao najdostupniji zdravstveni radnici, ne samo da treba da pruže

pacijentima sve informacija o leku, već su u obavezi i da vrše promociju zdravlja [5]. U vezi sa reproduktivnim zdravljem, ovi zdravstveni radnici imaju ključnu ulogu za primenu hitne hormonske kontracepcije koja se može izdavati i bez lekarskog recepta, kao i u savetovanju pacijentkinja u vezi sa primenom drugih metoda planiranja porodice.

1.1.1 Metode planiranja porodice

U odnosu na korisnika metode planiranja porodice se dele na metode koje primenjuju žene i muškarci. U odnosu na dužinu upotrebe, mogu se podeliti na metode sa kratkim periodom dejstva, srednjim i trajnim. Postoji podela i po mestu delovanja na lokalna i opšta. U nastavku su dati mehanizmi dejstva, način primene, prednosti i mane najčešće korišćenih metoda redovne kontracepcije: oralna hormonska kontracepcija, progestagenski implantati i injekcije, intrauterina sredstva, dijafragma/cervikalna kapa sa spermicidom, kondom, sterilizacija, zatim prirodne metode planiranja porodice i hitna hormonska kontracepcija.

Oralna hormonska kontracepcija

Prva hormonska tableta za kontracepciju, ili kako se popularno zove „pilula“, odobrena je za upotrebu u SAD-u 1960. godine. Od tada oko 200 miliona žena širom sveta koristilo je ovaj vid zaštite od neželjene trudnoće [6]. Na tržištu postoji više vrsta ovih proizvoda koji se međusobno razlikuju po sastavu i dozi aktivne supstance. Osnovna podela je na „mini pilulu“ koja sadrži samo progestagen i kombinovanu oralnu kontracepciju koja sadrži dva hormona od kojih je obično jedan etinil-estradiol u dozi od 15 do 35 µg i drugi

hormon iz grupe progestagena. Postoje tri generacije progestagena koje se danas koriste u oralnoj kontracepciji:

- prva generacija: npr. noretindron;
- druga generacija: npr. levonorgestrel;
- treća generacija: npr. gestoden, dezogestrel, norgestimat, drospirenon.

Mehanizam dejstva oralne kontracepcije zasniva se pre svega na inhibiciji ovulacije preko hipotalamusno-hipofizno-ovarijumske osovine. Estrogena komponenta inhibira razvoj folikula i stvaranje folikulostimulirajućeg hormona. Progestageni onemogućavaju ovulaciju sprečavanjem povećanja nivoa luteinizirajućeg hormona (LH) [7]. Takođe, utiču na povećanje gustine i viskoznosti cervikalne sluzi, čime se otežava prenos spermatozoida, kao i na sprečavanje transformacije proliferativnog endometrijuma u sekretorni, čime je onemogućena implantacija. Oralna hormonska kontracepcija ima izuzetno visoku efikasnost ako se koristi dosledno prema preporukama. Stopa neuspeha kod idealne upotrebe je 0,3%, dok kod tipične upotrebe koja podrazumeva propuste i greške u korišćenju ona iznosi 9% [8]. Tablete oralne hormonske kontracepcije primenjuju se jedna dnevno u periodu od 21 dan, nakon čega sledi sedmodnevni period bez hormona kada obično dolazi do krvarenja. Ukoliko pakovanje sadrži 28 tableta (24 sa hormonima i 4 placebo), primenjuju se svakodnevno, bez pauze, a krvarenje nastupa tokom primene placebo tableta. Ovo krvarenje nije menstruacija, već nastaje zbog smanjenja koncentracije polnih hormona u krvi [9]. Kombinovana oralna kontracepcija može biti monofazna kada sve tablete sadrže iste doze hormona. Može biti i dvofazna i trofazna kada se doze hormona u tabletama jednog pakovanja menjaju jednom ili dva puta tokom period od 21 dan. Međutim, istraživanja nisu pokazala da se na ovaj način postiže bolja kontrola ciklusa [6]. Dobra kontrola ciklusa podrazumeva da nema vanrednih krvarenja sem onih koja nastupaju u periodu pauze uzimanja hormonskih tableta.

Moderna oralna kontracepcija pruža niz nekontraceptivnih prednosti od regulacije i redukcije menstrualnog krvarenja i dismenoreje, ublažavanja predmenstrualnih simptoma, menstrualnih glavobolja, akni, hirutizma do smanjenja incidence kancera endometrijuma i ovarijuma [6]. Ozbiljna neželjena dejstva retko se javljaju. Najčešće se javljaju ona opšteg

tipa: nauzeja, mastodinija i retencija tečnosti. Progestageni imaju androgeno dejstvo i dovode do nastanka akni, amenoreje, anaboličkog efekta i povećanja telesne mase, kao i do ekscitacije i nervoze [10]. Pojava depresije i poremećaji sna objašnjava se uticajem estrogena na smanjenje nivoa serotonina [10, 11]. Takođe, ova komponenta utiče na povećano stvaranje proteina u jetri, povećanje koagulabilnosti krvi, nivoa faktora koagulacije i aktivnost trombocita. Ove promene udružene sa rezistencijom na aktivni protein C dovode po povećanog rizika za nastanak venskih tromboembolija [12]. Kardiovaskularni poremećaji predstavljaju najozbiljnije neželjeno dejstvo vezano za primenu oralne hormonske kontracepcije. Verovatnoća za njihov nastanak je dvostruko veća kod korisnica u odnosu na žene koje je ne koriste (9-10/10.000 godina žena u odnosu na 4-5/10.000 godina žena) [13, 14]. Rizik je najveći u prvih nekoliko meseci korišćenja, a nakon toga se smanjuje. Međutim, ovaj rizik je daleko manji nego u periodu trudnoće i ranog postpartalnog perioda gde dostiže vrednosti i do 29/10.000 i 300-400/10.000 godina žena, respektivno [13]. Veličina rizika zavisi od vrste progestagena u sastavu preparata, ali i dalje svi dostupni proizvodi na tržištu smatraju se bezbednim. Prilikom propisivanja preparata korisnici neophodno je isključiti povišen rizik za nastanak venske tromboembolije, kao i potencijalne kontraindikacije koje uključuju prethodnu vensku tromboemboliju i trombogenu mutaciju [15].

Mnogi autori izneli su mogućnost povezanosti nastanka karcinoma dojke i upotrebe oralne hormonske kontracepcije [16, 17]. Međutim, veliki broj istraživanja je opovrgao ove tvrdnje [18, 19], ili je pokazao da je takav rizik minimalan [20, 21]. Takođe, u istraživanjima se mogu naći i oprečni rezultati o povezanosti primene oralne kontracepcije i cervikalne neoplazije koja uključuje displaziju, karcinom in situ i invazivni karcinom [22]. S obzirom da je glavni uzročnik ovog karcinoma humani papiloma virus, moguće je da ta pojava nije direktno vezana za primenu ovih proizvoda, već za slabu primenu kondoma u toj populaciji. U poređenju sa ženama koje nikada nisu koristile oralne kontraceptive, kod korisnica ovih preparata postoji manji rizik nastanka ovarijalnog, kolorektalnog, i korporalnog karcinoma [7]. Relativni rizik za nastanak malignih bolesti se razlikuje po

geografskim područjima, a na njega utiču i koncentracija hormona u preparatu, dužina primene i period prekida primene [10, 23].

Progestagenski implant i injekcije

Žene koje ne mogu da koriste oralne kontraceptive zbog estrogene komponente, imaju mogućnost korišćenja hormonskih implanta i injekcija koji su sastavljeni isključivo od progestagena [24]. Implanti otpuštaju konstantno male doze hormona iz polimerne kapsule tokom perioda od jedne do pet godina [6]. Pod njegovim uticajem blokiran je transport spermatozoida kroz genitalni trakt i na taj način se sprečava fertilizacija. Ovo je visoko efikasna metoda koja zahteva minimalno angažovanje od strane korisnice. Kumulativna stopa trudnoće je 1,1 na 100 žena ukupno. A od korisnice sve što se očekuje da se kroz određeni broj godina javi svom ginekologu radi zamene implanta. Najveća mana ove metode je nepredvidivo krvarenje. U najvećem broju slučajeva to je bio razlog zbog kojeg su korisnice tražile njegovo uklanjanje [6].

Intramuskularne injekcije depo medroksiprogesteron-acetata pružaju kontraceptivnu zaštitu u periodu od tri meseca. Koncentracija hormona u serumu polako raste i dostiže pik oko tri nedelje nakon primene, nakon čega se smanjuje do momenta pražnjenja depoa. Ova metoda je 99% efikasna pod uslovom da se korisnica javlja redovno na 12-14 nedelja da primi novu injekciju [25]. Visoke doze progestagena vrše jaku inhibiciju ovulacije, pa je potrebno neko vreme da bi se taj proces obnovio i povratila fertilitet nakon prestanka korišćenja metode [25]. Kao i svi progestagenski preparati i ovaj vid kontracepcije može dovesti do nepravilnog krvarenja. Drugi najčešći razlozi za odustajanje od ove metode su glavobolje, akne i povećanje telesne mase [6]. Iako ne postoji koncenzus o trajnim efektima depoa medroksiprogesteron-acetata na smanjenje gustine koštane mase, njegova primena je iz bezbednosnih razloga ograničena na period od dve godine [26, 27].

Intrauterina sredstva

Ova metoda kontracepcije predstavlja bezbednu i efikasnu zaštitu koja traje godinama (3-10 u zavisnosti od modela) [6]. Postoji oko sto tipova različitih intrauterinih sredstava [10], ali u većini zemalja koriste se samo dva: bakarna T-spirala i spirala s levonorgestrelom [28]. Mehanizam dejstva oba tipa zasniva se pre svega na sprečavanju spermatozoida da oplode jajnu ćeliju. Bakarna spirala u materici i tubama dovodi do povećanja nivoa tečnosti koja sadrži jone bakra, enzime, prostaglandine i makrofage, koji ometaju funkciju spermatozoida i samu fertilizaciju [29]. Takođe, blokirana je i implantacija. Spirala sa levonorgestrelom oslobađa aktivnu supstancu u dozi od 20 µg/dan i dovodi do atrofije endometrijuma, kao i do promene karakteristika cervikalnog mukusa, koji postaje viskozan i oskudan, pa je zbog toga prodiranje spermatozoida znatno otežano. Kod nekih žena dolazi i do inhibicije ovulacije [30]. Intrauterina sredstva imaju široku primenu zahvaljujući brojnim prednostima u odnosu na ostale kontraceptivne metode. Randomizovano ispitivanje spirale sa levonorgestrelom u odnosu na bakarnu pokazalo je da je 7-godišnji broj nastanka trudnoća 1,1 i 1,4 na 100 žena godina, respektivno [31]. Ovako visoka efikasnost uporediva je i sa efikasnošću ženske sterilizacije (10-godišnji broj trudnoća je 1,9), a uz to ova metoda je i reverzibilna i ne utiče na kasniju fertilitnost [30]. U 80% slučajeva žene koje su želele trudnoću, to su i postigle u periodu od 12 meseci nakon uklanjanja spirale [30]. U tabeli broj 1 date su prednosti i mane primene ove kontraceptivne metode [6]. Pravilna i pravovremena aplikacija spirale, kao i njen adekvatan izbor značajno smanjuju učestalost neželjenih dejstava.

Tabela 1. Prednosti i mane primene intrauterinih sredstava (modifikovano prema ref. 6)

Prednosti	Mane
Visoka efikasnost	Menstrualni problemi
Pogodna za upotrebu	Nelagodnost prilikom postavljanja
Ne zahteva nikakve aktivnost od strane korisnice	Spontano izbacivanje
Troškovno isplativa	Perforacija uterusa
Mali broj neželjenih dejstava	Infekcija
Zaštita od ektopične trudnoće	

Dijafragma/cervikalna kapa sa spermicidom

Dijafragma je lokalno kontraceptivno sredstvo koje se proizvodi od lateksa i koristi sa spermicidom [32]. Da bi ispoljila svoju efikasnost neophodno je izabrati odgovarajuću veličinu i pravilno je postaviti. Verovatnoća nastanka trudnoće sa ovom metodom je 5-21% tokom prve godine primene [6]. Pokazalo se da se efikasnost povećava sa pravilnom upotrebom uz adekvatnu obuku pacijentkinje [7]. Pored zaštite od neželjene trudnoće, ova metoda štiti i od bakterijski seksualno prenosivih bolesti i karcinoma grlića materice, ali nije zaštita od HIV-a [6]. Neželjena dejstva su lokalne prirode: nadražaj vaginalne sluznice samom dijafragmom ili spermicidnim sredstvom. Primećena je povećana sklonost ka urinarnim infekcijama, što se objašnjava ili kompresijom na uretru ili kontaminacijom pri primeni. Korisnicama koje su već prethodno imale urinarne infekcije savetuje se da koriste cervikalnu kapu umesto dijafragme.

Cervikalna kapa je takođe napravljena od lateksa. Postavlja se na cerviks, ali je taj proces nešto komplikovaniji i nosi veći procenat neželjenih trudnoća usled pomeranja kape sa grlića materice (8-19% tokom prve godine upotrebe) [6]. Odluka o primeni je uslovljena i stanjem grlića materice. I dijafragmu i cervikalnu kapu treba regularno proveravati na eventualno prisustvo rupica i pononovo postaviti nakon 12 do 18 meseci [6].

Kondom

Muški kondom je najkorišćenija lokalna metoda zaštite od neželjene trudnoće. On onemogućava prodor spermatozoida. Kod pravilne upotrebe neželjena trudnoća se javlja u 3-12% slučajeva, a rizik zavisi od seksualnog ponašanja, kvaliteta kondoma i pravilne upotrebe. Upotreba hitne kontracepcije u slučajevima spadanja ili pucanja kondoma daje dodatnu zaštitu od neželjene trudnoće. Pored toga ovo je i jedina metoda koja pruža zaštitu i od HIV-a [33]. Uglavnom se proizvode od lateksa. Za osobe koje imaju alergiju na lateks postoje i od poliuretana, ali su nešto skuplji. I pored široke dostupnosti i ekonomske prihvatljivosti, kondom, nije prihvaćen među svim kategorijama stanovništva. Kao glavni razlog za neupotrebu ove metode navodi se smanjenje seksualnog zadovoljstva: više od 60% ispitanih muškaraca i 47,5% žena je izjavilo da upotreba kondoma umanjuje seksualno zadovoljstvo [34].

Sterilizacija

Sterilizacija kao trajna metoda sprečavanja neželjene trudnoće je sve popularnija i u razvijenim zemljama. Oko 190 miliona parova širom sveta koristi upravo žensku sterilizaciju (tubalnu ligaciju), a oko 42 miliona mušku sterilizaciju (vazektomiju) kao metodu planiranja porodice [6]. Tubalna ligacija se izvodi minilaparatomijom,

laparaskopijom ili tokom ponovljenog carskog reza. Rizik za nastanak komplikacija je veoma mali. I pored izvedenog postupka, postoji mogućnost nastanka trudnoće u malom broju slučajeva, manje od 2% za period od 10 godina [35]. Ovaj procenat je veći kod mlađih žena i uglavnom se radi o ektopičnoj trudnoći [6]. Postoje takođe metode histeroskopske tubalne ligacije, gde se sterilizacija ostvaruje ubacivanjem implanta, gela ili hemijskih materija transtubarno [26, 36].

Sterilizacija muškaraca se izvodi vazektomijom, koja je jednostavna i ne stvara komplikacije. Uz izvesne varijacije hirurške tehnike, ova metoda se široko primenjuje u svetu [10, 26].

Sterilizacija kao ireverzibilna, trajna metoda ne treba da se primenjuje ako će u buduće postojati šansa da se odluka promeni. Rizične grupe su mlađe žene, koje nemaju decu, koje nemaju stabilnu vezu i gde može da dođe do promene ličnih okolnosti [37]. Nakon sprovedene ove metode moguće je povratiti fertilitet, ali to zahteva veliku hiruršku intervenciju čiji ishod nije uvek predvidiv [38].

Prirodne/tradicionalne metode planiranja porodice

Princip ovih metoda je izbegavanje seksualnih odnosa u periodu koji je blizu ovulacije, tj. u periodu plodnih dana. Postoji nekoliko različitih metoda pomoću kojih se mogu odrediti plodni dani menstrualnog ciklusa:

- Kalendarska metoda: beleže se datumi menstrualnog ciklusa i na osnovu poslednjih 12 meseci određuje se verovatni period ovulacije i plodni dani. Od najkraćeg ciklusa oduzme se 18 i dobije se prvi plodni dan, a od najdužeg ciklusa oduzme se 11 i dobije poslednji plodni dan menstruacije. Ova metoda je izuzetno nepouzdana.

- Bilingsonova metoda: praćenje promene i strukture cervikalnog mukusa. Kako se bliži ovulacija cervikalni mukus postaje bistriji, obilniji i razvlači se. Ova promena označava početak plodne faze ciklusa.

- Temperaturna metoda se zasniva na merenju bazalne telesne temperature. Meri se uvek ujutru u isto vreme u vagini ili čmaru. Sa sekrecijom progesterona dolazi do porasta temperature za oko 0,5 °C. Neplodni dani počinju 3 dana nakon porasta temperature.

Mogu se koristiti i položaj i dilatacija cerviksa, kao i metoda ovulatornog bola [6]. Coitus ininterruptus, ili prekinuti snošaj, iako veoma neefikasna metoda i dalje se u nekim zemljama, među koje spada i Srbija, dominantno primenjuje [39]. Prednosti ovakvog načina zaštite od neželjene trudnoće su da nema zdravstvenih rizika. Međutim, ukoliko se pravila ne poštuju striktno, postoji veliki rizik od neuspeha.

U prirodne metode spada i laktaciona amenoreja. Ovo je 98% efikasan metod. Može se koristiti postpartalno prvih 6 meseci ukoliko se beba isključivo doji i još uvek nije došlo do menstrualnog krvarenja [40].

Hitna hormonska kontracepcija

Hitna hormonska kontracepcija (naziva se i urgentna kontracepcija i pilula za jutro posle) primenjuje se u cilju sprečavanja neželjene trudnoće posle nezaštićenog seksualnog odnosa ili izostale/neuspele primene redovne metode kontracepcije. Sedamdesetih godina dvadesetog veka počelo se sa primenom *Yuzpe*-ove metode nazvane po kanadskom ginekologu koji je prvi u hitnoj hormonskoj kontracepciji primenio kombinaciju 250 µg levonorgestrela i 50 µg etinil-estradiola u dve doze. Ova metoda danas se sve ređe koristi jer je manje efikasna i zbog svoje estrogenske komponente češće dovodi do neželjenih dejstava i to pre svega mučnine, glavobolje i bolne napetosti u dojkama [41]. Devedesetih godina za hitnu kontracepciju počinje da se koristi levonorgestrel u dve doze od 0,75 mg,

što se pokazala kao efikasnija i bezbednija metoda od *Yuzpe*-ove; mučnina se javlja u oko 16% slučajeva vs. 46% i povraćanje u 2,7% vs. 22,4% [42]. Pored preparata levonorgestrela kod kog se prva tableta uzima u intervalu od 72 sata od seksualnog odnosa, a druga 12 sati nakon toga, praktičnija je primena levonorgestrela u pojedinačnoj dozi od 1,5 mg. Zbog svoje dokazane bezbednosti i visoke efikasnosti levonorgestrel se smatra „zlatnim standardom“ u hitnoj kontracepciji [43]. U nekim zemljama npr. Kini i Izraelu, u hitnoj kontracepciji koristi se i mifepriston, kompetitivni antagonist progesterona. Međutim, u većini zemalja primena mifepristona dovela je do velikih socijalnih problema, jer se u većim dozama koristi za izazivanje medikamentnog abortusa [44]. Najnoviji preparat iz ove grupe, ulipristal-acetat odobren je za upotrebu u Evropi 2009., a u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD) i u Srbiji 2010. godine. Može se primenjivati u dužem vremenskom periodu nakon seksualnog odnosa, a u kliničkim ispitivanjima se pokazao ne-inferiornim u odnosu na levonorgestrel [45]. Preparati hitne kontracepcije dostupni su danas u više od 140 zemalja. U devet zemalja korisnicama je omogućen direktan pristup levonorgestrel tabletama (Bangladeš, Bugarska, Kanada, Indija, Laos, Holandija, Norveška, Švedska i SAD), a u nešto više od 60 zemalja farmaceut može da izda levonorgestrel bez lekarskog recepta (npr. u Australiji, Austriji, Velikoj Britaniji, Španiji, Sloveniji, Srbiji, Bugarskoj i drugim) [46].

Tačan mehanizam dejstva levonorgestrela nije u potpunosti poznat, ali veruje se da inhibira ili odlaže ovulaciju, tj. pod njegovim uticajem dolazi do odlaganja razvoja i sazrevanja folikula, inhibicije rupture i stvaranja perzistentnog folikula. Ukoliko se primeni pre nego što nivo LH počne da raste u sredini ciklusa, proces ovulacije može da se inhibira ili odloži za narednih 5-7 dana, što je dovoljno dug period dovoljan da spermatozoidi prisutni u reproduktivnom sistemu žene postanu inaktivni [47]. Ukoliko se tableta levonorgestrela primeni bliže vremenu ovulacije, verovatnoća da će sprečiti ovulaciju je manja. Utvrđeno je da levonorgestrel nema efekta ukoliko se primeni neposredno pre ovulacije, a smatra se da nije delotvoran ni posle fertilizacije [48]. Kliničkim ispitivanjima je potvrđeno da levonorgestrel nema uticaja na process implantacije embriona u

endometrijum, a nije uočen ni značajan uticaj na motilitet jajovoda [49]. Vremenski rok za primenu ove tablete je 72 sata od nezaštićenog seksualnog odnosa [50].

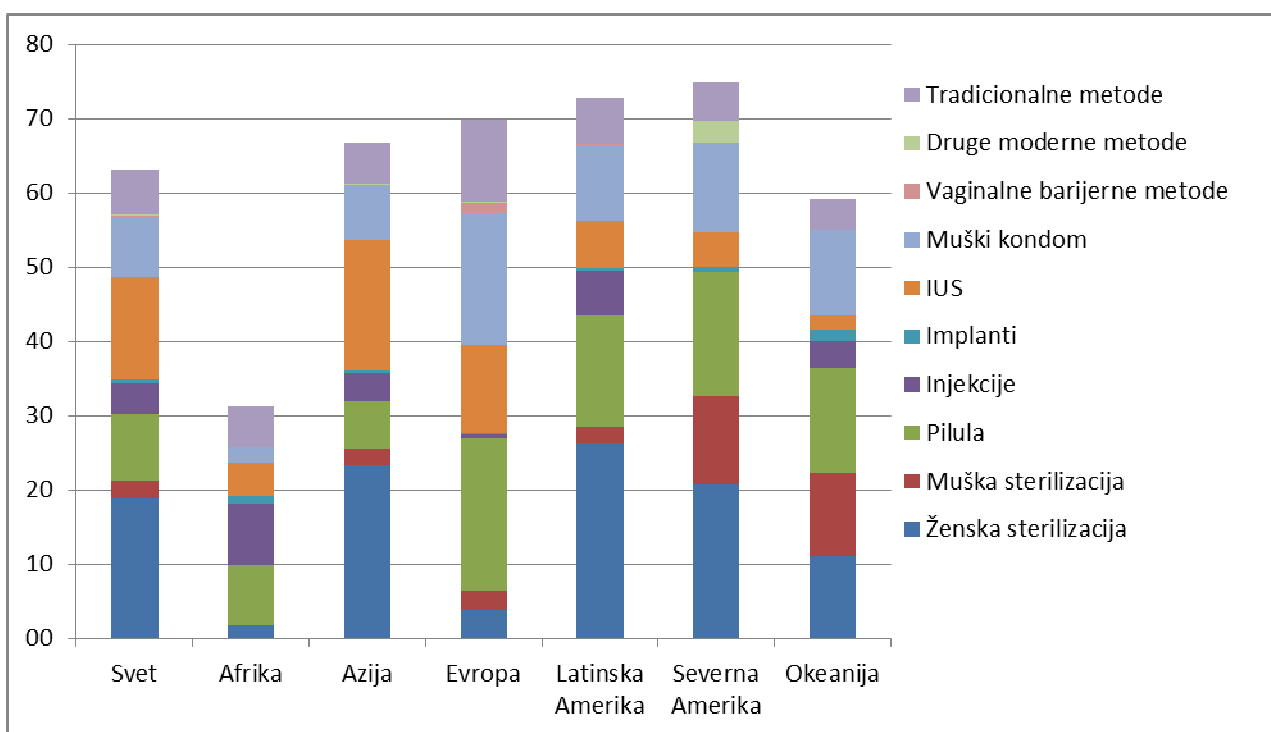
Ulipristal-acetat je sintetski selektivni modulator progesteronskih receptora za koje se vezuje sa velikim afinitetom i tako sprečava ili odlaže ovulaciju [51]. U kliničkim ispitivanjima pokazano je da je njegova primena kod 60% ispitanica dovela do odlaganja ovulacije za najmanje 5 dana [52]. Njegova efikasnost zavisi od vremena primene; ako se primeni pre nego što nivo LH počne da raste, dolazi do odlaganja ovulacije za najmanje 5 dana kod 100% ispitanica. Ukoliko se ulipristal-acetat primeni u fazi rasta, ali pre dostizanja pika nivoa LH, kod oko 79% žena ovulacija je odložena za najmanje 5 dana. Međutim, ako se primeni nakon dostizanja pika nivoa LH, ovulacija je odložena kod 8,3% žena [44]. Pokazano je da ulipristal-acetat dovodi i do promena u endometrijumu, ali još uvek nije jasno da li to uzrokuje inhibiciju implantacije [53], tako da se smatra da se njegovo primarno dejstvo zasniva na odlaganju ovulacije. Vremenski rok za primenu ulipristal-acetata je 120 sati od nezaštićenog seksualnog odnosa [51]. Nakon primene levonorgestrela i ulipristal-acetata nije bilo statistički značajne razlike u tipu i učestalosti neželjenih dejstava (tabela 2) [45].

Tabela 2. Učestalost neželjenih dejstava kod korisnica levonorgestrela i ulipristal-acetata (modifikovano prema ref. 45)

Neželjeno dejstvo	Levonorgestrel		Ulipristal-acetat	
	Broj žena	Udeo žena (%)	Broj žena	Udeo žena (%)
Glavobolja	211	18,9	213	19,3
Dismenoreja	160	14,3	142	12,9
Mučnina	126	11,3	141	12,8
Umor	44	3,9	61	5,5
Vrtoglavica	55	4,9	57	5,2
Bol u stomaku	75	6,7	56	5,1
Bol u želucu	46	4,1	37	3,3
Bol u krstima	27	2,4	35	3,2

1.1.2 Zastupljenost metoda planiranja porodice u Srbiji i u drugim zemljama

Na osnovu istraživanja SZO iz 2011. godine [54] 63% žena u celom svetu koje su u braku ili u vezi koristile su neki vid kontracepcije. Međutim, upotreba široko varira u zavisnosti od geografskog regiona i kreće se od 4% u Južnom Sudanu do 88% u Norveškoj. Generalno najniža upotreba kontracepcije je u Africi (31%), dok se u Evropi i Americi kreće oko 70%. (slika 1).

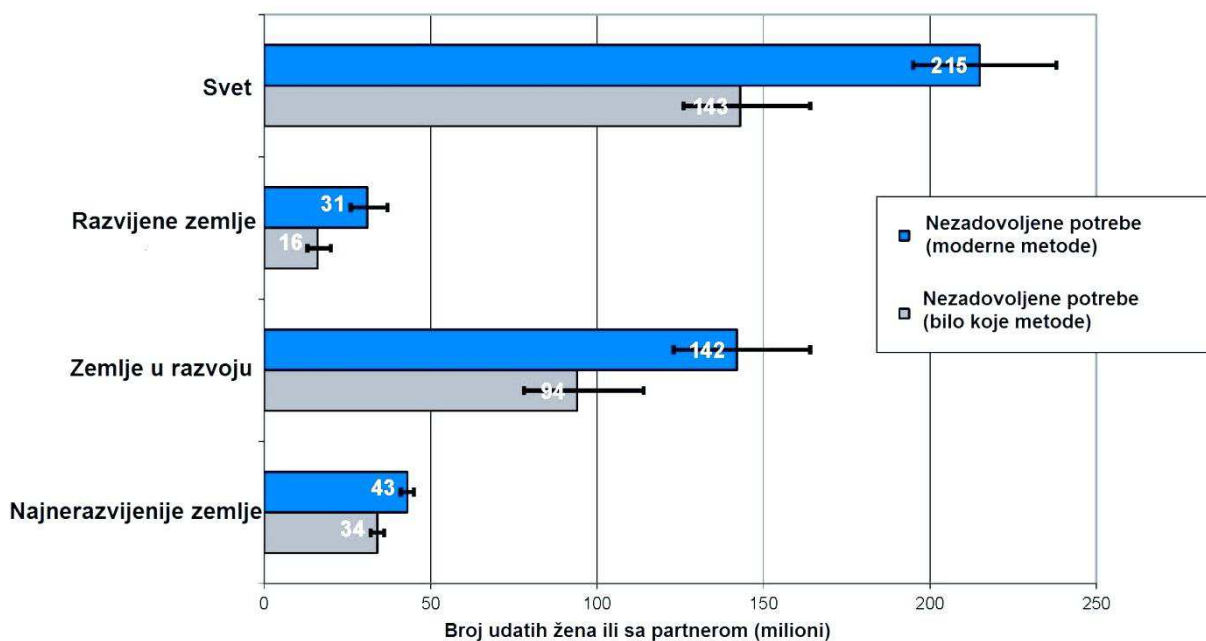


Slika 1. Procenat žena starosti 15-49 godina koje su udate ili sa partnerom i koje koriste metode kontracepcije (modifikovano prema ref. 54)

Moderna kontracepcija dominira među primenjivanim metodama i koristi je devet od deset korisnica širom sveta. Najčešće korišćena metoda je ženska sterilizacija koju primenjuje 19% žena starosti između 15 i 49 godina koje su udate ili u vezi. Najviše se primenjuje u Latinskoj Americi (26%), gde je najveći procenat zastupljenosti u

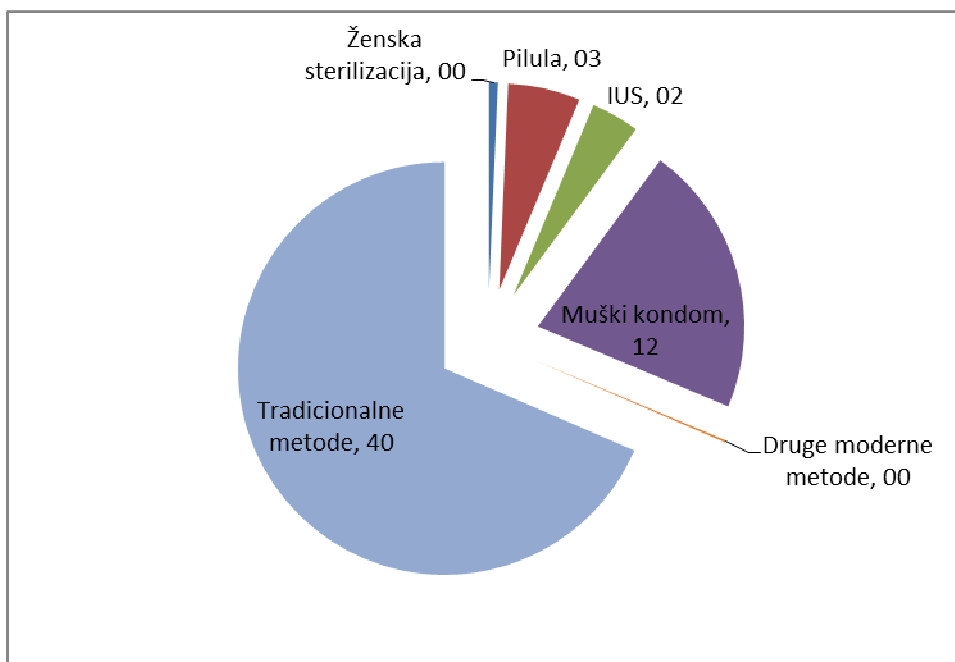
Dominikanskoj Republici (47%). Druga najčešće korišćena metoda su intrauterina sredstva koju primenjuje 14% žena koje su u reproduktivnom dobu i to pre svega u Aziji (u Kini preko 40% žena). Na trećem mestu po zastupljenosti u celom svetu je oralna kontracepcija koju koristi 9% žena starosti između 15 i 49 godina koje su udate ili u vezi. Ova metoda je prisutna na najširem geografskom području, ali ja najviše koriste u razvijenim zemljama zajedno sa muškim kondomom koji je na četvrtom mestu po upotrebi. Tradicionalne metode i dalje se koriste u nekim zemljama poput Albanije, Azerbejdžana, Malte i Srbije gde coitus interruptus predstavlja najzastupljeniju metodu ($\geq 30\%$) [54].

Univerzalni pristup reproduktivnom zdravlju još uvek nije postignut. Nezadovoljene potrebe za metodama planiranja porodice i dalje postoje u zemljama u razvoju (slika 2). Procene su da 143 miliona žena ima još uvek nezadovoljene potrebe po pitanju metoda planiranja porodice. Ako se tome dodaju i korisnice tradicionalnih metoda, onda taj broj ide i do 215 miliona [55].



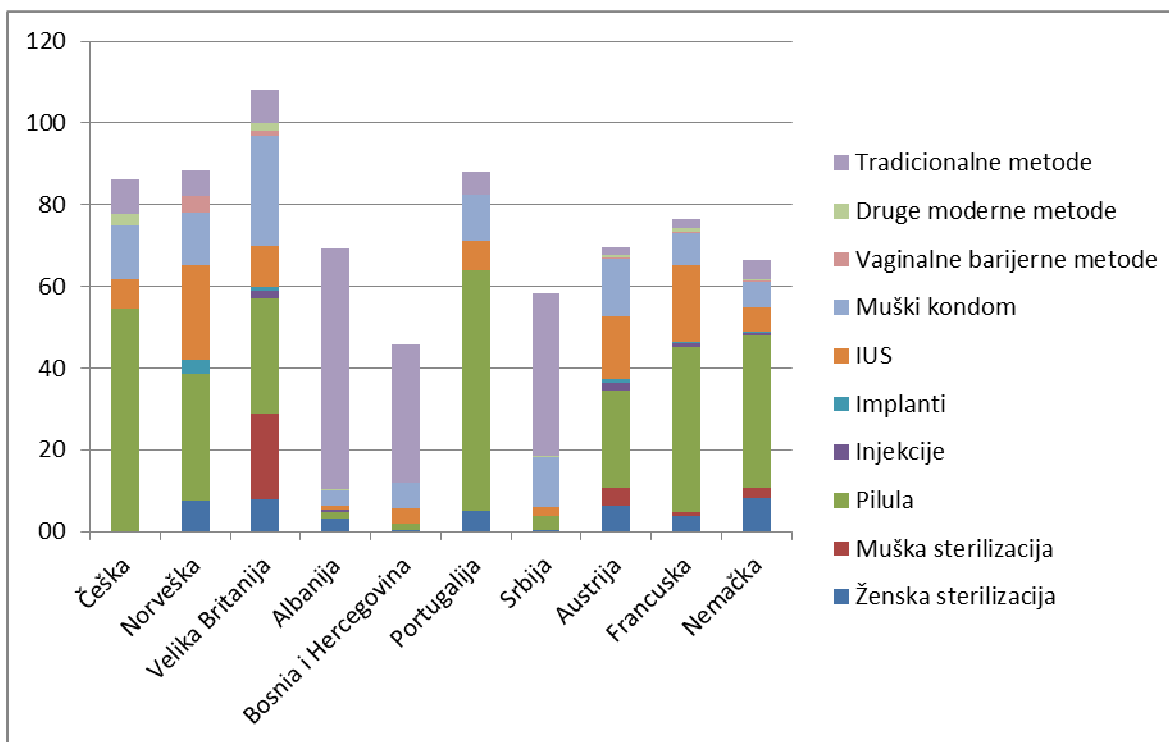
Slika 2. Nezadovoljene potrebe za metodama planiranja porodice među ženama starosti 15-49 godina koje su udate ili sa partnerom (modifikovano prema ref. 55)

Prema istraživanju UNICEF-a iz 2015. godine [54] veliki procenat žena u Srbiji starosti 15-49 godina (42%) ne koristi nijedan metod kontracepcije, dok oko 40% njih primenjuje samo tradicionalne metode (slika 3).



Slika 3. Procenat žena starosti 15-49 godina koje su udate ili sa partnerom i koje koriste metode kontracepcije u Srbiji (modifikovano prema ref. 54)

Takođe, samo mali broj žena u našoj zemlji (oko 2%) koristi dugoročnu, reverzibilnu kontracepciju kao što su intrauterina sredstva, u poređenju sa 20% žena u reproduktivnom periodu u drugim zemljama Evrope koje koriste ove metode. Oralnu kontracepciju, kao najčešće korišćeni metod u Evropi, u Srbiji upotrebljava samo 3% žena koje su sa rizikom od neplanirane trudnoće (slika 4).



Slika 4. Procenat žena starosti 15-49 godina koje su udate ili sa partnerom i koje koriste metode kontracepcije u Evropi (modifikovano prema ref. 54)

Upotreba kontracepcije u Srbiji razlikuje se po regionima. U Beogradu i Vojvodini kao najrazvijenijim oblastima, prevladaju moderne metode, dok u Južnoj i Istočnoj Srbiji dominantne su tradicionalne metode planiranja porodice. Istraživanja su pokazala da upotreba kontracepcije raste sa godinama (do 40. godine), nivoom obrazovanja i finansijskim mogućnostima korisnica [56]. Takođe, rezultati MICS [57] istraživanja su pokazala da 28% žena u Srbiji koje su udate ili imaju partnera imaju neispunjenu potrebu za metodama planiranja porodice. Ova potreba se manifestuje u potrebi ograničenja broja dece, sa izuzetkom mlađih žena, starosti 15-24 godina gde postoji potreba za proređivanjem trudnoća. Potrebe za kontracepcijom su u najvećoj meri nezadovoljene kod žena u Zapadnoj Srbiji, za razliku od Istočne Srbije gde je ova potreba u najvećoj meri ispunjena.

1.1.3 Abortusi u Srbiji i u drugim zemljama

U periodu od 1995. do 2003. u svetu je zabeležen trend pada broja abortusa sa 35 na 29 na 1.000 žena starosti 15-44 godine. Od 2003. godine broj abortusa se skoro i ne menja iz godine u godinu, tako da za 2008. on iznosi 28 (tabela 3). Do 2003. godine broj abortusa u razvijenim zemljama je opao za 600.000, dok je u zemljama u razvoju porastao za 2,8 miliona. U 2008. godini šest miliona abortusa je obavljeno u razvijenim zemljama, dok je u zemljama u razvoju obavljeno 38 miliona namernih prekida trudnoće. Preračunato na 1.000 žena starosti 15-44 godine, ovaj odnos je: 24 abortusa na 1.000 žena u razvijenim zemljama i 29 abortusa na 1.000 žena u zemljama u razvoju [58].

Skoro polovina abortusa koja se obavi u celom svetu nisu bezbedni, a najveći broj njih (98%) obavi se u zemljama u razvoju. U ovim zemljama 56% svih obavljenih abortusa su nebezbedni, za razliku od razvijenih zemalja gde je to 6% [58]. SZO definiše nebezbedan abortus kao proceduru prekida trudnoće koju obavlja nestručno lice, ili koja se obavlja u uslovima koji ne zadovoljavaju minimalne medicinske standarde [59]. U periodu od 1995. do 2008. godine incidenca nebezbednih abortusa ostala je nepromenjena sa 14 abortusa na 1.000 žena starosti 15-44 godine. Procenjuje se da su komplikacije nebezbednih abortusa dovele u oko 13% slučajeva do smrti trudnica (56.000 smrtnih slučajeva u 2003. i 47.000 u 2008. godini) [60]. Skoro svi smrtni slučajevi koji su posledica nebezbednih abortusa dešavaju se u zemljama u razvoju. Takođe, procene su da je u 2005. godini 8,5 miliona žena imalo komplikacije nebezbednih abortusa koje su zahtevale medicinsku intervenciju, a da tri miliona nije dobilo neophodnu pomoć [61]. Tretiranje komplikacija nebezbednih abortusa predstavlja bitnu stavku u po pitanju finansija u budžetu javnog zdravstvenog sistema zemalja u razvoju. Prema studiji sprovedenoj 2009. godine minimalni iznos neophodan za tretiranje ovih komplikacija u zemljama u razvoju je 341 milion dolara [62].

Tabela 3. Procena broja abortusa u svetu i po regionima (modifikovano prema ref. 58)

Region	Broj abortusa (milioni)			Incidenca abortusa*		
	1995.	2003.	2008.	1995.	2003.	2008.
Svet	45,6	41,6	43,8	35	29	28
Razvijene zemlje	10,0	6,6	6,0	39	25	24
Bez Istočne Evrope	3,8	3,5	3,2	20	19	17
Zemlje u razvoju	35,5	35,0	37,8	34	29	29
Bez Kine	24,9	26,4	28,6	33	30	29
Afrika	5,0	5,6	6,4	33	29	29
Azija	26,8	25,9	27,3	33	29	28
Evropa	7,7	4,3	4,2	48	28	27
Latinska Amerika	4,2	4,1	4,4	37	31	32
Severna Amerika	1,5	1,5	1,4	22	21	19
Okeanija	0,1	0,1	0,1	21	18	17

*na 1.000 žena starosti 15-44 godina

U Srbiji, kao i u mnogim zemljama Istočne Evrope, stopa abortusa godinama je na vrlo visokom nivou. Na ovaj problem u našoj sredini ukazano je još 1935. godine na Kongresu jugoslovenskih lekara [63]. Nakon liberalizacije abortusa, u Srbiji se beleži jasan trend porasta broja namernih prekida trudnoće koji iznosi 84.735 (1960.), 162.643 (1969.), 193.755 (1989.). Isti trend se registruje kada se broj abortusa iskaže na 1.000 žena u reproduktivnom periodu: 72,2 (1969.) i 82,4 (1989.) [64]. Krajem 1980-ih godina jedine

zemlje sa višom stopom abortusa od Srbije bile su Sovjetski Savez i Rumunija (111,9 i 90,9 na 1.000 žena starosti između 15 i 49 godina, respektivno) [65].

Nakon 1990. beleži se značajan pad broja abortusa u Srbiji. Tako u toku 2000. godine evidentirano je 42.322 namerna prekida trudnoće, dok u 2007. godini taj broj je drastično smanjen na 24.272. S obzirom da je stopa ukupnog fertiliteta u istom period bila 1,49 i 1,38, respektivno, kao i da nije bilo značajnije promene u udelu žena starosti 15-49 godina koje su udate ili sa partnerom i koje koriste neku od metoda kontracepcije (58,3% i 41,2%, respektivno), javlja se sumnja u pouzdanost zvaničnih podataka o broju namernih prekida trudnoće koji se izvrše u Srbiji. Objašnjenje za nepotpunost ovih zvaničnih podataka je to što podaci iz privatnih zdravstvenih ustanova najčešće nedostaju. Kako ove ustanove u velikom broju slučajeva ne ispunjavaju propisane uslove neophodne za dobijanje dozvole za obavljanje abortusa, prijava obavljenih procedura prekida trudnoće izostaje [64].

Realan broj abortusa moguće je proceniti na osnovu više modela. Jedan od njih je i Vestofovog [66] model koji koristi za procenu Centar za demografska istraživanja Instituta društvenih nauka Srbije [63]:

$$SUA = 3,67 - 0,033*MOD + 0,008*TRAD - 0,334*SUF$$

SUA - stopa ukupnih abortusa

SUF - stopa ukupnog fertiliteta

MOD - prevalenca upotrebe moderne kontracepcije

TRAD - prevalenca upotrebe tradicionalne kontracepcije

Poslednji dostupni podaci o upotrebi kontracepcije u Srbiji su iz 2010. godine [57]. Ovi podaci pokazuju da 21,5% žena koje su u braku ili u sa partnerom koriste neku od modernih metoda kontracepcije, dok 39,3% njih koriste tradicionalne. Prema rezultatima vitalne statistike stopa ukupnog fertiliteta u istoj godini iznosila je 1,45 [67]. Unošenjem

ovih podataka u model dobija se da je stopa ukupnih abortusa u 2010. godini iznosila 2,80, što je skoro duplo više nego stopa fertiliteta i među najvišim je u Evropi i svetu [58].

Negativne posledice abortusa su brojne i odnose se na više aspekata pojedinca i društva. U socijalnom aspektu abortus može uticati i na odnos među partnerima, a u demografskom domenu, dolazi do smanjenja fertiliteta i reproduktivnog potencijala stanovništva [1]. Sa medicinskog aspekta, komplikacije i sekvele tiču se reproduktivnog sistema žene, ali i njenog mentalnog stanja. Jedno od najvećih istraživanja u Srbiji koje je uključilo 2.359 žena, pokazalo je da se rane komplikacije abortusa dešavaju u 21,3% slučajeva, kao i da ponovljeni abortusi nose sa sobom statistički značajno veći procenat steriliteta [68]. Takođe, drugo istraživanje je pokazalo da 45% žena imaju emotivne i psihičke sekvele i do dva meseca nakon abortusa [69]. Sve ovo ukazuje da abortus ne treba da bude metoda izbora kad je u pitanju planiranje porodice.

1.2 Znanje, stavovi i praksa u vezi sa metodama planiranja porodice

Izbor odgovarajuće metode planiranja porodice je zadatak u kome zajedno učestvuju i zdravstveni radnici i parovi. Metoda treba da odgovara zdravstvenom stanju žene, ali i njenom životnom stilu. Stoga je potrebno da kako korisnice, tako i zdravstveni radnici budu informisani o dostupnosti svih metoda planiranja porodice, bilo da se izdaju na recept, ili se mogu dobiti direktno u apoteci, i da razumeju kako se pravilno primenjuju.

1.2.1 Korisnice

Istraživanja su pokazala da su nedostatak znanja i pravih informacija faktori koji utiču na slabu upotrebu metoda kontracepcije u mlađoj populaciji, što posledično dovodi do neželjene trudnoće [70]. Često se dešava da mlade žene prvu edukaciju i metode

kontracepcije dobiju nakon već nastale trudnoće [71]. Istraživanje iz 2006. godine u Kini sa 190 fabričkih radnica pokazalo je da su nedovoljno znanje i negativan stav prema kontracepciji pre svega dominantni među mlađom populacijom, neudatim i manje obrazovanim ženama [72]. Istraživanje u Nigeriji na uzorku od 2001 žene starosti 15-49 godina je takođe potvrdilo nedovoljno znanje o kontracepciji među mlađom populacijom. Glavni izvori informacija u ovoj grupi bili su prijatelji, mediji i zdravstveni radnici [73].

Informisanost korisnica o dostupnim metodama kontracepcije u SAD-u (n=252) je bila izuzetno visoka, ali im je i dalje nedostajalo adekvatno znanje o njihovoj efikasnosti i bezbednosti [74]. Značajan broj (28%) od 102 studentkinje završne godine medicinskog fakulteta u Grčkoj smatrao je kondom najefikasnijom metodom, dok oko 5% njih je smatrao da nijedna metoda zaštite od neželjene trudnoće nije efikasna. Tek nešto više od polovine ovih ispitanica pričalo je sa svojim ginekologom na temu kontracepcije, a 39% ne bi koristilo oralnu kontracepciju čak ni na preporuku svoga lekara [75]. Rezultati istraživanja na uzorku od 1271 žene starosti 18-49 godina u Teksasu su takođe pokazali da jedna trećina ispitanica veruje da oralna kontracepcija nije bezbedna zbog, kako su navodile, straha od neželjenih dejstava, pre nego svog ličnog neativnog iskustva. Među ispitanicama koje nisu koristile kontracepciju, kao i onim koje su koristile prirodne ili barijerne metode, više od polovine je izjavilo da bi koristile oralnu kontracepciju ukoliko bi ona bila dostupna bez recepta [76]. Takođe, u još jednom istraživanju iz SAD-a u kom je učestvovalo 40 žena, strah od neželjenih dejstava, negativnih posledica po zdravlje, kao i nepotpune ili pogrešne informacije o kontracepciji pokazali su se kao glavne prepreke u primeni efikasne kontracepcije [77]. Istraživanja iz Finske su pokazala da su u periodu od 2001. (n=264) do 2007. godine (n=436) porasli zabrinutost i strahovi kod korisnica hormonske kontracepcije i to pre svega kod žena mlađih od 30 godina. Najveći strah je od steriliteta nakon prestanka korišćenja metode, zatim bezbednost kod dugotrajne upotrebe, kao i rizik od nastanka tromboze. Takođe i zabrinutost za nastanak karcinoma je značajno porasla u 2007. godini u odnosu na 2001. godinu. Zanimljivo je da je u istom periodu zabeležen značajno manji broj prijavljenih neželjenih dejstava. Većina ispitanica u ovim istraživanjima je izjavila da nisu zadovoljne sa informacijama o neželjenim dejstvima koje

dobiju od svog ginekologa [78]. Oralna kontracepcija pruža brojne nekontraceptivne prednosti korisnicama, ali veliki broj žena nije toga svestan [79-81]. Istraživanja su pokazala da su žene sklone da preuveličavaju neželjena dejstva povezana sa ovim proizvodima, dok je znanje o nekontraceptivnim prednostima uglavnom ograničeno na kratkoročne rezultate poput regulisanja ciklusa, ublažavanja menstrualnog bola i akni [81]. Starost, obrazovanje i lično iskustvo su faktori koji su pokazali značajan uticaj na nivo znanja o kontracepciji [82].

Za većinu korisnica najbitniji aspekti kod jedne kontraceptivne metode su da je pre svega bezbedna, a zatim i efikasna i da se lako primenjuje [83, 84]. Intrauterina sredstva ispunjavaju sve ove kriterijume, ali i dalje postoje mnoge barijere u njihovoj primeni u velikom broju zemalja. Značajan uticaj na smanjenje upotrebe ove metode imalo je istraživanje sprovedeno 1980-ih godina koje je pokazalo povezanost primene intrauterinih sredstava i povećanja rizika od steriliteta i infekcija [85]. Mnoga istraživanja nakon toga opovrgla su ove rezultate [86, 87]. Međutim, stavovi se sporo menjaju. U istraživanju koje je sproveo Forrest [84] 1996. godine samo 21% ispitanica je smatralo intrauterinu kontracepciju bezbednom. U istraživanju 2008. ovaj procenat je porastao na 49%. Takođe, u poslednjem istraživanju najmanje polovina ispitanica nije smatrala da ova metoda povećava rizik od seksualno prenosivih bolesti, a svaka treća je verovala u povećani rizik od steriliteta. Mnoga istraživanja su pokazala nedovoljno znanje žena o ovoj metodi zaštite od neželjene trudnoće [74, 84, 88] što je jedan od faktora koji doprinosi njenoj maloj upotrebi. Rezultati istraživanja koja su se bavila uticajem edukacije na stavove i znanje u vezi sa intrauterinom kontracepcijom pokazali su da su stavovi bili pozitivniji nakon edukacije i da su žene bile spremnije da primene ove metode nakon što su dobile sve neophodne informacije [89, 90].

Ženska sterilizacija je visoko efikasna i najprihvaćenija metoda planiranja porodice u svetu. Istraživanje sprovedeno u Srbiji 2002. godine sa 296 žena takođe je pokazalo generalno pozitivan stav [91]. Žene starosti između 30 i 39 godina, sa završenom srednjom školom, koje imaju željeni broj dece, kao i one koje su u stabilnoj vezi, ili one koje su imale veliki broj abortusa, kao i one koje žele pouzdano kontraceptivno sredstvo su bile

otvorenije za sterilizaciju. Međutim, pokazalo se da postoje i izvesni strahovi kao što je strah od smrti deteta, strahovi od same hirurške intervencije, gubitak seksualnosti i ženstvenosti. Značajan broj ispitanica imao je nedovoljno znanje o ovoj metodi i upravo su to i navele kao svoj razlog zašto se ne bi odlučile za sterilizaciju. Nedavno sprovedeno istraživanje u Nemačkoj [92] sa 1247 žena pokazalo je da je ova metoda više prihvaćena nego što je korišćena. Kulturološki uticaj, kao i porodična situacija imali su najveći uticaj na izbor sterilizacije kao metode planiranja porodice. Ženama je neophodna dodatna edukacija o samoj metodi, kao i njenoj bezbednosti.

Nivo znanja žena kod je u pitanju hitna kontracepcija široko je varirao u istraživanjima. Na primer, u istraživanju u Indiji niti žene koje su imale abortus, niti studenti nisu čuli za hitnu kontracepciju [93]. Slični rezultati su bili i u istraživanju u Iranu, gde je od 250 intervjuisanih žena samo 8% znalo za ove proizvode [94]. Nasuprot ovim rezultatima, nacionalno istraživanje u Švajcarskoj sa 4283 adolescenata je pokazalo da je 89% njih čulo za hitnu kontracepciju [95]. Dobra informisanost o dostupnosti ove metode zabeležena je i u istraživanju na Niškom univerzitetu koje je obuhvatilo 648 studentkinja. Ukupno 82% ispitanica prve i druge godine znalo za ovu metodu i 57% treće i četvrte godine. Najveća informisanost je bila među studentkinjama medicinskog fakulteta (88%). Ukupno 178 ispitanica (27%) je primenilo hitnu kontracepciju, dok je polovina izjavila da bi je primenila ukoliko zatreba, kao i da bi je preporučili prijateljici [96]. Nešto pozitivniji stav prema ovoj metodi zabeležen je u drugim istraživanjima: u Velikoj Britaniji od ukupno 76 ispitanica 90% je izjavilo da bi razmotrile primenu hitne kontracepcije ukoliko im zatreba [97], a 90% od 564 žene u Švedskoj koje su učestvovala u istraživanju smatra dostupnost ove metode pozitivnom [98]. Međutim, i pored toga što 89% adolescenata u Švajcarskoj zna za hitnu kontracepciju [95], druga istraživanja u ovoj zemlji su pokazala neadekvatno znanje mladih o bitnim aspektima primene ove metode: 42% ispitanica u istraživanju koje su sproveli Nguyen i saradnici [99] na uzorku od 365 žena misli da je vremenski rok za primenu hitne hormonske kontracepcije 24 sata od nezaštićenog odnosa, dok 13% njih smatra da je ova metoda 100% efikasna. U istraživanju u SAD-u 25% od 297 ispitanica je smatralo da primenom ove metode dolazi do prekida već nastale trudnoće

[100]. Generalno, istraživanja pokazuju da je veliki broj žena čuo za hitnu kontracepciju, ali da samo mali broj njih zapravo zna kako i kad da je upotrebi.

Rezultati prethodnih istraživanja ukazuju na potrebu za edukacijom žena u pogledu svih metoda planiranja porodice. Edukacije ne treba da se svode samo na promovisanje kontraceptivnih metoda, već bi trebalo da obuhvate i informacije o dostupnosti, efikasnosti, pravilnoj primeni, kao i mogućim neželjenim dejstvima. Uz dostupnost svih informacija, žena je ta koja uz pomoć zdravstvenih radnika treba da izabere za sebe najbolju metodu planiranja porodice. Najčešći korišćeni izvori informacija kad je u pitanju reproduktivno zdravlje među mlađom populacijom su internet, mediji i vršnjaci. Zdravstveni radnici bi takođe trebali da koriste prednosti novih tehnologija kako bi unapredili edukacije i što više se približili adolescentima [101].

1.2.2 Zdravstveni radnici (ginekolozi, farmaceuti)

Način komunikacije i kvalitet savetovanja pokazali su se veoma bitnim za odabir metode planiranja porodice. Znanje o svim aspektima kontracepcije je preduslov za donošenje optimalne odluke i izbor metode koja najviše odgovara životnom stilu i reproduktivnim planovima žene, rezultujući uz to i u boljoj komplijansi. Efikasno savetovanje zahteva i da lekar razume preferencije žene i da zna njenu istoriju bolesti, kao i da zna rizike, prednosti, neželjena dejstva i kontraindikacije svake kontraceptivne metode.

Istraživanje u Portugaliji [102] bavilo se procenom znanja, stavova i prakse na uzorku od 303 ginekologa kad je u pitanju izbor i savetovanje u vezi sa metodama planiranja porodice. Kad je u pitanju izbor najadekvatnije metode, 90% ispitanika je izjavilo da zajedno sa ženom donose odluku, 7% propisuje metodu koju žena sama izabere, dok 3% sami donose odluku koju metodu da propišu. Tri glavna faktora koja utiču na izbor metode su efikasnost (59%), bezbednost (47%) i preferencije korisnice (44%). Cena (6%) i učestalost primene (2%) su bili najmanje bitni faktori. Većina ispitanika (70%) navela je dugogodišnje iskustvo sa pilulom kao glavni determinišući faktor za izbor, dok su nehotični

propusti u primeni tablete navedeni kao glavne mane ove metode. Transdermalni flaster i vaginalni prsten smatrani su prikladnim metodama zbog samog načina aplikacije i male verovatnoće propusta u primeni. Glavna razlozi za prelazak sa jedne na drugu metodu zaštite od neželjene trudnoće bili su neželjena dejstva, komplijansa, zahtev korisnice, lakša primena, bezbednost, cena i efikasnost. Slični rezultati bili su i u istraživanju u Švedskoj 2002. godine sa 48 ginekologa sa kojima su obavljani telefonski intervjui sa polustruktuisanim upitnikom [103]. Efikasnost metode (100%), neželjena dejstva (85%), reverzibilnost (83%) i pogodnost za primenu (79%) bili su glavni faktori koji su uticali na odluku ginekologa da preporuče metodu. Tokom kontraceptivnog savetovanja ginekolozi su pacijentima davali osnovne informacije o dostupnim metodama i njihovoj efikasnosti. U nekim slučajevima savetovanje je uključivalo i teme reproduktivnog zdravlja poput seksualno prenosivih bolesti i hitne kontracepcije, dok je tema seksualnog zdravlja bila najčešće zapostavljena. Izbor tema razlikovao se između ginekologa različitih polova.

U istraživanju sprovedenom u Nemačkoj 2012. godine na uzorku od 2016 ginekologa koji rade u privatnoj praksi [104], najčešće propisivane metode su bile oralna kontracepcija, levonorgestrel intrauterini sistem, vaginalni prsten, pilule sa progestagenom. Više od polovine ispitanika je izjavilo da nikada ne bi propisali flaster, nešto manje od polovine nikada ne bi propisali hormonske implante, a 10% ne bi propisali progestagenske injekcije. Kao najčešći razlozi za izbor kombinovane oralne kontracepcije navedeni su pozitivni efekti na kožu i kosu, regularno krvarenje i niska cena. Spirala sa levonorgestrelom i hormonalni prsten su bili metode izbora zbog svoje efikasnosti i lake primene. Pilula sa progestagenom je propisivana uglavnom u periodu dojenja. Kad je u pitanju izbor metode za sebe, ginekolozi su se najčešće odlučivali za intrauterini sistem sa levonorgestrelom (61%), zatim za kombinovanu oralnu kontracepciju (18%) i 8% za vaginalni prsten. Za razliku od ovakvog stava ginekologa u Nemačkoj, istraživanje sprovedeno u Srbiji 2006. godine na uzorku od 306 ginekologa [105] je pokazalo da značajan broj ovih zdravstvenih radnika ne koristi modernu kontracepciju: 33% koristi coitus interruptus, dok oko 5% nikada nije koristilo nijednu metodu zaštite od neželjene trudnoće. Čak 62% ovih ispitanika su imali sami ili njihove partnerke jedan ili više

abortusa. Od metoda moderne kontracepcije 24% je koristilo kondom, 23% spiralu, 10% kombinovanu oralnu kontracepciju, 0,3% tubalnu ligaciju. Legalizaciju dobrovoljne sterilizacije podržalo je nešto malo više od polovine ispitanika (51%), dok je 41% bilo protiv, a 8% nije imalo stav. U jednom ranijem istraživanju 2002. godine [91] sa 57 vodećih stručnjaka u oblasti ginekologije u Srbiji sterilizaciju je podržalo njih 81%. Međutim, 61% ispitanika ne bi izabrali sterilizaciju kao metodu kontrole rađanja za sebe. Negativan stav prema ovoj metodi planiranja porodice bio je pre svega prisutan kod muških lekara starijih od 45 godina. Prema mišljenju samih ginekologa najbolji način da se u Srbiji smanji broj abortusa je promocija moderne kontracepcije. Većina ispitanika vidi svoju ulogu značajnom u ovoj tranziciji [105]. Međutim, kako u Srbiji ne postoje zvanično odobrene smernice u oblasti planiranja porodice, svaki lekar postupa po sopstvenom najboljem shvatanju [4]. Upravo nedostatak ličnog iskustva i veliki broj predrasuda je nešto što može uticati na formiranje negativnih stavova ginekologa prema metodama kontracepcije, a samim tim i umanjiti njihov doprinos u smanjenju broja abortusa.

Pored stavova, istraživanja iz drugih zemalja pokazuju da je propisivačka praksa lekara često pod uticajem i personalnih karakteristika. U istraživanju sprovedenom u Meksiku putem problemski usmerenog dubinskog intervjua sa 31 ginekologom muškog pola, pokazalo se da su ovi lekari radije preporučivali kontraceptivne metode koje se primenjuju od strane žena i obeshrabrivali su pacijente u upotrebi muške kontracepcije [106]. Istraživanje u SAD-u u periodu od septembra 2007. do maja 2008. godine sa 524 zdravstvena radnika koji se bave reproduktivnim zdravljem je pokazalo da su stariji zdravstveni radnici skloniji zabludama u vezi sa metodama kontrole rađanja i povezivanju intrauterinim sredstava sa infertilitetom i pelvičnom inflamatornom bolesti [107]. Studija sprovedena 2011. godine u deset zemalja (Australija, Brazil, Kanada, Francuska, Nemačka, Korea, Meksiko, Španija, Švedska i Velika Brtanija) sa 1001 zdravstvenim radnikom koji se aktivno bave kontraceptivnim savetovanjem pokazala je značajan uticaj regiona i pola na njihovu praksu [108]. Istraživanja vezana za propisivačku praksu ginekologa u Srbiji kad su u pitanju metode planiranja porodice, kao i analiza faktora koji na nju utiču do sada nisu rađeni.

U situaciji gde imamo veliki broj abortusa, a malu upotrebu redovne kontracepcije, otvara se prostor za primenu tableta hitne kontracepcije. Na tržištu Srbije postoje dva registrovana preparata: levonorgestrel, koji se izdaje bez lekarskog recepta (OTC) i ulipristal-acetat, koji ima režim izdavanja na recept. S obzirom na status izdavanja, i ginekolozi i farmaceuti mogu direktno uticati na njihovu primenu. Evropska agencija za lekove je nedavno odobrila promenu režima izdavanja ulipristal-acetata [109]. Implementacija OTC statusa može se očekivati uskoro i u Srbiji, što će farmaceute staviti u centar dešavanja vezano za primenu ovih proizvoda. Farmaceuti moraju biti adekvatno obučeni i imati odgovarajući stav kako bi adekvatno savetovali korisnice. Republički centar za planiranje porodice izdao je Kliničke smernice za urgentnu hormonsku kontracepciju koje su namenjene lekarima i farmaceutima [110]. Kako smernice još uvek nisu zvanično odobrene [4], praksa propisivanja i izdavanja hitne kontracepcije može se razlikovati od jednog do drugog zdravstvenog radnika. U istraživanjima iz drugih zemalja pokazalo se da lične karakteristike i stavovi zdravstvenih radnika mogu uticati na njihovu praksu kad je u pitanju primena hitne kontracepcije i da nekada mogu dovesti do toga da pacijentkinji budu uskraćeni ovi proizvodi [111-114]. Istraživanje iz SAD-a [111] sprovedeno 2008. godine na 1800 ginekologa je pokazalo da su ginekolozi koji veruju da će pristup hitnoj kontracepciji dovesti do rizičnijeg seksualnog ponašanja, bili konzervativniji u njenom propisivanju. Takođe, religiozni i lekari muškog pola bili su suzdržaniji u ponudi ovih preparata. Slično, lični stavovi, religijska uverenja, starost i pol su se pokazali kao bitni faktori koji utiču na izdavanje hitne kontracepcije od strane farmaceuta (n=418) u Australiji [112]. U ovom istraživanju sprovedenom od decembra 2008. godine do januara 2009. godine 75% ispitanika je povremeno odbilo da izda hitnu kontracepciju, a najčešći razlozi bili su: umesto krajnje korisnice u apoteku je došao neko drugi (60%), korisnica je bila mlađa od 16 godina (35%) i od nezaštićenog seksualnog odnosa prošlo je više od 72 sata (30%). Veliki broj farmaceuta (69%) je smatrao da ni za jednu ženu, ni pod kakvim uslovima nije prihvatljivo izdavanje hitne kontracepcije unapred, kao ni roditeljima krajnje korisnice (64%) niti korisnicama mlađim od 16 godina (72%). Od ukupnog broja ispitanih farmaceuta 65% je imalo obuku za savetovanje u vezi sa izdavanjem hitne kontracepcije. Farmaceuti su najčešće savetovali korisnice u vezi sa doziranjem (92%), neželjenim

dejstvima (90%) i efikasnosti hitne kontracepcije u zavisnosti od vremena koje je proteklo od nezaštićenog seksualnog odnosa pa do trenutka primene hitne kontracepcije (89%). Čak 82%, ispitanih farmaceuta se složilo da je njihov zadatak da prilikom izdavanja hitne kontracepcije posavetuju korisnicu o redovnoj kontracepciji, ali je samo 54,5% smatralo da korisnicama treba dati savet i o seksualno prenosivim bolestima. Farmaceuti u ovom ispitivanju navodili su nedostatak privatnosti kao prepreku adekvatnom savetovanju korisnica. Mnogi su naveli da korisnice savetuju samo u izdvojenim delovima apoteke gde je moguće osigurati privatnost ili na mestu udaljenom od drugih pacijenata.

U istraživanju sprovedenom u Turskoj 2008. godine [115], 98% (539/551) farmaceuta je imalo iskustvo sa izdavanjem hitne kontracepcije, a 70% je izjavilo da su je povremeno izdavali i muškarcima. Generalno, većina farmaceuta imala je pozitivan stav prema postojanju hitne kontracepcije i smatrala je njenu primenu etički ispravnom. Na pitanje da li u apoteci imaju deo prostora za savetovanje u kome je obezbeđena privatnost, 75% je odgovorilo potvrdno, od toga 80% farmaceutkinja i 66% farmaceuta. Pri tom, 79% je potvrdilo da se osećaju prijatno dok daju savete o kontracepciji, dok je 16% izjavilo da im je prijatno samo ukoliko je u pitanju pacijent istog pola. Saveti koje farmaceuti u Turskoj najčešće daju odnose se na vremenski rok za uzimanje tableta (89%), doziranje (86%), efikasnost (73%), test za trudnoću (63%), neželjena dejstva (50%) i metode kontracepcije (48%). Glavni izvori informacija o hitnoj kontracepciji za farmaceute potiču od predstavnika farmaceutskih kuća (53%) i programa kontinuirane edukacije (26%). Pretpostavlja se da žene-farmaceuti znaju više o hitnoj kontracepciji iz ličnog iskustva, te češće daju savete pri čemu se osećaju prijatnije nego muškarci. Zbog kulturološkog uticaja u Turskoj neki muškarci-farmaceuti ne osećaju se prijatno dok daju savete u vezi sa ovom metodom zaštite od neželjene trudnoće. Farmaceuti u ovom istraživanju su generalno protiv izdavanja hitne kontracepcije samo na recept, dok 58% smatra da izdavanje hitne kontracepcije treba ograničiti na starije od 18 godina.

Prema rezultatima istraživanja iz 2004. godine koje je obuhvatilo 523 farmaceuta u Novom Meksiku [116] glavni izazovi koje treba prebroditi u farmaceutskoj praksi izdavanja hitne kontracepcije su: nemanje uvida u medicinski karton pacijentkinja,

nemogućnost praćenja dejstva hitne kontracepcije, nedostatak vremena i nepostojanje privatnog prostora za savetovanje. Oko 30% farmaceuta u ovom istraživanju bilo je protiv propisivanja hitne kontracepcije iz religioznih ili moralnih razloga. Skoro jedna četvrtina ispitanika se složila sa tvrdnjom da je hitna kontracepcija vid abortusa. Za razliku od 76% farmaceuta koji su naveli da bi pacijentkinju uputili na drugog farmaceuta koji bi im izdao hitnu kontracepciju ukoliko im njihov poslodavac ne bi dozvoli da je sami izdaju, 24% farmaceuta ne bi izdali, niti uputili pacijentkinju drugom farmaceutu. Ovo istraživanje je još dodatno pojačalo debatu oko prava farmaceuta da odbiju izdavanje hitne kontracepcije uz moralni prigovor [116].

Rezultati istraživanja pokazuju da farmaceutima nedostaju detaljnija znanja u vezi sa hitnom hormonskom kontracepcijom usled čega i postoje mnoge zablude. U istraživanju sprovedenom u SAD-u [117] 2008. godine na uzorku od 272 farmaceuta pokazano je neadekvatno znanje: 56% je odgovorilo da ovaj proizvod dovodi do kongenitalnih malformacija, a 46% da izaziva abortus. Analiza je pokazala da je znanje glavni faktor koji utiče na izdavanje: ispitanici koji su znali da ova metoda nije abortificijens imali su veće šanse da je izdaju pacijentima. Istraživanje u Nikaragvi [114] 2009. godine sa 93 farmaceuta je pokazalo nedostatak znanja u vezi sa vremenskim rokom za primenu i mehanizmom dejstva. Farmaceuti (n=108) u Mađarskoj [118] u istraživanju sprovedenom 2009. godine pokazali su neadekvatno znanje po pitanju neželjenih dejstava, mehanizma dejstva i efekta na menstrualni ciklus. Rezultati istraživanja ukazuju na neophodnost organizovanja dodatnih edukacija kako bi farmaceuti upotpunili svoje znanje u vezi ove metode kontrole rađanja i otklonili predrasude. Da li bi veći nivo znanja doveo i do veće upotrebe proizvoda je nešto što treba još dodatno istražiti.

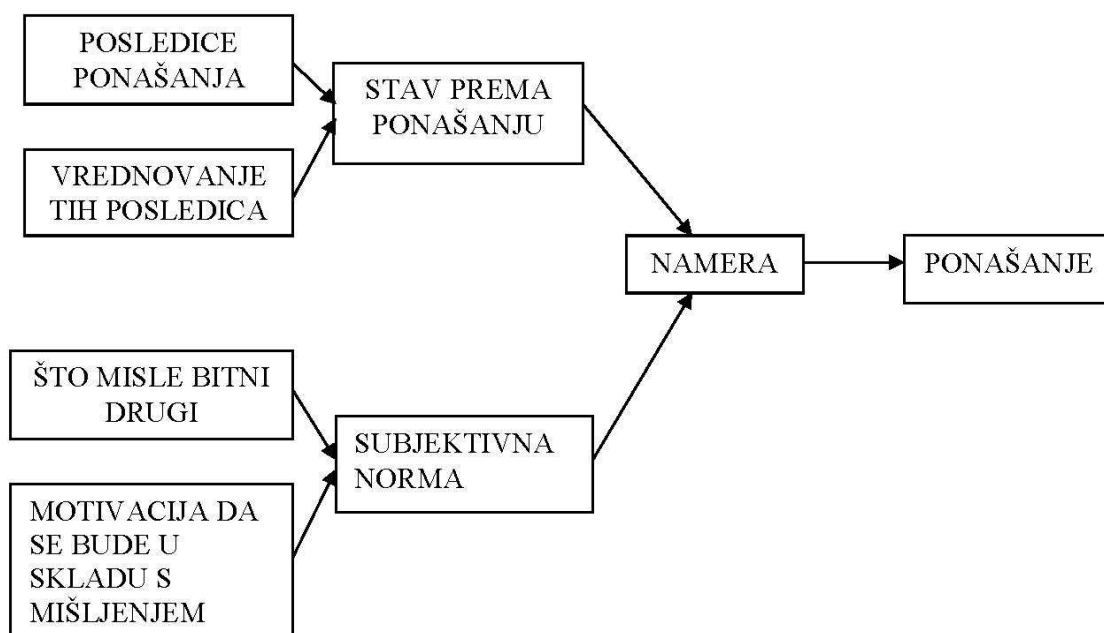
Iako je znanje farmaceuta o hitnoj kontracepciji generalno konzistentno u literaturi, njihovi stavovi u vezi sa ovim proizvodima variraju od pozitivnih do negativnih. Dalja istraživanja su neophodna kako bi se utvrdili stavovi farmaceuta i njihov uticaj na praksu izdavanja. Istraživanje farmaceutske prakse u Srbiji, kad je u pitanju hitna hormonska kontracepcija, kao i analiza faktora koji na nju utiču do sada nije rađeno.

1.3 Teorijski modeli stavova i ponašanja

Koncept stava se koristi u objašnjenju ponašanja ljudi u socijalnoj psihologiji. Stav je mentalna spremnost, stečena individualnim iskustvom, koja vrši direktivni ili dinamički uticaj na reagovanje pojedinca na objekte i situacije sa kojima dolazi u dodir [119]. Kao lične karakteristike, stavovi su hipotetičke konstrukcije i kao takvi direktno nedostupni, pa se s toga moraju proceniti na osnovu merljivih odgovora. Smatra se da su stavovi interakcija ili kombinacija između kognitivnog (ono što opažam), bihevioralnog (ono što mislim) i afektivnog (ono što mi se dopada) aspekta. Jedan stav može biti pozitivan, negativan ili neutralan (ambivalentan). Faktori za koje se smatra da utiču na lične stavove su: starost, pol, etničko poreklo, znanje, socijalne norme i vrednosti i lično iskustvo [119].

U istraživanju stavova i ponašanja koriste se različiti teorijski modeli kao okvir za razumevanje, objašnjenje i predviđanje ponašanja. Fishbein-Ajzenova teorija promišljene akcije je opšti model i to je jedan od pristupa objašnjenju individualnih namera ponašanja i ponašanja. Bazirana je na ideji da su ljudi logička bića i da metodološki koriste dostupne informacije. Ona podržava ideju da ljudi generalno uzimaju u obzir implikacije svojih postupaka pre nego što se upuste ili se ne upuste u određeno ponašanje. Drugim rečima, podržava princip da je ponašanje pod voljnom kontrolom. Na osnovu ovog modela, najbolji prediktori ponašanja su namere ponašanja na koje utiču lični stavovi i subjektivne norme. Stavovi prema nekom ponašanju odnose se na sud pojedinca o takvom ponašanju; da li osoba veruje da je neko ponašanje dobro ili loše. Socijalni uticaj ili subjektivne norme, drugi prediktor namere, odnose se na percipirani socijalni pritisak relevantne referentne grupe, tj. percepcija očekivanja drugih da postupi na određeni način. Generalno, kod osobe postoji težnja da postupi na određeni način kada postoji pozitivan stav ka takvom ponašanju i kada smatra da bitni ljudi misle da ona treba tako da postupi [120] (slika 5). Kao što se vidi iz modela, posledice ponašanja utiču na nameru ili kroz stavove i/ili kroz subjektivne norme. Komponenta stava može se objasniti kao stečena predispozicija da se odgovori na konzistentno pozitivan ili negativan način u odnosu na dati predmet [121]. Stav prema nekom ponašanju u ovom modelu ima dve komponente. Stavove određuju verovanja u vezi

sa posledicama ponašanja i vrednovanjem tih posledica. Posledice ponašanja su zapravo kognitivna komponenta ili „znanje“.

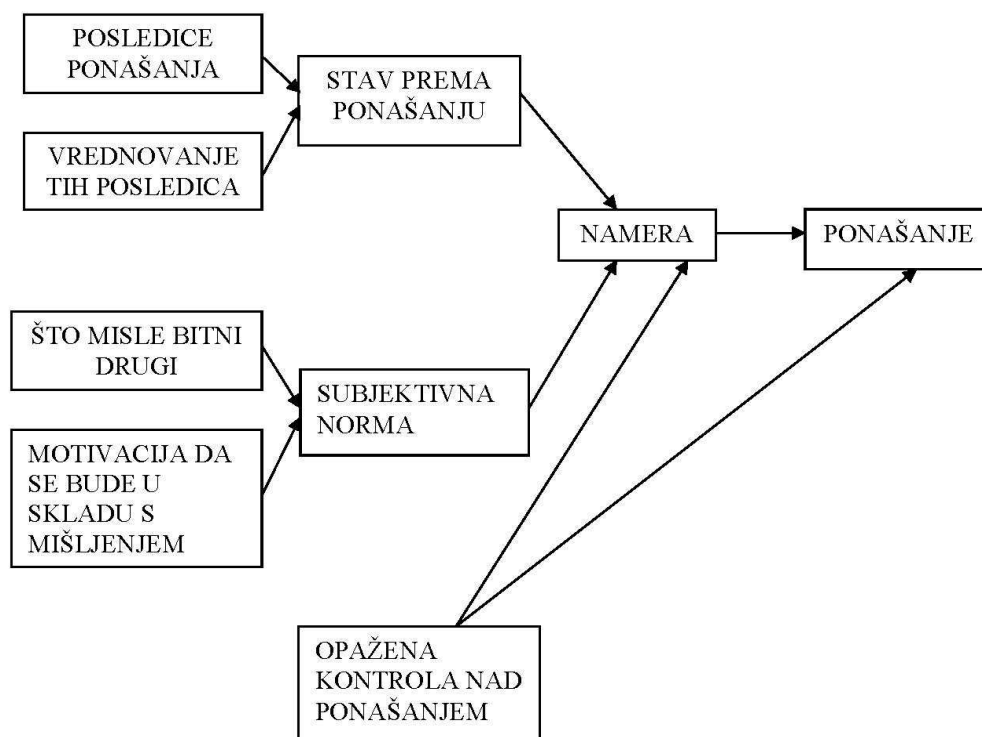


Slika 5. Grafički prikaz teorije promišljene akcije (modifikovano prema ref. 120)

Teorija promišljene akcije prepoznaje i značaj socijalnog uticaja na osobu. Normativna strana ovog modela takođe ima dve komponente. Prva komponenta je individualna percepcija grupnih normi. Druga komponenta je individualna motivacija da se bude u skladu sa njima. Osoba će imati veću šansu da postupi na određeni način ukoliko to predstavlja nači da se dođe do određenog cilja i ako smatra da bi takvo ponašanje naišlo na odobravanje bitnih osoba.

Kako nisu sva ponašanja pod voljnom kontrolom, Ajzen [122] je dodao i treću determinantu u model: *opažena kontrola nad ponašanjem*, odnosno verovanje osobe o

sopstvenoj sposobnosti da postupu na određeni način. Na ovaj način formirana je teorija planiranog ponašanja s ciljem da se objasne i ponašanja koja nisu potpuno pod voljnom kontrolom (slika 6).



Slika 6. Grafički prikaz teorije planiranog ponašanja (modifikovano prema ref. 122)

Postoje dve bitne karakteristike opažene kontrole nad ponašanjem. Prva je da ona ima motivacione implikacije za namere. Odnosno, kod ljudi koji veruju da nemaju resurse niti šansu da sprovedu određeno ponašanje mala je šansa da se formira jaka namera ponašanja. Njena druga bitna karakteristika je to da može biti direktno povezana sa ponašanjem [123].

Pored ove dve teorije postoji i njih nekoliko koje objašnjavaju povezanost stabilnosti stavova i starosti [124]. Po nekim teorijama, mlađe osobe su fleksibilne i otvorene za

promene, ali nakon nekog vremena, stavovi očvrstnu na relativno visokom nivou stabilnosti i ostaju tu do kraja života [124]. Nasuprot tome, drugi model smatra da u drugoj polovini života postoji proces u kojem se veliki broj stavova menja i da u životu kasnije raste fleksibilnost stavova [124].

Svi ovi teorijski modeli su bazirani na analizi determinanti ponašanja i ispituju se regresionim metodama i korelacionom statistikom. Praktična primena teoriskih varijabli je ispitana u istraživanju seksualnog ponašanja. Mnoga istraživanja namere i seksualnog ponašanja bavila su se rizičnim ponašanjem i upotrebom kondoma. Na osnovu rezultata istraživanja koja su koristila ove teorije veruje se da na upotrebu kondoma utiču efikasnost, ishod očekivanja, namere ponašanja, subjektivne norme, opažene kontrole nad ponašanjem i znanje.

Fishbein Ajzen-ovi modeli su takođe testirani u ispitivanju ponašanja zdravstvenih radnika. Teorija planiranog ponašanja pokazala se relevantnom za predviđanje kako namere, tako i samog ponašanja lekara kada je u pitanju edukacija adolescenata u vezi sa HIV-om i seksualno prenosivim bolestima. Zdravstveni radnici koji su verovali da imaju kontrolu nad situacijom (tj. resurse, mogućnosti) bili su zainteresovaniji za pružanje ovih usluga [125]. Još jedno istraživanje primene ove teorije je pokazalo da su za razliku od socijalnih normi koje nemaju uticaj, stavovi i prethodno iskustvo najznačajniji faktori koji utiču na spremnost farmaceuta da izdaju špricve intravenskim narkomanima [126]. Rezultati istraživanja podržavaju stav-subjektivne norme model u predviđanju ponašanja farmaceuta u pogledu savetovanja u smislu verbalnih instrukcija i provedenog vremena, ali pisane instrukcije, kao i njihova pristupačnost su bile pod blagim uticajem stavova ili subjektivnih normi [127]. Teorija promišljene akcije ne posmatra znanje kao posebnu komponentu koja utiče na određeno ponašanje. Međutim, istraživanja su pokazala da je pre svega znanje, a ne stav, glavni faktor koji utiče na farmaceutsku praksu izdavanja hitne kontracepcije [117]. Prema tome, predviđanje ponašanja farmaceuta kad je u pitanju izdavanje ovih lekova bilo bi nepotpuno ukoliko se ne bi uključilo i znanje kao poseban faktor.

Teorije promišljene akcije i planiranog ponašanja su i kritikovane zbog svoje slabe eksplanatorne moći i ograničene mogućnosti interpretacije rezultata kad su u pitanju promene ponašanja i njihovog neuspeha da objasne sve elemente procesa donošenja odluka [128]. Pretraživanjem literature nađeno je da socijalni kognitivni modeli poput ovih teorija objašnjavaju 20-47% varijanse u ponašanju i bili su uspešni u predviđanju mnogih ponašanja koja se tiču zdravlja [129-134].

Pored teorijskih pristupa objašnjenju ponašanja koji su orijentisani ka pojedincu, postoje i modeli koji ga posmatraju kao posledicu uticaja socijalnih relacija. Odnosno, pokazano je da je ponašanje često pod uticajem psiholoških, bihevioralnih i demografskih varijabli. Pristup baziran na međusobnim relacijama, gde je fokus na interakciji između samih partnera, ali i socijalnih grupa, korišćena je u mnogim istraživanjima seksualnog ponašanja [135-137].

U potpunosti usvojiti neki model zvuči realno samo u teoriji. U praksi, granice između različitih pristupa nisu potpuno jasne. Da bi se objasnili stavovi i ponašanja najčešće je potrebno sve ovde navedeno uzeti u obzir. Zapravo, cilj našeg istraživanja i nije pozivanje na samo jednu teoriju o stavovima, niti njeno testiranje. Ali, u interpretaciji pojedinih rezultata koristićemo prediktore ponašanja teorije promišljene akcije.

2. Ciljevi doktorske disertacije

- I Istražiti i utvrditi stavove i praksu ginekologa u vezi sa sledećim metodama planiranja porodice: redovne kontracepcije, hitne kontracepcije, prirodnih metoda planiranja porodice, abortusa.
- II Ispitati uticaj socio-demografskih faktora i stavova ginekologa na primenu pojedinih metoda planiranja porodice.
- III Utvrditi znanje i istražiti stavove i praksu farmaceuta u odnosu na Kliničke smernice za urgentnu hormonsku kontracepciju.
- IV Ispitati vezu između socio-demografskih karakteristika farmaceuta, njihovog znanja i stavova sa farmaceutskom praksom i odlukom farmaceuta da uskrati izdavanje leka za hitnu kontracepciju.

3. Metode istraživanja

Istraživanje u okviru doktorske disertacije obuhvatilo je dve studije preseka, dizajnirane kao studije procene znanja, stavova i prakse (KAP studije - knowledge, attitude, practice study) sa ginekolozima i farmaceutima javnih apoteka i analitičke studije o uticaju pojedinih faktora na praksu ginekologa i farmaceuta.

3.1 KAP studija sa ginekolozima

Istraživanje sa ginekolozima je sprovedeno u periodu od oktobra 2012. do oktobra 2013. godine nakon dobijanja saglasnosti Etičkog komiteta za biomedicinska istraživanja Farmaceutskog fakulteta u Beogradu. Upitnici zajedno sa informisanim pristankom su distribuirani u uzorku od 550 ginekologa koji su učestvovali u regionalnim kontinuiranim medicinskim edukacijama organizovanim od strane Ginekološko-akušerske sekcije Srpskog lekarskog društva. U periodu od godinu dana posećeni su svi regioni u Srbiji i svi ginekolozi imali su istu šansu da učestvuju u edukacijama, kao i u našem istraživanju. Ispitanici su sami popunjavali upitnik. Da bi se povećao odziv, pre prve pauze za kafu, u nekoliko minuta objašnjen je cilj istraživanja i upitnici su distribuirani svim prisutnim učesnicima uz molbu da ih popune i vrate nazad do kraja edukacije. Ispitivanje je bilo dobrovoljno, anonimno i volonterski, tako da nemamo podatke o ginekolozima koji nisu popunili upitnik i ne znamo njihove razloga iz kojih nisu pristali da učestvuju u istraživanju.

Instrument korišćen za prikupljanje podataka sa ginekolozima predstavlja deo upitnika iz istraživanja „Variations in Sexual and Reproductive Health Care” iz SAD-a koje su sprovedli istraživači Ryan E. Lawrence, Kenneth A. Rasinski, John D. Yoon, Farr A. Curlin i čiji rezultati su publikovani u deset radova [111, 138-146]. Za potrebe istraživanja u Srbiji kontaktirali smo sa autorom upitnika, Rayan E. Lawrence i zatražili njegovo odobrenje za

upotrebu i prevod. Nakon dobijenog odobrenja, upitnik je preveden i kulturološki adaptiran po metodi preporučenoj od strane ISPOR-a (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research) [147]. Odnosno, sa engleskog na srpski jezik upitnik je preveden od strane dva nezavisna prevodioca. Jedan od njih je bio zvanični prevodilac za engleski jezik kome je srpski maternji jezik. Drugi prevodilac upitnika je bio zdravstveni stručnjak, koji ima visok nivo znanja engleskog jezika, a kome je srpski maternji jezik i koji je upoznat sa istraživanjem, odnosno sam istraživač. U prisustvu nezavisnog posmatrača kome je srpski maternji jezik i koji nije bio uključen u prevod upitnika, dva prevodioca su našla konsenzus oko prevoda svakog pitanja i ponuđenih odgovora. Usaglašen prevod upitnika na srpskom jeziku treći nezavisni prevodilac je preveo na engleski jezik. Prevedenu verziju upitnika istraživači su uporedili sa originalnom. Sva neslaganja su korigovana uz saglasnost svih članova istraživačkog tima koga su činili sam istraživač, po obrazovanju farmaceut, mentor – farmaceut i nastavnik – lekar. S obzirom da je konsenzus postignut oko svih neophodnih korekcija, nije bilo potrebe za uključivanjem autora upitnika u ovoj fazi. Krajnji proizvodi kulturološke adaptacije i prevoda bile su konačne verzije upitnika na engleskom i srpskom jeziku.

Konačna verzija upitnika na srpskom jeziku pre-testirana je na grupi od deset ginekologa gde su ispitanici sami popunjavali upitnik. Istraživač je ispitanike uvodio u diskusiju kako bi se utvrdila (a) jasnoća svakog dela upitnika postavljajući im pitanja: “Šta ovo znači?” i “Da li se osećate komotnim da date odgovor na ovo pitanje?”; i (b) kulturološka relevantnost koristeći pitanja: “Da li ste Vi ili Vaše kolege imali iskustvo na koje se pitanje odnosi?” i “Po Vašem mišljenju koliko je bitno ovo pitanje da bismo došli do samog cilja istraživanja?”. Svi komentari su zabeleženi od strane istraživača. Istraživački tim je pregledao sve komentare. Nakon toga, urađene su minimalne korekcije upitnika.

Upitnik je podeljen u sledeće celine:

- A. Kontracepcija i prirodno planiranje porodice
- B. Hitna kontracepcija

C. Abortus

D. Demografski podaci i profesionalno iskustvo.

A. Kako bi se procenio stav ginekologa prema kontracepciji, ginekolozima je ponuđeno šest najčešće korišćenih metoda kontracepcije: oralni kontraceptivi, progestagenski implantati i/ili injekcije, intrauterina sredstva, dijafragma/cervikalna kapa sa spermicidom, kondomi i tubalna ligacija. Ginekolozima je postavljeno pitanje da li imaju moralne ili etičke zamerke na ponuđenu metodu i da li bi je ponudili pacijentkinji ako je traži. Ponuđeni odgovori bili su da ili ne.

Da bi se procenio stav ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice (upotreba cervikalnog mukusa i/ili bazalne temperature) od ispitanika se tražilo da procene broj očekivanih trudnoća u toku jedne godine kod parova koji primenjuju prirodne metode planiranja porodice. Takođe, bilo je potrebno da ginekolozi ocene ove metode kao 1) najbolju opciju za većinu žena, 2) najbolju opciju za neke žene, ili 3) lošu opciju za većinu žena.

B. Stavovi u vezi sa hitnom kontracepcijom su procenjeni na osnovu postavljenog pitanja: u poređenju sa ženama koje nemaju pristup hitnoj kontracepciji, žene kojima je dostupna hitna kontracepcija a) imaće nižu stopu neželjene trudnoće, b) manje će koristiti druge kontraceptivne metode, c) stupaće u seksualne aktivnosti u ranijim godinama, d) imaće u proseku više seksualnih partnera. Svoj stepen slaganja ginekolozi su označavali na četvorostepenoj Likertovoj skali (od u potpunosti se slažem, do potpuno se ne slažem). Od ginekologa se tražilo da izaberu jedan od ponuđenih odgovora koji najbolje opisuje njihovu praksu kad je u pitanju hitna kontracepcija, da li je nude: a) svim ženama za koje veruju da su pod rizikom od neplanirane trudnoće, b) samo ženama koje im kažu da su imale nezaštićeni odnos, c) samo žrtvama seksualnog nasilja, d) nikome ni pod kakvim uslovima.

C. Stavovi i ginekološka praksa u vezi sa abortusom procenjivani su na osnovu pitanja da li imaju moralne ili etičke zamerke na abortus koji nije medicinski indikovani (neudata, 22-godišnja žena u 6. nedelji trudnoće nakon neuspele hormonske kontracepcije)

i da li bi u ovom slučaju pomogli pacijentkinji da uradi abortus (tako što bi ga sami izveli, ili bi je uputili nekome ko bi to uradio). Ponuđeni odgovori su bili da ili ne.

D. Socio-demografske karakteristike su prikupljane kroz pitanja koja su bila po tipu više ponuđenih odgovora gde je ispitanik trebao da označi odgovor koji se odnosi na njega (pol (muški/ženski), starosna grupa (35 i manje/36-50/51 i više), bračni status (neudata ili neoženjen/udata ili oženjen/udovica ili udovac/razvedena ili razveden), tip prakse (primarni nivo, državna praksa/primarni nivo, privatna praksa/sekundarni i tercijarni nivo, državna praksa/ sekundarni i tercijarni nivo, privatna praksa), region zaposlenja (Vojvodina/Beograd/Šumadija i Zapadna Srbija/Južna i Istočna Srbija)). Na dva pitanja ginekolozi su zamoljeni da sami upišu odgovor: godine radnog staža i koliko dece imaju.

3.2 KAP studija sa farmaceutima

Istraživanje sa farmaceutima je sprovedeno u periodu od januara do aprila 2014. godine. Upitnik zajedno sa informisanim pristankom distribuiran je preko zvaničnog web sajta Farmaceutske komore Srbije (FKS) (<http://www.farmkom.rs>) sa namerom da stigne do svih njenih članova. Ovakav način regrutovanja ispitanika pokazao se odgovarajućom metodom u nekoliko ranijih istraživanja [148, 149]. Da bismo došli i do farmaceuta koji ne koriste internet, istraživanje je najavljeno i u časopisu Apotekarska praksa koji izdaje i distribuira FKS svim licenciranim farmaceutima zaposlenim u apotekama u Srbiji. Popunjavanje upitnika je bilo dobrovoljno, anonimno i volonterski. Istraživanje je sprovedeno nakon dobijanja saglasnosti Etičkog komiteta za biomedicinska istraživanja Farmaceutskog fakulteta u Beogradu. Prikupljeni podaci su provereni na eventualno prisustvo duplikata bazirano na socio-demografskim karakteristikama, datumu i vremenu popunjavanja; takvi slučajevi nisu otkriveni.

Instrument koji je korišćen za prikupljanje podataka o farmaceutima i njihovom znanju, stavovima i praksi u vezi sa hitnom hormonskom kontracepcijom je namenski

kreiran upitnik na osnovu pregleda literature. Kao osnova korišćene su Kliničke smernice za urgentnu hormonsku kontracepciju, Republičkog centra za planiranje porodice [110]. Takođe, za kreiranje pitanja korišćeni su Sažetak karakteristika leka hitnog kontraceptiva sa aktivnom supstancom levonorgestrel [50] odobren od strane Agencije za lekove i medicinska sredstva Srbije (ALiMS), kao i publikovani radovi istraživanja znanja, stavova i prakse u vezi sa hitnom kontracepcijom iz drugih zemalja. Pre-testiranje upitnika urađeno je na grupi od deset farmaceuta izabranih metodom slučajnog uzorka [147]. Nakon toga urađene su manje korekcije upitnika.

Upitnik se sastojao iz četiri dela:

- A. Socio-demografske karakteristike
- B. Farmaceutska praksa izdavanja i savetovanja
- C. Znanje
- D. Stavovi.

A. U prvom delu upitnika prikupljene su socio-demografske karakteristike kroz pitanja koja su bila po tipu više ponuđenih odgovora gde je ispitanik trebao da označi odgovor koji se odnosi na njega (pol (muški/ženski), bračni status (neudata ili neoženjen/udata ili oženjen/udovica ili udovac/razvedena ili razveden/rastvaljena ili rastvaljen/živimo zajedno), tip ustanove u kojoj radi (apoteka/bolnička apoteka/drugo), region zaposlenja (Vojvodina/Beograd/Šumadija i Zapadna Srbija/Južna i Istočna Srbija), da li ima decu (da/ne)). Na dva pitanja farmaceuti su zamoljeni da sami upišu odgovor: godine starosti i godine radnog staža.

B. Farmaceutska praksa izdavanja i savetovanja u vezi sa hitnom hormonskom kontracepcijom je procenjena na osnovu pitanja sa više ponuđenih odgovora na koja je ispitanik trebao da označi odgovor koji se odnosi na njega: koliko kutija hitne kontracepcije izdaje mesečno (nijednu/1-5/6-10/11-20/21-50/>50) i da li je izdaje muškarcima (nikada/retko/ponekad/često). Takođe, farmaceutima je postavljeno isto pitanje kao i

ginekolozima koje se odnosi na preporuku hitne kontracepcije: Šta od sledećeg najbolje opisuje Vašu praksu kad je u pitanju hitna kontracepcija? Da li je predlažete: a) svim ženama za koje verujete da su pod rizikom od neplanirane trudnoće, b) samo ženama koje Vam kažu da su imale nezaštićeni odnos, c) samo žrtvama seksualnog nasilja, d) nikome ni pod kakvim uslovima.

Kako bismo proverili usklađenost farmaceutske prakse savetovanja prilikom izdavanje leka sa Kliničkim smernicama za urgentnu hormonsku kontracepciju, od ispitanika se tražilo da naznače na petostepenoj skali (nikad, retko, ponekad, često, uvek) da li pacijentkinje savetuju u vezi sa neželjenim dejstvima, testom za utvrđivanje trudnoće, mehanizmom dejstva, ponovljenog doziranja, efikasnosti, vremenskog roka primene, metodama redovne kontracepcije. Takođe, farmaceuti su trebali da odgovore da li tokom svakodnevnog rada imaju dovoljno vremena za savetovanje pacijenata i da li u apoteci imaju izdvojen prostor za savetovanje. Postavljena su im i pitanja da li su ikada imali edukaciju o hitnoj kontracepciji i od koga najčešće dobijaju informacije.

C. Znanje je procenjeno na osnovu ukupno 13 pitanja. Jedno pitanje: Upotrebom hitne hormonske kontracepcije sprečava se 84% očekivanih trudnoća, kreirano je na osnovu Sažetka karakteristika leka sa aktivnom supstancom levonorgestrel [50]. Preostalih 12 pitanja (4 epidemiološka i 8 farmakoloških) je bazirano na Kliničkim smernicama za urgentnu hormonsku kontracepciju:

- epidemiološka pitanja: 1) U Republici Srbiji registrovane su samo tablete hitne kontracepcije sa hormonom progestagenom, 2) Maksimalni vremenski period u kome žena može uzeti hitnu hormonsku kontracepciju nakon seksualnog odnosa i očekivati efikasnost može biti i do 5 dana ili 120 sati, 3) Ukoliko naredni ciklus zakasni 10 ili više dana korisnica bi trebalo da uradi test na trudnoću i/ili da se obrati ginekologu, 4) Za izdavanje hitne kontracepcije osobi mlađoj od 18 godina potrebna je saglasnost roditelja ili staratelja;
- farmakološka pitanja: 1) Sem preosetljivosti na neku od komponenata leka trudnoća je jedina kontraindikacija za primenu hitne kontracepcije, 2) Hitna hormonska kontracepcija deluje tako što ometa/odlaže ovulaciju, 3) Tromb, migrena i oboljenja jetre su apsolutne

kontraindikacije za upotrebu progestagenske hitne kontracepcije, 4) Primenom hitne hormonske kontracepcije prekida se nastala trudnoća, 5) Ukoliko trudnica uzme progestagensku hitnu kontracepciju ona neće dovesti do kongenitalnih poremećaja, 6) Tablete hitne hormonske kontracepcije deluju kao spermicidi, 7) Progestagenska hitna kontracepcija može da se primeni više puta u jednom menstrualnom ciklusu, 8) Korisnice koje doje treba da prekinu dojenje na neko vreme nakon uzimanja hitne kontracepcije.

Na svako pitanje ponuđeni odgovori su bili: tačno, pogrešno, ne znam. Za ispitanike koji su odgovorili tačno na više od 10 pitanja smatrali smo da imaju odlično, od 7 do 10 prosečno i na 6 i manje nedovoljno znanje o hitnoj kontracepciji.

D. Stavovi o reproduktivnom zdravlju i hitnoj hormonskoj kontracepciji su procenjeni na osnovu pitanja koja su slična kao i u istraživanju sprovedenom u Australiji od strane Hussainy i saradnika [112] za čiju upotrebu smo dobili saglasnost autora. Pitanja su u vezi sa:

- Rizičnim ponašanjem: Muškarci će manje koristiti kondome kada budu znali za hitnu kontracepciju, Dostupnost hitne kontracepcije dovešće do većeg broja rizičnih seksualnih odnosa, Uz hitnu kontracepciju ženama će biti teže da odbiju nezaštićeni seksualni odnos;
- Pozitivnim uticaju hitne kontracepcije na planiranje porodice: Hitna kontracepcija je korisna jer povećava kontrolu korisnica nad svojom reprodukcijom, Hitna kontracepcija je moralno ispravna;
- Negativnim uticajem hitne kontracepcije na reproduktivno zdravlje: Hitna kontracepcija ima negativne posledice po zdravlje korisnice kada se njena upotreba ponavlja, Devojke mlađe od 16 godina nisu sposobne da preuzmu odgovornost za upotrebu hitne kontracepcije, Sa etičkog stanovišta hitna kontracepcija je isto što i abortus;
- Dostupnost hitne kontracepcije: Cena tableta za hitnu kontracepciju u Republici Srbiji (900-1000 din.) je previsoka za neke korisnice, Nije profesionalno da lični stavovi i moralna uverenja farmaceuta utiču na izdavanje hitne kontracepcije, Sve tablete za hitnu kontracepciju trebalo bi da imaju režim izdavanja „na recept“;

- Farmaceutska praksa savetovanja: Zadatak farmaceuta nije da savetuje korisnice o polno prenosivim infekcijama prilikom izdavanja hitne kontracepcije, Prilikom izdavanja hitne kontracepcije farmaceut treba da da savet korisnici o redovnoj kontracepciji;
- Hitna kontracepcija kao redovna metoda: Hitna kontracepcija je prihvatljiva kao redovna metoda kontracepcije;
- Informacije o hitnoj kontracepciji: Sve seksualno aktivne osobe treba da su informisane o hitnoj kontracepciji, Informacije o hitnoj kontracepciji ne treba da budu obuhvaćene programom seksualnog obrazovanja u školama.

Takođe, uključena su i pitanja koja su korišćena za procenu stavova ginekologa: U poređenju sa ženama koje nemaju pristup hitnoj kontracepciji, žene kojima je dostupna hitna kontracepcija a) imaće nižu stopu neželjene trudnoće, b) manje će koristiti druge kontraceptivne metode, c) stupaće u seksualne aktivnosti u ranijim godinama, d) imaće u proseku više seksualnih partnera. Dodatno, farmaceutima je postavljeno pitanje da li se slažu da hitnu kontracepciju treba izdati uvek kada ne postoje kontraindikacije, kao i da li se slažu sa izdavanjem u četiri situacije koje su na osnovu pregleda stručne literature, kao i istraživanja u drugim zemljama, procenjene da mogu biti problematične: izdavanje unapred, kad je od odnosa prošlo više od 72h, kada je korisnica mlađa od 16 godina i kada po lek nije došla krajnja korisnica. Farmaceuti su zamoljeni da označe svoj stepen slaganja sa svakom od ponuđenih izjava na četvorostepenoj Likertovoj skali (od u potpunosti se slažem, do potpuno se ne slažem).

3.3 Statistička obrada podataka – analitičke studije

Podaci su prikazani kao srednja vrednost \pm standardna devijacija za normalno distribuirane kontinuirane varijable ili kao relativne i apsolutne frekvence za kategoričke varijable. Svi testovi su smatrani statistički značajnim za $P < 0,05$. Veličina uzorka

neophodna za istraživanje u odnosu na nacionalnu populaciju ginekologa i farmaceuta određena je na osnovu preporuke date od strane autora Krejcie R. [150]. Takođe, snaga studije izračunata je preko veličine efekta, odnosno preko Koenovog d ($d=0,2$ efekat malog uzorka, $d=0,5$ efekat srednjeg uzorka, $d=0,8$ efekat velikog uzorka) [150].

U analizi uticaja socio-demografskih karakteristika na stavove i praksu ginekologa u vezi sa redovnom kontracepcijom, kao i stavova i prakse ginekologa u vezi sa alternativama redovnoj, modernoj kontracepciji, odnosno sa prirodnim metodama planiranja porodice i abortusima, korišćen je chi-kvadrat test. Razlika u stavovima i praksi između ginekologa i farmaceuta ispitana je t-testom i chi-kvadrat testom. Dodatno, chi-kvadrat test je korišćen za ispitivanje uticaja socio-demografskih karakteristika na stavove, kao i uticaj istih socio-demografskih karakteristika i stavova na praksu farmaceuta.

Karakteristike koje su bile statistički značajne nakon primene chi-kvadrat testa ispitane su univarijantnom logističkom regresijom. Za izražavanje povezanosti zavisne i nezavisne varijable korišćen je odnos šansi (*odds ratio* - OR) uz 95% interval pouzdanosti (*confidence interval* – CI). Nezavisne varijable za koje se uočila značajna univarijantna povezanost uključene su u multivarijantne modele sa drugim faktorima (svaki pojedinačno i svi zajedno) koji su se u našem istraživanju pokazali značajno povezani, ili su u literaturi opisani kao značajno povezani sa stavovima i praksom: starost, pol, bračno stanje. Nakon sprovedene multiple regresione analize uočeni su faktori nezavisno povezani sa stavovima i praksom ginekologa u vezi sa metodama redovne kontracepcije. Uticaj varijable izražen je u obliku korigovanog odnosa šansi (*adjusted odds ratio* - aOR), uz odgovarajući CI.

Kako bi se ispitao uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta, njihovog znanja i stavova na odluku da ne izdaju pacijentkinji hitnu kontracepciju generalno, kao i u određenim situacijama (izdavanje unapred, kad je od odnosa prošlo više od 72h, kada je korisnica mlađa od 16 godina i kada po tablete nije došla krajnja korisnica) urađena je analiza kroz dve faze. U prvoj fazi proverena je adekvatnost pitanja za procenu stavova o hitnoj kontracepciji i reproduktivnom zdravlju upotrebom Barlett-ovog testa sfericiteta i Kaiser Meyer-Olkin-ovog testa adekvatnosti. S obzirom da su se pitanja pokazala adekvatnim, komponentnom faktorskom analizom su se istražili faktori povezani sa

farmaceutskom praksom izdavanja hitne hormonske kontracepcije. Kriterijum za izbor je bio da opterećenje faktora iznosi $\geq 0,50$ nakon Varimaksove rotacije. U drugoj fazi korišćena je multipla regresiona analiza kako bi se ispitaio uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta, njihovog znanja i dobijenih faktora stavova na odluku farmaceuta da odbiju izdavanje pacijentkinji hitne hormonske kontracepcije.

Celokupna obrada podataka je obavljena upotrebom SPSS programa (SPSS 22.0 for Windows, SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

4. Rezultati

4.1. Socio-demografske karakteristike ispitivanih populacija ginekologa i farmaceuta

4.1.1. Ginekolozi

Od ukupno 550 distribuiranih upitnika namenjenih ginekolozima, popunjena su 183, što čini 33% odgovora ispitanika. Iz uzorka je isključeno 17 ispitanika koji nisu dali odgovor na pitanja koja predstavljaju glavne varijable u ispitivanju. Preostalih 166 ispitanika predstavljala su uzorak za istraživanje i daju Koenovo $d=0,89$ (efekat velikog uzorka).

Socio-demografske karakteristike ispitanika i uporedni prikaz nacionalnog uzorka su dati u tabeli 4. Uzorak su činile uglavnom žene, starosti od 36 do 50 godina, sa 11 do 20 godina radnog staža u ginekološko-akušerskoj praksi. Većina ispitanika bila je u braku, sa decom i iz Beograda. Ginekologa koji rade u primarnoj praksi bilo je nešto više u odnosu na druge nivoe zdravstvene zaštite.

Tabela 4. Socio-demografske karakteristike ginekologa

KARAKTERISTIKA	Uzorak (n=166)	Nacionalni* (n=1.166)
Pol, n (%)		
Ženski	99 (65)	643 (55)
Muški	53 (35)	523 (45)
Starost, godine, n (%)		Nije dostupno
≤35	5 (3)	
36-50	96 (61)	
≥51	57 (36)	

Tabela 4. Socio-demografske karakteristike ginekologa (nastavak)

KARAKTERISTIKA	Uzorak (n=166)	Nacionalni* (n=1.166)
Radni staž, godine, n (%)		Nije dostupno
1-10	35 (22)	
11-20	81 (51)	
≥21	43 (27)	
Bračno stanje, n (%)		Nije dostupno
Udata/Oženjen	123 (78)	
Neudata/neoženjen	19 (12)	
Razveden(a)/Udovica/Udovac	16 (10)	
Deca, n (%)		Nije dostupno
Bez dece	22 (15)	
Jedno ili više	127 (85)	
Region, n (%)		
Vojvodina	31 (20)	247 (21)
Centralna Srbija:	125 (80)	919 (79)
Beograd	69 (44)	
Šumadija i Zapadna Srbija	23 (15)	
Južna i Istočna Srbija	33 (21)	
Tip prakse, n (%)		Nije dostupno
Primarna praksa, državna	67 (41)	
Primarna praksa, privatna	26 (16)	
Sekundarna/tercijarna praksa, državna	57 (35)	
Sekundarna/tercijarna praksa, privatna	14 (8)	

* Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2012 [67]

4.1.2. Farmaceuti

Ukupan broj farmaceuta koji je učestvovao u istraživanju je 462. Farmaceuti koji nisu bili zaposleni u javnim apotekama su isključeni iz istraživanja, tako da su uzorak za analizu činila 452 ispitanika. Socio-demografske karakteristike ispitivane populacije i njihovo poređenje sa podacima o članovima Farmaceutske komore na dan 15.4.2014. kada je završeno istraživanje su dati u tabeli 5. Većinu ispitivanog uzorka činili su farmaceuti ženskog pola, prosečne starosti 40 ± 10 godina i sa prosečno 13 ± 10 godina radnog staža. Najveći broj ispitanika je bio iz Beograda i živeo sa partnerom.

Tabela 5. Socio-demografske karakteristike farmaceuta

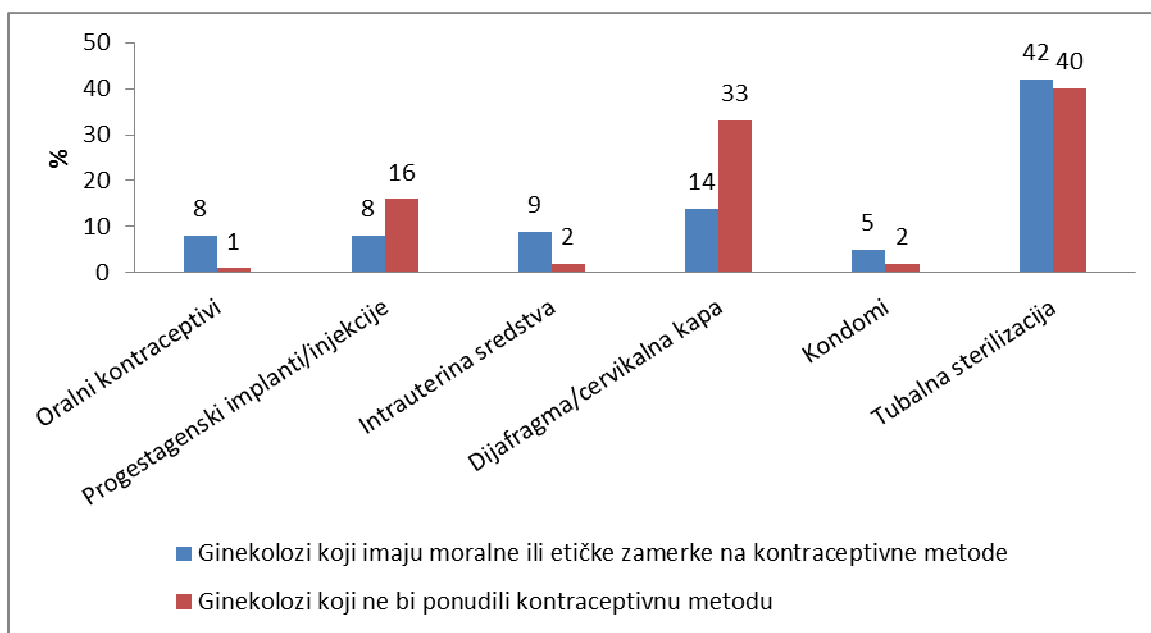
KARAKTERISTIKA	Uzorak (n=452)	Nacionalni* (n=5.377)
Pol, n (%)	452	
Ženski	426 (94)	4.931 (92)
Muški	26 (6)	446 (8)
Starost, prosečna vrednost (SD)	40 (10)	Nije dostupno
Godine radnog staža, prosečna vrednost (SD)	13 (10)	Nije dostupno
Bračno stanje, n (%)	446	Nije dostupno
Sa partnerom	276 (62)	
Bez partnera	170 (38)	
Deca, n (%)	448	Nije dostupno
Da	266 (59)	
Ne	182 (41)	
Region, n (%)	447	
Vojvodina	80 (18)	1.185 (22)
Beograd	206 (46)	2.078 (39)
Šumadija i Zapadna Srbija	96 (21)	1.217 (22)
Južna i Istočna Srbija	65 (15)	897 (17)

* podaci o članovima Farmaceutске komore na dan 15.4.2014 [151]

4.2. Istraživanje stavova i prakse ginekologa u vezi sa metodama planiranja porodice

4.2.1. Stavovi i praksa ginekologa u vezi sa metodama redovne kontracepcije

Skoro polovina ginekologa (48%) izjavila je da ima moralne ili etičke zamerke na pojedine metode kontracepcije, a 52% ne bi ponudilo jednu ili više metoda koje pacijentkinja zatraži. Nejčešće zamerke su bile na tubalnu sterilizaciju (42% ima zamerke, a 40% ne bi ponudilo metodu), zatim na dijafragmu/cervikalnu kapu sa spermicidom (14% ima zamerke, a 33% ne bi ponudilo metodu), praćeno intrauterinim sredstvima (9% ima zamerke, a 2% ne bi ponudilo metodu), progestagenskim implantima i/ili injekcijama (8% ima zamerke, a 16% ne bi ponudilo metodu), oralnim kontraceptivima (8% ima zamerke, a 1% ne bi ponudilo metodu) i kondomima (5% ima zamerke, a 2% ne bi ponudilo metodu) (slika 7).



Slika 7. Verovanja i praksa ginekologa u vezi sa metodama kontracepcije

Dva ginekologa (1%) su imala moralne ili etičke zamerke na svih šest kontraceptivnih metoda. Nije bilo ispitanika koji ne bi ponudili svih šest metoda. Među ginekolozima koji ne bi ponudili jednu ili više metoda (n=84) 23 nije imalo moralne niti etičke zamerke.

4.2.2. Analiza uticaja socio-demografski karakteristika na stavove i praksu ginekologa u vezi sa metodama redovne kontracepcije

U grupi ispitanika koji imaju zamerku na jednu ili više metoda urađen je chi-kvadrat test kako bi se proverio uticaj socio-demografskih karakteristika ginekologa na njihove stavove o redovnoj kontracepciji (tabela 6).

Tabela 6. Uticaj socio-demografskih karakteristika ginekologa na njihov stav u vezi sa redovnom kontracepcijom (chi-kvadrat test)

KARAKTERISTIKA		n (%) ginekologa koji imaju zamerke na kontracepciju	X²	df	p-vrednost
Pol	Ženski	44 (44)	1,75	1	0,186
	Muški	29 (56)			
Starost	≤35	2 (40)	1,21	2	0,544
	36-50	43 (45)			
	≥51	30 (54)			

Tabela 6. Uticaj socio-demografskih karakteristika ginekologa na njihov stav u vezi sa redovnom kontracepcijom (chi-kvadrat test) (nastavak)

KARAKTERISTIKA	n (%) ginekologa koji imaju zamerke na kontracepciju	X²	df	p-vrednost	
Bračno stanje	Neudata/neoženjen	8 (42)	4,17	3	0,244
	Udata/oženjen	61 (50)			
	Udovica/udovac	3 (75)			
	Razvedena/razveden	3 (25)			
Broj dece	Bez dece	10 (45)	2,793	3	0,425
	1	13 (37)			
	2	40 (50)			
	3	7 (64)			
Geografski region	Vojvodina	8 (26)	18,86	3	<0,001
	Beograd	26 (38)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	12 (52)			
	Južna i Istočna Srbija	25 (76)			
Godine radnog staža u ginekološkoj praksi	1 - 10	17 (49)	0,362	3	0,948
	11 - 20	37 (46)			
	21-30	17 (50)			
	31-37	5 (56)			

Tabela 6. Uticaj socio-demografskih karakteristika ginekologa na njihov stav u vezi sa redovnom kontracepcijom (chi-kvadrat test) (nastavak)

KARAKTERISTIKA			n (%) ginekologa koji imaju zamerke na kontracepciju	X²	df	p-vrednost
Vlasništvo primarnog mesta prakse	Primarni nivo, državna praksa	26 (39)	4,527	3	0,210	
	Primarni nivo, privatna praksa	12 (48)				
	Sekundarni i tercijarni nivo, državna praksa	33 (58)				
	Sekundarni i tercijarni nivo, privatna praksa	7 (50)				

Samo varijabla geografski region je pokazala statističku značajnost na stavove ginekologa, odnosno na moralne/etičke zamerke (tabela 6).

U grupi ginekologa koji ne bi ponudili jednu ili više metoda kontracepcije urađen je takođe chi-kvadrat test kako bi se proverio uticaj socio-demografskih karakteristika na njihovu odluku (tabela 7).

Tabela 7. Uticaj socio-demografskih karakteristika ginekologa na njihovu praksu u vezi sa redovnom kontracepcijom (chi-kvadrat test)

KARAKTERISTIKA		n (%) ginekologa koji ne bi ponudili neku od metoda kontracepcije	X ²	df	p-vrednost
Pol	Ženski	53 (54)	3,803	1	0,055
	Muški	19 (37)			
Starost	≤35	3 (60)	1,684	2	0,431
	36-50	42 (44)			
	≥51	29 (54)			
Bračno stanje	Neudata/neoženjen	7 (37)	10,630	3	0,014
	Udata/oženjen	58 (48)			
	Udovica/udovac	0 (0)			
	Razvedena/razveden	10 (83)			
Broj dece	Bez dece	9 (41)	1,626	3	0,654
	1	20 (57)			
	2	38 (47)			
	3	5 (45)			
Geografski region	Vojvodina	22 (71)	17,170	3	0,001
	Beograd	38 (57)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	10 (43)			
	Južna i Istočna Srbija	7 (22)			

Tabela 7. Uticaj socio-demografskih karakteristika ginekologa na njihovu praksu u vezi sa redovnom kontracepcijom (chi-kvadrat test) (nastavak)

KARAKTERISTIKA		n (%) ginekologa koji ne bi ponudili neku od metoda kontracepcije	X²	df	p-vrednost
Godine radnog staža u ginekološkoj praksi	1 - 10	12 (35)	4,030	3	0,257
	11 - 20	397 (49)			
	21-30	18 (54)			
	31-37	6 (67)			
Vlasništvo primarnog mesta prakse	Primarni nivo, državna praksa	35 (53)	1,280	3	0,732
	Primarni nivo, privatna praksa	12 (50)			
	Sekundarni i tercijarni nivo, državna praksa	24 (43)			
	Sekundarni i tercijarni nivo, privatna praksa	7 (50)			

Na praksu ginekologa, odnosno na njihovu odluku da ne ponude pacijentkinji neku od metoda kontracepcije dve varijable su pokazale statističku značajnost: bračno stanje i geografski region (tabela 7).

Karakteristike koje su značajno uticale na to da ginekolozi imaju zamerke ili da odbiju primenu metode, u poređenju sa ginekolozima koji niti imaju zamerke, niti bi odbili metode kontracepcije ispitane su univarijantnom logističkom regresijom. Ginekolozi u

Vojvodini imaju najmanju šansu da imaju moralne/etičke zamerke na kontracepciju, kao i da odbiju propisivanje neke od metoda. Najveće šanse za zamerke imaju ginekolozi u Južnoj i Istočnoj Srbiji (tabela 8).

Tabela 8. Uticaj socio-demografskih karakteristika ginekologa na njihove stavove i praksu u vezi sa redovnom kontracepcijom (univarijantna logistička regresija)

KARAKTERISTIKA	OR	95% CI	p-vrednost
Zamerke na kontraceptivne metode			
Region			
Vojvodina	0,282	0,113-0,703	0,007
Beograd	0,605	0,317-1,153	0,127
Šumadija	1,392	0,573-3,381	0,465
Južna i Istočna Srbija	5,347	2,225-12,853	0,000
Odbijanje kontraceptivne metode			
Region			
Vojvodina	0,330	0,140-0,775	0,011
Beograd	0,650	0,341-1,240	0,191
Šumadija	1,362	0,557-3,329	0,498
Južna i Istočna Srbija	4,832	1,939-12,039	0,001
Bračno stanje			
Neoženjen/neudata	1,689	0,627-4,552	0,300
Oženjen/udata	1,027	0,483-2,184	0,944
Udovac/udovica	0,000	0,000-.	0,999
Razvedeni	0,164	0,035-0,776	0,023

Kada su uzeti u obzir starost, pol i bračno stanje, ispostavilo se da ginekolozi u Južnoj i Istočnoj Srbiji imaju oko 5 puta veću šansu da imaju moralne/etičke zamerke (aOR

4,892, p=0,001) nezavisno od starosti, pola i bračnog stanja u poređenju sa ostalim regionima, dok ginekolozi u Vojvodini imaju najmanje šanse za zamerke na kontracepciju (aOR 0,278, p=0,008), takođe nezavisno od prethodno nabrojanih ometajućih/pridruženih varijabli (tabela 9).

Tabela 9. Uticaj socio-demografskih karakteristika ginekologa na njihove stavove u vezi sa redovnom kontracepcijom (multipla logistička regresija)

KARAKTERISTIKA	aOR*	95% CI	p-vrednost
Region - Vojvodina	0,282	0,113-0,703	0,007
Korigovano za starost	0,282	0,112-0,712	0,007
Korigovano za pol	0,304	0,120-0,769	0,012
Korigovano za bračno stanje	0,271	0,107-0,688	0,006
Korigovano za starost, pol i bračno stanje	0,278	0,108-0,716	0,008
Region – Južna i Istočna Srbija	5,347	2,225-12,853	0,000
Korigovano za starost	5,354	2,216-12,935	0,000
Korigovano za pol	4,914	1,984-12,174	0,001
Korigovano za bračno stanje	5,217	2,164-12,582	0,000
Korigovano za starost, pol i bračno stanje	4,892	1,964-12,187	0,001

*Korigovano za starost – predstavljena kao kontinuirana varijabla, pol (0 žene, 1 muškarci), bračno stanje (0 bez partnera, 1 sa partnerom).

Najveću šansu da odbiju izdavanje jedne ili više metoda kontracepcije imaju ginekolozi iz Južne i Istočne Srbije (aOR 4,161, p=0,003), a najmanju šansu imaju ginekolozi iz Vojvodine (aOR 0,225, p=0,002), bez obzira na konfaunding (pridružene) varijable (starost, pol i bračno stanje). Takođe, razvedeni ginekolozi imaju manje šanse da odbiju kontraceptivnu metodu (aOR 0,175, p=0,030) (tabela 10).

Tabela 10. Uticaj socio-demografskih karakteristika ginekologa na njihovu praksu u vezi sa redovnom kontracepcijom (multipla logistička regresija)

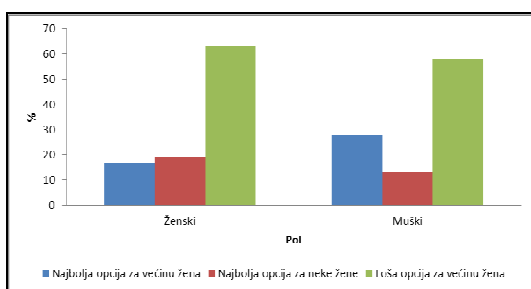
KARAKTERISTIKA	aOR*	95% CI	p-vrednost
Region - Vojvodina	0,330	0,140-0,775	0,011
Korigovano za starost	0,283	0,114-0,699	0,006
Korigovano za pol	0,297	0,120-0,734	0,009
Korigovano za bračno stanje	0,285	0,117-0,695	0,006
Korigovano za starost, pol i bračno stanje	0,225	0,086-0,585	0,002
Region – Južna i Istočna Srbija	4,832	1,939-12,039	0,001
Korigovano za starost	4,504	1,798-11,280	0,001
Korigovano za pol	4,390	1,720-11,198	0,002
Korigovano za bračno stanje	4,757	1,877-12,053	0,001
Korigovano za starost, pol i bračno stanje	4,161	1,603-10,803	0,003
Bračno stanje - Razvedeni	0,164	0,035-0,776	0,023
Korigovano za starost	0,167	0,035-0,792	0,024
Korigovano za pol	0,171	0,036-0,818	0,027
Korigovano za starost i pol	0,175	0,036-0,842	0,030

*Korigovano za starost – predstavljena kao kontinuirana varijabla, pol (0 žene, 1 muškarci), bračno stanje (0 bez partnera, 1 sa partnerom).

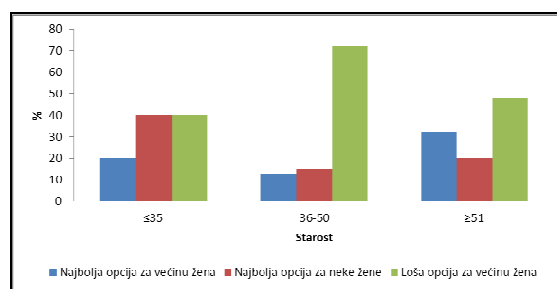
4.2.3. Analiza uticaja socio-demografski karakteristika i stavova u vezi sa kontracepcijom na stavove i praksu ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice

Prosečna procena verovatnoće nastanka trudnoće kod parova koji primenjuju prirodne metode planiranja porodice je bila $30\% \pm 24\%$, a opseg 2-100%. Stavovi ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice u odnosu na njihove socio-

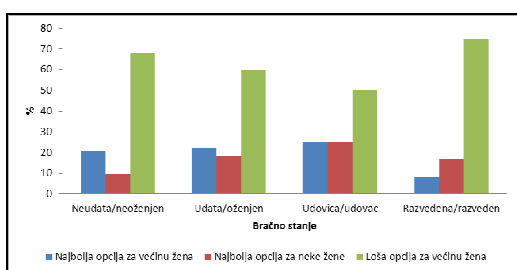
demografke karakteristike dati su na slikama 8-15. Analizirano chi-kvadrat testom nije bilo razlike u proceni u odnosu na pol, starost, radni staž, bračno stanje, broj dece, region, niti tip prakse. Kada su u model dodate i zamerke ginekologa na kontracepciju, nije nađena značajna razlika između ginekologa koji su imali zamerke na jednu ili više metoda i ginekologa koji nisu imali zamerke ($p=0,358$) (tabela 11).



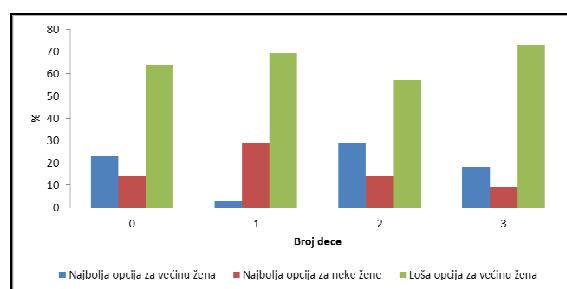
Slika 8. Stavovi ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice u odnosu na pol



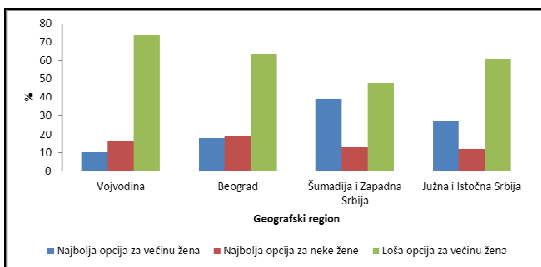
Slika 9. Stavovi ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice u odnosu na starost



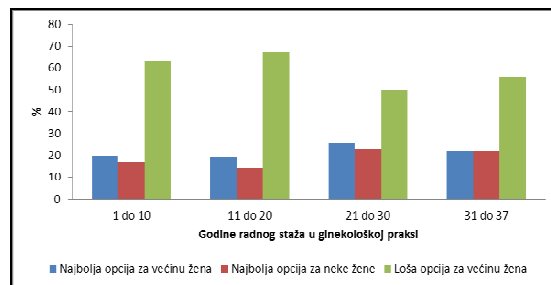
Slika 10. Stavovi ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice u odnosu na bračno stanje



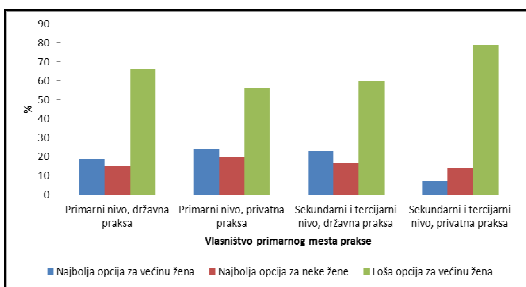
Slika 11. Stavovi ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice u odnosu na broj dece



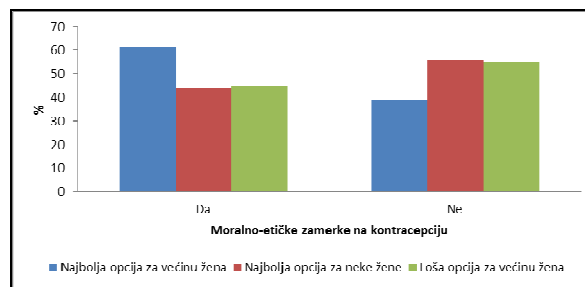
Slika 12. Stavovi ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice u odnosu na geografski region



Slika 13. Stavovi ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice u odnosu na godine radnog staža u ginekološkoj praksi



Slika 14. Stavovi ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice u odnosu na vlasništvo primarnog mesta prakse



Slika 15. Stavovi ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice u odnosu na postojanje zamerki na kontracepciju

Tabela 11. Uticaj socio-demografskih karakteristika i stavova u vezi sa kontracepcijom na stavove ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice (chi-kvadrat test)

KARAKTERISTIKA	X²	df	p-vrednost
Pol	8,47	4	0,076
Starost	7,59	8	0,474
Bračno stanje	14,89	12	0,247
Broj dece	7,22	12	0,843
Geografski region	15,67	12	0,207
Godine radnog staža u ginekološkoj praksi	13,33	12	0,345
Vlasništvo primarnog mesta prakse	13,34	12	0,345
Zamerke na kontracepciju	4,37	4	0,358

Većina ginekologa (63%, n=104) smatrala je prirodno planiranje porodice lošom opcijom za većinu žena. Najmanje zastupljeni bili su ginekolozi koji su verovali da je to najbolja opcija za neke žene (16%, n=27), dok je jedna petina verovala da su prirodne metode planiranja porodice najbolja opcija za većinu žena (21%, n=34). Praksa ginekologa nije se razlikovala u odnosu na njihov pol, starost, region, bračno stanje, broj dece, tip prakse. Nije bilo ni značajne razlike u praksi između ginekologa koji su imali zamerke na jednu ili više metoda kontracepcije i ginekologa koji nisu imali zamerke (p=0,278) (tabela 12).

Tabela 12. Uticaj socio-demografskih karakteristika i stavova u vezi sa kontracepcijom na praksu ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice (chi-kvadrat test)

KARAKTERISTIKA		Šta mislite da li je prirodno planiranje porodice...			X ²	df	p-vrednost
		najbolja opcija za većinu žena, n (%)	najbolja opcija za neke žene, n (%)	loša opcija za većinu žena, n (%)			
Pol	Ženski	17 (17)	19 (19)	62 (63)	2,83	2	0,242
	Muški	15 (28)	7 (13)	31 (58)			
Starost	≤35	1 (20)	2 (40)	2 (40)	1,68	4	0,220
	36-50	13 (13)	14 (15)	69 (72)			
	≥51	18 (32)	11 (20)	27 (48)			
Bračno stanje	Neudata/neoženjen	4 (21)	2 (10)	13 (68)	2,34	6	0,885
	Udata/oženjen	27 (22)	22 (18)	73 (60)			
	Udovica/udovac	1 (25)	1 (25)	2 (50)			
	Razvedena/razveden	1 (8)	2 (16)	9 (75)			

Tabela 12. Uticaj socio-demografskih karakteristika i stavova u vezi sa kontracepcijom na praksu ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice (chi-kvadrat test) (nastavak)

KARAKTERISTIKA		Šta mislite da li je prirodno planiranje porodice...			X ²	df	p-vrednost
		najbolja opcija za većinu žena, n (%)	najbolja opcija za neke žene, n (%)	loša opcija za većinu žena, n (%)			
Broj dece	Bez dece	5 (23)	3 (14)	14 (64)	12,41	6	0,053
	1	1 (3)	10 (29)	24 (69)			
	2	23 (29)	11 (14)	46 (57)			
	3	2 (18)	1 (9)	8 (73)			
Geografski region	Vojvodina	3 (10)	5 (16)	23 (74)	8,71	6	0,190
	Beograd	12 (18)	13 (19)	43 (63)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	9 (39)	3 (13)	11 (48)			
	Južna i Istočna Srbija	9 (27)	4 (12)	20 (61)			

Tabela 12. Uticaj socio-demografskih karakteristika i stavova u vezi sa kontracepcijom na praksu ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice (chi-kvadrat test) (nastavak)

KARAKTERISTIKA		Šta mislite da li je prirodno planiranje porodice...			X ²	df	p-vrednost
		najbolja opcija za većinu žena, n (%)	najbolja opcija za neke žene, n (%)	loša opcija za većinu žena, n (%)			
Godine radnog staža u ginekološkoj praksi	1 - 10	7 (20)	6 (17)	22 (63)	3,43	6	0,753
	11 - 20	15 (19)	11 (14)	54 (67)			
	21-30	9 (26)	8 (23)	17 (50)			
	31-37	2 (22)	2 (22)	5 (56)			
Vlasništvo primarnog mesta prakse	Primarni nivo, državna praksa	13 (19)	10 (15)	44 (66)	2,84	6	0,829
	Primarni nivo, privatna praksa	6 (24)	5 (20)	14 (56)			
	Sekundarni i tercijarni nivo, državna praksa	13 (23)	10 (17)	34 (60)			
	Sekundarni i tercijarni nivo, privatna praksa	1 (7)	2 (14)	11 (79)			
Zamerke na kontracepciju		20 (61)	12 (44)	47 (45)	2,56	2	0,278

4.2.4. Analiza uticaja socio-demografski karakteristika i stavova u vezi sa kontracepcijom na stavove i praksu ginekologa u vezi sa abortusom

Ukupno 23% ginekologa je imalo moralne ili etičke zamerke na abortus, dok 9% ne bi pomoglo pacijentkinji da ga uradi (tabela 13).

Tabela 13. Stav i praksa ginekologa u vezi sa abortusom

KLINIČKI SCENARIO	DA, n (%)	NE, n (%)
Da li imate moralne/etičke zamerke na abortus kod 22-godišnje žene u 6. nedelji trudnoće nakon neuspele kontracepcije?	37 (23,4)	121 (76,6)
Da li biste pomogli da se uradi abortus kod 22-godišnje žene u 6. nedelji trudnoće nakon neuspele kontracepcije?	145 (91,2)	14 (8,8)

U grupi ginekologa koji imaju zamerku na abortus urađen je chi-kvadrat test kako bi se proverio uticaj varijabli na stavove ginekologa. Značajan uticaj pokazao je geografski region, vlasništvo primarnog mesta prakse, kao i postojanje zamerki na primenu kontracepcije (tabela 14).

Tabela 14. Uticaj socio-demografskih karakteristika i stavova u vezi sa kontracepcijom na stavove ginekologa u vezi sa abortusom (chi-kvadrat test)

KARAKTERISTIKA		n (%) ginekologa koji imaju zamerke na abortus	X²	df	p-vrednost
Pol	Ženski	19 (20)	1,34	1	0,246
	Muški	14 (29)			
Starost	≤35	2 (50)	2,28	2	0,319
	36-50	23 (25)			
	≥51	10 (19)			
Bračno stanje	Neudata/neoženjen	6 (32)	4,11	3	0,249
	Udata/oženjen	28 (24)			
	Udovica/udovac	1 (25)			
	Razvedena/razveden	0 (0)			
Broj dece	Bez dece	6 (27)	5,99	3	0,112
	1	5 (15)			
	2	22 (29)			
	3	0 (0)			

Tabela 14. Uticaj socio-demografskih karakteristika i stavova u vezi sa kontracepcijom na stavove ginekologa u vezi sa abortusom (chi-kvadrat test) (nastavak)

KARAKTERISTIKA		n (%) ginekologa koji imaju zamerke na abortus	X²	df	p-vrednost
Geografski region	Vojvodina	7 (24)	12,51	3	0,006
	Beograd	8 (12)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	6 (27)			
	Južna i Istočna Srbija	14 (44)			
Godine radnog staža u ginekološkoj praksi	1 - 10	11 (34)	4,88	3	0,181
	11 - 20	20 (25)			
	21-30	4 (12)			
	31-37	1 (12)			
Vlasništvo primarnog mesta prakse	Primarni nivo, državna praksa	12 (18)	10,21	3	0,017
	Primarni nivo, privatna praksa	3 (12)			
	Sekundarni i tercijarni nivo, državna praksa	20 (37)			
	Sekundarni i tercijarni nivo, privatna praksa	1 (8)			
Zamerke na kontracepciju		25 (68)	7,11	1	0,008

Karakteristike koje su pokazale značajan uticaj na stavove ginekologa u vezi sa abortusom analizirane su univarijantnom logističkom regresijom (tabela 15).

Tabela 15. Uticaj socio-demografskih karakteristika i stavova u vezi sa kontracepcijom na stavove ginekologa u vezi sa abortusom (univarijantna logistička regresija)

KARAKTERISTIKA	OR	95% CI	p-vrednost
Region			
Vojvodina	0,946	0,366-2,446	0,909
Beograd	3,556	1,490-8,484	0,004
Šumadija	0,781	0,280-2,178	0,637
Južna i Istočna Srbija	0,278	0,120-0,647	0,003
Vlasništvo primarnog mesta prakse			
Primarna praksa, državna	1,559	0,714-3,402	0,265
Primarna praksa, privatna	2,444	0,687-8,695	0,167
Sekundarna/tercijarna praksa, državna	0,313	0,145-0,674	0,003
Sekundarna/tercijarna praksa, privatna	3,853	0,484-30,696	0,203
Zamerke na kontracepciju	0,355	0,163-0,772	0,009

Ginekolozi iz Beograda su imali veće šanse da imaju zamerke na abortus (OR 3,556, $p=0,004$) (tabela 15). Ovaj trend nije se pokazao značajnim kada se koriguje za starost, pol i bračno stanje (aOR 2,342, $p=0,072$) (tabela 16). Ginekolozi koji su radili u državnim bolnicama i iz Južne i Istočne Srbije imali su manje šanse da imaju zamerke na abortus. Takođe, manje šanse da imaju zamerke na abortus imali su ginekolozi koji su imali zamerke na jednu ili više metoda kontracepcije (tabela 15). Ova povezanost je potvrđena multiplom regresionom analizom sa korekcijom za starost, pol i bračno stanje (tabela 16).

Tabela 16. Uticaj socio-demografskih karakteristika i stavova u vezi sa kontracepcijom na stavove ginekologa u vezi sa abortusom (multipla logistička regresija)

KARAKTERISTIKA	aOR*	95% CI	p-vrednost
Region - Beograd	3,556	1,490-8,484	0,004
Korigovano za starost	3,179	1,311-7,706	0,010
Korigovano za pol	2,885	1,175-7,085	0,021
Korigovano za bračno stanje	3,353	1,390-8,086	0,007
Korigovano za starost, pol i bračno stanje	2,342	0,926-5,921	0,072
Region – Južna i Istočna Srbija	0,278	0,120-0,647	0,003
Korigovano za starost	0,295	0,125-0,693	0,005
Korigovano za pol	0,268	0,110-0,654	0,004
Korigovano za bračno stanje	0,292	0,123-0,689	0,005
Korigovano za starost, pol i bračno stanje	0,278	0,111-0,695	0,006
Vlasništvo primarnog mesta prakse – Sekundarna/tercijarna praksa, državna	0,313	0,145-0,674	0,003
Korigovano za starost	0,280	0,126-0,623	0,002
Korigovano za pol	0,323	0,143-0,730	0,007
Korigovano za bračno stanje	0,335	0,151-0,741	0,007
Korigovano za starost, pol i bračno stanje	0,353	0,149-0,834	0,018
Zamerke na kontracepciju	0,355	0,163-0,772	0,009
Korigovano za starost	0,363	0,163-0,809	0,013
Korigovano za pol	0,379	0,167-0,861	0,020
Korigovano za bračno stanje	0,375	0,168-0,837	0,017
Korigovano za starost, pol i bračno stanje	0,442	0,181-0,988	0,047

*Korigovano za starost – predstavljena kao kontinuirana varijabla, pol (0 žene, 1 muškarci), bračno stanje (0 bez partnera, 1 sa partnerom).

Ispitivani uticaj socio-demografskih karakteristika na praksu ginekologa, odnosno njihovu odluku da ne pomognu pacijentkinji da uradi abortus su dati u tabeli 17.

Tabela 17. Uticaj socio-demografskih karakteristika i stavova u vezi sa kontracepcijom na praksu ginekologa u vezi sa abortusom (chi-kvadrat test)

KARAKTERISTIKA		n (%) ginekologa koji bi odbili abortus	X²	df	p- vrednost
Pol	Ženski	5 (5)	4,720	1	0,030
	Muški	16 (8)			
Starost	≤35	1 (20)	1,787	3	0,618
	36-50	10 (11)			
	≥51	3 (6)			
Bračno stanje	Neudata/neoženjen	3 (16)	2,495	3	0,476
	Udata/oženjen	11 (9)			
	Udovica/udovac	0 (0)			
	Razvedena/razveden	0 (0)			
Broj dece	Bez dece	4 (18)	4,806	3	0,187
	1	1 (3)			
	2	9 (11)			
	3	0 (0)			

Tabela 17. Uticaj socio-demografskih karakteristika i stavova u vezi sa kontracepcijom na praksu ginekologa u vezi sa abortusom (chi-kvadrat test) (nastavak)

KARAKTERISTIKA		n (%) ginekologa koji bi odbili abortus	X²	df	p-vrednost
Geografski region	Vojvodina	2 (6)	7,698	3	0,053
	Beograd	4 (6)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	1 (5)			
	Južna i Istočna Srbija	7 (22)			
Godine radnog staža u ginekološkoj praksi	1 - 10	3 (9)	4,88	3	0,181
	11 - 20	9 (12)			
	21-30	2 (6)			
	31-37	0 (0)			
Vlasništvo primarnog mesta prakse	Primarni nivo, državna praksa	4 (6)	6,909	3	0,075
	Primarni nivo, privatna praksa	0 (0)			
	Sekundarni i tercijarni nivo, državna praksa	9 (16)			
	Sekundarni i tercijarni nivo, privatna praksa	1 (8)			
Zamerke na kontracepciju		10 (71)	3,537	1	0,060

Praksa ginekologa u vezi sa abortusom nije se razlikovala u odnosu na starost, region, bračno stanje, broj dece, tip prakse. Nakon dodavanja u model zamerki na kontracepciju,

nije primećena značajna razlika u spremnosti da pomognu pacijentkinji da uradi abortus između ginekologa koji su imali i onih koji nisu imali zamerke na metode kontracepcije (tabela 17). Razlika postoji u odnosu na pol: šansa da ginekolog ženskog pola pomogne pacijentkinji da uradi abortus je 3,5 puta veća u odnosu na ginekologe muškarce. Kada se eliminiše uticaj starosti i bračnog stanja ta šansa se neznatno povećava (3,7) i dalje ostaje statistički značajna (tabela 18).

Tabela 18. Uticaj socio-demografskih karakteristika ginekologa na njihovu praksu u vezi sa abortusom (multipla logistička regresija)

KARAKTERISTIKA	aOR*	95% CI	p-vrednost
Pol	3,467	1,070-11,233	0,038
Korigovano za starost	3,678	1,121-12,070	0,032
Korigovano za bračno stanje	3,570	1,084-11,755	0,036
Korigovano za starost i bračno stanje	3,704	1,117-12,278	0,032

*Korigovano za starost – predstavljena kao kontinuirana varijabla, bračno stanje (0 bez partnera, 1 sa partnerom).

4.3. Istraživanje stavova i prakse zdravstvenih radnika (ginekologa i farmaceuta) u vezi sa hitnom kontracepcijom

4.3.1. Stavovi i praksa zdravstvenih radnika u vezi sa hitnom kontracepcijom

Istraživanje je pokazalo značajnu razliku u stavovima u vezi sa hitnom kontracepcijom između ginekologa i farmaceuta ($p < 0,001$) (tabela 19).

Tabela 19. Stavovi zdravstvenih radnika u veza sa hitnom kontracepcijom (t-test)

U poređenju sa ženama koje nemaju pristup hitnoj kontracepciji, žene kojima je dostupna hitna kontracepcija...	Farmaceuti, n (%)	Ginekolozi, n (%)	p- vrednost
imaće nižu stopu neželjene trudnoće. (slažu se)	242 (53)	142 (86)	<0,001
manje će koristiti druge kontraceptivne metode. (slažu se)	133 (29)	109 (66)	<0,001
stupaće u seksualne aktivnosti u ranijim godinama. (slažu se)	84 (19)	62 (37)	<0,001
imaće u proseku više seksualnih partnera. (slažu se)	56 (12)	55 (33)	<0,001

Veći procenat ginekologa (86%) nego farmaceuta (53%) je verovao da će žene koje imaju pristup hitnoj kontracepciji imati manje neželjenih trudnoća (tabela 19). Ali, isto tako više ginekologa nego farmaceuta izrazilo je zabrinutost da će žene kojima je dostupna hitna kontracepcija biti sklonije rizičnom ponašanju; neće koristiti druge kontraceptive (66% vs. 29%, $p < 0,001$), stupiće ranije u seksualne odnose (37% vs. 19%, $p < 0,001$) i imaće više seksualnih partnera (33% vs. 12%, $p < 0,001$) (tabela 19). Analizom chi-kvadrat testom razlika je potvrđena za verovanja u vezi drugih kontraceptiva i više seksualnih partnera (tabela 20).

Kada je u pitanju praksa, chi-kvadrat test je pokazao značajnu razliku između ove dve grupe zdravstvenih radnika ($\chi^2=13,821$, $df=3$, $p=0,003$) (tabela 20). Nešto malo više od polovine ispitanika iz obe grupe ponudilo bi hitnu kontracepciju samo ženama nakon nezaštićenog odnosa. Jedna trećina bi je ponudila svim ženama za koje veruju da su pod rizikom od neplanirane trudnoće. Međutim, značajno više farmaceuta nego ginekologa (12% vs. 2%, $p < 0,001$) ne bi nikome ponudilo hitnu kontracepciju, ni pod kakvim uslovima, čak ni žrtvama seksualnog nasilja (tabela 21).

Tabela 20. Poređenje ginekologa i farmaceuta u odnosu na stavove i praksu u vezi sa hitnom kontracepcijom (chi-kvadrat test)

KARAKTERISTIKA	X²	df	p-vrednost
Verovanje u nižu stopu neželjene trudnoće	10,616	3	0,014
Verovanje da će se manje koristiti druge kontraceptivne metode	14,222	3	0,003
Verovanje u stupanje u seksualne aktivnosti u ranijim godinama	7,066	3	0,070
Verovanje da će žene imati u proseku više seksualnih partnera	12,564	3	0,006
Praksa u vezi sa hitnom kontracepcijom	13,821	3	0,003

Tabela 21. Praksa zdravstvenih radnika u vezi sa hitnom kontracepcijom (t-test)

Hitnu kontracepciju predlažu...	Farmaceuti, n (%)	Ginekolozi, n (%)	p- vrednost
svim ženama za koje veruju da su pod rizikom od neplanirane trudnoće	142 (32)	61 (37)	0,210
samo ženama koje kažu da su imale nezaštićeni odnos	232 (52)	91 (55,5)	0,440
samo žrtvama seksualnog nasilja	16 (4)	9 (5,5)	0,293
nikome ni pod kakvim uslovima	52 (12)	3 (2)	<0,001

4.3.2. Analiza uticaja socio-demografskih karakteristika i stavova zdravstvenih radnika na njihovu praksu u vezi sa hitnom kontracepcijom

Analizirano chi-kvadrat testom, verovanja farmaceuta su se razlikovala u odnosu na region, kao i u odnosu na pol kod tvrdnje da će sa hitnom kontracepcijom žene imati više seksualnih partnera (tabela 22). Istom analizom pokazalo se da se verovanja ginekologa razlikuju u odnosu na starost, bračno stanje i da li imaju decu (tabela 22).

Tabela 22. Uticaj socio-demografskih karakteristika zdravstvenih radnika na njihove stavove u vezi sa hitnom kontracepcijom (chi-kvadrat test)

KARAKTERISTIKA		Ginekolozi				Farmaceuti			
		n (%)	X ²	df	p	n (%)	X ²	df	p
Verovanje u nižu stopu neželjene trudnoće									
Pol	Ženski	87 (91)	4,339	3	0,227	357 (86)	1,416	3	0,702
	Muški	47 (94)				21 (87)			
Starost	≤35	3 (60)	38,989	9	<0,001	145 (86)	3,592	6	0,732
	36-50	82 (89)				159 (85)			
	≥51	51 (94)				65 (89)			
Bračno stanje	Sa partnerom	106 (90)	2,757	3	0,431	227 (85)	1,610	3	0,657
	Bez partnera	30 (91)				147 (89)			

Tabela 22. Uticaj socio-demografskih karakteristika zdravstvenih radnika na njihove stavove u vezi sa hitnom kontracepcijom (chi-kvadrat test) (nastavak)

KARAKTERISTIKA		Ginekolozi				Farmaceuti			
		n (%)	X ²	df	p	n (%)	X ²	df	p
Verovanje u nižu stopu neželjene trudnoće									
Deca	Sa decom	110 (90)	1,449	3	0,694	216 (84)	2,528	3	0,470
	Bez dece	19 (86)				159 (89)			
Geografski region	Vojvodina	28 (90)	13,413	9	0,145	70 (89)	33,397	9	<0,001
	Beograd	56 (84)				176 (88)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	21 (95)				79 (88)			
	Južna i Istočna Srbija	32 (100)				49 (75)			
Verovanje da će se manje koristiti druge kontraceptivne metode									
Pol	Ženski	61 (68)	2,478	3	0,479	237 (56)	7,613	3	0,055
	Muški	38 (78)				13 (52)			

Tabela 22. Uticaj socio-demografskih karakteristika zdravstvenih radnika na njihove stavove u vezi sa hitnom kontracepcijom (chi-kvadrat test) (nastavak)

KARAKTERISTIKA		Ginekolozi				Farmaceuti			
		n (%)	X ²	df	p	n (%)	X ²	df	p
Verovanje da će se manje koristiti druge kontraceptivne metode									
Starost	≤35	3 (60)	10,234	9	0,332	95 (54)	5,277	6	0,509
	36-50	66 (73)				109 (59)			
	≥51	36 (71)				40 (53)			
Bračno stanje	Sa partnerom	83 (73)	2,051	3	0,562	158 (58)	3,795	3	0,284
	Bez partnera	21 (66)				91 (54)			
Deca	Sa decom	84 (72)	1,621	3	0,655	152 (58)	2,022	3	0,568
	Bez dece	13 (62)				87 (54)			
Geografski region	Vojvodina	23 (77)	10,708	9	0,296	41 (52)	16,961	9	0,049
	Beograd	44 (68)				115 (56)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	15 (88)				52 (56)			
	Južna i Istočna Srbija	22 (71)				41 (63)			

Tabela 22. Uticaj socio-demografskih karakteristika zdravstvenih radnika na njihove stavove u vezi sa hitnom kontracepcijom (chi-kvadrat test) (nastavak)

KARAKTERISTIKA		Ginekolozi				Farmaceuti			
		n (%)	X ²	df	p	n (%)	X ²	df	p
Verovanje u stupanje u seksualne aktivnosti u ranijim godinama									
Pol	Ženski	39 (44)	2,388	3	0,496	144 (34)	4,152	3	0,245
	Muški	21 (45)				12 (48)			
Starost	≤35	3 (60)	10,768	9	0,292	59 (34)	3,715	6	0,715
	36-50	31 (36)				62 (33)			
	≥51	27 (53)				31 (41)			
Bračno stanje	Sa partnerom	52 (46)	10,176	3	0,017	104 (38)	1,757	3	0,624
	Bez partnera	9 (30)				51 (31)			
Deca	Sa decom	52 (45)	9,077	3	0,028	99 (38)	2,137	3	0,544
	Bez dece	5 (24)				56 (31)			

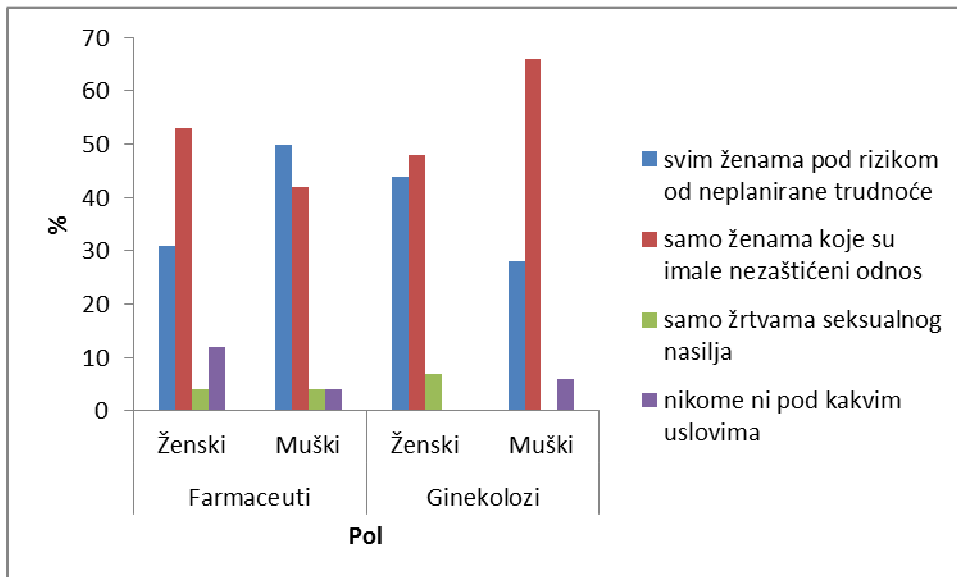
Tabela 22. Uticaj socio-demografskih karakteristika zdravstvenih radnika na njihove stavove u vezi sa hitnom kontracepcijom (chi-kvadrat test) (nastavak)

KARAKTERISTIKA		Ginekolozi				Farmaceuti			
		n (%)	X ²	df	p	n (%)	X ²	df	p
Verovanje u stupanje u seksualne aktivnosti u ranijim godinama									
Geografski region	Vojvodina	10 (33)	2,903	9	0,968	31 (39)	17,485	9	0,042
	Beograd	29 (45)				59 (29)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	8 (47)				39 (42)			
	Južna i Istočna Srbija	12 (41)				27 (42)			
Verovanje da će žene imati u proseku više seksualnih partnera									
Pol	Ženski	33 (37)	4,729	3	0,193	96 (23)	11,337	3	0,010
	Muški	19 (40)				14 (56)			
Starost	≤35	3 (60)	13,333	9	0,148	38 (22)	6,779	6	0,342
	36-50	31 (36)				45 (24)			
	≥51	31 (61)				22 (29)			

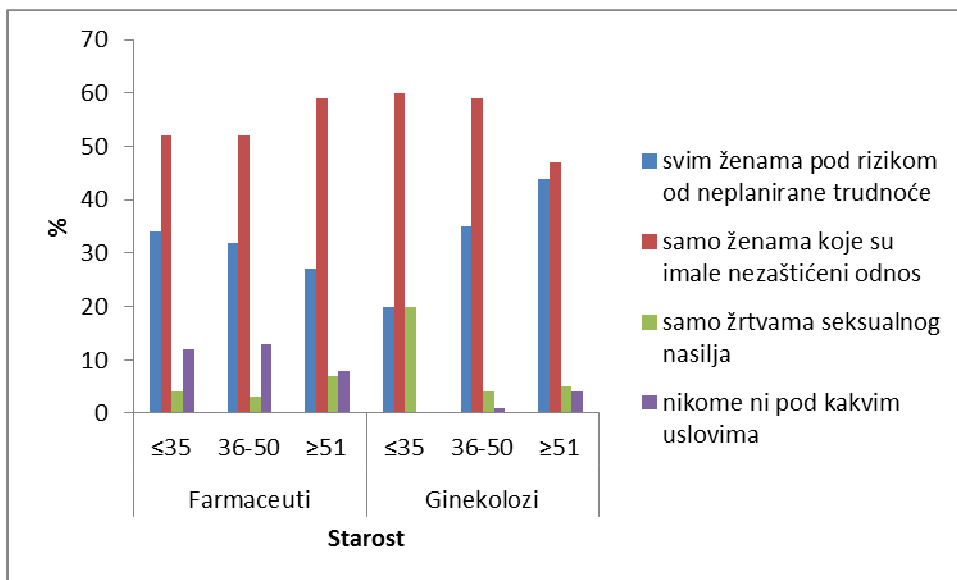
Tabela 22. Uticaj socio-demografskih karakteristika zdravstvenih radnika na njihove stavove u vezi sa hitnom kontracepcijom (chi-kvadrat test) (nastavak)

KARAKTERISTIKA		Ginekolozi				Farmaceuti			
		n (%)	X ²	df	p	n (%)	X ²	df	p
Verovanje da će žene imati u proseku više seksualnih partnera									
Bračno stanje	Sa partnerom	45 (40)	11,145	3	0,011	63 (27)	3,201	3	0,362
	Bez partnera	9 (30)				45 (23)			
Deca	Sa decom	44 (38)	5,702	3	0,127	64 (24)	4,909	3	0,179
	Bez dece	6 (29)				45 (25)			
Geogra-fski region	Vojvodina	8 (27)	4,561	9	0,871	19 (24)	18,223	9	0,033
	Beograd	24 (37)				39 (19)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	6 (35)				26 (28)			
	Južna i Istočna Srbija	12 (41)				25 (38)			

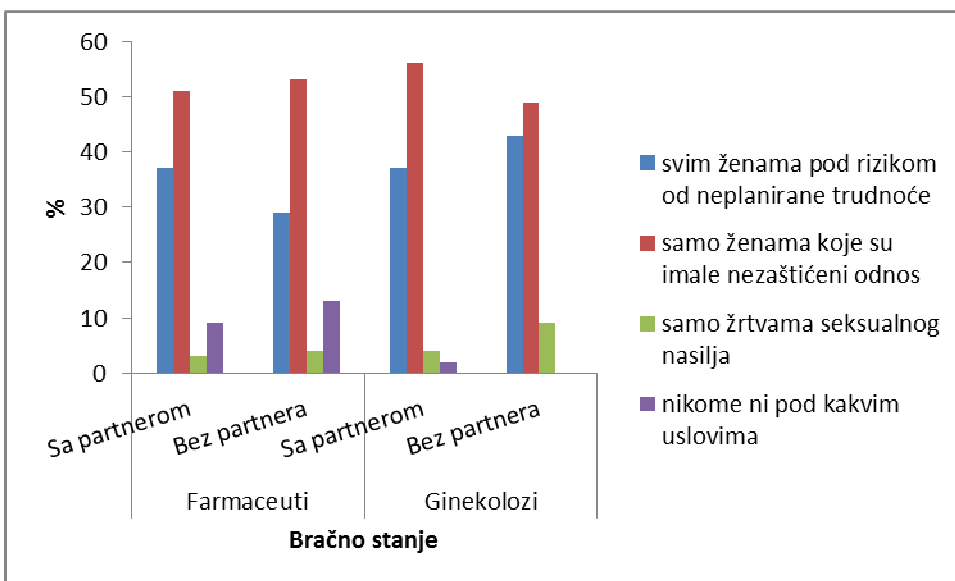
Praksa zdravstvenih radnika u vezi sa hitnom kontracepcijom u odnosu na njihove socio-demografske karakteristike i stavove data je na slikama 16-24.



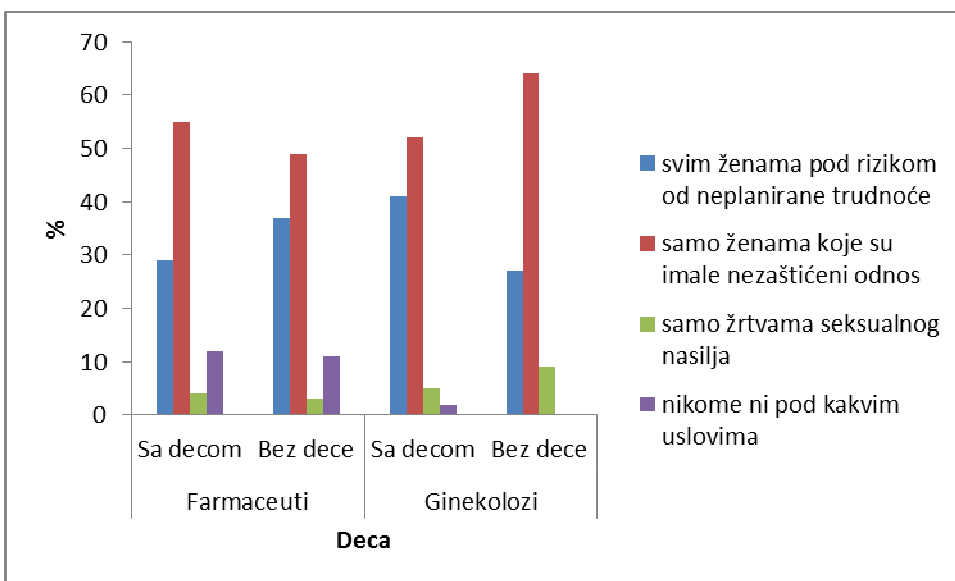
Slika 16. Praksa zdravstvenih radnika u vezi sa hitnom kontracepcijom u odnosu na pol



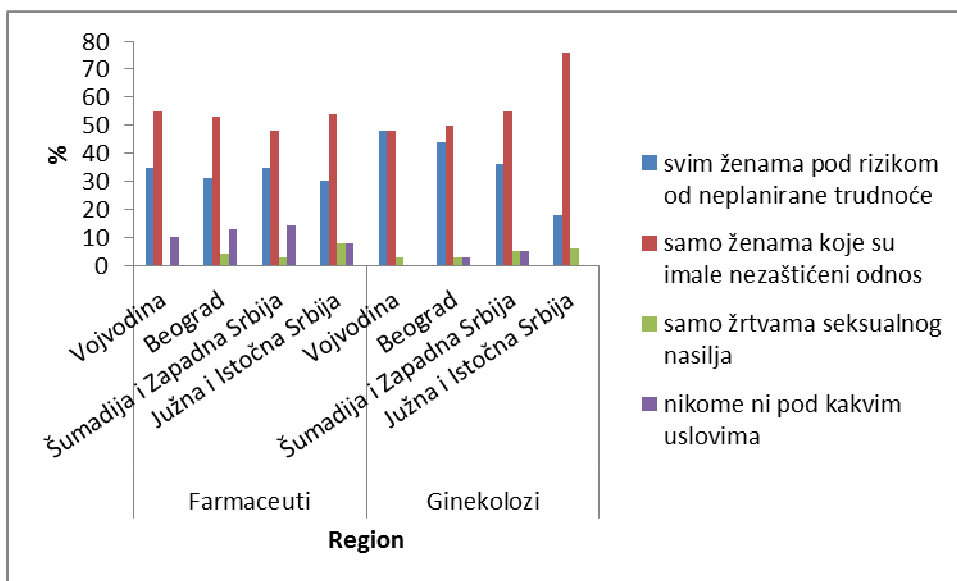
Slika 17. Praksa zdravstvenih radnika u vezi sa hitnom kontracepcijom u odnosu na starost



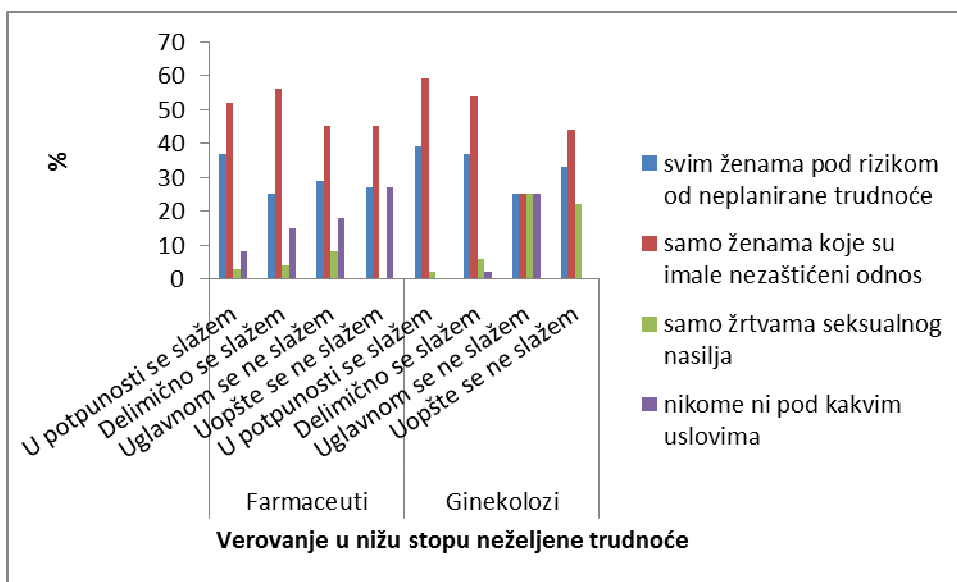
Slika 18. Praksa zdravstvenih radnika u vezi sa hitnom kontracepcijom u odnosu na bračno stanje



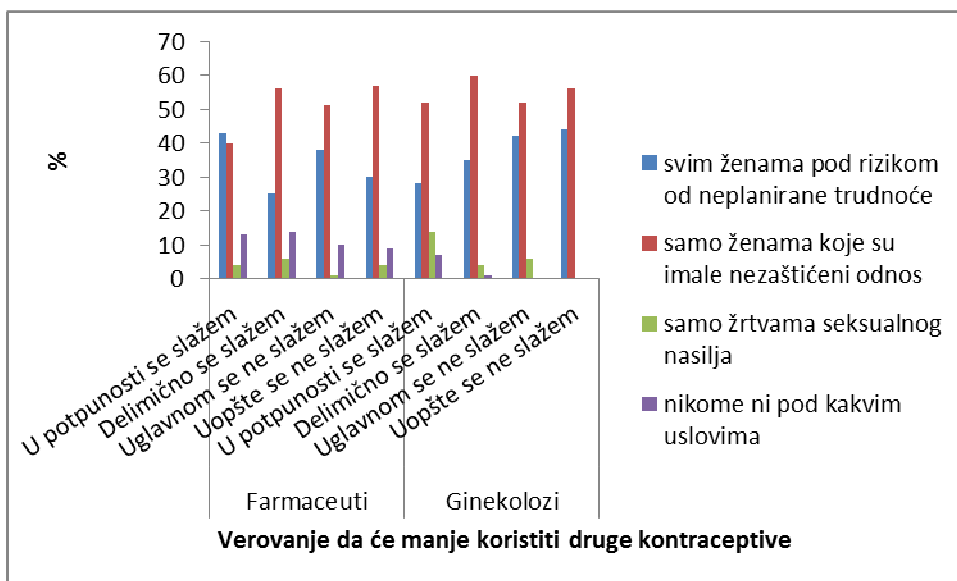
Slika 19. Praksa zdravstvenih radnika u vezi sa hitnom kontracepcijom u odnosu na decu



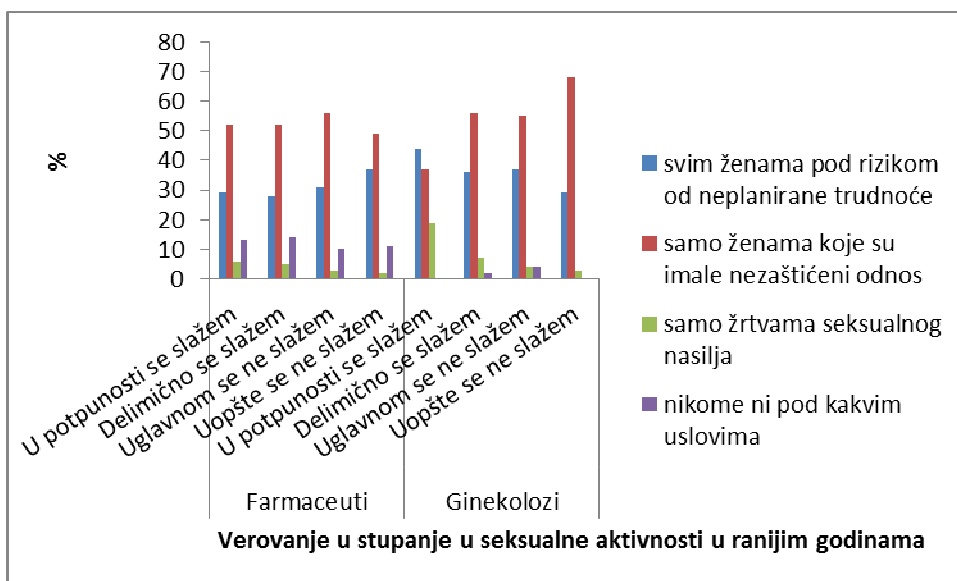
Slika 20. Praksa zdravstvenih radnika u vezi sa hitnom kontracepcijom u odnosu na region



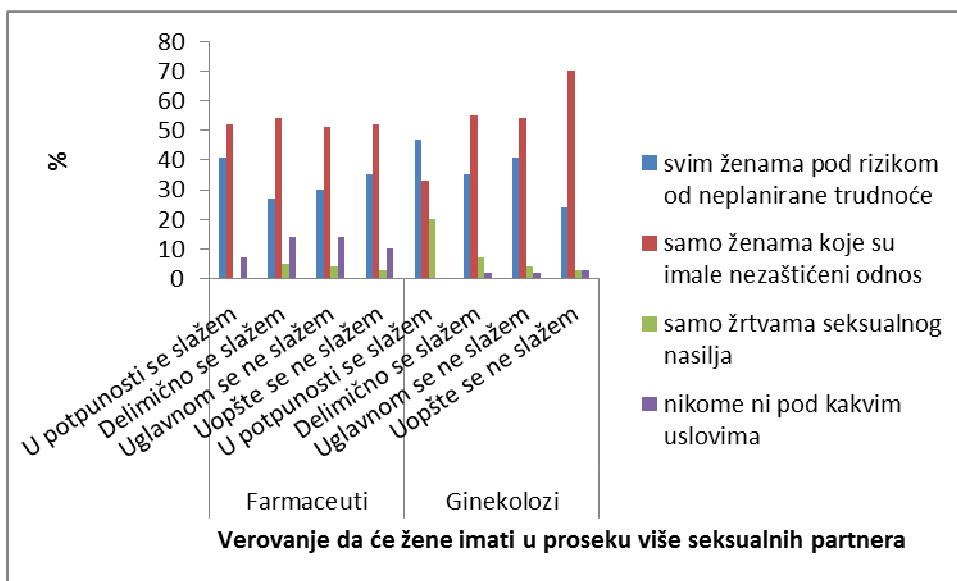
Slika 21. Praksa zdravstvenih radnika u vezi sa hitnom kontracepcijom u odnosu na verovanje u nižu stopu neželjene trudnoće



Slika 22. Praksa zdravstvenih radnika u vezi sa hitnom kontracepcijom u odnosu na verovanje da će se manje koristiti druge kontraceptivne metode



Slika 23. Praksa zdravstvenih radnika u vezi sa hitnom kontracepcijom u odnosu na verovanje u stupanje u seksualne aktivnosti u ranijim godinama



Slika 24. Praksa zdravstvenih radnika u vezi sa hitnom kontracepcijom u odnosu na verovanje da će žene imati u proseku više seksualnih partnera

Analizirano chi-kvadrat testom, nije bilo razlike u farmaceutskoj praksi u odnosu na pol, starost, bračno stanje, decu, region i verovanja (tabela 23). Za razliku od farmaceuta, kod ginekologa se javila razlika u odnosu na pol, starost i verovanje u nižu stopu neželjene trudnoće (tabela 23).

Tabela 23. Uticaj socio-demografskih karakteristika i stavova zdravstvenih radnika na njihovu praksu u vezi sa hitnom kontracepcijom (chi-kvadrat test)

KARAKTERISTIKA	Ginekolozi			Farmaceuti		
	X ²	df	p	X ²	df	p
Pol	13,531	3	0,004	6,084	3	0,108
Starost	55,840	9	<0,001	5,311	6	0,505
Bračno stanje	2,427	3	0,489	3,138	3	0,371
Deca	2,212	3	0,530	3,945	3	0,267
Geografski region	10,970	9	0,277	9,170	9	0,422
Verovanje u nižu stopu neželjene trudnoće	38,255	9	<0,001	16,755	9	0,053
Verovanje da će se manje koristiti druge kontraceptivne metode	10,341	9	0,324	14,936	9	0,093
Verovanje u stupanje u seksualne aktivnosti u ranijim godinama	9,333	9	0,407	4,236	9	0,895
Verovanje da će žene imati u proseku više seksualnih partnera	11,714	9	0,230	7,576	9	0,577

Univarijantna regresiona analiza pokazala je da se stavovi ginekologa u vezi sa hitnom kontracepcijom ne razlikuju u odnosu na socio-demografske karakteristike (tabela 24).

Tabela 24. Uticaj socio-demografskih karakteristika ginekologa na njihove stavove u vezi sa hitnom kontracepcijom (univarijantna regresiona analiza)

KARAKTERISTIKA	OR	95%CI	p-vrednost
Verovanje u nižu stopu neželjene trudnoće			
Starost	0,849	0,684-1,055	0,140
Verovanje u stupanje u seksualne aktivnosti u ranijim godinama			
Bračno stanje	2,022	0,852-4,801	0,110
Deca	2,437	0,831-7,151	0,105
Verovanje da će žene imati u proseku više seksualnih partnera			
Bračno stanje	1,567	0,658-3,731	0,310

Univarijantnom regresionom analizom pokazalo se da ginekolozi muškog pola imaju veće šanse da propišu hitnu kontracepciju samo pacijentkinjama koje kažu da su imale nezeštićeni odnos. Ova zavisnost nije potvrđena u multiploj regresiji (tabela 25). Ginekolozi koji veruju da će sa hitnom kontracepcijom biti manje neželjenih trudnoća imaju veće šase da je propišu samo žrtvama seksualnog nasilja ili je neće propisati nikome ni pod kakvim uslovima. Ova zavisnost potvrđena je i multiplom regresionom analizom sa korekcijom za pol, starost, decu, bračno stanje i region (tabela 25).

Tabela 25. Uticaj socio-demografskih karakteristika i stavova ginekologa na njihovu praksu u vezi sa hitnom kontracepcijom (univarijantna i multipla regresiona analiza)

KARAKTERISTIKA	OR	95%CI	p-vrednost	aOR*	95%CI	p-vrednost
Hitnu kontracepciju predlažu svim ženama pod rizikom od neplanirane trudnoće						
Pol	0,496	0,241-1,018	0,056			
Starost	0,965	0,781-1,194	0,745			
Verovanje u nižu stopu neželjene trudnoće	0,887	0,595-1,321	0,555			
Hitnu kontracepciju predlažu samo ženama koje su imale nezaštićeni odnos						
Pol	2,069	1,033-4,141	0,040	1,650	0,754-3,613	0,210
Starost	0,675	0,371-1,230	0,199			
Verovanje u nižu stopu neželjene trudnoće	0,738	0,502-1,085	0,122			
Hitnu kontracepciju predlažu samo žrtvama seksualnog nasilja/ nikome ni pod kakvim uslovima						
Pol	0,771	0,191-3,116	0,716			

Tabela 25. Uticaj socio-demografskih karakteristika i stavova ginekologa na njihovu praksu u vezi sa hitnom kontracepcijom (univarijantna i multipla regresiona analiza) (nastavak)

KARAKTERISTIKA	OR	95%CI	p-vrednost	aOR*	95%CI	p-vrednost
Hitnu kontracepciju predlažu samo žrtvama seksualnog nasilja/nikome ni pod kakvim uslovima						
Starost	1,322	0,855-2,143	0,209			
Verovanje u nižu stopu neželjene trudnoće	2,776	1,573-4,897	<0,001	2,825	1,328-6,012	0,007

*Korigovano za starost – predstavljena kao kontinuirana varijabla, pol (0 žene, 1 muškarci), bračno stanje (0 bez partnera, 1 sa partnerom), deca (0 bez dece, 1 sa decom), region (1 Vojvodina/0 ostali, 1 Beograd/0 ostali, 1 Šumadija i Zapadna Srbija/0 ostali, 1 Južna i Istočna Srbija/0 ostali).

Regresiona analiza pokazala je da farmaceuti iz Južne i Istočne Srbije imaju manju šansu da veruju da će sa hitnom kontracepcijom biti niža stopa neželjene trudnoće (aOR=0,377, p=0,004), ali veće šanse da veruju da će žene kojima su dostupni ovi preparati imati više seksualnih partnera (aOR=1,890, p=0,035). Farmaceuti iz Beograda imaju manju šansu da veruju da će žene uz hitnu kontracepciju stupiti u seksualne odnose u ranijim godinama (aOR=0,579, p=0,008), kao i da će imati više seksualnih partnera (aOR=0,610, p=0,035). Muškarci farmaceuti imaju veću šansu da veruju da će uz hitnu kontracepciju žene imati više seksualnih partnera (aOR=3,746, p=0,002) (tabela 26).

Tabela 26. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihove stavove u vezi sa hitnom kontracepcijom (univarijantna i multipla regresiona analiza)

KARAKTERISTIKA	OR	95%CI	p	aOR*	95%CI	p
Verovanje u nižu stopu neželjene trudnoće						
Vojvodina	1,421	0,644-3,135	0,384			
Beograd	1,404	0,792-2,491	0,246			
Šumadija i Zapadna Srbija	1,224	0,591-2,533	0,587			
Južna i Istočna Srbija	0,348	0,181-0,672	0,002	0,377	0,193-0,737	0,004
Verovanje da će se manje koristiti druge kontraceptivne metode						
Vojvodina	0,768	0,473-1,249	0,287			
Beograd	0,979	0,671-1,428	0,911			
Šumadija i Zapadna Srbija	0,942	0,593-1,497	0,801			
Južna i Istočna Srbija	1,596	0,908-2,804	0,104			
Verovanje u stupanje u seksualne aktivnosti u ranijim godinama						
Vojvodina	1,199	0,727-1,976	0,477			
Beograd	0,597	0,401-0,889	0,011	0,579	0,387-0,865	0,008
Šumadija i Zapadna Srbija	1,383	0,864-2,215	0,177			
Južna i Istočna Srbija	1,434	0,827-2,486	0,199			

Tabela 26. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihove stavove u vezi sa hitnom kontracepcijom (univarijantna i multipla regresiona analiza) (nastavak)

KARAKTERISTIKA	OR	95%CI	p	aOR*	95%CI	p
Verovanje da će žene imati u proseku više seksualnih partnera						
Pol	3,786	1,670-8,582	0,001	3,746	1,654-8,483	0,002
Vojvodina	0,989	0,560-1,747	0,969			
Beograd	0,567	0,361-0,891	0,014	0,610	0,385-0,967	0,035
Šumadija i Zapadna Srbija	1,245	0,738-2,101	0,411			
Južna i Istočna Srbija	2,122	1,199-3,753	0,010	1,890	1,045-3,421	0,035

*Korigovano za starost – predstavljena kao kontinuirana varijabla, pol (0 žene, 1 muškarci), bračno stanje (0 bez partnera, 1 sa partnerom), deca (0 bez dece, 1 sa decom), region (1 Vojvodina/0 ostali, 1 Beograd/0 ostali, 1 Šumadija i Zapadna Srbija/0 ostali, 1 Južna i Istočna Srbija/0 ostali).

4.4. Znanje, stavovi i praksa farmaceuta u vezi sa hitnom hormonskom kontracepcijom

4.4.1. Znanje farmaceuta u vezi sa hitnom hormonskom kontracepcijom

Samo 25 farmaceuta (5%) je pokazalo odlično znanje, 183 (40%) je imalo prosečno, a polovina ispitanika (n=254, 55%) je imala nedovoljno znanje o hitnoj kontracepciji. Ispitanici su odgovorili tačno u proseku na 6 ± 2 pitanja. Pitanja su data u tabeli 27. Najveći broj farmaceuta informacije dobija samo iz jednog izvora (95%); 50% njih iz stručne

literature, 29% tokom kontinuirane edukacije, 26% od predstavnika farmaceutske kompanije. Skoro polovina ispitanika nikada nije imala edukaciju o hitnoj kontracepciji ili se ne seća da je imala (27% i 15%, respektivno), ali 92% ispitanika iz grupe koja je pokazala visok nivo znanja imala je takvu edukaciju.

Tabela 27. Odgovori farmaceuta na pitanja za procenu znanja o hitnoj kontracepciji

	Odgovori farmaceuta, n (%)			
	Tačno	Pogrešno	Ne znam	Nedostaje
A. Upotrebom hitne hormonske kontracepcije sprečava se 84% očekivanih trudnoća	330 (73)	54 (12)	59 (13)	9 (2)
B. U Republici Srbiji registrovane su samo tablete hitne kontracepcije sa hormonom progestagenom	327 (72)	88 (20)	27 (6)	10 (2)
C. Maksimalni vremenski period u kome žena može uzeti hitnu hormonsku kontracepciju nakon seksualnog odnosa i očekivati efikasnost može biti i do 5 dana ili 120 sati	152 (34)	287 (64)	6 (1)	7 (1)
D. Sem preosetljivosti na neku od komponenata leka trudnoća je jedina kontraindikacija za primenu hitne kontracepcije	176 (39)	251 (56)	18 (4)	7 (1)
E. Hitna hormonska kontracepcija deluje tako što ometa/odlaže ovulaciju	189 (42)	234 (52)	16 (3)	13 (3)
F. Tromb, migrena i oboljenja jetre su apsolutne kontraindikacije za upotrebu progestagenske hitne kontracepcije	284 (63)	116 (26)	38 (8)	14 (3)

Tabela 27. Odgovori farmaceuta na pitanja za procenu znanja o hitnoj kontracepciji (nastavak)

	Odgovori farmaceuta, n (%)			
	Tačno	Pogrešno	Ne znam	Nedostaje
G. Ukoliko naredni ciklus zakasni 10 ili više dana korisnica bi trebalo da uradi test na trudnoću i/ili da se obrati ginekologu	424 (94)	19 (4)	3 (1)	6 (1)
H. Primenom hitne hormonske kontracepcije prekida se nastala trudnoća	104 (23)	319 (71)	20 (4)	9 (2)
I. Ukoliko trudnica uzme progestagensku hitnu kontracepciju ona neće dovesti do kongenitalnih poremećaja	187 (41)	129 (29)	126 (28)	10 (2)
J. Za izdavanje hitne kontracepcije osobi mlađoj od 18 godina potrebna je saglasnost roditelja ili staratelja	174 (39)	177 (39)	92 (20)	9 (2)
K. Tablete hitne hormonske kontracepcije deluju kao spermicidi	55 (12)	354 (78)	29 (6)	14 (3)
L. Progestagenska hitna kontracepcija može da se primeni više puta u jednom menstrualnom ciklusu	123 (27)	297 (66)	20 (4)	12 (3)
M. Korisnice koje doje treba da prekinu dojenje na neko vreme nakon uzimanja hitne kontracepcije	229 (51)	129 (28)	82 (18)	12 (3)

4.4.2. Stavovi farmaceuta u vezi sa hitnom hormonskom kontracepcijom

Većina (90%) se složila da lični stavovi i moralna uverenja ne treba da utiču na izdavanje hitne kontracepcije. Veliki broj (72%) je smatrao da mlađi od 16 godina nisu u stanju da preuzmu odgovornost za upotrebu ovih preparata i 76% je navelo da ne bi izdali hitnu kontracepciju ovoj grupi korisnica. Više od polovine (60%) je navelo da bi tablete hitne kontracepcije trebalo da su dostupne samo na recept, a 72% veruje da ova metoda kontrole rađanja nije pristupačna iz finansijskih razloga (tabela 28).

Tabela 28. Odgovori farmaceuta na pitanja za procenu stavova o hitnoj hormonskoj kontracepciji i reproduktivnom zdravlju, n (%)

	U potpunosti se slažem	Delimično se slažem	Uglavnom se ne slažem	U potpunosti se ne slažem	Nedostaje
A. Hitna kontracepcija je moralno ispravna	236 (52)	163 (36)	37 (8)	7 (2)	9 (2)
B. Žene kojima je dostupna hitna kontracepcija imaju nižu stopu neželjene trudnoće	236 (52)	144 (32)	46 (10)	11 (3)	15 (3)
C. Hitna kontracepcija je prihvatljiva kao redovna metoda kontracepcije	14 (3)	25 (5)	76 (17)	329 (73)	8 (2)
D. Sa etičkog stanovišta hitna kontracepcija je isto što i abortus	44 (10)	76 (17)	137 (30)	186 (41)	9 (2)

Tabela 28. Odgovori farmaceuta na pitanja za procenu stavova o hitnoj hormonskoj kontracepciji i reproduktivnom zdravlju, n (%) (nastavak)

	U potpunosti se slažem	Delimično se slažem	Uglavnom se ne slažem	U potpunosti se ne slažem	Nedostaje
E. Žene kojima je dostupna hitna kontracepcija stupiće u seksualne odnose u ranijim godinama	31 (7)	125 (28)	158 (35)	130 (29)	8 (1)
F. Devojke mlađe od 16 godina nisu sposobne da preuzmu odgovornost za upotrebu hitne kontracepcije	176 (39)	139 (31)	79 (17)	49 (11)	9 (2)
G. Hitna kontracepcija ima negativne posledice po zdravlje korisnice kada se njena upotreba ponavlja	225 (50)	152 (34)	57 (12)	9 (2)	9 (2)
H. Žene kojima je dostupna hitna kontracepcija manje će koristiti druge metode kontracepcije	50 (11)	201 (45)	147 (32)	47 (11)	7 (1)
I. Sve seksualno aktivne osobe treba da su informisane o hitnoj kontracepciji	391 (87)	41 (9)	8 (2)	5 (1)	7 (1)
J. Prilikom izdavanja hitne kontracepcije farmaceut treba da da savet korisnici o redovnoj kontracepciji	377 (83)	55 (12)	9 (2)	4 (1)	7 (2)

Tabela 28. Odgovori farmaceuta na pitanja za procenu stavova o hitnoj hormonskoj kontracepciji i reproduktivnom zdravlju, n (%) (nastavak)

	U potpunosti se slažem	Delimično se slažem	Uglavnom se ne slažem	U potpunosti se ne slažem	Nedostaje
K. Informacije o hitnoj kontracepciji ne treba da budu obuhvaćene programom seksualnog obrazovanja u školama	68 (15)	64 (14)	91 (20)	223 (50)	6 (1)
L. Hitna kontracepcija je korisna jer povećava kontrolu korisnica nad svojom reprodukcijom	122 (27)	152 (34)	107 (24)	64 (14)	7 (1)
M. Zadatak farmaceuta nije da savetuje korisnice o polno prenosivim infekcijama prilikom izdavanja hitne kontracepcije	46 (10)	87 (19)	132 (29)	175 (39)	12 (3)
N. Hitnu kontracepciju treba izdavati samo seksualno aktivnim korisnicama starijim od 16 godina	170 (38)	163 (36)	71 (16)	41 (9)	7 (1)
O. Uz hitnu kontracepciju ženama će biti teže da odbiju nezaštićeni seksualni odnos	37 (8)	101 (22)	119 (26)	186 (42)	9 (2)

Tabela 28. Odgovori farmaceuta na pitanja za procenu stavova o hitnoj hormonskoj kontracepciji i reproduktivnom zdravlju, n (%) (nastavak)

	U potpunost i se slažem	Delimično se slažem	Uglavnom se ne slažem	U potpunosti se ne slažem	Nedostaje
P. Hitnu kontracepciju treba izdavati samo direktno krajnjoj korisnici, tj. ženi koja će je i koristiti	153 (34)	157 (35)	74 (16)	60 (13)	8 (2)
Q. Sve tablete za hitnu kontracepciju trebalo bi da imaju režim izdavanja „na recept“	135 (30)	126 (28)	97 (21)	83 (19)	11 (2)
R. Dostupnost hitne kontracepcije dovešće do većeg broja rizičnih seksualnih odnosa	80 (18)	162 (36)	127 (28)	75 (16)	8 (2)
S. Farmaceuti treba da izdaju hitnu kontracepciju na zahtev korisnice uvek kada postoji potreba, a nema kontraindikacija	213 (47)	160 (35)	47 (10)	21 (5)	11 (3)
T. Farmaceuti ne treba da izdaju hitnu kontracepciju korisnicama koje su imale nezaštićeni seksualni odnos pre više od 72 sata	149 (55)	96 (21)	46 (10)	51 (12)	10 (2)

Tabela 28. Odgovori farmaceuta na pitanja za procenu stavova o hitnoj hormonskoj kontracepciji i reproduktivnom zdravlju, n (%) (nastavak)

	U potpunosti se slažem	Delimično se slažem	Uglavnom se ne slažem	U potpunosti se ne slažem	Nedostaje
U. Cena tableta za hitnu kontracepciju u R. Srbiji (900-1000 din.) je previsoka za neke korisnice	182 (40)	136 (30)	57 (13)	69 (15)	8 (2)
V. Muškarci će manje koristiti kondome kada budu znali za hitnu kontracepciju	70 (15)	138 (31)	127 (28)	105 (23)	12 (3)
W. Nije profesionalno da lični stavovi i moralna uverenja farmaceuta utiču na izdavanje hitne kontracepcije	305 (68)	97 (21)	26 (6)	18 (4)	6 (1)
X. Žene kojima je dostupna hitna kontracepcija imaće u proseku više seksualnih partnera	25 (5)	82 (18)	155 (35)	182 (40)	8 (2)
Y. Prihvatljivo je da seksualno aktivne osobe imaju kod sebe tablete hitne kontracepcije unapred, u slučaju da im zatreba	49 (11)	75 (16)	118 (26)	198 (44)	12 (3)

4.4.3. Farmaceutska praksa savetovanja i izdavanja hitne kontracepcije

Većina ispitanika (73%) izdaje 1-5 kutija hitne kontracepcije mesečno (tabela 29), a u 55% se radilo o farmaceutima koji su pokazali nedovoljan nivo znanja ($p=0,013$).

Tabela 29. Podaci o izdavanju hitne kontracepcije

	n (%)
Broj kutija hitne kontracepcije koji farmaceuti izdaju na mesečnom nivou (n=449)	
Nijedna	41 (9)
1-5	329 (73)
6-10	59 (13)
11-20	16 (4)
21-50	2 (0,5)
>50	2 (0,5)
Izdavanje HK muškarcima (n=448)	
Nikada	116 (26)
Retko	135 (30)
Ponekad	154 (34)
Često	43 (10)

Ukupno 40% ispitanika (n=176) je izjavilo da u apoteci ima izdvojen prostor ili deo prostorije za savetovanje. Takođe, 60% (n=267) je izjavilo da uvek ima dovoljno vremena u toku svakodnevnog obavljanja farmaceutske prakse da uz izdavanje hitne kontracepcije da i savet korisnicama, dok je 3% (n=15) izjavilo da nema, a 37% (n=163) nema uvek. U toku jedne nedelje u proseku farmaceutima za savet o kontracepciji se obrate dve (raspon 0-20) žene starije od 18 godina i jedna (0-19) tinejdžerka. Koliko često i u vezi kojih tema farmaceuti daju savete pacijentkinjama dato je u tabeli 30.

Tabela 30. Savetovanje prilikom izdavanja hitne kontracepcije

Savetovanje u vezi...	Nikada/Retko n (%)	Ponekad n (%)	Često/Uvek n (%)
neželjenih dejstava kontracepcije	28 (7)	46 (10)	372 (83)
testa za utvrđivanje trudnoće	96 (22)	78 (18)	263 (60)
mehanizma dejstva kontracepcije	179 (41)	116 (26)	142 (32)
ponovljenog uzimanja hitne kontracepcije u slučaju potrebe	62 (14)	64 (14)	316 (71)
efikasnosti kontracepcije	37 (8)	85 (19)	320 (72)
vremenskog roka za uzimanje tablete za hitnu kontracepciju	12 (3)	16 (4)	415 (94)
metoda redovne kontracepcije	65 (15)	101 (37)	275 (62)

4.5. Analiza uticaja socio-demografskih karakteristika na znanje, stavove i praksu farmaceuta u odnosu na Kliničke smernice za urgentnu hormonsku kontracepciju

Kada je indikovana hitna hormonska kontracepcija?

Polovina ispitanih farmaceuta (52%) predlaže hitnu kontracepciju samo ženama koje kažu da su imale nezaštićeni odnos, a trećina (32%) svim ženama za koje veruju da su pod rizikom od neplanirane trudnoće (tabela 21). Analiza chi-kvadrat testom pokazala je da nema razlike u izdavanju hitne kontracepcije u odnosu na socio-demografske karakteristike (tabela 23).

Koje vrste hitne kontracepcije postoje?

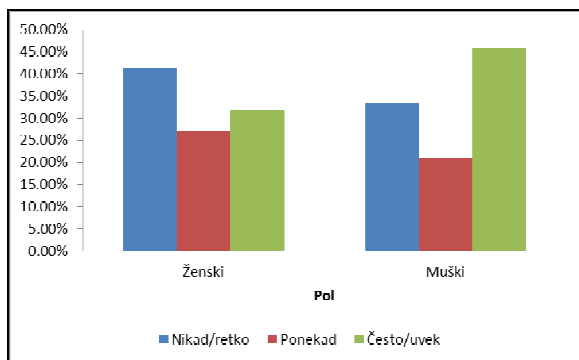
Samo 20% ispitivanih farmaceuta je znalo da tablete sa progestagenom nisu jedini registrovani preparat za hitnu hormonsku kontracepciju (tabela 27). Znanje farmaceuta nije se razlikovalo u odnosu na socio-demografske karakteristike (tabela 31).

Tabela 31. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje u vezi sa registrovanim preparatima hitne kontracepcije (chi-kvadrat test)

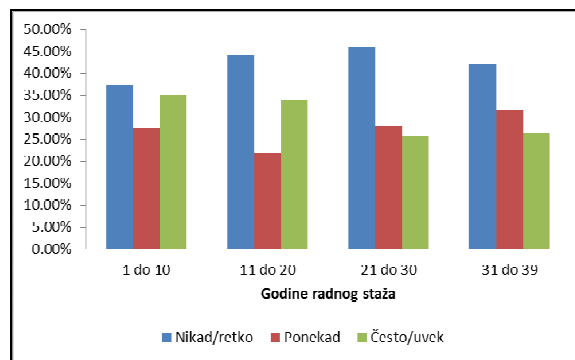
KARAKTERISTIKA		n (%) koji je dao tačan odgovor	X²	df	p-vrednost
Pol	Ženski	81 (19)	4,031	2	0,133
	Muški	8 (31)			
Radni staž	1-10	42 (19)	6,634	6	0,356
	11-20	27 (24)			
	21-30	18 (19)			
	31-39	2 (10)			
Bračno stanje	Sa partnerom	53 (19)	5,457	2	0,065
	Bez partnera	35 (21)			
Deca	Sa decom	47 (23)	3,702	2	0,157
	Bez dece	41 (18)			
Region	Vojvodina	19 (24)	6,433	6	0,376
	Beograd	45 (22)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	14 (15)			
	Južna i Istočna Srbija	9 (14)			

Mehanizam antikoncepcijskog delovanja hitne hormonske kontracepcije

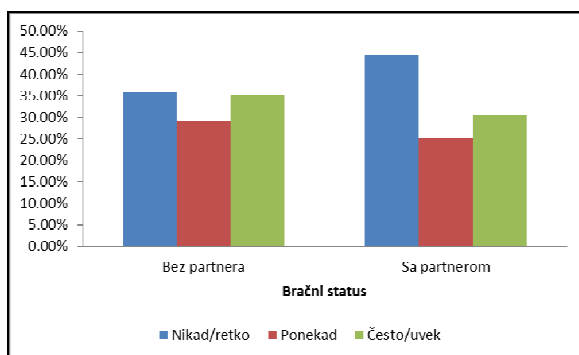
Trećina ispitivanih farmaceuta je izjavila da uvek ili često daje pacijentkinjama savete u vezi mehanizma dejstva hitne kontracepcije (tabela 30). Praksa njihovog savetovanja u odnosu na socio-demografske karakteristike data je na slikama 25-29.



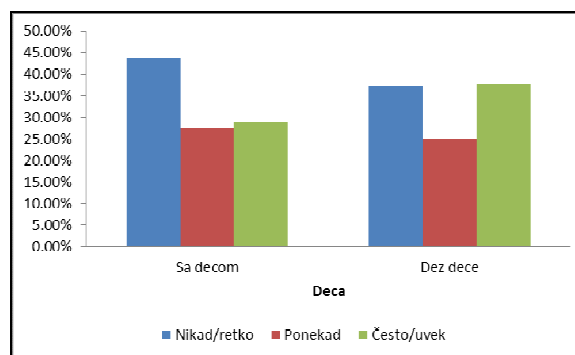
Slika 25. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa mehanizmom dejstva kontracepcije u odnosu na pol



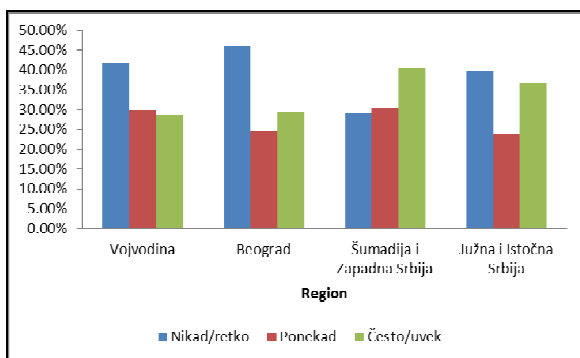
Slika 26. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa mehanizmom dejstva kontracepcije u odnosu na radni staž



Slika 27. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa mehanizmom dejstva kontracepcije u odnosu na bračni status



Slika 28. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa mehanizmom dejstva kontracepcije u odnosu na decu



Slika 29. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa mehanizmom dejstva kontracepcije u odnosu na region

Chi-kvadrat test je pokazao da nema razlike u savetovanju pacijenata u vezi sa mehanizmom dejstva hitne kontracepcije u odnosu na socio-demografske karakteristike (tabela 32).

Tabela 32. Uticaj socio-demografskih karakteristika na farmaceutsku praksu savetovanja u vezi sa mehanizmom dejstva hitne kontracepcije (chi-kvadrat test)

KARAKTERISTIKA	X ²	df	p-vrednost
Pol	3,038	4	0,551
Radni staž	14,934	12	0,245
Bračno stanje	3,066	4	0,547
Deca	2,657	4	0,617
Region	14,603	12	0,264

Što se tiče znanja u vezi sa mehanizmom dejstva hitne kontracepcije, najveći broj ispitanih farmaceuta (78%) je znao da one ne deluju kao spermicidi. Međutim, nešto više od polovine (55%) njih nije znalo da je ometanje/odlaganje ovulacije pravi mehanizam

dejstva, a skoro četvrtina (23%) smatra ove proizvode abortificensima (prekidaju trudnoću) (tabela 27). Znanje u vezi sa mehanizmom dejstva hitne kontracepcije nije se razlikovalo u odnosu na socio-demografske karakteristike (tabela 33).

Tabela 33. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje u vezi sa mehanizmom dejstva hitne kontracepcije (chi-kvadrat test)

KARAKTERISTIKA		n (%) koji je dao tačan odgovor	X²	df	p-vrednost
Hitna hormonska kontracepcija deluje tako što ometa/odlaže ovulaciju					
Pol	Ženski	183 (44)	3,344	2	0,188
	Muški	9 (36)			
Radni staž	1-10	98 (45)	0,493	6	0,998
	11-20	46 (43)			
	21-30	41 (43)			
	31-39	7 (39)			
Bračno stanje	Sa partnerom	71 (43)	2,177	2	0,337
	Bez partnera	118 (44)			
Deca	Sa decom	108 (42)	1,271	2	0,530
	Bez dece	83 (47)			

Tabela 33. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje u vezi sa mehanizmom dejstva hitne kontracepcije (chi-kvadrat test) (nastavak)

KARAKTERISTIKA		n (%) koji je dao tačan odgovor	X²	df	p-vrednost
Hitna hormonska kontracepcija deluje tako što ometa/odlaže ovulaciju					
Region	Vojvodina	32 (40)	7,618	6	0,267
	Beograd	95 (47)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	40 (44)			
	Južna i Istočna Srbija	22 (34)			
Primenom hitne hormonske kontracepcije prekida se nastala trudnoća					
Pol	Ženski	302 (72)	0,775	2	0,679
	Muški	16 (67)			
Radni staž	1-10	167 (76)	7,243	6	0,299
	11-20	73 (66)			
	21-30	67 (71)			
	31-39	11 (61)			
Bračno stanje	Sa partnerom	113 (68)	4,509	2	0,105
	Bez partnera	201 (74)			
Deca	Sa decom	182 (70)	1,302	2	0,522
	Bez dece	134 (74)			

Tabela 33. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje u vezi sa mehanizmom dejstva hitne kontracepcije (chi-kvadrat test) (nastavak)

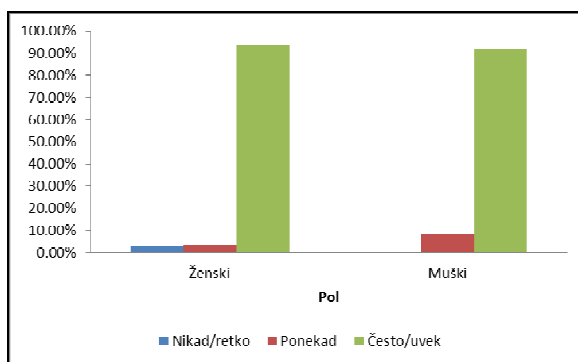
KARAKTERISTIKA		n (%) koji je dao tačan odgovor	X²	df	p-vrednost
Primenom hitne hormonske kontracepcije prekida se nastala trudnoća					
Region	Vojvodina	64 (80)	8,045	6	0,235
	Beograd	143 (70)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	68 (74)			
	Južna i Istočna Srbija	39 (61)			
Tablete hitne hormonske kontracepcije deluju kao spermicidi					
Pol	Ženski	334 (81)	0,315	2	0,854
	Muški	21 (84)			
Radni staž	1-10	177 (82)	5,431	6	0,490
	11-20	90 (83)			
	21-30	75 (79)			
	31-39	13 (72)			
Bračno stanje	Sa partnerom	132 (80)	2,525	2	0,283
	Bez partnera	218 (81)			
Deca	Sa decom	212 (82)	2,980	2	0,225
	Bez dece	141 (79)			

Tabela 33. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje u vezi sa mehanizmom dejstva hitne kontracepcije (chi-kvadrat test) (nastavak)

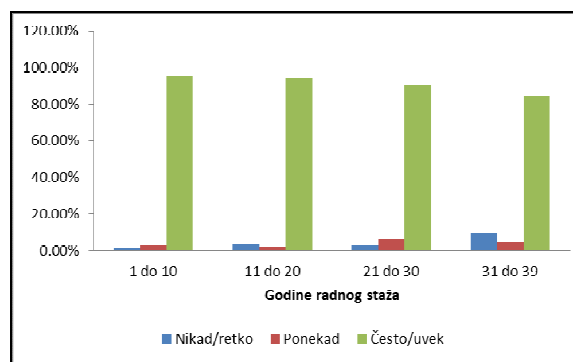
KARAKTERISTIKA		n (%) koji je dao tačan odgovor	X ²	df	p-vrednost
Tablete hitne hormonske kontracepcije deluju kao spermicidi					
Region	Vojvodina	59 (75)	9,704	6	0,138
	Beograd	158 (79)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	82 (89)			
	Južna i Istočna Srbija	52 (83)			

Efikasnost hitne hormonske kontracepcije

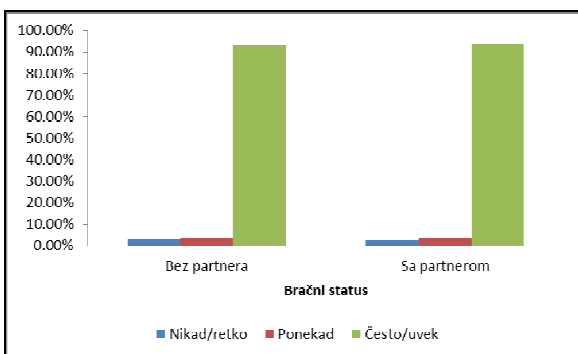
Najveći broj ispitivanih farmaceuta (94%) je izjavio da uvek ili često savetuju pacijentkinje o vremenskom roku za uzimanje tableta hitne kontracepcije (tabela 30). Praksa savetovanja u odnosu na socio-demografske karakteristike data je na slikama 30-34.



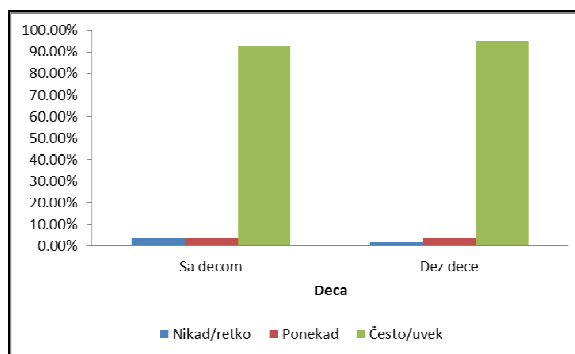
Slika 30. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa rokom uzimanja hitne kontracepcije u odnosu na pol



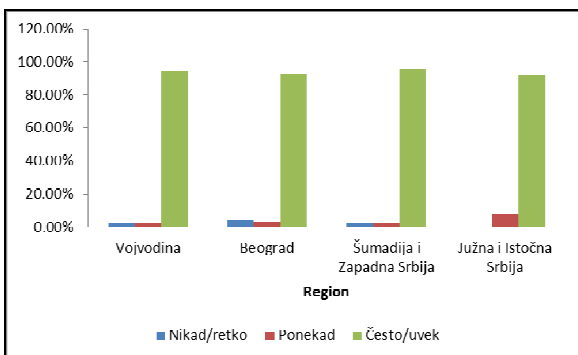
Slika 31. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa rokom uzimanja hitne kontracepcije u odnosu na radni staž



Slika 32. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa rokom uzimanja hitne kontracepcije u odnosu na bračni status



Slika 33. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa rokom uzimanja hitne kontracepcije u odnosu na decu



Slika 34. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa rokom uzimanja hitne kontracepcije u odnosu na region

Analiza chi-kvadrat testom nije pokazala da postoji razlika u savetovanju o vremenskom roku za uzimanje tableta hitne kontracepcije između farmaceuta u odnosu na socio-demografske karakteristike (tabela 34).

Tabela 34. Uticaj socio-demografskih karakteristika na farmaceutsku praksu savetovanja u vezi sa vremenskim rokom za uzimanje tableta hitne kontracepcije (chi-kvadrat test)

KARAKTERISTIKA	X²	df	p-vrednost
Pol	4,098	4	0,393
Radni staž	14,464	12	0,272
Bračno stanje	6,252	4	0,181
Deca	7,585	4	0,108
Region	12,113	12	0,437

Međutim, dve trećine farmaceuta nije znalo da je maksimalni vremenski period u kome žena može uzeti hitnu hormonsku kontracepciju nakon seksualnog odnosa i očekivati efikasnost i do 5 dana ili 120 sati (tabela 27). Analizom chi-kvadrat testom pokazalo se da postoji razlika u znanju u vezi sa rokom uzimanja hitne kontracepcije između farmaceuta koji imaju i koji nemaju decu (tabela 35).

Tabela 35. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje u vezi sa rokom uzimanja hitne kontracepcije (chi-kvadrat test)

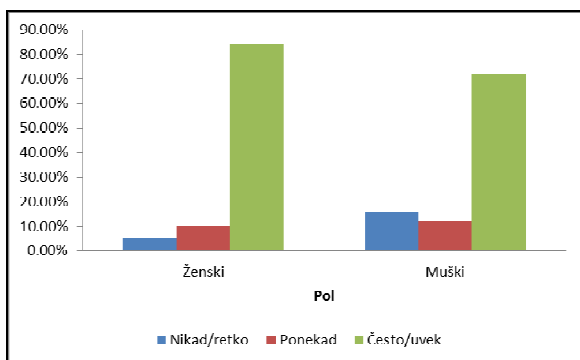
KARAKTERISTIKA		n (%) koji je dao tačan odgovor	X ²	df	p-vrednost
Pol	Ženski	145 (34)	1,491	2	0,475
	Muški	9 (36)			
Radni staž	1-10	84 (38)	9,135	6	0,166
	11-20	41 (37)			
	21-30	27 (29)			
	31-39	2 (11)			
Bračno stanje	Sa partnerom	67 (40)	3,569	2	0,168
	Bez partnera	84 (31)			
Deca	Sa decom	75 (29)	8,307	2	0,016
	Bez dece	78 (43)			
Region	Vojvodina	23 (29)	7,118	6	0,310
	Beograd	76 (37)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	28 (30)			
	Južna i Istočna Srbija	25 (38)			

Univarijantnom regresionom analizom pokazalo se da farmaceuti koji imaju decu imaju veće šanse da znaju da je maksimalni vremenski period i do 120 sati (OR=1,789, 95%CI=1,202-2,665, p=0,004). Ova zavisnost je potvrđena i multiplom regresionom

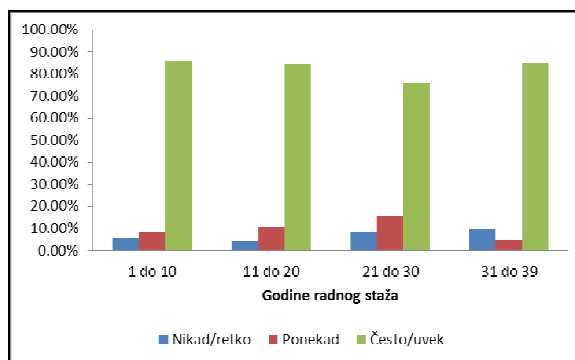
analizom sa korekcijom za pol, radni staž, bračno stanje i region (aOR=1,830, 95%CI=1,224-2,735, p=0,003).

Neželjena delovanja hitne hormonske kontracepcije

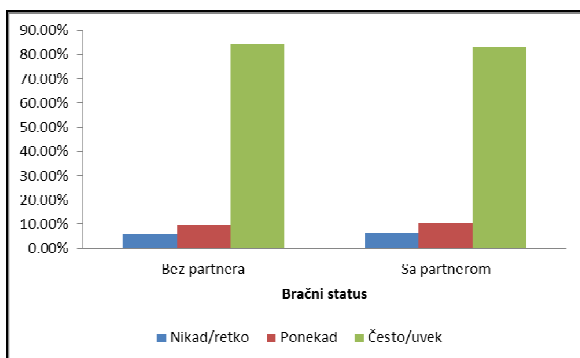
Većina farmaceuta daje savete pacijentkinjama u vezi neželjenih dejstava kontracepcije (83%) i ponovljenog uzimanja u slučaju potrebe (71%) (tabela 30). Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa neželjenim dejstvima u odnosu na socio-demografske karakteristike data je na slikama 35-39. Chi-kvadrat test je pokazao da ne postoji razlika u davanju ove vrste saveta između farmaceuta u odnosu na socio-demografske karakteristike (tabela 36).



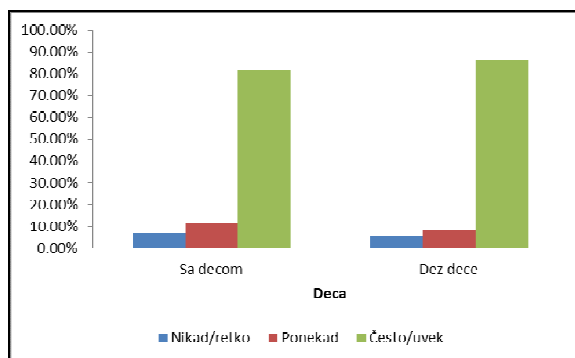
Slika 35. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa neželjenim dejstvima u odnosu na pol



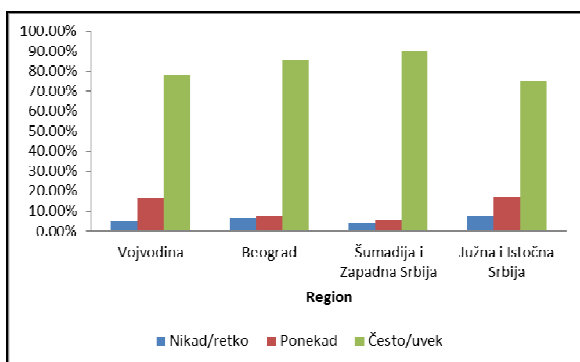
Slika 36. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa neželjenim dejstvima u odnosu na radni staž



Slika 37. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa neželjenim dejstvima u odnosu na bračni status

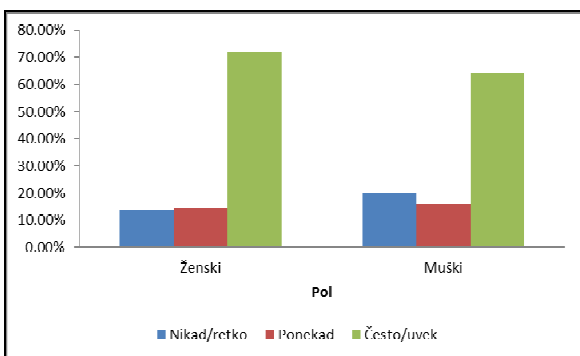


Slika 38. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa neželjenim dejstvima u odnosu na decu

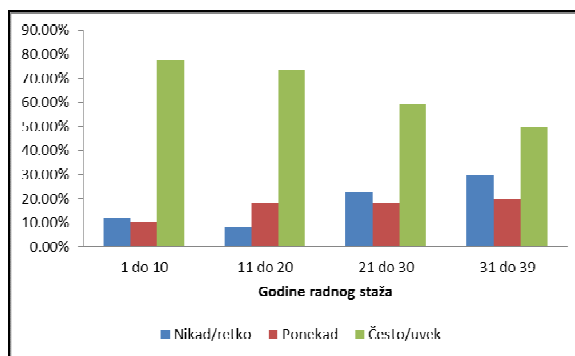


Slika 39. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa neželjenim dejstvima u odnosu na region

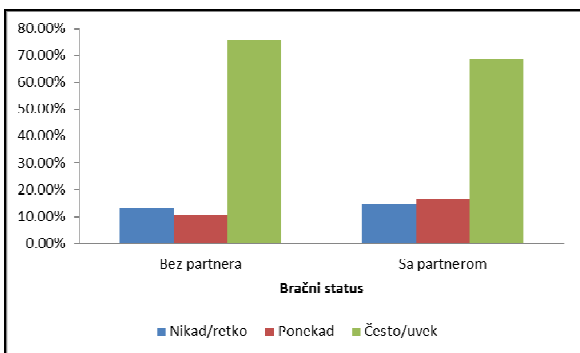
Farmaceutska praksa savetovanja u vezi ponovljenog uzimanja tableta hitne kontracepcije u slučaju potrebe u odnosu na socio-demografske karakteristike data je na slikama 40-44.



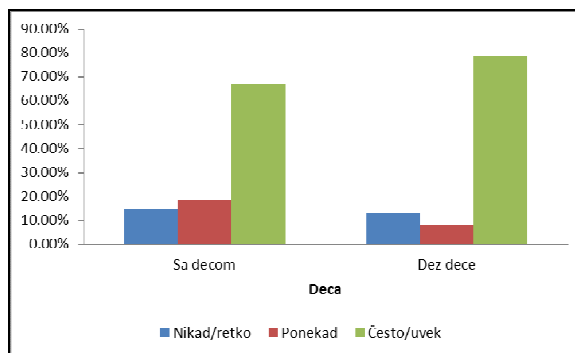
Slika 40. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa ponovljenim uzimanjem tableta hitne kontracepcije u odnosu na pol



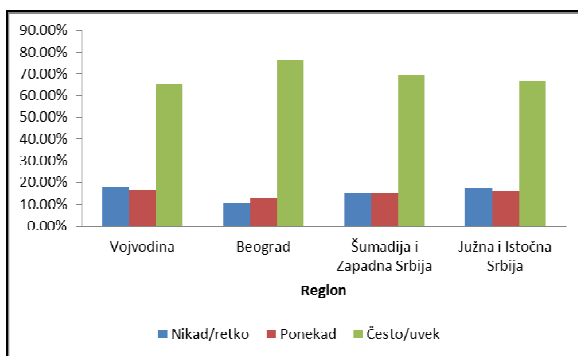
Slika 41. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa ponovljenim uzimanjem tableta hitne kontracepcije u odnosu na radni staž



Slika 42. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa ponovljenim uzimanjem tableta hitne kontracepcije u odnosu na bračni status



Slika 43. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa ponovljenim uzimanjem tableta hitne kontracepcije u odnosu na decu



Slika 44. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa ponovljenim uzimanjem tableta hitne kontracepcije u odnosu na region

Analiza chi-kvadrat testom pokazala je da postoji razlika između farmaceuta u vezi sa savetovanjem o ponovljenom uzimanju tableta hitne kontracepcije u odnosu na radni staž i da li imaju decu (tabela 36).

Tabela 36. Uticaj socio-demografskih karakteristika na farmaceutsku praksu savetovanja u vezi sa neželjenim dejstvima i ponovljenim uzimanjem tableta hitne kontracepcije (chi-kvadrat test)

KARAKTERISTIKA	X ²	df	p-vrednost
Da li prilikom izdavanja hitne kontracepcije savetujete pacijente u vezi neželjenih dejstava kontracepcije			
Pol	7,109	4	0,130
Radni staž	8,575	12	0,739
Bračno stanje	2,521	4	0,641
Deca	4,824	4	0,306
Region	14,215	12	0,287
Da li prilikom izdavanja hitne kontracepcije savetujete pacijente u vezi ponovljenog uzimanja tablete u slučaju potrebe			
Pol	6,123	4	0,190
Radni staž	21,022	12	0,050
Bračno stanje	2,416	4	0,660
Deca	12,616	4	0,013
Region	14,662	12	0,260

Univarijantnom regresionom analizom pokazalo se da farmaceuti koji imaju duži radni staž imaju manje šanse da savetuju pacijentkinje u vezi ponovljenog uzimanja hitne kontracepcije u slučaju potrebe (OR=0,790, p=0,006). Ova zavisnost je potvrđena i

multiplom regresionom analizom sa korekcijom za pol, decu, bračno stanje i region (aOR=0,778, p=0,004) (tabela 37). Regresionom analizom pokazano je da nema značajne razlike u savetovanju između farmaceuta koji imaju decu i onih koji nemaju (p=0,051) (tabela 37).

Tabela 37. Uticaj socio-demografskih karakteristika na farmaceutsku praksu savetovanja u vezi sa ponovljenim uzimanjem hitne kontracepcije u slučaju potrebe (univarijantna i multipla regresiona analiza)

KARAKTERISTIKA	OR	95% CI	p- vrednost	aOR*	95% CI	p- vrednost
Radni staž	0,790	0,667- 0,935	0,006	0,778	0,656- 0,923	0,004
Deca	1,541	0,998- 2,379	0,051			

*Korigovano za pol (0 žene, 1 muškarci), bračno stanje (0 bez partnera, 1 sa partnerom), decu (0 bez dece, 1 sa decom), region (1 Vojvodina/0 ostali, 1 Beograd/0 ostali, 1 Šumadija i Zapadna Srbija/0 ostali, 1 Južna i Istočna Srbija/0 ostali).

Kontraindikacije i ograničenja za propisivanje hitne hormonske kontracepcije

Više od polovine (56%) ispitivanih farmaceuta pogrešno smatra da sem preosetljivosti i trudnoće postoji još kontraindikacija za primenu hitne kontracepcije. Četvrtina ispitanika (26%) smatra tromb, migrenu i oboljenja jetre apsolutnim kontraindikacijama za primenu ovih proizvoda, a samo polovina zna da dojenje treba da se prekine na neko vreme nakon uzimanja hitne kontracepcije (tabela 27). Analiza chi-kvadrat testom je pokazala da postoji razlika u znanju farmaceuta u vezi apsolutnih kontraindikacija i primene u periodu dojenja u odnosu na radni staž i bračno stanje (tabela 38).

Tabela 38. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje u vezi sa kontraindikacijama i ograničenjima za primenu hitne hormonske kontracepcije (chi-kvadrat test)

KARAKTERISTIKA		n (%) koji je dao tačan odgovor	X²	df	p-vrednost
Sem preosetljivosti na neku od komponenata leka trudnoća je jedina kontraindikacija za primenu hitne kontracepcije					
Pol	Ženski	240 (57)	1,117	2	0,572
	Muški	13 (52)			
Radni staž	1-10	136 (61)	10,617	6	0,101
	11-20	60 (55)			
	21-30	49 (52)			
	31-39	8 (42)			
Bračno stanje	Sa partnerom	96 (58)	0,270	2	0,874
	Bez partnera	155 (56)			
Deca	Sa decom	144 (55)	1,163	2	0,559
	Bez dece	107 (60)			
Region	Vojvodina	52 (65)	5,398	6	0,494
	Beograd	117 (58)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	51 (54)			
	Južna i Istočna Srbija	31 (48)			

Tabela 38. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje u vezi sa kontraindikacijama i ograničenjima za primenu hitne hormonske kontracepcije (chi-kvadrat test) (nastavak)

KARAKTERISTIKA		n (%) koji je dao tačan odgovor	X²	df	p-vrednost
Tromb, migrena i oboljenja jetre su apsolutne kontraindikacije za upotrebu progestagenske hitne kontracepcije					
Pol	Ženski	110 (27)	2,056	2	0,358
	Muški	4 (17)			
Radni staž	1-10	63 (29)	16,163	6	0,013
	11-20	33 (30)			
	21-30	14 (15)			
	31-39	4 (21)			
Bračno stanje	Sa partnerom	49 (30)	10,019	2	0,007
	Bez partnera	63 (23)			
Deca	Sa decom	59 (23)	5,730	2	0,057
	Bez dece	55 (31)			
Region	Vojvodina	23 (30)	8,454	6	0,207
	Beograd	60 (30)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	16(17)			
	Južna i Istočna Srbija	15(23)			

Tabela 38. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje u vezi sa kontraindikacijama i ograničenjima za primenu hitne hormonske kontracepcije (chi-kvadrat test) (nastavak)

KARAKTERISTIKA		n (%) koji je dao tačan odgovor	X²	df	p-vrednost
Korisnice koje doje treba da prekinu dojenje na neko vreme nakon uzimanja hitne kontracepcije					
Pol	Ženski	224 (54)	5,384	2	0,068
	Muški	8 (33)			
Radni staž	1-10	126 (58)	12,942	6	0,044
	11-20	49 (45)			
	21-30	52 (55)			
	31-39	5 (26)			
Bračno stanje	Sa partnerom	76 (46)	6,104	2	0,047
	Bez partnera	153 (56)			
Deca	Sa decom	139 (54)	3,817	2	0,148
	Bez dece	91 (51)			
Region	Vojvodina	36 (45)	5,964	6	0,427
	Beograd	117 (58)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	44 (48)			
	Južna i Istočna Srbija	33 (52)			

Univarijantnom regresionom analizom pokazalo se da farmaceuti koji imaju duži radni staž imaju manje šanse da znaju prave kontraindikacije za primenu hitne hormonske kontracepcije (OR=0,812, p=0,017). Ova zavisnost je potvrđena i multiplom regresionom analizom sa korekcijom za pol, decu, bračno stanje i region (aOR=0,780, p=0,005) (tabela 39). Regresionom analizom pokazano je da nema značajne razlike u znanju farmaceuta u vezi kontraindikacija u odnosu na bračno stanje (p=0,086) (tabela 39).

Univarijantnom regresionom analizom pokazalo se da farmaceuti koji su sa partnerom imaju manje šanse da savetuju korisnice da prekinu dojenje na neko vreme nakon uzimanja hitne kontracepcije (OR=0,632, p=0,021). Ova zavisnost je potvrđena i multiplom regresionom analizom sa korekcijom za pol, decu, radni staž i region (aOR=0,636, p=0,024) (tabela 39). Regresionom analizom pokazano je da nema značajne razlike u odnosu na dužinu radnog staža (p=0,209) (tabela 39).

Tabela 39. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje u vezi sa kontraindikacijama i ograničenjima za primenu hitne hormonske kontracepcije (univarijantna i multipla regresiona analiza)

KARAKTERISTIKA	OR	95% CI	p- vrednost	aOR	95% CI	p- vrednost
Tromb, migrena i oboljenja jetre su apsolutne kontraindikacije za upotrebu progestagenske hitne kontracepcije						
Radni staž	0,812	0,684- 0,963	0,017	0,780*	0,655- 0,929	0,005
Bračno stanje	1,463	0,947- 2,258	0,086			
Korisnice koje doje treba da prekinu dojenje na neko vreme nakon uzimanja hitne kontracepcije						
Radni staž	0,909	0,783- 1,055	0,209			
Bračno stanje	0,632	0,428- 0,932	0,021	0,636**	0,429- 0,943	0,024

*Korigovano za pol (0 žene, 1 muškarci), decu (0 bez dece, 1 sa decom), bračno stanje (0 bez partnera, 1 sa partnerom) i region (1 Vojvodina/0 ostali, 1 Beograd/0 ostali, 1 Šumadija i Zapadna Srbija/0 ostali, 1 Južna i Istočna Srbija/0 ostali).

**Korigovano za pol (0 žene, 1 muškarci), decu (0 bez dece, 1 sa decom), radni staž (1 1-10/0 ostali, 1 11-20/0 ostali, 1 21-30/0 ostali, 1 31-39/0 ostali) i region (1 Vojvodina/0 ostali, 1 Beograd/0 ostali, 1 Šumadija i Zapadna Srbija/0 ostali, 1 Južna i Istočna Srbija/0 ostali).

Da li je moguće uzeti hitnu hormonsku kontracepciju više puta u istom menstrualnom ciklusu?

Dve trećine ispitivanih farmaceuta ne zna da progestagenska hitna kontracepcija može da se primenu više puta u jednom menstrualnom ciklusu (tabela 27). Chi-kvadrat test nije pokazao značajan uticaj socio-demografskih karakteristika na ovo znanje farmaceuta (tabela 40). Takođe, veliki broj ispitanika (84%) smatra da hitna kontracepcija ima negativne posledice po zdravlje korisnice kada se njena upotreba ponavlja (tabela 28). Analiza Chi-kvadrat testom je pokazala značajan uticaj radnog staža na ovakav stav farmaceuta (tabela 41).

Tabela 40. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje u vezi sa primenom progestagenske hitne kontracepcije više puta u istom menstrualnom ciklusu (chi-kvadrat test)

KARAKTERISTIKA		n (%) koji je dao tačan odgovor	X²	df	p-vrednost
Pol	Ženski	113 (27)	1,072	2	0,585
	Muški	8 (32)			
Radni staž	1-10	51 (23)	6,690	6	0,351
	11-20	30 (28)			
	21-30	33 (35)			
	31-39	7 (37)			
Bračno stanje	Sa partnerom	41 (25)	2,114	2	0,347
	Bez partnera	79 (29)			
Deca	Sa decom	71 (28)	1,559	2	0,459
	Bez dece	50 (28)			
Region	Vojvodina	27 (34)	6,025	6	0,420
	Beograd	51 (25)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	21 (23)			
	Južna i Istočna Srbija	22 (35)			

Tabela 41. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihov stav u vezi sa primenom progestagenske hitne kontracepcije više puta u istom menstrualnom ciklusu (chi-kvadrat test)

KARAKTERISTIKA		n (%) koji se slaže sa izjavom	X ²	df	p-vrednost
Pol	Ženski	356 (85)	1,176	3	0,759
	Muški	23 (92)			
Radni staž	1-10	198 (90)	25,733	9	0,002
	11-20	90 (81)			
	21-30	74 (79)			
	31-39	17 (89)			
Bračno stanje	Sa partnerom	141 (85)	0,824	3	0,844
	Bez partnera	234 (86)			
Deca	Sa decom	221 (84)	1,600	3	0,659
	Bez dece	156 (87)			
Region	Vojvodina	69 (87)	11,387	9	0,250
	Beograd	173 (84)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	76 (84)			
	Južna i Istočna Srbija	59 (91)			

Univarijantnom regresionom analizom pokazalo se da farmaceuti koji imaju duži radni staž imaju manje šanse da smatraju da hitna kontracepcija ima negativne posledice po

zdravlje korisnice kada se njena upotreba ponavlja (OR=0,765, 95%CI=0,617-0,948, p=0,014). Ova zavisnost je potvrđena i multiplom regresionom analizom sa korekcijom za pol, decu, bračno stanje i region (aOR=0,772, 95%CI=0,621-0,960, p=0,020).

Klinički postupak pre propisivanja hitne hormonske kontracepcije

Više od polovine farmaceuta (58%) smatra da sve tablete hitne kontracepcije treba da imaju režim izdavanja „na recept“. Analiza chi-kvadrat testom pokazala je značajan uticaj radnog staža, dece i regiona na ovakav stav farmaceuta (tabela 42). Univarijantnom regresionom analizom pokazalo se da farmaceuti koji imaju duži radni staž imaju veće šanse da smatraju da hitna kontracepcija treba da se izdaje samo na recept (OR=1,304, p=0,001). Ova zavisnost je potvrđena i multiplom regresionom analizom sa korekcijom za pol, decu, bračno stanje i region (aOR=1,295, p=0,001) (tabela 44). Regresionom analizom pokazalo se da nema značajne razlike između farmaceuta sa i bez dece, kao ni u odnosu na region (tabela 44).

Tabela 42. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihov stav u vezi sa izdavanjem hitne hormonske kontracepcije (chi-kvadrat test)

KARAKTERISTIKA		n (%) koji se slaže sa izjavom	X ²	df	p-vrednost
Sve tablete za hitnu kontracepciju trebalo bi da imaju režim izdavanja „na recept“					
Pol	Ženski	250 (60)	5,719	3	0,126
	Muški	16 (64)			
Radni staž	1-10	120 (55)	31,523	9	<0,001
	11-20	67 (60)			
	21-30	65 (69)			
	31-39	14 (70)			
Bračno stanje	Sa partnerom	98 (60)	1,669	3	0,644
	Bez partnera	165 (60)			
Deca	Sa decom	167 (63)	7,861	3	0,049
	Bez dece	98 (56)			
Region	Vojvodina	42 (53)	24,964	9	0,003
	Beograd	120 (59)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	61 (65)			
	Južna i Istočna Srbija	43 (68)			

Više od polovine ispitanika (57%) ne zna da progestagenska hitna kontracepcija neće dovesti do kongenitalnih poremećaja ako se primeni u toku trudnoće (tabela 27). Uticaj soci-demografskih karakteristika na ovo znanje nije potvrđen chi-kvadrat testom (tabela 43).

Dve petine ispitanika (39%) misli da je za izdavanje hitne kontracepcije osobi mlađoj od 18 godina potrebna je saglasnost roditelja ili staratelja (tabela 27). Chi-kvadrat test je pokazao značajan uticaj radnog staža, bračnog stanja i regiona na ovo znanje (tabela 43). Univarijantnom regresionom analizom pokazalo se da farmaceuti sa partnerom imaju manje šanse da znaju da za izdavanje hitne kontracepcije osobi mlađoj od 18 godina nije potrebna saglasnost roditelja ili staratelja (OR=0,574, p=0,007). Ova zavisnost je potvrđena i multiplom regresionom analizom sa korekcijom za pol, decu, radni staž i region (aOR=0,581, p=0,009) (tabela 44). Univarijantnom regresionom analizom pokazalo se da farmaceuti sa dužim radnim stažom imaju veće šanse da daju tačan odgovor na ovo pitanje (OR=1,177, p=0,036). Ova zavisnost nije potvrđena multiplom regresionom analizom nakon korekcije za pol, decu, bračno stanje i region (p=0,174) (tabela 44). Regresionom analizom pokazalo se da nema značajne razlike u odnosu na region (tabela 44).

Tabela 43. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje i stavove u vezi sa kliničkim postupakom pre propisivanja hitne hormonske kontracepcije (chi-kvadrat test)

KARAKTERISTIKA		n (%) koji je dao tačan odgovor	X²	df	p-vrednost
Ukoliko trudnica uzme progestagensku hitnu kontracepciju ona neće dovesti do kongenitalnih poremećaja					
Pol	Ženski	180 (43)	1,730	2	0,421
	Muški	8 (32)			
Radni staž	1-10	86 (39)	4,188	6	0,651
	11-20	45 (41)			
	21-30	47 (50)			
	31-39	10 (56)			
Bračno stanje	Sa partnerom	64 (38)	3,477	2	0,176
	Bez partnera	123 (45)			
Deca	Sa decom	116 (45)	1,960	2	0,375
	Bez dece	71 (39)			
Region	Vojvodina	32 (41)	4,057	6	0,669
	Beograd	83 (41)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	41 (45)			
	Južna i Istočna Srbija	31 (48)			

Tabela 43. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje i stavove u vezi sa kliničkim postupakom pre propisivanja hitne hormonske kontracepcije (chi-kvadrat test) (nastavak)

KARAKTERISTIKA		n (%) koji je dao tačan odgovor	X²	df	p-vrednost
Za izdavanje hitne kontracepcije osobi mlađoj od 18 godina potrebna je saglasnost roditelja ili staratelja					
Pol	Ženski	171 (41)	1,482	2	0,477
	Muški	7 (28)			
Radni staž	1-10	75 (34)	15,107	6	0,019
	11-20	56 (51)			
	21-30	42 (44)			
	31-39	5 (26)			
Bračno stanje	Sa partnerom	53 (32)	7,448	2	0,024
	Bez partnera	123 (45)			
Deca	Sa decom	114 (43)	2,791	2	0,248
	Bez dece	63 (35)			
Region	Vojvodina	31 (39)	13,189	6	0,040
	Beograd	84 (41)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	40 (43)			
	Južna i Istočna Srbija	21 (32)			

Tabela 44. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje i stavove u vezi sa kliničkim postupakom pre propisivanja hitne hormonske kontracepcije (univarijantna i multipla regresiona analiza)

KARAKTERISTIKA	OR	95% CI	p- vrednost	aOR	95% CI	p- vrednost
Sve tablete za hitnu kontracepciju trebalo bi da imaju režim izdavanja „na recept“						
Radni staž	1,304	1,119- 1,521	0,001	1,295*	1,109- 1,512	0,001
Deca	0,697	0,473- 1,026	0,067			
Region-Vojvodina	0,691	0,424- 1,126	0,138			
Region-Beograd	0,908	0,619- 1,333	0,622			
Region-Šumadija	1,284	0,798- 2,068	0,303			
Region-Južna i Istočna Srbija	1,403	0,790- 2,492	0,248			
Za izdavanje hitne kontracepcije osobi mlađoj od 18 godina potrebna je saglasnost roditelja ili staratelja						
Radni staž	1,177	1,011- 1,370	0,036	1,134*	0,946- 1,360	0,174

Tabela 44. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje i stavove u vezi sa kliničkim postupakom pre propisivanja hitne hormonske kontracepcije (univarijantna i multipla regresiona analiza) (nastavak)

KARAKTERISTIKA	OR	95% CI	p- vrednost	aOR	95% CI	p- vrednost
Za izdavanje hitne kontracepcije osobi mlađoj od 18 godina potrebna je saglasnost roditelja ili staratelja						
Bračno stanje	0,574	0,384- 0,859	0,007	0,581**	0,388- 0,871	0,009
Region-Vojvodina	0,940	0,571- 1,545	0,808			
Region-Beograd	1,161	0,791- 1,703	0,446			
Region-Šumadija	1,174	0,738- 1,867	0,498			
Region-Južna i Istočna Srbija	0,623	0,350- 1,110	0,108			

*Korigovano za pol (0 žene, 1 muškarci), decu (0 bez dece, 1 sa decom), bračno stanje (0 bez partnera, 1 sa partnerom) i region (1 Vojvodina/0 ostali, 1 Beograd/0 ostali, 1 Šumadija i Zapadna Srbija/0 ostali, 1 Južna i Istočna Srbija/0 ostali).

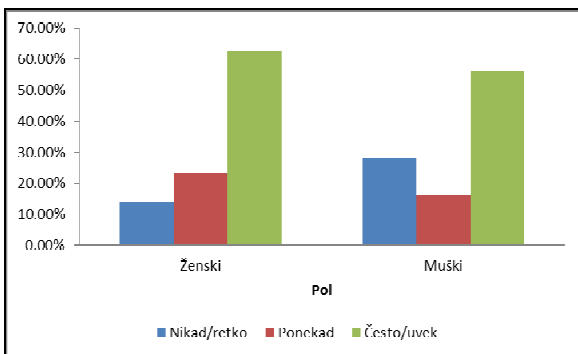
**Korigovano za pol (0 žene, 1 muškarci), decu (0 bez dece, 1 sa decom), radni staž (1 1-10/0 ostali, 1 11-20/0 ostali, 1 21-30/0 ostali, 1 31-39/0 ostali) i region (1 Vojvodina/0 ostali, 1 Beograd/0 ostali, 1 Šumadija i Zapadna Srbija/0 ostali, 1 Južna i Istočna Srbija/0 ostali).

Savetovanje korisnica hitne hormonske kontracepcije o nastavku zaštite od trudnoće

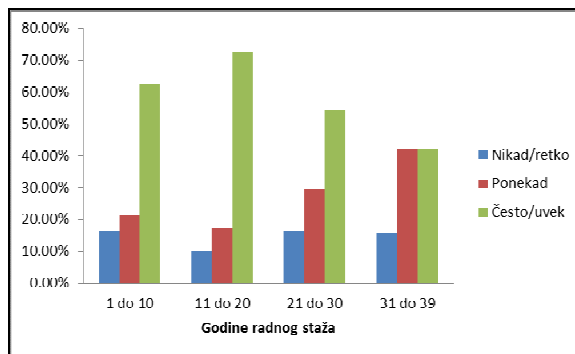
Većina ispitanika (95%) se slaže da prilikom izdavanja hitne kontracepcije farmaceut treba da da savet korisnici o redovnoj kontracepciji (tabela 28). Na ovakav stav farmaceuta analiza chi-kvadrat testom nije pokazala značajan uticaj socio-demografskih karakteristika (tabela 45). Međutim, samo 62% istih ispitanika je izjavilo da uvek ili često savetuje korisnice o metodama redovne kontracepcije (tabela 30). Praksa farmaceuta u odnosu na njihove socio-demografske karakteristike data je na slikama 45-49 i nije se razlikovala u odnosu na njihove socio-demografske karakteristike (tabela 46).

Tabela 45. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihove stavove u vezi sa savetovanjem korisnica hitne hormonske kontracepcije o nastavku zaštite od trudnoće (chi-kvadrat test)

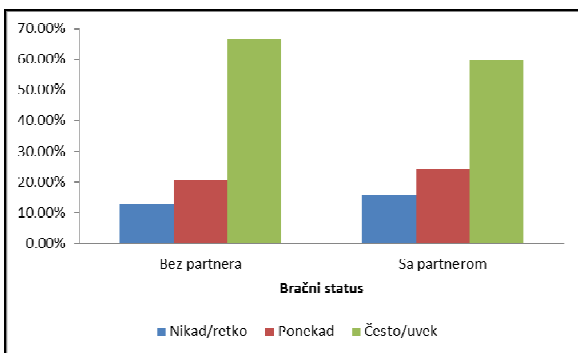
KARAKTERISTIKA		n (%) koji se slaže sa izjavom	X²	df	p-vrednost
Pol	Ženski	409 (97)	1,104	3	0,776
	Muški	24 (96)			
Radni staž	1-10	215 (98)	6,816	9	0,656
	11-20	107 (96)			
	21-30	93 (98)			
	31-39	18 (95)			
Bračno stanje	Sa partnerom	164 (98)	0,791	3	0,852
	Bez partnera	264 (97)			
Deca	Sa decom	254 (97)	1,867	3	0,601
	Bez dece	176 (98)			
Region	Vojvodina	78 (99)	3,635	9	0,934
	Beograd	197 (97)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	91 (96)			
	Južna i Istočna Srbija	63 (98)			



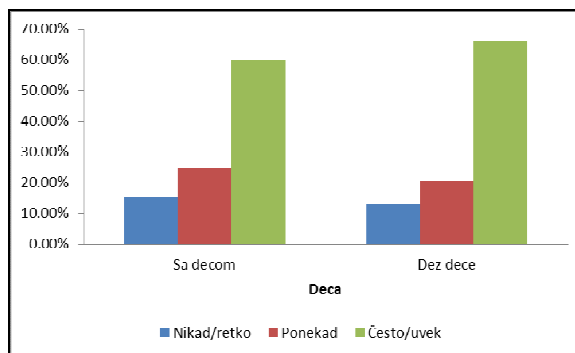
Slika 45. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa redovnom kontracepcijom u odnosu na pol



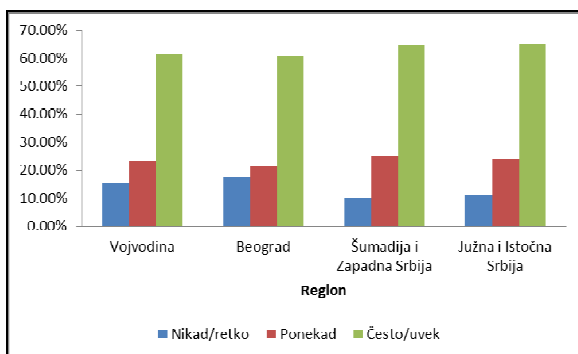
Slika 46. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa redovnom kontracepcijom u odnosu na radni staž



Slika 47. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa redovnom kontracepcijom u odnosu na bračni status



Slika 48. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa redovnom kontracepcijom u odnosu na decu



Slika 49. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa redovnom kontracepcijom u odnosu na region

Tabela 46. Uticaj socio-demografskih karakteristika na farmaceutsku praksu savetovanja korisnica hitne hormonske kontracepcije o nastavku zaštite od trudnoće (chi-kvadrat test)

KARAKTERISTIKA	X ²	df	p-vrednost
Pol	4,569	4	0,334
Radni staž	18,495	12	0,101
Bračno stanje	2,411	4	0,661
Deca	1,352	4	0,852
Region	15,315	12	0,225

Dve trećine ispitanika (68%) se nije složilo sa tvrdnjom da zadatak farmaceuta nije da savetuje korisnice o polno prenosivim bolestima prilikom izdavanja hitne kontracepcije (tabela 28). Chi-kvadrat test je pokazao značajan uticaj radnog staža na ovakav stav (tabela 47).

Tabela 47. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihov stav u vezi sa savetovanjem pacijentkinja o polno prenosivim infekcijama (chi-kvadrat test)

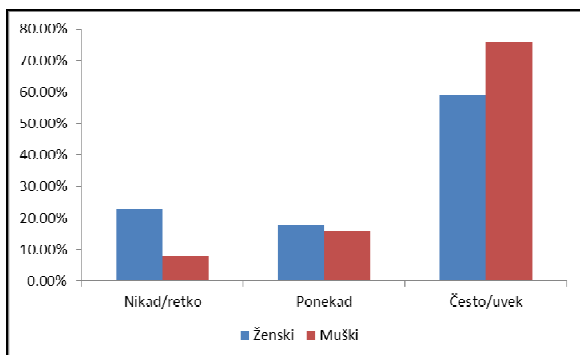
KARAKTERISTIKA		n (%) koji se slaže sa izjavom	X²	df	p-vrednost
Pol	Ženski	129 (31)	2,734	3	0,434
	Muški	8 (33)			
Radni staž	1-10	55 (25)	30,993	9	<0,001
	11-20	30 (27)			
	21-30	39 (41)			
	31-39	13 (65)			
Bračno stanje	Sa partnerom	57 (34)	2,949	3	0,400
	Bez partnera	79 (29)			
Deca	Sa decom	86 (33)	2,916	3	0,405
	Bez dece	51 (28)			
Region	Vojvodina	20 (26)	6,724	9	0,666
	Beograd	69 (34)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	27 (30)			
	Južna i Istočna Srbija	21 (33)			

Univarijantnom regresionom analizom pokazalo se da farmaceuti sa dužim radnim stažom imaju veće šanse da smatraju da savetovanje o polno prenosivim infekcijama nije zadatak farmaceuta (OR=1,296, 95%CI=1,099-1,530, p=0,0022). Ova zavisnost je potvrđena i

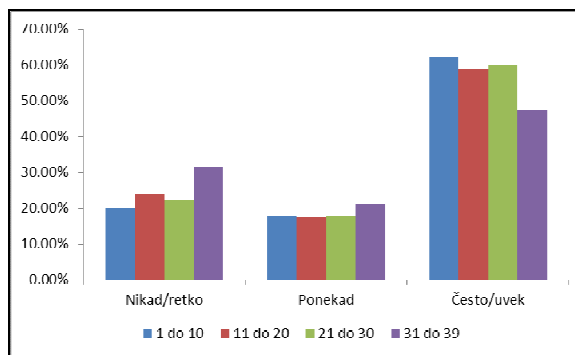
multiplom regresionom analizom sa korekcijom za pol, decu, bračno stanje i region (aOR=1,277, 95% CI=1,082-1,508, p=0,004).

Kontrolni pregled korisnica hitne kontracepcije

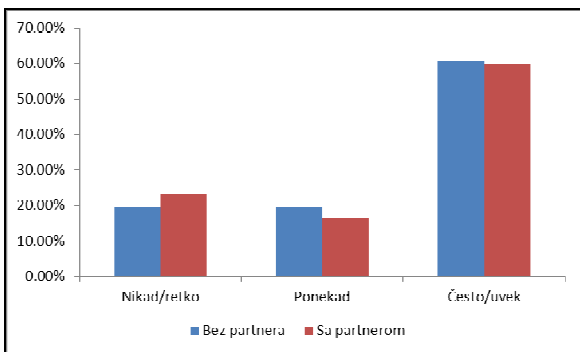
Više od polovine farmaceuta (60%) je izjavilo da prilikom izdavanja hitne kontracepcije savetuje pacijente u vezi sa testom za utvrđivanje trudnoće (tabela 30). Ova praksa farmaceuta u odnosu na njihove socio-demografske karakteristike data je na slikama 50-54. Analiza chi-kvadrat testom je pokazala da nema razlike u farmaceutskoj praksi u odnosu na socio-demografske karakteristike ispitanika (tabela 48).



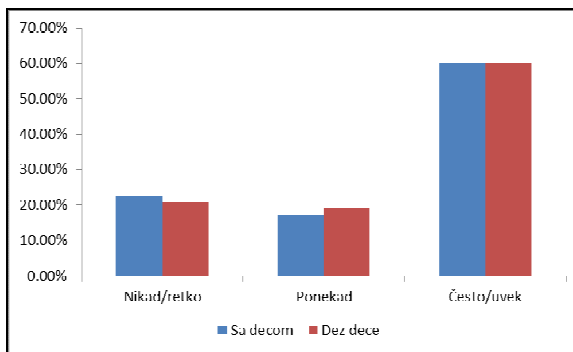
Slika 50. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa testom za utvrđivanje trudnoće u odnosu na pol



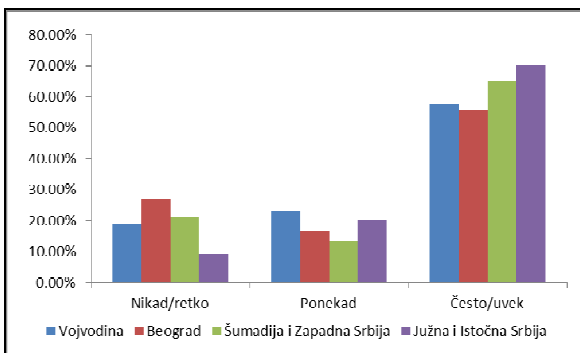
Slika 51. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa testom za utvrđivanje trudnoće u odnosu na radni staž



Slika 52. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa testom za utvrđivanje trudnoće u odnosu na bračni status



Slika 53. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa testom za utvrđivanje trudnoće u odnosu na decu



Slika 54. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa testom za utvrđivanje trudnoće u odnosu na region

Tabela 48. Uticaj socio-demografskih karakteristika na farmaceutsku praksu savetovanja u vezi sa testom za utvrđivanje trudnoće (chi-kvadrat test)

KARAKTERISTIKA	X²	df	p-vrednost
Pol	4,091	4	0,394
Radni staž	9,282	12	0,679
Bračno stanje	1,071	4	0,899
Deca	6,573	4	0,160
Region	19,507	12	0,077

Najveći broj ispitanika (94%) je znao da ukoliko naredni ciklus zakasni 10 ili više dana korisnica bi trebalo da uradi test na trudnoću i/ili da se obrati ginekologu (tabela 27). Ovo znanje nije se razlikovalo u odnosu na socio-demografske karakteristike (tabela 49).

Tabela 49. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje u vezi sa nastankom trudnoće (chi-kvadrat test)

KARAKTERISTIKA		n (%) koji je dao tačan odgovor	X²	df	p-vrednost
Pol	Ženski	403 (95)	4,390	2	0,111
	Muški	24 (96)			
Radni staž	1-10	210 (95)	9,568	6	0,144
	11-20	107 (96)			
	21-30	93 (97)			
	31-39	17 (89)			
Bračno stanje	Sa partnerom	159 (95)	1,689	2	0,430
	Bez partnera	263 (96)			
Deca	Sa decom	251 (95)	0,357	2	0,837
	Bez dece	173 (96)			
Region	Vojvodina	77 (96)	2,943	6	0,816
	Beograd	194 (95)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	88 (94)			
	Južna i Istočna Srbija	64 (98)			

Da li hitna kontracepcija može da se propiše unapred za slučaj potrebe?

Nešto više od polovine ispitanika (54%) smatra da će dostupnost hitne kontracepcije dovesti do većeg broja rizičnih seksualnih odnosa (tabela 28). Analiza chi-kvadrat testom je pokazala značajan uticaj pola na ovakav stav; žene su bile sklonije da poveruju u ovu tvrdnju (tabela 50), ali ova zavisnost nije potvrđena regresionom analizom (OR=0,579, p=0,119) (tabela 51).

Skoro polovina ispitanika (46%) je smatrala da će muškarci manje koristiti kondome kada budu znali za hitnu kontracepciju (tabela 28). Chi-kvadrat test je pokazao značajan uticaj regiona na ovakav stav farmaceuta; farmaceuti iz Beograda imaju manje šanse da smatraju da će muškarci manje koristiti kondome kada budu znali za hitnu kontracepciju (tabela 50). Ova zavisnost je potvrđena regresionom analizom (OR=0,602, p=0,009), kao i multiplom regresionom analizom sa korekcijom za pol, decu, bračno stanje, radni staž (OR=0,595 p=0,008) (tabela 51).

Dve trećine ispitanika se nije složilo da će uz hitnu kontracepciju ženama biti teže da odbiju nezaštićeni seksualni odnos (tabela 28). Analiza nije pokazala značajan uticaj socio-demografskih karakteristika na ovakav stav farmaceuta (tabela 50).

Tabela 50. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihove stavove u vezi sa izdavanjem hitne kontracepcije unapred (chi-kvadrat test)

KARAKTERISTIKA		n (%) koji se slaže sa izjavom	X²	df	p-vrednost
Dostupnost hitne kontracepcije dovede do većeg broja rizičnih seksualnih odnosa					
Pol	Ženski	235 (56)	8,674	3	0,034
	Muški	12 (50)			
Radni staž	1-10	129 (58)	8,862	9	0,450
	11-20	55 (50)			
	21-30	51 (54)			
	31-39	12 (60)			
Bračno stanje	Sa partnerom	92 (55)	0,143	3	0,986
	Bez partnera	153 (56)			
Deca	Sa decom	144 (55)	1,359	3	0,715
	Bez dece	101 (56)			
Region	Vojvodina	41 (53)	7,854	9	0,549
	Beograd	107 (52)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	59 (63)			
	Južna i Istočna Srbija	38 (58)			

Tabela 50. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihove stavove u vezi sa izdavanjem hitne kontracepcije unapred (chi-kvadrat test) (nastavak)

KARAKTERISTIKA		n (%) koji se slaže sa izjavom	X ²	df	p-vrednost
Muškarci će manje koristiti kondome kada budu znali za hitnu kontracepciju					
Pol	Ženski	199 (48)	0,526	3	0,913
	Muški	12 (50)			
Radni staž	1-10	112 (51)	9,232	9	0,416
	11-20	49 (44)			
	21-30	43 (47)			
	31-39	7 (37)			
Bračno stanje	Sa partnerom	75 (46)	0,660	3	0,883
	Bez partnera	134 (49)			
Deca	Sa decom	126 (48)	2,689	3	0,442
	Bez dece	84 (47)			
Region	Vojvodina	38 (50)	19,810	9	0,019
	Beograd	85 (42)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	52 (57)			
	Južna i Istočna Srbija	34 (52)			

Tabela 50. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihove stavove u vezi sa izdavanjem hitne kontracepcije unapred (chi-kvadrat test) (nastavak)

KARAKTERISTIKA		n (%) koji se slaže sa izjavom	X²	df	p-vrednost
Uz hitnu kontracepciju ženama će biti teže da odbiju nezaštićeni seksualni odnos					
Pol	Ženski	130 (31)	2,889	3	0,411
	Muški	11 (44)			
Radni staž	1-10	64 (29)	12,804	9	0,172
	11-20	32 (29)			
	21-30	36 (38)			
	31-39	9 (45)			
Bračno stanje	Sa partnerom	58 (35)	1,770	3	0,621
	Bez partnera	82 (30)			
Deca	Sa decom	83 (32)	0,990	3	0,804
	Bez dece	57 (32)			
Region	Vojvodina	23 (29)	16,235	9	0,062
	Beograd	55 (27)			
	Šumadija i Zapadna Srbija	35 (37)			
	Južna i Istočna Srbija	28 (44)			

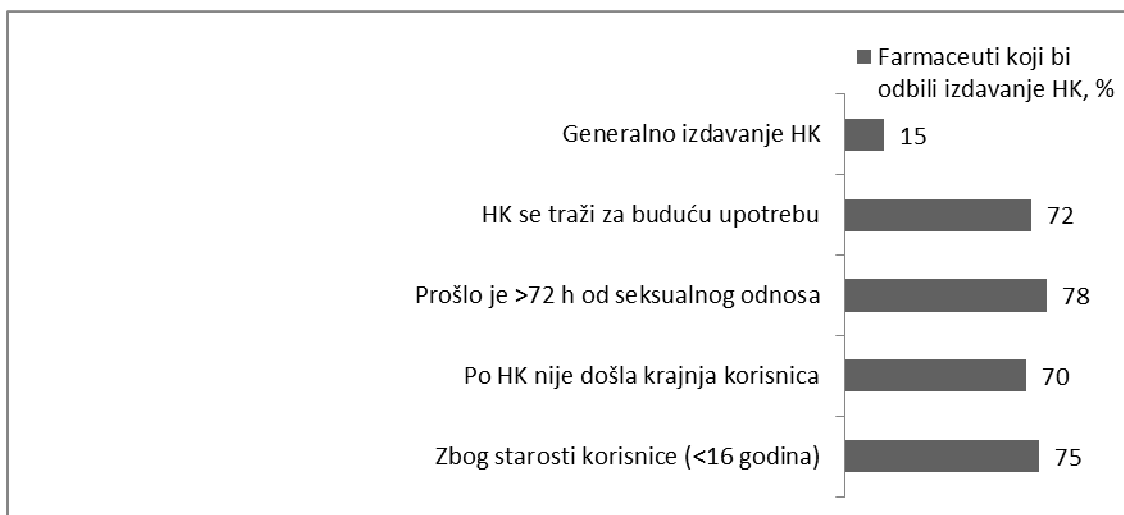
Tabela 51. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihove stavove u vezi sa izdavanjem hitne kontracepcije unapred (univarijantna i multipla regresiona analiza)

KARAKTERISTIKA	OR	95% CI	p- vrednost	aOR	95% CI	p- vrednost
Dostupnost hitne kontracepcije dovešće do većeg broja rizičnih seksualnih odnosa						
Pol	0,579	0,251- 1,333	0,199			
Muškarci će manje koristiti kondome kada budu znali za hitnu kontracepciju						
Region-Vojvodina	1,187	0,725- 1,943	0,495			
Region-Beograd	0,602	0,412- 0,881	0,009	0,595*	0,406- 0,873	0,008
Region-Šumadija	1,573	0,988- 2,505	0,056			
Region-Južna i Istočna Srbija	1,233	0,720- 2,112	0,445			

*Korigovano za pol (0 žene, 1 muškarci), decu (0 bez dece, 1 sa decom), bračno stanje (0 bez partnera, 1 sa partnerom) i radni staž (1 1-10/0 ostali, 1 11-20/0 ostali, 1 21-30/0 ostali, 1 31-39/0 ostali)

4.6. Analiza uticaja socio-demografskih karakteristika, znanja i stavova farmaceuta na njihovu odluku da ne izdaju hitnu hormonsku kontracepciju

Veliki broj ispitanika je naveo da bi odbili izdavanje hitne kontracepcije generalno ili u određenim situacijama (slika 55).



Slika 55. Situacije u kojima bi farmaceuti odbili izdavanje hitne kontracepcije (HK)

4.6.1. Analiza uticaja socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovu odluku da ne izdaju hitnu hormonsku kontracepciju

Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovu odluku da odbiju izdavanje tableta hitne kontracepcije u pojedinim situacijama, kao i generalno, u poređenju sa grupom farmaceuta koja ne bi odbila izdavanje, dat je u tabeli 52.

Tabela 52. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovu odluku da odbiju izdavanje hitne kontracepcije (univarijantna regresiona analiza)

KARAKTERISTIKA	OR	95% CI	p-vrednost
Generalno bi odbili izdavanje hitne kontracepcije			
Pol	2,198	0,887-5,451	0,089
Radni staž	1,003	0,977-1,029	0,827
Bračno stanje	0,934	0,547-1,595	0,803
Deca	0,750	0,438-1,284	0,294
Region-Vojvodina	1,138	0,588-2,204	0,701
Region-Beograd	1,094	0,652-1,834	0,734
Region-Šumadija	0,936	0,495-1,769	0,838
Region-Južna i Istočna Srbija	0,767	0,348-1,690	0,510
Odbijanje izdavanja hitne kontracepcije zbog godina korisnice			
Pol	0,738	0,312-1,747	0,490
Radni staž	1,021	0,999-1,044	0,067
Bračno stanje	0,848	0,548-1,311	0,458
Deca	0,801	0,522-1,231	0,312
Region-Vojvodina	1,298	0,724-2,328	0,381
Region-Beograd	1,099	0,716-1,686	0,666
Region-Šumadija	0,862	0,516-1,437	0,568

Tabela 52. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovu odluku da odbiju izdavanje hitne kontracepcije (univarijantna regresiona analiza) (nastavak)

KARAKTERISTIKA	OR	95% CI	p-vrednost
Odbijanje izdavanja hitne kontracepcije zbog godina korisnice			
Region-Južna i Istočna Srbija	0,762	0,425-1,368	0,363
Odbijanje izdavanja kada po hitnu kontracepciju nije došla krajnja korisnica			
Pol	0,512	0,233-1,124	0,095
Radni staž	1,004	0,984-1,025	0,667
Bračno stanje	0,940	0,620-1,424	0,770
Deca	1,038	0,688-1,566	0,859
Region-Vojvodina	0,919	0,545-1,550	0,751
Region-Beograd	0,827	0,552-1,239	0,356
Region-Šumadija	1,107	0,672-1,824	0,690
Region-Južna i Istočna Srbija	1,456	0,785-2,699	0,233
Odbijanje izdavanja hitne kontracepcije kada je prošlo >72 h od seksualnog odnosa			
Pol	0,706	0,286-1,742	0,450
Radni staž	1,005	0,982-1,028	0,672
Bračno stanje	0,642	0,407-1,012	0,056
Deca	0,624	0,397-0,981	0,041
Region-Vojvodina	1,219	0,660-2,252	0,527

Tabela 52. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovu odluku da odbiju izdavanje hitne kontracepcije (univarijantna regresiona analiza) (nastavak)

KARAKTERISTIKA	OR	95% CI	p-vrednost
Odbijanje izdavanja hitne kontracepcije kada je prošlo >72 h od seksualnog odnosa			
Region-Beograd	1,101	0,702-1,726	0,677
Region-Šumadija	0,914	0,532-1,568	0,743
Region-Južna i Istočna Srbija	0,760	0,415-1,392	0,374
Odbijanje izdavanja hitne kontracepcije za buduću upotrebu			
Pol	0,543	0,245-1,205	0,133
Radni staž	0,960	0,940-0,980	<0,001
Bračno stanje	0,948	0,618-1,455	0,807
Deca	1,405	0,914-2,161	0,122
Region-Vojvodina	1,187	0,681-2,068	0,546
Region-Beograd	1,115	0,736-1,689	0,608
Region-Šumadija	1,265	0,749-2,135	0,380
Region-Južna i Istočna Srbija	0,513	0,296-0,888	0,017

Karakteristike ispitanika koje su pokazale značajan uticaj ispitane su multiplom regresijom analizom sa korekcijom za pol, bračno stanje, da li imaju decu, godine radnog staža, region i date su u tabeli 53. Ispitanici sa više godina iskustva su imali veću šansu da odbiju izdavanje hitne kontracepcije za korisnice mlađe od 16 godina (aOR=1,023, p=0,048). Ista grupa ispitanika imala je manju šansu da odbije izdavanje ovih tableta za

buduću upotrebu (aOR=0,958, p<0,001). U situaciji kada je od nezaštićenog odnosa prošlo više od 72 h, farmaceuti koji imaju decu su imali manju šansu da odbiju izdavanje (aOR=0,603, p=0,029). Ispitanici iz Južne i Istočne Srbije su imali manju šansu da odbiju izdavanje hitne kontracepcije za buduću upotrebu (aOR=0,472, p=0,010).

Tabela 53. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovu odluku da odbiju izdavanje hitne kontracepcije (multipla regresiona analiza)

KARAKTERISTIKA	aOR	95% CI	p-vrednost
Odbijanje izdavanja hitne kontracepcije zbog godina korisnice			
Godine radnog staža	1,023*	1,000 – 1,046	0,048
Odbijanje izdavanja hitne kontracepcije kada je prošlo >72 h od seksualnog odnosa			
Farmaceuti koji imaju decu	0,603**	0,383 – 0,951	0,029
Odbijanje izdavanja hitne kontracepcije za buduću upotrebu			
Godine radnog staža	0,958*	0,938 – 0,978	<0,001
Region – Južna i Istočna Srbija	0,472***	0,267 – 0,836	0,010

*Korigovano za pol (0 žene, 1 muškarci), decu (0 bez dece, 1 sa decom), bračno stanje (0 bez partnera, 1 sa partnerom) i region (1 Vojvodina/0 ostali, 1 Beograd/0 ostali, 1 Šumadija i Zapadna Srbija/0 ostali, 1 Južna i Istočna Srbija/0 ostali).

**Korigovano za pol (0 žene, 1 muškarci), bračno stanje (0 bez partnera, 1 sa partnerom), radni staž (1 1-10/0 ostali, 1 11-20/0 ostali, 1 21-30/0 ostali, 1 31-39/0 ostali) i region (1 Vojvodina/0 ostali, 1 Beograd/0 ostali, 1 Šumadija i Zapadna Srbija/0 ostali, 1 Južna i Istočna Srbija/0 ostali)

***Korigovano za pol (0 žene, 1 muškarci), decu (0 bez dece, 1 sa decom), bračno stanje (0 bez partnera, 1 sa partnerom) i radni staž (1 1-10/0 ostali, 1 11-20/0 ostali, 1 21-30/0 ostali, 1 31-39/0 ostali)

4.6.2. Analiza uticaja znanja i edukacije na odluku farmaceuta da ne izdaju hitnu hormonsku kontracepciju

Analiza nije pokazala uticaj same edukacije na odluku farmaceuta da odbiju izdavanje hitne kontracepcije, za razliku od znanja (tabela 54). Ispitanici koji su pokazali manji nivo znanja imali su veće šanse da odbiju generalno izdavanje ovih preparat (OR 1,862, $p=0,013$) i u određenim situacijama: kada u apoteku nije došla krajnja korisnica (OR 1,412, $p=0,040$) ili kada je prošlo >72 h od seksualnog odnosa (OR 1,445, $p=0,045$) (tabela 54).

Tabela 54. Uticaj znanja i edukacije farmaceuta na njihovu odluku da ne izdaju hitnu kontracepciju (univarijantna regresiona analiza)

	OR	95% CI	p-vrednost
Generalno bi odbili izdavanje hitne kontracepcije			
Znanje	1,862	1,142-3,035	0,013
Edukacija	0,977	0,688-1,388	0,898
Odbijanje izdavanja hitne kontracepcije zbog godina korisnice			
Znanje	1,045	0,735-1,486	0,804
Edukacija	0,760	0,575-1,005	0,054
Odbijanje izdavanja kada po hitnu kontracepciju nije došla krajnja korisnica			
Znanje	1,412	1,016-1,963	0,040
Edukacija	0,977	0,746-1,281	0,868
Odbijanje izdavanja hitne kontracepcije kada je prošlo >72 h od seksualnog odnosa			
Znanje	1,445	1,008-2,071	0,045
Edukacija	0,917	0,680-1,236	0,569
Odbijanje izdavanja hitne kontracepcije za buduću upotrebu			
Znanje	0,958	0,679-1,351	0,807
Edukacija	0,994	0,754-1,311	0,967

4.6.3. Analiza uticaja stavova na odluku farmaceuta da ne izdaju hitnu hormonsku kontracepciju

Hipoteza da su pitanja u vezi stavova ortogonalne varijable nije potvrđena Barletovim (Barlett) testom sfericiteta ($p < 0,001$). Kaiser Meyer-Olkin test adekvatnosti je bio 0,824, što ukazuje na to da su pitanja adekvatna za faktorsku analizu. Kako bi se ispitalo odnos između varijabli i uprostio matriks urađena je principalna analiza komponenti (tabela 55).

Tabela 55. Matriks sa rotiranim komponentama

Tvrdnje	Faktori					
	1	2	3	4	5	6
Hitna kontracepcija je moralno ispravna	-0,194	0,553	-0,410	0,343	0,023	-0,173
Žene kojima je dostupna hitna kontracepcija imaće nižu stopu neželjene trudnoće	-0,048	0,722	-0,065	0,207	0,162	-0,070
Hitna kontracepcija je prihvatljiva kao redovna metoda kontracepcije	0,178	0,078	-0,080	0,076	-0,018	0,768
Sa etičkog stanovišta hitna kontracepcija je isto što i abortus	0,226	-0,260	0,560	-0,232	-0,077	0,300
Žene kojima je dostupna hitna kontracepcija stupiće u seksualne odnose u ranijim godinama	0,644	-0,204	0,215	0,068	-0,047	0,129

Tabela 55. Matriks sa rotiranim komponentama (nastavak)

Tvrdnje	Faktori					
	1	2	3	4	5	6
Devojke mlađe od 16 godina nisu sposobne da preuzmu odgovornost za upotrebu hitne kontracepcije	0,323	-0,406	0,323	0,477	0,063	-0,067
Hitna kontracepcija ima negativne posledice po zdravlje korisnice kada se njena upotreba ponavlja	0,163	-0,083	0,738	-0,020	0,137	-0,296
Žene kojima je dostupna hitna kontracepcija manje će koristiti druge metode kontracepcije	0,633	-0,030	0,254	-0,070	-0,114	0,091
Sve seksualno aktivne osobe treba da su informisane o hitnoj kontracepciji	0,015	0,353	0,426	0,280	-0,413	0,001
Prilikom izdavanja hitne kontracepcije farmaceut treba da da savet korisnici o redovnoj kontracepciji	-0,030	-0,003	0,094	0,303	-0,623	0,061
Informacije o hitnoj kontracepciji ne treba da budu obuhvaćene programom seksualnog obrazovanja u školama	0,055	-0,130	-0,005	-0,150	0,338	0,489
Hitna kontracepcija je korisna jer povećava kontrolu korisnica nad svojom reprodukcijom	-0,111	0,759	-0,004	0,029	-0,115	0,100

Tabela 55. Matriks sa rotiranim komponentama (nastavak)

Tvrdnje	Faktori					
	1	2	3	4	5	6
Zadatak farmaceuta nije da savetuje korisnice o polno prenosivim infekcijama prilikom izdavanja hitne kontracepcije	-0,090	0,151	0,188	0,149	0,623	0,320
Uz hitnu kontracepciju ženama će biti teže da odbiju nezaštićeni seksualni odnos	0,654	0,092	0,114	-0,177	0,069	0,140
Sve tablete za hitnu kontracepciju trebalo bi da imaju režim izdavanja „na recept“	0,345	-0,394	0,285	0,115	0,398	-0,008
Dostupnost hitne kontracepcije dovešće do većeg broja rizičnih seksualnih odnosa	0,715	-0,205	0,104	-0,70	0,166	-0,133
Cena tableta za hitnu kontracepciju u R. Srbiji (900-1000 din.) je previsoka za neke korisnice	-0,086	0,112	0,004	0,626	-0,083	0,066
Muškarci će manje koristiti kondome kada budu znali za hitnu kontracepciju	0,795	-0,034	-0,081	-0,164	0,006	-0,067
Nije profesionalno da lični stavovi i moralna uverenja farmaceuta utiču na izdavanje hitne kontracepcije	-0,153	0,170	-0,154	0,594	-0,090	-0,080

Tabela 55. Matriks sa rotiranim komponentama (nastavak)

Tvrdnje	Faktori					
	1	2	3	4	5	6
Žene kojima je dostupna hitna kontracepcija imaće u proseku više seksualnih partnera	0,708	-0,135	-0,032	0,076	-0,017	0,192

Kriterijum da bi se zadržala varijabla u matriksu je da je *factor loads* >0,50 za bilo koji faktor nakon rotacije (tabela 55). Nakon principalne analize komponenti, četiri varijable su izostavljene iz matriksa:

- Devojke mlađe od 16 godina nisu sposobne da preuzmu odgovornost za upotrebu hitne kontracepcije
- Sve seksualno aktivne osobe treba da su informisane o hitnoj kontracepciji
- Informacije o hitnoj kontracepciji ne treba da budu obuhvaćene programom seksualnog obrazovanja u školama
- Sve tablete za hitnu kontracepciju trebalo bi da imaju režim izdavanja „na recept“.

Broja varijabli je redukovan od originalnih 16 na 6 kompozitnih klastera:

Faktor 1 – Rizično ponašanje

Faktor 2 – Pozitivan uticaj hitne kontracepcije na planiranje porodice

Faktor 3 – Negativni uticaj hitne kontracepcije na reproduktivno zdravlje

Faktor 4 – Dostupnost hitne kontracepcije

Faktor 5 – Farmaceutska praksa u vezi savetovanja o hitnoj kontracepciji

Faktor 6 – Prihvatljivost hitne kontracepcije kao redovne metode kontracepcije

Svi faktori zajedno objašnjavaju 55,9% varijase (tabela 56).

Tabela 56. Vrednosti *factor loads* tvrdnji

Tvrdnje	Faktor					
	1	2	3	4	5	6
Muškarci će manje koristiti kondome kada budu znali za hitnu kontracepciju	0,795					
Dostupnost hitne kontracepcije dovešće do većeg broja rizičnih seksualnih odnosa	0,715					
Žene kojima je dostupna hitna kontracepcija imaju u proseku više seksualnih partnera	0,708					
Uz hitnu kontracepciju ženama će biti teže da odbiju nezaštićeni seksualni odnos	0,654					
Žene kojima je dostupna hitna kontracepcija stupiće u seksualne odnose u ranijim godinama	0,644					
Žene kojima je dostupna hitna kontracepcija manje će koristiti druge metode kontracepcije	0,633					
Hitna kontracepcija je korisna jer povećava kontrolu korisnica nad svojom reprodukcijom		0,759				
Žene kojima je dostupna hitna kontracepcija imaju nižu stopu neželjene trudnoće		0,722				
Hitna kontracepcija je moralno ispravna		0,553				
Hitna kontracepcija ima negativne posledice po zdravlje korisnice kada se njena upotreba ponavlja			0,738			

Tabela 56. Vrednosti *factor loads* tvrdnji (nastavak)

Tvrdnje	Faktor					
	1	2	3	4	5	6
Sa etičkog stanovišta hitna kontracepcija je isto što i abortus			0,560			
Cena tableta za hitnu kontracepciju u R. Srbiji (900-1000 din.) je previsoka za neke korisnice				0,626		
Nije profesionalno da lični stavovi i moralna uverenja farmaceuta utiču na izdavanje hitne kontracepcije				0,594		
Zadatak farmaceuta nije da savetuje korisnice o polno prenosivim infekcijama prilikom izdavanja hitne kontracepcije					0,623	
Prilikom izdavanja hitne kontracepcije farmaceut treba da da savet korisnici o redovnoj kontracepciji					- 0,623	
Hitna kontracepcija je prihvatljiva kao redovna metoda kontracepcije						0,768
Procenat objašnjenja varijanse	16,583	10,607	8,066	7,501	6,763	6,382

Uticao faktora na odluku farmaceuta da ne izdaju tablete hitne kontracepcije u odnosu na grupu farmaceuta koja ne bi odbila izdavanje je dat u tabeli 57.

Tabela 57. Uticaj faktora stavova na odluku farmaceuta da ne izdaju hitnu hormonsku kontracepciju (univarijantna regresiona analiza)

	OR	95% CI	p- vrednost
Generalno bi odbili izdavanje hitne kontracepcije			
Rizično ponašanje	0,990	0,757-1,296	0,944
Pozitivan uticaj hitne kontracepcije na planiranje porodice	2,009	1,520-2,656	<0,001
Negativni uticaj hitne kontracepcije na reproduktivno zdravlje	1,024	0,785-1,338	0,859
Dostupnost hitne kontracepcije	1,535	1,185-1,988	0,001
Farmaceutska praksa u vezi savetovanja o hitnoj kontracepciji	0,752	0,585-0,967	0,026
Prihvatljivost hitne kontracepcije kao redovne metode kontracepcije	0,831	0,642-1,074	0,157
Odbijanje izdavanje hitne kontracepcije zbog godina korisnice			
Rizično ponašanje	0,775	0,618-0,973	0,028
Pozitivan uticaj hitne kontracepcije na planiranje porodice	1,379	1,093-1,741	0,007
Negativni uticaj hitne kontracepcije na reproduktivno zdravlje	0,645	0,515-0,808	<0,001
Dostupnost hitne kontracepcije	0,593	0,472-0,745	<0,001

Tabela 57. Uticaj faktora stavova na odluku farmaceuta da ne izdaju hitnu hormonsku kontracepciju (univarijantna regresiona analiza) (nastavak)

	OR	95% CI	p-vrednost
Odbijanje izdavanje hitne kontracepcije zbog godina korisnice			
Farmaceutska praksa u vezi savetovanja o hitnoj kontracepciji	0,889	0,708-1,117	0,313
Prihvatljivost hitne kontracepcije kao redovne metode kontracepcije	0,903	0,719-1,134	0,380
Odbijanje izdavanja kada po hitnu kontracepciju nije došla krajnja korisnica			
Rizično ponašanje	0,562	0,446-0,708	<0,001
Pozitivan uticaj hitne kontracepcije na planiranje porodice	1,661	1,317-2,093	<0,001
Negativni uticaj hitne kontracepcije na reproduktivno zdravlje	0,680	0,549-0,842	<0,001
Dostupnost hitne kontracepcije	0,772	0,627-0,951	0,015
Farmaceutska praksa u vezi savetovanja o hitnoj kontracepciji	1,111	0,904-1,366	0,318
Prihvatljivost hitne kontracepcije kao redovne metode kontracepcije	0,930	0,752-1,150	0,503
Odbijanje izdavanja hitne kontracepcije kada je prošlo >72 h od seksualnog odnosa			
Rizično ponašanje	0,809	0,639-1,025	0,079
Pozitivan uticaj hitne kontracepcije na planiranje porodice	1,576	1,224-2,030	<0,001

Tabela 57. Uticaj faktora stavova na odluku farmaceuta da ne izdaju hitnu hormonsku kontracepciju (univarijantna regresiona analiza) (nastavak)

	OR	95% CI	p- vrednost
Odbijanje izdavanja hitne kontracepcije kada je prošlo >72 h od seksualnog odnosa			
Negativni uticaj hitne kontracepcije na reproduktivno zdravlje	0,818	0,652-1,027	0,084
Dostupnost hitne kontracepcije	0,676	0,537-0,850	0,001
Farmaceutska praksa u vezi savetovanja o hitnoj kontracepciji	0,990	0,785-1,248	0,929
Prihvatljivost hitne kontracepcije kao redovne metode kontracepcije	1,088	0,867-1,366	0,465
Odbijanje izdavanja hitne kontracepcije za buduću upotrebu			
Rizično ponašanje	1,233	0,993-1,531	0,058
Pozitivan uticaj hitne kontracepcije na planiranje porodice	1,516	1,202-1,912	<0,001
Negativni uticaj hitne kontracepcije na reproduktivno zdravlje	0,816	0,660-1,009	0,061
Dostupnost hitne kontracepcije	0,924	0,742-1,150	0,478
Farmaceutska praksa u vezi savetovanja o hitnoj kontracepciji	0,935	0,746-1,171	0,557
Prihvatljivost hitne kontracepcije kao redovne metode kontracepcije	1,553	1,254-1,924	<0,001

Univarijantna analiza je pokazala da farmaceutska praksa u vezi savetovanja o hitnoj kontracepciji (faktor 5) ima uticaja na odluku farmaceuta da odbiju izdavanje ovih preparata, generalno (OR=0,752, p=0,026). Ova zavisnost nije potvrđena multiplom regresionom analizom nakon korekcije za druge faktore (tabela 58). Nezavisni faktori koji utiču na odluku farmaceuta da odbiju izdavanje hitne kontracepcije dati su u tabeli 58.

Tabela 58. Uticaj faktora stavova na odluku farmaceuta da ne izdaju hitnu kontracepciju (multipla regresiona analiza)

	aOR	95% CI	P-vrednost
Generalno odbijanje izdavanja hitne kontracepcije			
Pozitivan uticaj hitne kontracepcije na planiranje porodice	1,937	1,471 – 2,550	<0,001
Dostupnost hitne kontracepcije	1,503	1,146 – 1,972	0,003
Odbijanje izdavanja hitne kontracepcije zbog godina korisnice			
Rizično ponašanje	0,764	0,599 – 0,975	0,030
Pozitivan uticaj hitne kontracepcije na planiranje porodice	1,382	1,094 – 1,747	0,007
Negativni uticaj hitne kontracepcije na reproduktivno zdravlje	0,633	0,500 – 0,800	<0,001
Dostupnost hitne kontracepcije	0,585	0,461 – 0,743	<0,001
Odbijanje izdavanja zato što po proizvod nije došla krajnja korisnica			
Rizično ponašanje	0,530	0,414 – 0,678	<0,001

Tabela 58. Uticaj faktora stavova na odluku farmaceuta da ne izdaju hitnu kontracepciju (multipla regresiona analiza) (nastavak)

	aOR	95% CI	p-vrednost
Odbijanje izdavanja zato što po proizvod nije došla krajnja korisnica			
Pozitivan uticaj hitne kontracepcije na planiranje porodice	1,712	1,349 – 2,172	<0,001
Negativni uticaj hitne kontracepcije na reproduktivno zdravlje	0,640	0,508 – 0,805	0,022
Dostupnost hitne kontracepcije	0,766	0,610 – 0,963	<0,001
Odbijanje izdavanja hitne kontracepcije kada je prošlo >72 h od seksualnog odnosa			
Pozitivan uticaj hitne kontracepcije na planiranje porodice	1,549	1,209 – 1,985	0,001
Dostupnost hitne kontracepcije	0,675	0,535 – 0,853	0,001
Odbijanje izdavanja hitne kontracepcije za buduću upotrebu			
Pozitivan uticaj hitne kontracepcije na planiranje porodice	1,532	1,209 – 1,943	<0,001
Prihvatljivost hitne kontracepcije kao redovne metode kontracepcije	1,566	1,259 – 1,947	<0,001

Farmaceuti koji smatraju da bi hitna kontracepcija dovela do rizičnog ponašanja i da bi imala negativan uticaj na reproduktivno zdravlje, ali s druge strane smatraju i da bi ovi proizvodi trebalo da su dostupni pacijentima bez obzira na njihove stavove, imali su manje šanse da odbiju izdavanje hitne kontracepcije zbog godina korisnice ili kada po proizvod nije došla krajnja korisnica. Kontradiktorno ispitanici koji su smatrali da je hitna kontracepcija korisna u planiranju porodice (Faktor 2) imali su veće šanse da odbiju generalno izdavanje, kao i u pojedinim situacijama.

5. Diskusija

Istraživanje stavova i prakse ginekologa u vezi sa metodama planiranja porodice

Polovina ginekologa u našem istraživanju nije podržala upotrebu barem jedne kontraceptivne metode. Tubalna sterilizacija je bila metoda na koju su ginekolozi najčešće imali moralne ili etičke zamerke (42%) i koju ne bi ponudili pacijentkinji (40%). Ovakav stav može se objasniti rezultatima studije iz 2002. godine [91] gde petina ispitivanih vodećih stručnjaka u Srbiji u oblasti ginekologije veruje da, zbog niske stope nataliteta, dobrovoljna sterilizacija ne treba da bude odobrena. Međutim, pokazalo se da čak ni vodeći stručnjaci nisu u potpunosti upoznati sa svim prednostima sterilizacije i da su pre svega fokusirani na njene mane - ireverzibilni gubitak fertiliteta, kao i da veruju da sterilizacija uzrokuje psihičke sekvele. Postoji velika verovatnoća da je isto mišljenje i dalje prisutno i među širom populacijom ginekologa.

Za neke od ispitanika razlog za odbijanje dijafragme/cervikalne kape i progestagenskih implanta/injekcija nije bio baziran na moralnim ili etičkim zamerkama, već na drugim razlozima. Ovde su najverovatnije u pitanju efikasnost i bezbednost koje su se u istraživanju sa ginekolozima u Portugaliji, takođe pokazale kao vodeći principi prilikom odabira kontraceptivne metode [102]. Većina ispitanika u istraživanju, čak i oni koji su imali moralne ili etičke zamerke, ipak bi ponudili oralnu kontracepciju, intrauterina sredstva i kondome ukoliko pacijentkinja to želi da koristi. Ovakav stav je u skladu sa Zakonom o pravima pacijenata u Srbiji gde se navodi da pacijenti imaju pravo na informaciju o svim dostupnim terapijama [152].

Gemzell-Danielsson i saradnici [108] su pokazali da je starost zdravstvenih radnika faktor koji značano utiče na njihovu odluku o primeni kontracepcije, kao i na sam izbor metode. Mlađi lekari su više koristili kontracepciju, što je uticalo i na to da je češće preporučuju pacijentkinjama. Međutim, u našem istraživanju nismo našli značajnu razliku

između mlađih i starijih ginekologa u odnosu na njihov stav i praksu vezano za metode planiranja porodice. Takođe nismo našli ni značajnu razliku u stavu i praksi između muškaraca i žena, što je u skladu sa istraživanjima iz SAD-a [141] i Finske [153], gde se pokazalo da pol ne utiče na propisivačku praksu lekara.

Vezano za prirodne metode planiranja porodice, procena efikasnosti ovih metoda u našem istraživanju varirala je u širokom opsegu. Podaci u literaturi takođe nisu konzistentni i verovatnoća nastanka trudnoće kreće se od 19,6 na 100 žena u reproduktivnom periodu za metod baziran samo na cervikalnom sekretu, do ispod 2,0 na 100 žena u reproduktivnom periodu ukoliko se procena plodnih dana radi na osnovu praćenja cervikalnog sekreta i bazalne temperature [154, 155]. U istraživanju sprovedenom u SAD-u [141], procena nastanka trudnoće sa ovim metodama je takođe varirala ($25\pm 18\%$). U ovom istraživanju doktori koji su imali zamerke na jednu ili više metoda kontracepcije dali su procenu verovatnoće nastanka trudnoće koja je za 5,9% bila niža u odnosu na procenu koju su dale njihove kolege koje nemaju zamerke. Rezultati našeg istraživanja nisu pokazali značajne razlike između ginekologa sa i bez zamerki na kontracepciju. Većina ispitanika smatrala je prirodne metode neadekvatnim.

U našem istraživanju učestvovali su ginekolozi iz primarne prakse koji se bave propisivanjem kontracepcije, ali i ginekolozi sekundarnog/tercijarnog novoa gde se obavljaju abortusi. Rezultati su pokazali da između ovih grupa ne postoje statistički značajne razlike u stavovima i praksi vezano za kontraceptivne metode, niti za prirodne metode planiranja porodice. Razlika se pojavila u stavu prema abortusu. Ginekolozi zaposleni na tercijarnom i sekundarnom nivou su imali manju šansu da imaju zamerke na abortus. S obzirom da su oni upravo ti koji i obavljaju proceduru, verovatno da to utiče na njihov tolerantniji stav. Između ovih grupa nije bilo razlike u spremnosti da pomognu pacijentkinji da uradi abortus, ali postoji između polova. Žene ginekolozi pokazale su se spremnijim da pomognu pacijentkinji da uradi abortus u poređenju sa njihovim muškim kolegama. Međutim, sam uticaj pola, gde i kako se manifestuje klinički još uvek nije dovoljno istražen [156-158].

Stavovi ginekologa u vezi sa planiranjem porodice i dalje su prvenstveno okrenuti ka abortusima, posebno u Južnoj i Istočnoj Srbiji. Međutim, ovaj stav ne zastupaju svi. Na primer, 74% ginekologa iz Vojvodine koji su učestvovali u istraživanju nema zamerke na kontracepciju i 72% njih bi ponudilo sve metode na zahtev korisnice. Ovi podaci deluju ohrabrujuće. Ali ako uporedimo naše rezultate sa istraživanjem iz SAD-a [141] gde je samo 5% ginekologa imalo zamerke, odnosno 7% ne bi ponudilo neku od metoda kontracepcije, očigledno je da pred ginekolozima Srbije iz svih regiona stoji dug put tranzicije. Postoji više razloga kojima bi se mogao objasniti ovakav stav. Rana liberalizacija abortusa, pre nego što su oralni kontraceptivi i intrauterina sredstva postali dostupni, dovela je do toga da se i žene i ginekolozi masovno oslanjaju na prekid trudnoće kao metodu kontrole rađanja. Tranzicija od metode planiranja porodice zasnovane na abortusu ka metodi baziranoj na kontracepciji, spora sama po sebi, dodatno je još otežana od strane samih zdravstvenih radnika. Ginekolozi koji rade u privatnoj praksi dodatno su plaćeni za svaki obavljeni abortus, dok se propisivanje kontracepcije smatra delom njihovog regularnog posla [159]. Dodatno, prethodna istraživanja [105] pokazala su da jedan broj ginekologa nije adekvatno obučen, pa samim tim nije ni dovoljno kompetentan za propisivanje kontracepcije. U međuvremenu SLD je organizovalo brojne edukacije na ovu temu. Nove metode planiranja porodice postale su dostupne, izdate su i kliničke smernice za primenu kontracepcije [15] [110]. Međutim, rezultati ukazuju da i dalje nisu svi ginekolozi podjednako obučeni.

Adekvatno informisani pacijenti zahtevaju zdravstvene radnike sa znanjem i odgovarajućim stavom u vezi sa kontracepcijom. Ginekolozi moraju biti kontinuirano informisani o svim dostupnim metodama planiranja porodice. Ignorisanje u ovom domenu može imati ozbiljne posledice na reproduktivno zdravlje populacije. Pacijentima u Srbiji potrebno je omogućiti da uz partnersku podršku zdravstvenih radnika i informacije o svim dostupnim metodama, donesu informisani pristanak o primeni metode koja je najbolja za njih.

Istraživanje stavova i prakse zdravstvenih radnika (ginekologa i farmaceuta) u vezi sa hitnom kontracepcijom

Rezultati našeg istraživanja su pokazali da i ginekolozi i farmaceuti veruju da će hitna kontracepcija smanjiti broj neželjenih trudnoća. Ovakva očekivanja su potpuno razumljiva ako pogledamo rezultate kliničkih ispitivanja [45, 160]. Međutim, korist od hitne kontracepcije za javno zdravlje tek treba da se dokaže. Paradoksalno, rezultati istraživanja u mnogim zemljama nisu pokazali da je došlo do promene u broju neželjenih trudnoća nakon uvođenja hitne kontracepcije [161-163]. Istraživanje u Škotskoj [164] na populaciji od oko 85.000 žena nije pokazalo merljiv uticaj na stopu abortusa. Takođe, sistematskim pregledom literature koji je obuhvatio istraživanja iz 10 zemalja, nađeno je da olakšan pristup hitnoj kontracepciji nije smanjio broj neželjenih trudnoća niti abortusa [165]. U svetlu ovih istraživanja iznenađujuće je da 86% ginekologa u našem istraživanju, značajno više nego farmaceuta (53%), veruje da će pristup hitnoj kontracepciji smanjiti stopu neželjene trudnoće. Moguće je da ginekolozi precenjuju efikasnost ove metode.

Ginekolozi u našem istraživanju su bili skloniji nego farmaceuti da poveruju da će hitna kontracepcija dovesti do rizičnijeg kontraceptivnog i seksualnog ponašanja. Rezultati drugih istraživanja su takođe pokazali zabrinutost zdravstvenih radnika da će usled veće dostupnosti post-koitalne metode žene manje koristi redovnu kontracepciju [113, 114]. Međutim, istraživanja sa ženama su pokazala da česta upotreba ovih tableta nije uobičajena [166, 167]. Takođe meta analiza istraživanja koja su se bavila izdavanjem unapred pokazala je da veća dostupnost hitne kontracepcije ne utiče na upotrebu kondoma [162]. Retrospektivna kros-sekcijska studija u Hong Kongu [168] koja je uključila 9.201 ženu čak je pokazala pozitivne promene u upotrebi redovne kontracepcije nakon izdavanja hitne kontracepcije uz adekvatno savetovanje.

Trećina ginekologa u našem istraživanju je bila zabrinuta da će žene kojima je dostupna hitna kontracepcija stupiti u seksualne odnose u ranijim godinama i da će imati više seksualnih partnera. Ovo je u suprotnosti sa stavom farmaceuta gde većina ne veruje

da će veća dostupnost hitne kontracepcije dovesti do rizičnijeg ponašanja. Ovakav stav farmaceuta je podržan rezultatima mnogih istraživanja koja su pokazala da ne postoji korelacija između veće dostupnosti i upotrebe hitne kontracepcije sa rizičnijim ponašanjem i polno prenosivim bolestima [162, 163, 165]. Ovi rezultati ukazuju na to da je hitna kontracepcija samo jedan u nizu faktora koji utiču na seksualno ponašanje žena i muškaraca.

U poređenju sa ginekološkom praksom u SAD-u [111], naši zdravstveni radnici su bili mnogo konzervativniji u pogledu propisivanja i izdavanja hitne kontracepcije. Značajno veći broj farmaceuta nego ginekologa (12% vs. 2%, $p < 0.001$) ne bi ponudio ove proizvode nikome ni pod kakvim uslovima. Slični rezultati dobijeni su i u drugim istraživanjima što ukazuje na neujednačenu dostupnost ove metode, čak i za žrtve silovanja [112, 169]. Važnost primene ovih proizvoda u slučajevima silovanja ističu i same Kliničke smernice za urgentnu hormonsku kontracepciju [110]. Iako je uzorak bio reprezentativan za celu populaciju farmaceuta zaposlenih u javnim apotekama u Srbiji, potrebno je sprovesti dublje istraživanje primenom kvalitativnih tehnika, kako bi se rasvetlili razlozi za odbijanje izdavanja ovih proizvoda od strane farmaceuta.

Tek svaki treći zdravstveni radnik u našem istraživanju bi ponudio hitnu kontracepciju svakoj ženi za koju veruje da je pod rizikom od neplanirane trudnoće, dok bi polovina ponudila samo nakon nežaštićenog odnosa. Ovi rezultati su slični sa praksom farmaceuta u istraživanju u Australiji [112] gde je 69% učesnika smatralo izdavanje unapred neprihvatljivim u bilo kojoj situaciji, za bilo koju osobu. Iako su brojna istraživanja pokazala da je izdavanje hitne kontracepcije unapred bezbedno [170-172], još uvek nema podataka da bi se na taj način smanjio broj neželjenih trudnoća [162, 165]. Međutim, mala upotreba kontraceptiva i velika stopa abortusa u Srbiji, otvaraju prostor za primenu hitne kontracepcije. Potrebno je sprovesti dalja istraživanja kako bi se procenilo moguće smanjenje troškova javnog zdravlja primenom ove metode kad je u pitanju neplanirana trudnoća.

U našem istraživanju pokazalo se da žene i muškarci farmaceuti imaju drugačiji stav u vezi hitne kontracepcije, što je u skladu i sa rezultatima iz SAD-a [111] gde su muškarci imali veću šansu da smatraju da hitna kontracepcija dovodi do rizičnijeg ponašanja i imali su manju šansu da ponude ove tablete korisnici. Za razliku od stavova i prakse ginekologa u vezi redovne kontracepcije i abortusa koje se razlikuju u pojedinim regionima Srbije, ova razlika ne postoji kad je u pitanju hitna kontracepcija. Međutim, pokazalo se da postoji značajna razlika u stavovima farmaceuta. U Južnoj i Istočnoj Srbiji, regionu gde su ginekolozi kod planiranja porodice više orijentisani ka abortusima, pokazalo se da farmaceuti ne podržavaju hitnu kontracepciju. Ovi rezultati mogu ukazati na ozbiljan problem u dostupnosti metoda planiranja porodice pacijentkinjama u ovom regionu.

Značajno veći broj farmaceuta u odnosu na ginekologe koji ne bi nikome ni pod kakvim uslovima izdao hitnu kontracepciju zahteva dalje, detaljno istraživanje znanja, stavova i prakse ovih zdravstvenih radnika.

Znanje, stavovi i praksa farmaceuta u vezi sa hitnom hormonskom kontracepcijom

Farmaceuti su najdostupniji zdravstveni radnici. Posebno u situacijama izdavanja lekova bez recepta pacijenti se u velikoj meri oslanjaju samo na njihove savete. Zbog toga ovi zdravstveni radnici moraju imati odgovarajuće znanje o svim aspektima primene leka. Preporuke za primenu tableta hitne kontracepcije date su u Kliničkim smernicama za urgentnu hormonsku kontracepciju Centra za planiranje porodice (u daljem tekstu Kliničke smernice) [110]. U skladu sa ovim smernicama evaluirali smo znanje, stavove i praksu farmaceuta. Takođe, u mnogim zemljama postoje nacionalni vodiči za primenu ovih proizvoda: Vodič za hitnu kontracepciju Fakulteta za seksualno i reproduktivno zdravlje u Engleskoj [9], Internacionalnog konzorcijuma za hitnu kontracepciju [46] i Farmaceutskog društva Australije [173]. U daljoj diskusiji naših rezultata pozivaćemo se i na preporuke date u ovim vodičima.

Najčešće korišćeni preparati u cilju post-koitalnog sprečavanja nastanka trudnoće su levonorgestrel i ulipristal-acetat. Oba su registrovana i nalaze se u prometu u Srbiji [110]. Međutim, samo 20% ispitanih farmaceuta je znalo da je i ulipristal-acetat dostupan u apotekama. Njegov promet jeste dosta manji u poređenju sa levonorgestrelom [174], pa verovatno da velika većina farmaceuta nije bila u prilici da dođe u kontakt sa ovim lekom. S obzirom na ovu činjenicu, ne iznenađuje podatak da je samo 34% ispitanika znalo da je vremenski rok za primenu hitne kontracepcije 120 sati. U Kliničkim smernicama [110], kao i u odobrenom sažetku karakteristika leka [50], navodi se da levonorgestrel može da se primeni u period od 72 sata od seksualnog odnosa [110]. Međutim, još uvek postoje nejasnoće u vezi njegove efikasnosti i da li ona opada sa vremenom koje protekne od odnosa [9, 41, 175-177]. Analiza koja je obuhvatila četiri randomizovana kontrolisana istraživanja sprovedena od strane SZO [178] pokazala je da nema statistički značajne razlike u riziku za nastanak trudnoće drugog, trećeg i četvrtog u odnosu na prvi dan. Ovi podaci direktno ukazuju da je levonorgestrel efikasan i do 96 sati i da kasnija primena leka u ovom vremenskom okviru ne utiče na njegovu efikasnost. Međutim, poređenje efikasnosti prvog i petog dana pokazalo je statistički značajnu razliku povećanja rizika od nastanka trudnoće skoro šest puta petog dana. U drugom istraživanju procenat žena koje su ostale trudne nije se statistički razlikovao između grupa koje su primenile levonorgestrel petog dana i one koje nisu primenile nikakvu metodu [179]. Tako da se sa sigurnošću ne može tvrditi da li ovaj lek ima efikasnost ukoliko se primeni petog dana [178]. U komparativnim istraživanjima levonorgestrela i ulipristal-acetata [45, 177, 180] ustanovljene su značajno niže stope trudnoće u grupi koja je primenjivala ulipristal-acetat. Takođe, pokazalo se da se njegova efikasnost ne smanjuje sa vremenom koje protekne od seksualnog odnosa [45, 180]. S obzirom da je odobreni vremenski rok u kome ulipristal-acetat može da se primeni duži i iznosi 120 sati [110] informacija o dostupnosti ovog proizvoda može biti izuzetno značajna za neke korisnice. Međutim, u situacijama kada je prošlo više od 72 sata od nezaštićenog seksualnog odnosa, ukoliko je u apoteci dostupan samo levonorgestrel smatra se da je bolje, uz adekvatno objašnjenje o potencijalnim rizicima (npr. smanjenoj efikasnosti), ponuditi ga korisnici, nego je pustiti da traga za ulipristal-acetatom [9, 173]. Pacijentkinji treba omogućiti da uz dostupnost svih informacija

sama donese odluku o tome da li će i koju tabletu hitne kontracepcije primeniti. S obzirom da primena levonorgestrela nakon 72 sata nije u okviru odobrenog vremena doziranja, farmaceutima su potrebna jasna pisana uputstva kako da postupe u ovoj situaciji. Preporuka je da se uradi revizija Kliničkih smernica vezano za izdavanje levonorgestrela u slučaju da je prošlo više od 72 sata od nezaštićenog seksualnog odnosa.

Mehanizam dejstva hitne kontracepcije zasniva se na inhibiciji ili odlaganju ovulacije [110]. Manje od polovine ispitanika u našem istraživanju (42%) je to znalo. Takođe, skoro četvrtina ispitanika ne razlikuje mehanizam dejstva ovih proizvoda od abortificijenasa i smatra da sa etičkog stanovišta nema razlike u ovim metodama (23% i 27%, respektivno). Slično našim rezultatima i druga istraživanja su pokazala da farmaceuti ne prave jasnu razliku između ove dve metode kontrole rađanja [114, 116, 117]. Istraživanje u SAD-u je pokazalo da upravo razlikovanje ovih mehanizam dejstva predstavlja glavni faktor koji utiče na izdavanje hitne kontracepcije; farmaceuti koji su znali pravi mehanizam dejstva imali su veće šanse da izdaju hitnu kontracepciju [117]. Prema medicinskim kriterijumima, trudnoća počinje implantacijom oplodene jajne ćelije. Kako hitna hormonska kontracepcija sprečava fertilizaciju, a ne deluje na implantaciju, ona nije abortificijentno sredstvo [181]. Farmaceuti kao zdravstveni radnici imaju veoma važnu ulogu u savetovanju pacijenata. U našem istraživanju svaki treći farmaceut je izjavio da uvek ili često daje savete pacijentkinjama u vezi mehanizma dejstva hitne kontracepcije, a svaki četvrti to radi ponekad. Da bi farmaceuti dali pravi savet, neophodno je da i oni sami budu dobro informisani. Rezultati našeg istraživanja ukazuju na neophodnost dodatne edukacije farmaceuta o mehanizmu dejstva hitne kontracepcije, kao i o razlici u odnosu na abortificense.

Pored preosetljivosti na aktivnu supstancu ili ekscipijens proizvoda apsolutna kontraindikacija za primenu hitne kontracepcije je samo postojeća trudnoća [110]. Dva od tri farmaceuta u našem ispitivanju nisu to znali. Isti broj njih smatra apsolutnim kontraindikacijama tromb, migrenu i oboljenja jetre, što je u nekoj meri slično istraživanju u Novom Meksiku [116] gde oko polovine (54,5%) ispitanika takođe smatra ovo apsolutnim kontraindikacijama. U istom ovom istraživanju [116] samo trećina ispitanika je znala da je zapravo samo trudnoća jedina kontraindikacija. Kliničke smernice navode da se

upotreba levonorgestrela u svrhu hitne kontracepcije ne preporučuje ženama koje doje, a da se dojenje ne preporučuje tokom 36 sati od uzimanja ulipristal-acetata [110]. Za razliku od Kliničkih smernica, sažetak karakteristika leka levonorgestrela [50] ne navodi da se njegova upotreba ne preporučuje tokom dojenja, već daje smernice kako da se izlaganje odojčeta ovom leku smanji, odnosno, savetuje da se tableta uzme odmah nakon podoja, a zatim dojenje izbegava neko vreme. Engleski vodič [9] eksplicitno navodi da levonorgestrel nije kontraindikovano kod dojenja. U našem istraživanju samo polovina ispitanika (51%) je znala da treba da posavetuje korisnice koje doje da prekinu dojenje na neko vreme nakon uzimanja hitne kontracepcije. Ovi rezultati ukazuju na neophodnost revizije Kliničkih smernica, kao i edukacije farmaceuta o kontraindikacijama i bezbednoj primeni hitne kontracepcije u periodu dojenja.

Za primenu hitne kontracepcije potrebno je isključiti trudnoću i alergiju na sastojke preparata. Takođe, Kliničke smernice naglašavaju da levonorgestrel može da se propiše i kada postoji sumnja na prethodno nastalu trudnoću, jer neće ispoljiti štetan efekat na njen tok i ishod [110]. U našem istraživanju više od polovine farmaceuta (57%) ne zna ili misli da će levonorgestrel dovesti do kongenitalnih poremećaja, što je nešto manje nego i u istraživanju u Novom Meksiku (68%) [116], ali mnogo više nego u istraživanjima u Mađarskoj (16%) [118] i u Južnoj Karolini gde 23% farmaceuta i manje od 8% lekara delilo ovo mišljenje [182]. Rezultati ukazuju na potrebu detaljnije edukacije farmaceuta na temu uticaja hitne kontracepcije na trudnoću.

Hitna hormonska kontracepcija u Srbiji ne spada u grupu lekova koja se izdaje na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, tako da korisnice moraju same da je kupuju. Ispitanici u našem istraživanju su smatrali da je cena ovih proizvoda previsoka za neke pacijente, suprotno rezultatima studija u Australiji gde su se i farmaceuti [112] i žene [183] složili da su dostupni. Usled loše ekonomske situacije u Srbiji, ova činjenica može predstavljati ozbiljnu prepreku u primeni hitne kontracepcije. S obzirom da se lekovi bez recepta ne mogu izdavati na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, ekonomski faktor može biti i jedan od razloga zašto više od polovine ispitanika (58%) u našem istraživanju smatra da hitna kontracepcija treba da je dostupna samo „na recept“. Nasuprot našim rezultatima, u istraživanju sprovedenom još 1997. godine u Južnoj Africi, 69%

farmaceuta je podržalo izdavanje hitne kontracepcije bez recepta, dok 67% veruje da je to bitno za podizanje nivoa svesti javnosti o ovom vidu prevencije neželjene trudnoće [184]. Međutim, u istraživanju koje su sproveli Barrett i Harper u Velikoj Britaniji [185] kod farmaceuta javnih apoteka i lekara opšte prakse dat je negativan stav po pitanju režima izdavanja ovih lekova bez recepta. U istraživanju sprovedenom u Švedskoj 70% (n=153) farmaceuta i 68% (n=91) lekara smatra da je neophodno uspostaviti odgovarajuću saradnju između apoteka i klinika kada je u pitanju hitna kontracepcija. Farmaceutima su potrebni saveti i podrška iskusnih profesionalaca i to posebno u slučajevima koji se tiču tinejdžera. Lekari smatraju da farmaceuti treba da pruže korisnicima adekvatne informacije o lokalnim klinikama koje ih dalje mogu pratiti i savetovati, kao i da upute na njih pacijente u specifičnim slučajevima [186].

Kliničke smernice navode da je levonorgestrel moguće primeniti više puta, dok ulipristal-acetat može da se primeni samo jednom u menstruacionom ciklusu [110]. U našem istraživanju svaki četvrti farmaceut (27%) je znao da progestagenska hitna kontracepcija može da se primeni više puta u jednom menstrualnom ciklusu, a uz to 84% njih veruje da će ponovljena primena negativno uticati na zdravlje korisnice. Ovo je znatno više nego u istraživanju u Južnoj Karolini gde je polovina lekara, kao i dve trećine farmaceuta delila ovakav stav [182], kao i u još jednom istraživanju u SAD-u gde 61% farmaceuta smatra da je ponavljanje upotrebe loše [117]. Australijski vodič navodi da nema ograničenja u broju tableta levonorgestrela koje se mogu primeniti u jednom menstrualnom ciklusu. Ali, s obzirom da je ova metoda zaštite od neželjene trudnoće manje efikasna od drugih, ne preporučuje se njena redovna primena. Farmaceuti se upućuju da posavetuju pacijentkinje o odgovarajućim redovnim metodama kontracepcije [173]. U našem istraživanju velika većina ispitanika je znala da je efikasnost ove metode 84% i smatraju je neprihvatljivom kao redovnu metodu kontracepcije (73% i 90%, respektivno). Takođe, skoro svi farmaceuti u našem istraživanju složili su se da je zadatak farmaceuta da daje pacijentkinjama savete o redovnoj kontracepciji prilikom izdavanja hitne kontracepcije. Međutim, u praksi samo dva od tri farmaceuta to i rade. U ranijim istraživanjima sprovedenim u Južnoj Africi [184] i Australiji [112], većina farmaceuta je diskutovala sa

pacijentkinjama na ovu temu, što potvrđuje činjenicu da bi savetovanje o kontracepciji trebalo da bude deo redovne farmaceutske prakse. Takođe i Kliničke smernice navode da je prilikom izdavanja hitne kontracepcije ženu potrebno informisti da ona ne pruža zaštitu za naredne seksualne odnose, pa je stoga potrebno da se ubuduće uzdržava od odnosa ili koristi redovnu kontracepciju [110]. Vezano za savetovanje, većina (68%) farmaceuta u našem istraživanju smatra da je njihov zadatak da savetuje korisnice o polno prenosivim bolestima prilikom izdavanja hitne kontracepcije, što je nešto više nego u istraživanju u Australiji (54,5%) [112]. U našem istraživanju samo 40% ispitanika je izjavilo da u apoteci ima izdvojen prostor ili deo prostorije za savetovanje, a 60% uvek ima i dovoljno vremena da uz izdavanje hitne kontracepcije da i savet korisnicama. Farmaceuti u istraživanju u Australiji navode upravo nedostatak privatnosti kao prepreku adekvatnom savetovanju korisnica. Mnogi navode da korisnice savetuju samo u izdvojenim delovima apoteke gde je moguće osigurati privatnost ili na mestu udaljenom od drugih pacijenata [112]. U istraživanjima sprovedenim u Francuskoj, Norveškoj, Švedskoj i Portugaliji pacijentkinje su izneli oprečne stavove po pitanju privatnosti u apotekama; dok su se neke žalile na nedostatak privatnosti prilikom savetovanja u vezi sa hitnom kontracepcijom, za druge je isto to bilo sasvim u redu [187]. U istraživanju u Velikoj Britaniji pacijentkinje su imale samo pozitivna iskustva u kontaktu sa farmaceutima u vezi savetovanja o hitnoj kontracepciji [188]. Nedostatak prostora, kao i vremena u toku svakodnevnog obavljanja farmaceutske prakse svakako mogu umanjiti kvalitet savetovanja. Ali uprkos tome, farmaceute u Srbiji treba ohrabriti da redovno sprovode savetovanje o reproduktivnom zdravlju. U tu svrhu mogu se organizovati posebne edukacije koje se tiču veština komunikacije i savetovanja, kako bi farmaceuti stekli samopouzdanje i osećali se komotno da diskutuju na osetljive teme.

U poređenju sa ispitanicima u istraživanju koje su sproveli Hussainy i saradnici [112], farmaceuti u našem istraživanju su imali konzervativniji stav prema izdavanju hitne kontracepcije mlađima od 16 godina. Posebno farmaceuti sa više godina radnog iskustva su bili skloniji da odbiju izdavanje ovih proizvoda zbog godina korisnice. Zabrinutost da mlađi od 16 godina nisu sposobni da preuzmu odgovornost za primenu tableta hitne kontracepcije pokazali su i ispitanici u istraživanju Hussainy i saradnika [112], kao i u još

jednom istraživanju sprovedenom u Švedskoj [186]. Sažetak karakteristika leka koji je poslednji put odobren od strane AliMSa novembra 2008. godine, navodi da se upotreba levonorgestrela kod mlađih od 16 godina ne preporučuje bez nadzora lekara [50]. Međutim, istraživanja sa korisnicama su pokazala da je hitna kontracepcija bezbedna za mlade devojkje [189], da se kod njih ne javljaju češće neželjena dejstva [190], kao i da je njihovo razumevanje uputstva za upotrebu sasvim adekvatno tako da omogući bezbednu i efikasnu upotrebu proizvoda [191, 192]. Preporuka Međunarodnog konzorcijuma za hitnu kontracepciju je da se adolescentima omogući direktan pristup hitnoj kontracepciji, bez ikakvih kliničkih ili programskih ograničenja [46]. Takođe, EMA je nedavno odobrila OTC režim izdavanja ulipristal-acetata bez starosnih ograničenja [109]. Farmaceuti, kao najdostupniji zdravstveni radnici, treba da su podrška adolescentima u pravilnoj primeni kontracepcije. Da bi ostvarili očekivanja, moraju biti upoznati sa svim aspektima izdavanja i primene hitne kontracepcije. Neophodno je da kontinuirane medicinske edukacije farmaceuta uključe i zakonske osnove izdavanja tableta hitne kontracepcije.

U vezi sa izdavanjem unapred, većina ispitanika u našem istraživanju imala je negativan stav. Ovi rezultati slični su rezultatima istraživanja u Australiji [112] gde je 69% ispitanih farmaceuta smatralo neprihvatljivim izdavanje unapred za sve žene i u bilo kojoj situaciji. Nasuprot ovim rezultatima, samo 29% farmaceuta u Turskoj imalo je negativan stav prema čuvanju tableta hitne kontracepcije kod kuće, u slučaju da zatreba [115]. Brojna istraživanja pokazala su da je izdavanje unapred hitne kontracepcije bezbedno [170-172], da ovi proizvodi neće uticati na porast rizičnog seksualnog ponašanja, niti će dovesti do manje upotrebe redovne kontracepcije [163]. Takođe, Kliničke smernice navode da je propisivanje unapred opravdano kod određenih žena i da su istraživanja pokazala da žene kojima je unapred data hitna kontracepcija nisu sklone da je nekritički koriste [110]. U Srbiji, gde je znanje farmaceuta o hitnoj kontracepciji ograničeno, a broj abortusa visok, itekako je preporučljivo sprovesti akcije koje će stimulisati izdavanje ovih proizvoda unapred.

Ispitanici u našem istraživanju pokazali su nešto konzervativniji stav prema izdavanju hitne kontracepcije kada u apoteku nije došla krajnja korisnica u odnosu na

ispitanike u istraživanju koje su sproveli Hussainy i saradnici [112] (70% vs. 60%). Australijski vodič [173] upućuje farmaceute da u ovim situacijama izdaju hitnu kontracepciju trećem licu u skladu sa Profesionalnim standardom prakse [193]. Dok Vodič za hitnu kontracepciju na Novom Zelandu [194] zahteva od farmaceuta izdavanje hitne kontracepcije isključivo krajnjoj korisnici. Izuzeci su mogući u određenim situacijama, npr. moguće je izdati suprugu korisnice, ali je takođe neophodno stupiti u kontakt sa korisnicom, npr. telefonom, kako bi se dobilo njeno odobrenje za izdavanje trećem licu. U našem istraživanju samo 10% ispitanika je izjavilo da često izdaju hitnu kontracepciju muškarcima, dok 64% izdaje ponekad ili retko. Čak 26% farmaceuta u Srbiji nikada ne izdaje ove tablete muškarcima, što je značajno više nego u istraživanju sprovedenom u Turskoj [115]. U istraživanju koje su sproveli Hguyen i Zaller u SAD-u [195] 71% ispitanika je podržalo izdavanje hitne kontracepcije muškarcima, ali 65% veruje da to nije bezbedna i efikasna metoda zaštite od neželjene trudnoće. Ovakav stav je između ostalog i pod uticajem verovanja da će muškarci uz hitnu kontracepciju manje koristiti kondome. U našem istraživanju oko polovine ispitanika (46%) takođe deli ovo uverenje. Kako bi omogućila pravovremenu primenu ove metode zaštite od neželjene trudnoće, FDA-a je odobrila izdavanje hitne kontracepcije muškarcima pod istim uslovom kao i ženama [196]. Kliničke smernice u Srbiji nisu obuhvatile situacije izdavanja hitne kontracepcije trećem licu. Neophodno je uraditi reviziju Kliničkih smernica, a nakon toga i edukaciju farmaceuta kako postupiti u situaciji kada u apoteku nije došla krajnja korisnica.

Ispitanici u našem istraživanju pokazali su visok nivo profesionalizma smatrajući neprihvatljivim da personalne karakteristike i moralna uverenja utiču na izdavanje hitne kontracepcije. Ovi rezultati su u suprotnosti sa rezultatima istraživanja u Novom Meksiku gde je jedna trećina ispitanika navela da se protivi izdavanju hitne kontracepcije zbog religijskih ili moralnih razloga [116]. Takođe, za svakog petog farmaceuta u istraživanju u Australiji (22%) uticaj religije na izdavanje hitne kontracepcije je bio prihvatljiv [112]. Ipak naše istraživanje je pokazalo značajan uticaj pojedinih socio-demografskih karakteristika na znanje, stavove i praksu farmaceuta. Dominantna karakteristika koja ih oblikuje je radni staž. Farmaceuti sa dužim radnim stažom imali su manju šansu da savetuje pacijentkinje o ponovljenom doziranju tableta hitne kontracepcije u slučaju potrebe, da

pogreše kod apsolutnih kontraindikacija, odbiju izdavanje unapred, kao i da smatraju da će česta upotreba hitne kontracepcije negativno uticati na zdravlje korisnice. Takođe, ista grupa farmaceuta imala je veću šansu da smatraju da bi sve tablete hitne kontracepcije trebale da se izdaju „na recept“, da odbiju izdavanje zbog godina pacijentkinje i da smatraju da nije njihov zadatak da savetuju pacijentkinje o polno prenosivim bolestima. Iz ovoga se vidi da je razlika koja postoji između starijih i mlađih generacija farmaceuta upravo u shvatanju farmaceutske profesije. U Srbiji, kao i u celom svetu, ova profesija se razvijala od magistralne izrade lekova (tokom 1910-ih i 1920-ih godina) do izdavanja gotovih lekova (oko 1950-ih godina) i konačno do farmaceutske zdravstvene zaštite. Međutim, ovaj razvoj nije bio podjednako uspešan svuda. Srbija je i dalje u periodu tranzicije. Određene promene su uvedene u osnovno obrazovanje farmaceuta sa ciljem da se promeni fokus sa leka na pacijenta. Ovo je verovatno razlog zašto mlađi farmaceuti vide svoju ulogu u savetovanju pacijenata. Starije kolege, pak smatraju da to nije njihov zadatak i osećaju se sigurnije ukoliko lek ima režim izdavanja na recept.

Slično kao i u drugim istraživanjima [197, 198], farmaceuti u Srbiji su pokazali da nemaju dovoljno znanje o hitnoj kontracepciji i to u svim aspektima. Kako ovi proizvodi mogu da se nabave direktno u apotekama, korisnici se oslanjaju na znanje farmaceuta, a u ovim slučajevima instrukcije koje dobiju mogu biti pogrešne. Edukacija ovih zdravstvenih radnika može biti ključni faktor u poboljšanju dostupnosti hitne kontracepcije. Dobro organizovane edukacije su preko potrebne, s obzirom da je polovina ispitanika u našem istraživanju izjavila da nikada nije imala edukaciju o hitnoj kontracepciji, ili se ne seća da je imala. Na osnovu rezultata našeg istraživanja, farmaceutima u Srbiji je neophodna edukacija o dostupnim proizvodima na tržištu, vremenskom roku za njihovu primenu, mehanizmu dejstva, bezbednosti proizvoda i kontraindikacijama. Zvanično odobrene Kliničke smernice za primenu urgentne hormonske kontracepcije, kao i koordinacija sa ginekolozima u cilju razmene iskustva u vezi primene hitne kontracepcije pomogla bi farmaceutima u donošenju ispravne odluke i pravilne upotrebe ove metode planiranja porodice.

Ograničenja istraživanja

Rezultate našeg istraživanja trebalo bi tumačiti u skladu sa ograničenjima, od kojih je prvo procenat odgovora. U istraživanju sa ginekolozima procenat potpunih upitnika je bio 33%. Pregledom literature veći procenat odgovora primećen je u istraživanjima u kojima je nuđena novčana kompenzacija za učešće. S obzirom da naša istraživanja nisu bila sponzorirana, ovaj vid stimulacije nije bio moguć.

Drugo ograničenje istraživanja sa ginekolozima predstavlja i korišćenje samog uzorka ispitanika koji su pohađali kurseve kontinuirane edukacije. Ovakav uzorak bi mogao dovesti do stvaranja slike sa pozitivnijim stavom prema kontracepciji, jer učesnici ovih edukacija, kao i oni koji su pristali da učestvuju u istraživanju, mogu biti bolje informisani i imati pozitivniji stav prema kontracepciji, nego cela populacija ginekologa. Treće ograničenje odnosi se takođe na istraživanje sa ginekolozima i strukturu ispitanika, gde je bilo samo nekoliko ginekologa mlađih od 35 godina (3%). Najverovatniji razlog za to je veliki problem zapošljavanja i dobijanja specijalizacije usled finansijske krize u zemlji.

Četvrto ograničenje je sprovođenje istraživanja sa farmaceutima elektronskim putem. S obzirom da u ovakvim situacijama nikada ne možemo biti sigurni ko je zaista popunjavao upitnik, prepostavili smo da su to radili farmaceuti kojima je on bio i namenjen. Peto ograničenje su pojedina pitanja za procenu znanja farmaceuta koja nisu decidno razdvojila dve vrste tableta hitne kontracepcije (levonorgestrel i ulipristal-acetat), što je moglo uticati na odgovore. Prepostavili smo da su svi ispitanici pravilno razumeli sva pitanja i da su dali iskrene odgovore.

Peto ograničenje odnosi se na sam metod samoprijavlivanja. Kako se ovaj metod bazira na odgovorima ispitanika, ne postoji garancija da u istraživanju nisu prisutni uticaji socijalno poželjnog ponašanja, kao i greške usled prisećanja.

Poslednje ograničenje našeg istraživanja i element koji mu nedostaje je zapravo glas pacijenata. Kako se pacijenti osećaju u kontaktu sa ginekolozima i farmaceutima? Da li žele

savete po pitanju metoda planiranja porodice? Da li stavovi zdravstvenih radnika utiču na kvalitet informacija koje dobiju pacijenti? Bilo bi zanimljivo istraživanje sa pacijentima uporediti sa našim rezultatima.

Prednosti istraživanja

Naša istraživanja imaju više prednosti među kojima prva predstavlja dobro dizajnirane instrumente. U istraživanju sa ginekolozima korišćen je upitnik čija je kompletna priprema bila u skladu sa ISPOR-ovim smernicama dobre prakse za prevođenje i kulturološku adaptaciju upitnika [147]. Upitnik za istraživanje sa farmaceutima je posebno razvijen, specijalno za ovo istraživanje. Sva pitanja bazirana su na naučnoj i stručnoj literaturi.

Druga prednost istraživanja je struktura uzoraka. U istraživanju su učestvovali ginekolozi i farmaceuti iz svih regiona Srbije. Takođe, odnos muškaraca i žena, kao i regionalna distribucija ispitanika bili su uporedivi sa podacima Instituta za javno zdravlje Srbije [67], odnosno podacima FKS [151], tako da je generalizacija rezultata moguća. Treća prednost je reprezentativan uzorak za celu populaciju farmaceuta [150], tako da naši rezultati predstavljaju nacionalno znanje, stavove i praksu farmaceuta javnih apoteka Srbije.

Četvrta prednost je perspektiva istraživanja. Svaki deo ovog istraživanja je značajan sam po sebi, ali zajedno daju holističku perspektivu, tako da je moguće sagledati kompletnu sliku usluga na svim nivoima zdravstvene zaštite. Takođe, treba naglasiti da su metode planiranja porodice samo jedna od tema na koje treba dodatno obratiti pažnju u toku obrazovanja i daljih kontinuiranih edukacija lekara i farmaceuta.

Poslednja prednost našeg istraživanja je značajan doprinos literaturi u vezi sa ginekološkom i farmaceutskom praksom i obrazovanjem, s obzirom da je ovo prvo

istraživanje u Srbiji ovog tipa. U literaturi ne postoje druga istraživanja sa farmaceutima u vezi sa hitnom kontracepcijom. Što se tiče ginekologa, u poslednjih 20 godina urađena su samo tri istraživanja koja su uključila i ovu grupu zdravstvenih radnika. Međutim, nijedno istraživanje nije se bavilo uticajem socio-demografskih karakteristika i stavova na njihovu praksu. Naše istraživanje ne samo da se bavilo ispitivanjem ove povezanosti, već smo došli i do značajnih implikacija za zdravstvenu politiku i praksu.

6. Zaključak

Polovina ginekologa u našem istraživanju nije podržala upotrebu barem jedne metode redovne kontracepcije. Tubalna sterilizacija je bila metoda na koju su ginekolozi najčešće imali moralne ili etičke zamerke i koju ne bi ponudili pacijentkinji. Lekari koji su imali zamerke na kontracepciju imali su manje šanse da imaju zamerke na abortus i bili su spremni da pomognu pacijentkinji da ga uradi. Uticaj regiona se pokazao značajnim faktorom za praksu ginekologa: ispitanici koji ne bi ponudili jednu ili više metoda kontracepcije, ali ne bi odbili da urade abortus imali su veće šanse da rade u Južnoj i Istočnoj Srbiji.

Zdravstveni radnici u našem istraživanju veruju da će hitna kontracepcija smanjiti broj neželjenih trudnoća, s tim što su ginekolozi nešto više ubeđeni u efikasnost ove metode nego farmaceuti. Međutim, ginekolozi su istovremeno iskazali i veću zabrinutost u vezi sa rizičnim kontraceptivnim i seksualnim ponašanjem korisnica kojima je dostupna hitna kontracepcija. U pogledu prakse, značajno veći broj farmaceuta ne bi izdao ove proizvode nikome ni pod kakvim uslovima, čak ni žrtvama seksualnog nasilja. Takođe, veliki broj ispitivanih farmaceuta je izjavio da bi odbili izdavanje hitne kontracepcije u specifičnim situacijama: za buduću upotrebu, kada je prošlo više od 72 sata od odnosa, kada u apoteku nije došla krajnja korisnica, kao i zbog godina korisnice. Polovina ovih ispitanika imala je nedovoljno znanje o hitnoj kontracepciji. Takođe, skoro isti broj njih je izjavio da nikada nije imao edukaciju o ovoj vrsti proizvoda, ili se ne seća da je imao. Pokazalo se da je farmaceutska praksa izdavanja hitne kontracepcije pod uticajem znanja, stavova, kao i socio-demografskih karakteristika od kojih je najdominantnija radni staž.

Rezultati našeg istraživanja imaju implikacije kako za buduća istraživanja, tako i za zdravstvenu politiku i praksu. Istraživanje uloge ginekologa i farmaceuta iz perspektive zdravstvenih radnika i perspektive pacijenata dalo bi dodatni doprinos razumevanju spore tranzicije kontrole rađanja ka kontracepciji. Takođe, bilo bi korisno ustanoviti sistem kako bi se pratili svi slučajevi odbijanja propisivanja ili izdavanja metoda kontracepcije.

Otvaranje telefonske linije za hitne slučajeve ili web strane gde bi pacijentkinje prijavljivale svoje slučaje dalo bi bolji uvid u stvarne probleme.

Naše istraživanje ima svoj doprinos i u zdravstvenoj politici. S obzirom da je veliki broj i ginekologa i farmaceuta izjavio da pojedine metode planiranja porodice ne bi ponudili pacijentkinji čak ni na njen zahtev, stvorila se potreba regulisanja ovakvih situacija. Kao je politika vezana za praksu, trebalo bi u sledećem koraku da predstavnici SLD i FKS rade zajedno na reviziji postojećih Kliničkih smernica za planiranje porodice. Posebno u reviziji Kliničkih smernica za urgentnu hormonsku kontracepciju treba revidirati sva poglavlja koja smo kroz naše istraživanje definisali kao sporna. Takođe, potrebno je i definisanje protokola kojim će se odrediti da li zdravstveni radnici imaju pravo da odbiju metodu planiranja porodice ako je pacijentkinja traži, a kod nje ne postoje poznate kontraindikacije.

U pogledu prakse, rezultati istraživanja su ukazali na neophodnost organizovanja edukacija za obe grupe zdravstvenih radnika. Posebno edukacije farmaceuta trebalo bi da pruže informacije o svim aspektima izdavanja i primene hitne kontracepcije za koje smo kroz naše istraživanje ustanovili da nedostaju. Ove edukacije trebalo bi da budu obavezne.

Pristup zdravstvenom sistemu i uslugama ne treba da bude pod uticajem ličnih karakteristika, verovanja ili nedostatka znanja. Lični stavovi i uverenja ne treba da budu vodeći principi u kliničkoj praksi, već isključivo naučni dokazi. Posebno je zabrinjavajuća činjenica da su ginekolozi u svojoj praksi planiranja porodice pre svega orijentisani na abortuse, dok farmaceuti vrlo često predstavljaju barijeru u pristupu korisnicama hitnoj kontracepciji. Adekvatni klinički vodiči su neophodni u ovoj oblasti, ali istovremeno se postavlja pitanje adekvatnosti postojećih vodiča u drugim specijalističkim granama zdravstva, što ukazuje da naše istraživanje ima implikacije na javno zdravlje u celini. Takođe, obrazovanje, kao i organizovanje edukacija mogu biti povezani sa kliničkom praksom bilo kojih zdravstvenih radnika: medicinskih sestara, lekara, farmaceuta, socijalnih radnika i drugih. Značaj efikasne edukacije koja će zatim preći u informisanu praksu i

zdravstvenu politiku je izuzetno važan. Zdravstveni radnici treba da budu adekvatno edukovani kako bi ispunili očekivanja pacijenata.

7. Literatura

- [1] Rašević M. Srbija dvadeset godina posle Kairske konferencije: Ima li napretka u sferi reproduktivnog zdravlja? Zb. Matice srp. druš. nauke 2013; 144(3):413-28.
- [2] World Health Organization. Sexual and Reproductive Health. Dostupno na: <http://www.who.int/reproductivehealth/en/>. Datum poslednjeg pristupa: 08.09.2015.
- [3] United Nations. International Conference on Population and Development Program of Actions. 1995. New York: UNFPA; 2014. Dostupno na: <http://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action>. Datum poslednjeg pristupa: 19.06.2016.
- [4] Horga M, Mujović-Zornić H. Procena kvaliteta dostupnih usluga na polju planiranja porodice u Republici Srbiji. Asocijacija za seksualno i reproduktivno zdravlje Srbije i UNFPA. 2013. Dostupno na: <http://safersexresurs.org/userfiles/files/Procena%20kvaliteta%20planiranje%20porodice%20Srbija.pdf>. Datum poslednjeg pristupa: 19.06.2016.
- [5] Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Sl. Glasnik RS 107/05, 72/09, 88/10, 57/11.
- [6] Scott A, Glasier A. Evidence based contraceptive choices. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 2006; 20:665-80.
- [7] Berisavac M, Sparić R, Argirović R. Kontracepcija: savremeni trendovi i kontroverzna mišljenja. SrpArh Celok Lek 2009;137(5-6): 310-9.
- [8] Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception 2011; 83(5): 397-404.
- [9] Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Combined hormonal contraception clinical guidance. 2012. Dostupno na:

<http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceCombinedHormonalContraception.pdf>.

Datum poslednjeg pristupa: 12.12.2015.

- [10] Berisavac M. Kontraceptivna sredstva – prednosti i zablude. Beograd: Innotech 2008.
- [11] Kulkarni J. Depression as a side effect of the contraceptive pill. *Expert Opin Drug Saf* 2007. 6(4): 371-4.
- [12] Rathburn S. Venous thromboembolism in women. *Vasc Med* 2008;13(3): 255-66.
- [13] Heinemann L, Dinger J. Range of published estimates of venous thromboembolism incidence in young women. *Contraception* 2007; 75:328-36.
- [14] Dinger J, Heinemann L, Kuhl-Habichl D. The safety of drospirenone-containing oral contraceptive: final results from the European Active Surveillance study on Oral Contraceptives based on 142,475 women-years of observation. *Contraception* 2007; 75(5):344-54.
- [15] Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije “ Dr Vukan Čupić”. Kliničke smernice za kombinovanu hormonsku kontracepciju. 2012. Dostupno na: http://www.imd.org.rs/pdf/republickicentar/Klinicke_smernice_za_kombinovanu_hormonsku_kontracepciju.pdf. Datum poslednjeg pristupa: 16.11.2015.
- [16] Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: Collaborative reanalysis of individual data on 53,297 women with breast cancer and 100,239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet* 1996; 347(9017):1713-27.
- [17] Kahlenborn C, Modugno F, Potter D, Severs W. Oral contraceptive use as a risk factor for premenopausal breast cancer: a meta- analysis. *Mayo Clin Proc* 2006;81(10):1290-302.

- [18] Marchbanks P, McDonald J, Wilson H, Folger S, Mandel M, Daling J and et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 2002;346:2025-32.
- [19] Vessey M, Painter R. Oral contraceptive use and cancer: Findings in a large cohort study 1968–2004. *Br J Cancer* 2006;95(3):385-9.
- [20] Kumle M, Weiderpass E, Braaten T, Persson I, Adami H, Lund E. Use of oral contraceptives and breast cancer risk: the Norwegian-Swedish Women's Lifestyle and Health Cohort Study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2002;11(11):1375–81.
- [21] Rosenberg L, Zhang Y, Coogan P, Strom B, Palmer J. A case-control study of oral contraceptive use and incident breast cancer. *Am J Epidemiol* 2009;169(4):473–9.
- [22] Irwin KL. The association between oral contraceptive use and neoplasia of the cervix, vagina and vulva. In: PC Hannaford, A MC Webb, editors. Evidence-guided prescribing of the pill. The Parthenon Publishing Group, London; 1996:145-56.
- [23] Royar J, Becher H, Chang-Claude J. Low-dose oral contraceptives: protective effect on ovarian cancer risk. *Int J Cancer* 2001;95(6):370-4.
- [24] Whitaker A, Gilliam M. Contraceptive care for adolescents. *Clin Obstet Gynecol* 2008;51(2):268-80.
- [25] Westhoff C. Depot-medroxyprogesterone acetate injection (Depo Provera): a highly effective contraceptive option with proven long term safety. *Contraception* 2003;68(2):75-87.
- [26] Turok D. The quest for better contraception: future methods. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2007;34(1):137-66.
- [27] Tolaymat L, Kaunitz A. Long-acting contraceptives in adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007;19(5):453-60.

- [28] Doyle J, Stern L, Hagan M, Hao J, Gricar J. Advances in contraception: IUDs from a managed care perspective. *J Womens Health (Larchmt)* 2008;17(6): 987-92.
- [29] Rivera R, Yacobson I, Grimes D. The mechanism of action of hormonal contraceptive and intrauterine contraceptive devices. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1999;181(5 Pt 1):1263-9.
- [30] Agencija za lekove i medicinska sredstva Srbije. Sažetak karakteristika leka. Mirena. 2011. Dostupno na: <http://www.alims.gov.rs/ciril/files/lekovi/smcp/515-01-7535-10-001.pdf>. datum poslednjeg pristupa: 12.10.2015.
- [31] Sivini I, Stern J, Continho E, Mattos C, Mahgoub S, Diaz S et al. Prolonged intrauterine contraception: a seven year randomised study of levonorgestrel 20 mg (LNG 20) and copper T380 Ag IUD. *Contraception* 1991;44(5):473-80.
- [32] Raymond E, Chen P, Luoto J, Spermicide Trial Group. Contraceptive effectiveness and safety of five nonoxynol-9 spermicides: a randomised trial. *Obstetrics and Gynecology* 2004;103(3):430-9.
- [33] Gallo M, Grimes D, Schulz K. Nonlatex vs latex male condoms for contraception: a systematic review of randomised controlled trials. *Contraception* 2003;68(5): 319-26.
- [34] Randolph M, Pinkerton S, Bogart L, Cecil H, Abramson P. Sexual pleasure and condom use. *Arch Sex Behav* 2007;36(6):844-8.
- [35] Kerrin J, Carignan C, Cher D. The safety and effectiveness of a new hysteroscopic method for permanent birth control: results of the first ESSURE pbc clinical study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2001;41(4):364-70.
- [36] Abbott J. Transcervical sterilization. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007;19(4):325-30.

- [37] Hillis S, Marchbanks P, Tylor L, Peterson H. Poststerilisation regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilisation. *Obstetrics and Gynecology* 1999;93:889-95.
- [38] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Male and female sterilisation. In *Evidence-based Clinical Guidelines No 4*. 2nd edn., London, RCOG, 2004.
- [39] United Nations. Department of Economic and Social Affairs Population Division. *World contraceptive patterns*. 2013. Dostupno na: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/family/contraceptive-wallchart-2013.shtml>. Datum poslednjeg pristupa: 27.11.2015.
- [40] Labbok M, Koniz-Booher P, Shelton J, Krasovec K. *Guidelines for Breastfeeding in Family Planning and Child Survival Programs*, Washington, DC: Georgetown University, School of Medicine, Institute for International Studies in Natural Family Planning; 1990.
- [41] Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998;352(9126):428-33.
- [42] von Hertzen H, Piaggio G, Van Look P. Emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. *Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Lancet* 1998;352(9144):1939.
- [43] Cheng L, Gulmezoglu A, Piaggio G, Ezcurra E, van Look P. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;2: CD001324.
- [44] Gemzell-Danielsson K. Mechanism of action of emergency contraception. *Contraception* 2010;82(5):404-9.

- [45] Glasier A, Cameron S, Fine P, Logan S, Casale W, Van Horn J. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomized non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet* 2010;375(9714):555-62.
- [46] ICEC. International Consortium for Emergency Contraception. Dostupno na: <http://www.cecinfo.org>. Datum poslednjeg pristupa: 15.11.2015.
- [47] Marions L, Cekan C, Bygdeman M, Gemzell Danielsson K. Preovulatory treatment with mifepristone and levonorgestrel impairs luteal function. *Contraception* 2004;69:373-7.
- [48] Hapangama D, Glasier A, Baird D. The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception* 2001;63(3): 123-9.
- [49] Durand M, del Carmen Cravioto M, Raymond E, Duran-Sanchez O, De la Luz Cruz-Hinojosa M, Castell-Rodriguez A et al. The mechanism of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 2001;64:227-34.
- [50] Agencija za lekove i medicinska sredstva Srbije. Sažetak karakteristika leka. Escapelle 2008. Dostupno na: <http://www.alims.gov.rs/ciril/files/lekovi/smpc/4508-2008-12.pdf>. Datum poslednjeg pristupa: 01.12.2015.
- [51] Agencija za lekove i medicinska sredstva Srbije. Sažetak karakteristika leka. Ellaone 2010. Dostupno na: <http://www.alims.gov.rs/ciril/files/lekovi/smpc/4451-2010-12.pdf>. Datum poslednjeg pristupa: 27.12.2015.
- [52] Brache V, Cochon L, Jesam C, Maldonado R, Salvatierra A, Levy D et al. Immediate pre-ovulatory administration of 30 mg ulipristal acetate significantly delays follicular rupture. *Hum Reprod* 2010;25(9):2256–63.
- [53] Stratton P, Hartog B, Hajizadeh N, Piquion J, Sutherland D, Merino M, Nieman L.

Endometrial effects of a single early-luteal dose of the selective progesterone receptor modulator CDB-2914. *Hum Reprod* 2000;15(5):1092-9.

- [54] United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World contraceptive use. 2015. Dostupno na: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2015.shtml>. Datum poslednjeg pristupa: 20.11.2015.
- [55] Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *Lancet* 2013;381(9878):1642-52.
- [56] Republički zavod za statistiku, Strategic Marketing, UNICEF. Istraživanje višestrukih pokazatelja u Srbiji za 2005. godinu. Praćenje stanja i položaja dece i žena; 2005.
- [57] Republički zavod za statistiku, UNICEF. Istraživanje višestrukih pokazatelja položaja žena i dece u Srbiji 2014 i Istraživanje višestrukih pokazatelja položaja žena i dece u romskim naseljima u Srbiji 2014. Beograd; 2014.
- [58] Sedgh G, Singh S, Shah I, Ahman E, Henshaw S, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet* 2012;379(9816):625-32.
- [59] WHO. The prevention and management of unsafe abortion. World Health Organization, Geneva; 1992.
- [60] WHO. Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008, sixth ed., Geneva: World Health Organization; 2011.

- [61] Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet* 2006;368(9550):1887–92.
- [62] Vlassoff M, Walker D, Shearer J, Singh S. Estimates of health care system costs of unsafe abortion in Africa and Latin America, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2009;35(3):114-21.
- [63] Rašević M. Da li je evidentirani broj abortusa u Srbiji realan? *Stanovništvo* 2008;46(2):7-21.
- [64] Rašević M, Sedlecki K. Pitanje postojanja abortusne kulture u Srbiji. *Stanovništvo* 2011;1:1-13.
- [65] Henshaw S, Morrow E. *Induced Abortion: A World Review*. New York: The Alan Guttmacher Institute; 1990.
- [66] Westoff C. A New Approach to Estimating Abortion Rates. In *CICRED International Seminar on Measurement of Abortion Incidence, Abortion-Related Morbidity and Mortality*. Paris; 2007.
- [67] Institut za javno zdravlje Srbije “Dr Milan Jovanovic Batut”. *Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2012*. 2013. Dostupno na: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2012.pdf>. Datum poslednjeg pristupa: 15.12.2015.
- [68] Milačić D. *Medicinski i socijalni aspekti problema humane reprodukcije u Srbiji*. Beograd: Univerzitet u Beogradu - Medicinski fakultet; 1983.
- [69] Rašević M. *Ka razumevanju abortusa u Srbiji*. Beograd: Univerzitet u Beogradu, Institut društvenih nauka, Centar za demografska istraživanja; 1993.
- [70] Garenne M, Tollman S, Kahn K. Premarital fertility in rural South Africa: a

challenge to existing population policy. *Studies in Family Planning* 2000;31(1):47-54.

- [71] MacPhail C, Pettifor A, Pascoe S, Rees H. Contraceptive use and pregnancy among 15-24 year old South African women: a nationally representative cross-sectional survey. *BMC Med* 2007;5(31):31.
- [72] Ip W, Chan M, Chan D, Chan C. Knowledge of and attitude to contraception among migrant woman workers in mainland China. *J Clin Nurs* 2011;20(11-12): 1685-95.
- [73] Oye-Adeniran B, Adewole I, Umoh A, Oladokun A, Gbadegesin A, Ekanem E et al. Community based study of contraceptives behaviour in Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2006;10(2):90-104.
- [74] Schrager S, Hoffmann S. Women's knowledge of commonly used contraceptive methods. *WMJ* 2008;107(7):327-30.
- [75] Dinas K, Hatzipantelis E, Mavromatidis G, Zepiridis L, Tzafettas J. Knowledge and practice of contraception among Greek female medical students. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008;13(1):77-82.
- [76] Grossman D, Fernández L, Hopkins K, Amastae J, Potter J. Perceptions of the safety of oral contraceptives among a predominantly Latina population in Texas. *Contraception* 2010;81(3):254-60.
- [77] Gilliam M, Warden M, Goldstein C, Tapia B. Concerns about contraceptive side effects among young Latinas: a focus-group approach. *Contraception* 2004;70(4):299-305.
- [78] Tiihonen M, Leppänen H, Heikkinen A, Ahonen R. Hormonal Contraceptive Users' Self-Reported Benefits, Adverse Reactions, and Fears in 2001 and 2007. *Patient*

2008;1(3):173-80.

- [79] Peipert J, Gutmann J. Oral contraceptive risk assessment: a survey of 247 educated women. *Obstet Gynecol* 1993;82(1):112-7.
- [80] Tessler S, Peipert J. Perceptions of contraceptive effectiveness and health effects of oral contraception. *Women's Health Issues* 1997;7(6):400-6.
- [81] Fuchs N, Prinz H, Koch U. Attitudes to current oral contraceptive use and future developments: the women's perspective. *Eur J Contraception Reprod Health Care* 1996;1(3):275-84.
- [82] Bryden P, Fletcher P. Knowledge of the risks and benefits associated with oral contraception in a university-aged sample of users and non-users. *Contraception* 2001;63(4):223-7.
- [83] Stanwood N, Bradley K. Young pregnant women's knowledge of modern intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 2006;108(6):1417-22.
- [84] Forrest J. U.S. women's perceptions of and attitudes about the IUD. *Obstet Gynecol Surv* 1996;51:S30-4.
- [85] Cramer D, Schiff I, Schoenbaum S, Gibson M, Belisle S, Albrecht B et al. Tubal infertility and the intrauterine device. *N Engl J Med* 1985;312(15):941-7.
- [86] Kronmal R, Whitney C, Mumford S. The intrauterine device and pelvic inflammatory disease: the Women's Health Study reanalyzed. *J Clin Epidemiol* 1991;44(2):109-22.
- [87] Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor D, Guerra-Infante F, Guzmán-Rodríguez R, Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *N Engl J Med* 2001;345(8):561-7.

- [88] Hladky K, Allsworth J, Madden T, Secura G, Peipert J. Women's knowledge about intrauterine contraception. *Obstet Gynecol* 2011;117(1):48-54.
- [89] Whitaker A, Terplan M, Gold M, Johnson L, Creinin M, Harwood B. Effect of a brief educational intervention on the attitudes of young women toward the intrauterine device. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2010;23(2):116-20.
- [90] Secura G, Allsworth J, Madden T, Mullersman J, Peipert J. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203(2):115.e1-7.
- [91] Sedlecki K, Rašević M. Attitudes to voluntary sterilization in Serbia: Women's and. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2006;11(4):277-84.
- [92] Erlenwein J, Kundu S, Schippert C, Soergel P, Hillemanns P, Staboulidou I. Attitude toward, acceptance of and knowledge about female sterilization as a method of contraception. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2015;185:83-7.
- [93] Tripathi R, Rathore A, Sachdeva J. Emergency contraception: knowledge, attitude and practices among health care providers in North India. *J Obstet Gynaecol Res* 2003;29(3):142-6.
- [94] Babae G, Jamali B, Ali M. Investigating the knowledge, attitudes and its relationship with the mean of using emergency contraception. *J Sex Marital Ther* 2003;29(4):269-75.
- [95] Ottesen D, Narring F, Renteria S, Michaud P. Emergency contraception among teenagers in Switzerland: A cross-sectional survey on the sexuality of 16- to 20-year-olds. *J Adolesc Health* 2002;31(1):101-10.
- [96] Veljković M, Radulović O, Veličković D. The knowledge of the Niš university students about emergency contraception. *Acta Medica Mediane* 2014;53(1):15-8.

- [97] Mathew S, Urquhart R. Awareness of emergency contraception. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2005;31(2):113-4.
- [98] Larsson M, Eurenus K, Westerling R, Tyden T: Emergency contraceptive pills over-the-counter: A population-based survey of young Swedish women. *Contraception* 2004;69(4):309-15.
- [99] Nguyen L, Bianchi-Demicheli F, Ludicke F: Women's knowledge and opinions of emergency contraception. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;82(2):229-30.
- [100] Romo L, Berenson A, Wu Z. The role of misconceptions on Latino women's acceptance of emergency contraceptive pills. *Contraception* 2004;69(3):227-35.
- [101] Johnson R, Nshom M, Nye A, Cohall A. There's always Plan B: adolescent knowledge, attitudes and intention to use emergency contraception. *Contraception* 2010;81(2):128-32.
- [102] Bombas T, Costa A, Palma F, Vicente L, Sá J, Nogueira A, Andrade S. Knowledge-attitude-practice survey among Portuguese gynaecologists regarding combined hormonal contraceptive methods. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2012;17(2):128-34.
- [103] Sibil T, Judith A, Johannes B, Susanne M. Contraceptive counseling by gynecologists—which issues are discussed and does gender play a role. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2007;28(1):13-9.
- [104] Buhling K, Klovekorn L, Daniels B, Studnitz F, Eulenburg C, Mueck A. Contraceptive counselling and self-prescription of contraceptives of German gynaecologists: Results of a nationwide survey. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2014;19(6):448-56.
- [105] Sedlecky K, Rašević M. Are Serbian gynaecologists in line with modern family

- planning? *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008;13(2):158-63.
- [106] Erviti J, Sosa Sánchez I, Castro R. Social origin of contraceptive counseling practices by male doctors in Mexico. *Qual Health Res* 2010;20(6):778-87.
- [107] Dehlendorf C, Levy K, Ruskin R, Steinauer J. Health care providers' knowledge about contraceptive evidence: A barrier to quality family planning care? *Contraception* 2010;81(4):292-8.
- [108] Gemzell-Danielsson K, Cho S, Inki P, Mansour D, Reid R, Bahamondes L. Use of contraceptive methods and contraceptive recommendations among health care providers actively involved in contraceptive counseling – Results of an international survey in 10 countries. *Contraception* 2012;86(6):631-8.
- [109] European Medicines Agency. Assessment history: ellaOne-H-C-1027-II-0021: EPAR-Assessment Report-Variation. Dostupno na: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Assessment_Report_-_Variation/human/001027/WC500181904.pdf. Datum poslednjeg pristupa: 01.11.2015.
- [110] Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije “Dr Vukan Čupić”. Kliničke smernice za urgentnu hormonsku kontracepciju. 2012. Dostupno na: http://www.imd.org.rs/pdf/republickicentar/Klinicke_smernice_za_urgentnu_hormonsku_kontracepciju.pdf. Datum poslednjeg pristupa: 16.11.2015.
- [111] Lawrence R, Rasinski K, Yoon J, Curlin F. Obstetrician-gynecologist physicians' beliefs about emergency contraception: a national survey. *Contraception* 2010;82:324-30.
- [112] Hussainy S, Stewart K, Chapman C, Taft A, Amir L, Hobbs M et al. Provision of the emergency contraceptive pill without prescription: attitudes and practices of

- pharmacists in Australia. *Contraception* 2011;83(2):159-66.
- [113] Bissell P, Savage I, Anderson C. A qualitative study of pharmacists' perspectives on the supply of emergency hormonal contraception via patient group direction in the UK. *Contraception* 2006;73(3):265-70.
- [114] Ehrle N, Sarker M. Emergency Contraceptive Pills: Knowledge and Attitudes of Pharmacy Personnel in Managua, Nicaragua. *Int Perspect Sex Reprod* 2011;37(2):67-74.
- [115] Apikoglu-Rabus S, Clark P, Izzettin F. Turkish pharmacists' counseling practices and attitudes regarding emergency contraceptive pills. *Int J Clin Pharm* 2012;34(4):579-86.
- [116] Borrego M, Short J, House N, Gupchup G, Naik R, Cuellar D. New Mexico Pharmacists' Knowledge, attitudes, and beliefs toward prescribing oral emergency contraception. *J Am Pharm Assoc* 2006;46(1):33-43.
- [117] Richman A, Daley E, Baldwin J, Kromrey J, O'Rourke K, Perrin K. The role of pharmacists and emergency contraception: are pharmacists' perceptions of emergency contraception predictive of their dispensing practices? *Contraception* 2012;86(4):370-5.
- [118] Szucs M, Parduczne Szollosi A, Bartfai G. Knowledge and attitudes of pharmacists regarding over-the-counter emergency contraception in South-Eastern Hungary. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2010;15(5):336-42.
- [119] Allport G. Attitudes. In *Handbook of social psychology*. Worcester, Mass: Clark University Press; 1935:789–844.
- [120] Ajzen I, Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood-Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1980.

- [121] Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley; 1975.
- [122] Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process* 1991;5:179-211.
- [123] Ajzen I. Attitudes, personality and behavior. Chicago, IL: The Dorsey Press; 1988.
- [124] Krebs D, Schmidt P, editors. *New Directions in Attitude Measurement*. Berlin: Walter de Gruyter & Co; 1993.
- [125] Millstein S. Utility of the theories of reasoned action and planned behavior for predicting physician behavior: a prospective analysis. *Health Psychol* 1996;15(5):398-402.
- [126] Mashburn J. Using the theory of planned behavior to predict Texas community pharmacists' willingness to provide sterile syringes to known or suspected intravenous drug users. The University of Texas at Austin; 2003.
- [127] Mason H. Using attitudes and subject norms to predict pharmacist counselling behaviors. *Patient Couns Health Educ* 1983;4:190-6.
- [128] Upmeyer A. *Attitudes and Behavioral Decisions*. New York: Springer; 1989.
- [129] Albarracin D, Johnson B, Fishbein M, Muellerleile P. Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2001;127(1):142-61.
- [130] Vanlandingham M, Suprasert S, Grandjean N, Sittitrai W. Two views of risky sexual practices among northern Thai males: The health belief model and the theory of reasoned action. *J Health Soc Behav* 1995;36:195-212.
- [131] Sheeran P, Orbell S. Do intentions predict condom use? Meta-analysis and

examination of six moderator variables. *Br J Soc Psychol* 1998;37:231-50.

- [132] Sheeran P, Abraham C, Orbell S. Psychosocial correlates of heterosexual condom use: a meta-analysis. *Psychol Bull* 1999;125(1):90-132.
- [133] Reid L, Christensen D. A psychosocial perspective in the explanation of patients' drug taking behavior. *Social Science and Medicine* 1988;27:277-85.
- [134] Godin G, Kok G. The theory of planned behavior: a review of its applications to health related behaviors. *The Science of Health Promotion* 1996;11(2):87-98.
- [135] Gold R, Karmiloff-Smith A, Skinner M, Morton J. Situational factors and thought processes associated with unprotected intercourse in heterosexual students. *AIDS Care* 1992;4(3):305-23.
- [136] Bajos EN, Marquet J. Research on HIV sexual risk: Social relations based approach in a cross-cultural perspective. *Soc Sci Med* 2000;50(11):1533-46.
- [137] Wight D. Impediments to safer heterosexual sex: a review of research with young people. *AIDS Care* 1992;4(1):11-23.
- [138] Chung G, Lawrence R, Rasinski K, Zoon J, Culin F. Obstetrician-gynecologists' beliefs about when pregnancy begins. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206(2):132-7.
- [139] Lawrence R, Rasinski K, Yoon J, Culin F. Obstetrician-gynecologists' beliefs about safe-sex and abstinence counseling. *Int J Gynaecol Obstet* 2011;114(3):281-5.
- [140] Lawrence R, Rasinski K, Yoon J, Culin F. Adolescents, contraception and confidentiality: a national survey of obstetrician-gynecologists. *Contraception* 2011;84(3):259-65.
- [141] Lawrence R, Rasinski K, Yoon J, Culin F. Obstetrician-gynecologists' views on contraception and natural family planning: a national survey. *Am J Obstet Gynecol*

2011; 204(124):e1-7.

- [142] Lawrence R, Rasinski K, Yoon J, Culin F. Factors influencing physicians' advice about female sterilization in USA: a national survey. *Human Reproduction* 2011;26:106-11.
- [143] Lawrence R, Yoon J, Kalad Y, Curlin F. Obstetrician-gynecologists' opinions about conscientious refusal of a request for abortion: results from a national vignette experiment. *J Med Ethics* 2011;37(12):711-4.
- [144] Stulberg D, Dude A, Dahlquist I, Curlin F. Abortion Provision Among Practicing Obstetrician-Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2011;118:609-14.
- [145] Yoon J, Rasinski K, Curlin F. Moral Controversy, Directive Counsel, and the Doctor's Role: Finding From a National Survey of Obstetrician-Gynecologists. *Academic Medicine* 2010;85:1475-81.
- [146] Lawrence R, Rasinski K, Yoon J, Culin F. Obstetrician–Gynecologists' Beliefs About Assisted Reproductive Technologies. *Obstet Gynecol* 2010;116:127-35.
- [147] Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health* 2005;8(2):94-104.
- [148] Ekman A, Dickman P, Klint A, Weiderpass E, Litton J. Feasibility of using web-based questionnaires in large population-based epidemiological studies. *Eur J Epidemiol* 2006;21(2):103-11.
- [149] van Gelder M, Bretveld R, Roeleveld N. Web-based questionnaires: the future in epidemiology? *Am J Epidemiol* 2010;172(11):1292-8.

- [150] Krejcie R, Morgan D. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970;30:607-10.
- [151] Farmaceutska komora Srbije. 15 April 2014. Dostupno na: <http://www.farmkom.rs>.
- [152] Zakon o pravima pacijenata. Službeni glasnik Republike Srbije. 2013;19-25.
- [153] Mattila-Lindy S, Hemminki E, Malin M, Makkonen K, Topo P, Mäntyranta T, Kangas I. Physicians' gender and clinical opinions of reproductive health matters. *Women Health* 1997;26(3):15-26.
- [154] Freundl G, Sivin I, Batá r I. State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: IV. Natural family planning. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2010;15(2):113-23.
- [155] Sinai I. Different methods for different needs: perception, behavior, and effectiveness. In Fehring RJ and Notare T, editors. *Human fertility: where faith and science meet. Proceedings of an interdisciplinary conference, August 11&12, 2006.* Milwaukee: Marquette University Press, Washington, DC; 2006.
- [156] Glatstein I, Harlow B, Hornstein M. Practice patterns among reproductive endocrinologists: further aspects of the infertility evaluation. *Fertil Steril* 1998;70:263-9.
- [157] Cooper-Patrick L, Gallo J, Gonzales J, Vu H, Powe N, Nelson C, Ford D. Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. *JAMA* 1999;282(6):583-9.
- [158] Weisman C, Nathanson C, Teitelbaum M, Chase G, King T. Delivery of fertility control services by male and female obstetrician-gynecologists. *Am J Obstet Gynecol* 1987;156(2):464-9.

- [159] Rašević M, Sedlecky K. The abortion issue in Serbia. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2009;14(6):385-90.
- [160] von Hertzen H, Piaggio G, Peregoudov A, Ding J, Chen J, Song S et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002;360(9348):1803–10.
- [161] Hua X, Chenga L, Huaa X, Glasier A. Advanced provision of emergency contraception to postnatal women in China makes no difference in abortion rates: a randomized controlled trial. *Contraception* 2005;72(2):111-6.
- [162] Polis C, Grimes D, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper C. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention. *Cochrane Database Syst Rev*:CD005497; 2007.
- [163] Rodriguez M, Curtis K, Gaffield M, Jackson E, Kapp N. Advance supply of emergency contraception: a systematic review. *Contraception* 2013;87(5):590-601.
- [164] Glasier A, Fairhurst K, Wyke S, Ziebland S, Seaman P, Walker J, Lakha F. Advanced provision of emergency contraception does not reduce abortion rates. *Contraception* 2004;69(5):361-6.
- [165] Raymond E, Trussell J, Polis C. Population effect of increased access to emergency contraceptive pills: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2007;109(1):181-8.
- [166] Rowlands S, Devalia H, Lawrenson R, Logie J, Ineichen B. Repeated use of hormonal emergency contraception by younger women in the UK. *Br J Fam Plann* 2000;26(3):138-43.
- [167] Abuabara K, Becker D, Ellertson C, Blanchard K, Schiavon R, Garcia S. As often as needed: appropriate use of emergency contraceptive pills. *Contraception* 2004;69(4):339-42.

- [168] Lo S, Ho P. Changes in contraceptive choice after emergency contraception. *Int J Gynaecol Obstet* 2012;118(3):223-6.
- [169] Woodell A, Bowling J, Moracco K, Reed M. Emergency contraception for sexual assault victims in North Carolina emergency departments. *NC Med J* 2007;68(6):399-403.
- [170] Raymond E, Stewart F, Weaver M, Monteith C, Van Der Pol B. Impact of increased access to emergency contraceptive pills: a randomized, controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006;108(5):1098-106.
- [171] Schwarz EB, Gerbert B, Gonzales R. Computer-assisted provision of emergency contraception a randomized controlled trial. *J Gen Inter Med* 2008;23(6):794-9.
- [172] Jackson R, Schwarz E, Freedman L, Darney P. Advance supply of emergency contraception: effect on use and usual contraception — a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2003;102(1):8-16.
- [173] Pharmaceutical Society of Australia. Supply of levonorgestrel as a Pharmacist Only Medicine for emergency contraception. Canberra: PSA; 2011.
- [174] Agencija za lekove i medicinska sredstva Srbije. Promet i potrošnja lekova. 2012. Dostupno na: http://www.alims.gov.rs/ciril/files/2014/09/PROMET_javnost-2012.pdf. Datum poslednjeg pristupa: 09.11.2015.
- [175] Ngai S, Fan S, Li S, Cheng L, Ding J, Jing X, Ng E, Ho P. A randomized trial to compare 24 hours 12 hours double dose regimen of levonorgestrel for emergency contraception. *Hum Reprod* 2004;20:307-11.
- [176] Wu S, Wang C, Wang Y. A randomized, double-blind, multicentre study on comparing levonorgestrel and mifepristone for emergency contraception. *Chinese Journal of Obstetrics and Gynecology* 1999;64(6):327-30.

- [177] Creinin M, Schlaff W, Archer D, Wan L, Frezieres R, Thomas M et al. Progesterone receptor modulator for emergency contraception: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006;108:1089-97.
- [178] Piaggio G, Kapp N, von Hertzen H. Effect on pregnancy rates of the delay in administration of levonorgestrel for emergency contraception: a combined analysis of four WHO trials. *Contraception* 2011;84(1):35-9.
- [179] Wilcox A, Weinberg C, Baird D. 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;333(23):1517-21.
- [180] Fine P, Mathe H, Ginde S, Cullins V, Morfesis J, Gainer E. Ulipristal acetate taken 48–120 hours after intercourse for emergency contraception. *Obstet Gynecol* 2010;115(2 Pt 1):257-63.
- [181] World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of three single doses of mifepristone as emergency contraception: a randomized trial. *Lancet* 1999;353:697-702.
- [182] Shrader S, Rodden A, Carroll L, Peterson L. Knowledge and attitudes about emergency contraception among pharmacist and physician preceptors in South Carolina. *Open Access Journal of Contraception* 2010;1:73-8.
- [183] Hobbs M, Taft A, Amir L, Stewart K, Shelley J, Smith A. Pharmacy access to the emergency contraceptive pill (ECP): a national survey of a random sample of Australian women. *Contraception* 2011;83(2):151-8.
- [184] Hariparsad N. Attitudes and practices of pharmacists towards emergency contraception in Durban, South Africa. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2001;6(2):87-92.

- [185] Barrett G, Harper R. Health professionals' attitudes to the deregulation of emergency contraception (or the problem of female sexuality). *Sociol Health Illness* 2000;22(2):197-216.
- [186] Aneblom G, Stalsby Lundborg C, Carlsten A, Eurenus K, Tyden T. Emergency contraceptive pills over-the-counter: practices and attitudes of pharmacy and nurse-midwife providers. *Patient Educ Couns* 2004;55(1):129-35.
- [187] Gainer E, Blum J, Toverud E, Portugal N, Tyden T, Nesheim B et al. Bringing emergency contraception over the counter: experiences of non-prescription users in France, Norway, Sweden and Portugal. *Contraception* 2003;68(2):117-24.
- [188] Anderson C, Bissell P. Using semi-covert research to evaluate an emergency hormonal contraception service. *Pharm World Sci* 2004;26(2):102-6.
- [189] Stewart H, Gold M, Parker A. The impact of using emergency contraception on reproductive health outcomes: A retrospective review in an urban adolescent clinic. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003;16(5):313-8.
- [190] Harper C, Rocca C, Darney P, von Hertzen H, Raine T. Tolerability of levonorgestrel emergency contraception in adolescents. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(4):1158-63.
- [191] Raymond E, L'Engle K, Tolley E, Ricciotti N, Arnold M, Park S. Comprehension of a prototype emergency contraception package label by female adolescents. *Contraception* 2009;79(3):199-205.
- [192] Raine T, Ricciotti N, Sokoloff A, Brown B, Hummel A, Harper C. An Over-the-Counter Simulation Study of a Single-Tablet Emergency Contraceptive in Young Females. *Obstet Gynecol* 2012;119(4):772-9.
- [193] Pharmaceutical Society of Australia. Professional Practice Standards – Version 4.

2010. Dostupno na: <https://www.psa.org.au/download/standards/professional-practice-standards-v4.pdf>. Datum poslednjeg pristupa: 25.12.2015.

- [194] Pharmacy Council of New Zealand. Pharmaceutical Society of New Zealand. Best practice guidelines for the supply by pharmacists of the emergency contraceptive pill (ECP). 2013. Dostupno na: http://www.pharmacycouncil.org.nz/cms_show_download.php?id=426. Datum poslednjeg pristupa: 24.12.2015.
- [195] Nguyen B, Zaller N. Pharmacy provision of emergency contraception to men: a survey of pharmacist attitudes in Rhode Island. *J Am Pharm Assoc* 2010;50(1):17-23.
- [196] FDA. FDA News release: FDA approves Plan B One-Step emergency contraceptive for use without a prescription for all women of child-bearing potential. 20.06.2013. Dostupno na: <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm358082.htm>. Datum poslednjeg pristupa: 12.12.2015.
- [197] Bennett W, Petraitis C, D'Anella A, Marcella S. Pharmacists' knowledge and the difficulty of obtaining emergency contraception. *Contraception* 2003;68(4):261-7.
- [198] Yam E, Gordon-Strachan G, McIntyre G, Fletcher H, Garcia S, Becker D. Jamaican and Barbadian health care providers' knowledge, attitudes and practices regarding emergency contraceptive pills. *Int Fam Plan Perspect* 2007;33(4):160-7.

Prilog 1. Upitnik za ginekologe

KONTRACEPCIJA I PLANIRANJE PORODICE

1. Za svaku od sledećih kontraceptivnih metoda, molimo Vas označite				
i) da li imate moralne ili etičke zamerke na upotrebu metode, i				
ii) da li biste je ponudili Vašim pacijentkinjama ako Vam je traže.				
	i) Da li imate moralne ili etičke zamerke na upotrebu ove metode?		ii) Da li biste ponudili metodu Vašim pacijentkinjama ako Vam je traže?	
	Da	Ne	Da	Ne
A. Oralni kontraceptivi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
B. Progesteronski implantati i/ili injekcije	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
C. Intrauterina sredstva (IUD)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
D. Dijafragma/cervikalna kapa sa spermicidom	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
E. Kondomi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
F. Podvezivanje jajovoda	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Sledeća pitanja odnose se na prirodne metode planiranja porodice (praćenje cervikalnog mukusa i/ili procena bazalne telesne temperature kako bi se sprečila trudnoća):

2. Od 100 parova koji koriste prirodne metode planiranja porodice za sprečavanje trudnoće, po Vašem mišljenju u koliko slučajeva će doći do trudnoće u toku jedne godine?

_____ očekivanih trudnoća od 100 za godinu dana

3. Šta mislite da li je prirodno planiranje porodice...

1 najbolja opcija za većinu žena

2 najbolja opcija za neke žene

3 loša opcija za većinu žena

HITNA KONTRACEPCIJA

4. Šta od sledećeg najbolje opisuje Vašu praksu kad je u pitanju hitna kontracepcija?

Da li je predlažete...

1 svim ženama za koje verujete da su pod rizikom od neplanirane trudnoće

2 samo ženama koje Vam kažu da su imale nezaštićeni odnos

3 samo žrtvama seksualnog nasilja

4 nikome ni pod kakvim uslovima

5. U poređenju sa ženama koje nemaju pristup hitnoj kontracepciji žene kojima je dostupna hitna kontracepcija...

	U potpunosti se slažem	Delimično se slažem	Uglavnom se ne slažem	Uopšte se ne slažem
A. imaće nižu stopu neželjene trudnoće.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
B. manje će koristiti druge kontraceptivne metode.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
C. stupaće u seksualne aktivnosti u ranijim godinama.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
D. imaće u proseku više seksualnih partnera.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

ABORTUS

6. Za sledeći slučaj, molimo Vas označite

i) da li imate moralne ili etičke zamerke na abortus, i

ii) da li biste pomogli pacijentkinji da dobije abortus ukoliko to traži (bilo tako što ćete sami uraditi abortus ili ćete uputiti pacijentkinju na nekog drugog ko će to uraditi).

Klinički scenario	i) Da li se moralno protivite abortusu u ovom slučaju?		ii) Da li biste pomogli pacijentkinji da uradi abortus ukoliko to traži?	
	Da	Ne	Da	Ne
22-godišnja neudata žena u 6. nedelji trudnoće nakon neuspele hormonske kontracepcije	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

VAŠA PRAKSA

7. Molimo Vas označite geografski region u kom se nalazi ustanova koja je Vaše primarno mesto prakse:

1 Vojvodina

2 Beograd

3 Šumadija i Zapadna Srbija

4 Južna i Istočna Srbija

8. Molimo Vas označite Vaše primarno mesto prakse prema nivou zdravstvene zaštite i vlasništvu:

- 1 Primarni nivo, državna praksa
- 2 Primarni nivo, privatna praksa
- 3 Sekundarni i tercijarni nivo, državna praksa
- 4 Sekundarni i tercijarni nivo, privatna praksa

9. Molimo Vas da navedete Vaš trenutni bračni status.

- 1 Neudata/neoženjen, nikada nisam bio(la) u braku
- 2 Udata/oženjen
- 3 Udovica/udovac
- 4 Rezvedena/razveden

10. Koliko imate dece? (ako nemate, molimo Vas upišite 0) _____

11. Molimo Vas označite Vaš pol:

- 1 Ženski
- 2 Muški

12. Molimo Vas označite starosnu grupu kojoj pripadate:

- 1 35 i manje godina
- 2 36-50
- 3 51 i više godina

13. Koliko godina radnog staža imate u ginekološkoj praksi? _____

Prilog 2. Upitnik za farmaceute

I DEMOGRAFSKI PODACI I PROFESIONALNE KARAKTERISTIKE

1. Pol:

1 Ženski 2 Muški

2. Vaš bračni status:

1 neudata/neoženjen

2 udata/oženjen

3 udovica/udovac

4 rezvedena/razveden

5 rastavljena/ rastavljen

6 živimo zajedno

3. Da li imate decu?

1 Da 2 Ne

4. Koliko imate godina? _____

5. Koliko ukupno imate godina radnog staža u apotekarskoj praksi? _____

6. Tip ustanove u kojoj ste zaposleni:

1 Apoteka

2 Bolnička apoteka

3 Drugo, molimo Vas dopunite _____

7. Geografski region u kom se nalazi ustanova u kojoj ste zaposleni:

1 Vojvodina

2 Beograd

3 Šumadija i Zapadna Srbija

4 Južna i Istočna Srbija

II PRAKSA FARMACEUTA VEZANO ZA IZDAVANJE HITNE KONTRACEPCIJE

8. Šta od sledećeg najbolje opisuje Vašu praksu kad je u pitanju hitna kontracepcija?
Da li je predlažete...

1 svim ženama za koje verujete da su pod rizikom od neplanirane trudnoće

2 samo ženama koje Vam kažu da su imale nezaštićeni odnos

3 samo žrtvama seksualnog nasilja

4 nikome ni pod kakvim uslovima

9. Da li u apoteci izdajete hitnu hormonsku kontracepciju muškarcima?

1 Nikada

2 Retko

3 Ponekad

4 Često

10. Koliko kutija hitne kontracepcije izdajete mesečno?

1 nijednu

2 1-5

3 6-10

4 11-20

5 21-50

6 >50

11. Koliko tinejdžerki (13-18 godina) u apoteci u toku jedne nedelje u proseku Vam postavi pitanje u vezi kontracepcije? _____

12. Koliko žena u apoteci (starijih od 18 godina) u toku jedne nedelje u proseku Vam postavi pitanje u vezi kontracepcije? _____

13. Da li u apoteci imate izdvojen prostor ili deo prostorije gde možete korisnicama dati savete o hitnoj kontracepciji?

1 Da

2 Ne

14. Da li imate dovoljno vremena u toku svakodnevnog obavljanja farmaceutske prakse da uz izdavanje hitne kontracepcije date i savet korisnicama?

1 Da 2 Ne 3 Ne uvek

15. Da li prilikom izdavanja hitne kontracepcije savetujete pacijente u vezi:

	Nikada	Retko	Ponekad	Često	Uvek
A. neželjenih dejstava kontracepcije	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B. testa za utvrđivanje trudnoće	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
C. mehanizma dejstva kontracepcije	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
D. ponovljenog uzimanja hitne kontracepcije u slučaju potrebe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
E. efikasnosti kontracepcije	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
F. vremenskog roka za uzimanje tablete za hitnu kontracepciju	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
G. metoda redovne kontracepcije	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

16. Da li ste ikada imali edukaciju o hitnoj kontracepciji?

1 Da 2 Ne 3 Ne sećam se

17. Informacije o hitnoj kontracepciji dobijate uglavnom:

1 od predstavnika farmaceutske kompanije

2 iz stručne literature

3 tokom kontinuirane edukacije

4 putem sredstava javnog informisanja (TV, radio, internet, štampa)

5 drugo, molimo Vas dopunite_____

III ZNANJE FARMACEUTA VEZANO ZA HITNU KONTRACENCIJU

18. Molimo Vas označite da li su sledeće tvrdnje tačne ili pogrešne:

	Tačno	Pogrešno	Ne znam
N. Upotrebom hitne hormonske kontracepcije sprečava se 84% očekivanih trudnoća	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
O. U Republici Srbiji registrovane su samo tablete hitne kontracepcije sa hormonom progestagenom	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
P. Maksimalni vremenski period u kome žena može uzeti hitnu hormonsku kontracepciju nakon seksualnog odnosa i očekivati efikasnost može biti i do 5 dana ili 120 sati	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Q. Sem preosetljivosti na neku od komponenata leka trudnoća je jedina kontraindikacija za primenu hitne kontracepcije	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
R. Hitna hormonska kontracepcija deluje tako što ometa/odlaže ovulaciju	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
S. Tromb, migrena i oboljenja jetre su apsolutne kontraindikacije za upotrebu progestagenske hitne kontracepcije	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
T. Ukoliko naredni ciklus zakasni 10 ili više dana korisnica bi trebalo da uradi test na trudnoću i/ili da se obrati ginekologu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
U. Primenom hitne hormonske kontracepcije prekida se nastala trudnoća	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
V. Ukoliko trudnica uzme progestagensku hitnu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

kontracepciju ona neće dovesti do kongenitalnih poremećaja			
W. Za izdavanje hitne kontracepcije osobi mlađoj od 18 godina potrebna je saglasnost roditelja ili staratelja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
X. Tablete hitne hormonske kontracepcije deluju kao spermicidi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Y. Progestagenska hitna kontracepcija može da se primeni više puta u jednom menstrualnom ciklusu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Z. Korisnice koje doje treba da prekinu dojenje na neko vreme nakon uzimanja hitne kontracepcije	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

IV STAVOVI FARMACEUTA VEZANO ZA HITNU KONTRACENCIJU

19. Molimo Vas označite da li se slažete sa sledećim tvrdnjama:

	U potpunosti se slažem	Delimično se slažem	Uglavnom se ne slažem	U potpunosti se ne slažem
A. Hitna kontracepcija je moralno ispravna	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
B. Žene kojima je dostupna hitna kontracepcija imaće nižu stopu neželjene trudnoće	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
C. Hitna kontracepcija je prihvatljiva kao redovna metoda kontracepcije	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
D. Sa etičkog stanovišta hitna kontracepcija je isto što i abortus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
E. Žene kojima je dostupna hitna kontracepcija stupiće u seksualne odnose u ranijim godinama	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
F. Devojke mlađe od 16 godina nisu sposobne da preuzmu odgovornost za upotrebu hitne	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

kontracepcije

G. Hitna kontracepcija ima negativne posledice po zdravlje korisnice kada se njena upotreba ponavlja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
H. Žene kojima je dostupna hitna kontracepcija manje će koristiti druge metode kontracepcije	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
I. Sve seksualno aktivne osobe treba da su informisane o hitnoj kontracepciji	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J. Prilikom izdavanja hitne kontracepcije farmaceut treba da da savet korisnici o redovnoj kontracepciji	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
K. Informacije o hitnoj kontracepciji ne treba da budu obuhvaćene programom seksualnog obrazovanja u školama	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
L. Hitna kontracepcija je korisna jer povećava kontrolu korisnica nad svojom reprodukcijom	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
M. Zadatak farmaceuta nije da savetuje korisnice o polno prenosivim infekcijama prilikom izdavanja hitne kontracepcije	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
N. Hitnu kontracepciju treba izdavati samo seksualno aktivnim korisnicama starijim od 16 godina	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
O. Uz hitnu kontracepciju ženama će biti teže da odbiju nezaštićeni seksualni odnos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
P. Hitnu kontracepciju treba izdavati samo direktno krajnjoj korisnici, tj. ženi koja će je i koristiti	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Q. Sve tablete za hitnu kontracepciju trebalo bi da imaju režim izdavanja „na recept“	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
R. Dostupnost hitne kontracepcije dovešće do većeg broja rizičnih seksualnih odnosa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

S. Farmaceuti treba da izdaju hitnu kontracepciju na zahtev korisnice uvek kada postoji potreba, a nema kontraindikacija	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
T. Farmaceuti ne treba da izdaju hitnu kontracepciju korisnicama koje su imale nezaštićeni seksualni odnos pre više od 72 sata	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
U. Cena tableta za hitnu kontracepciju u R. Srbiji (900-1000 din.) je previsoka za neke korisnice	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
V. Muškarci će manje koristiti kondome kada budu znali za hitnu kontracepciju	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
W. Nije profesionalno da lični stavovi i moralna uverenja farmaceuta utiču na izdavanje hitne kontracepcije	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
X. Žene kojima je dostupna hitna kontracepcija imaju u proseku više seksualnih partnera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Y. Prihvatljivo je da seksualno aktivne osobe imaju kod sebe tablete hitne kontracepcije unapred, u slučaju da im zatreba	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Hvala Vam što ste učestvovali!

Prilog 3. Spisak slika

Slika 1. Procenat žena starosti 15-49 godina koje su udate ili sa partnerom i koje koriste metode kontracepcije (modifikovano prema ref. 54)

Slika 2. Nezadovoljene potrebe za metodama planiranja porodice među ženama starosti 15-49 godina koje su udate ili sa partnerom (modifikovano prema ref. 55)

Slika 3. Procenat žena starosti 15-49 godina koje su udate ili sa partnerom i koje koriste metode kontracepcije u Srbiji (modifikovano prema ref. 54)

Slika 4. Procenat žena starosti 15-49 godina koje su udate ili sa partnerom i koje koriste metode kontracepcije u Evropi (modifikovano prema ref. 54)

Slika 5. Grafički prikaz teorije promišljene akcije (modifikovano prema ref. 120)

Slika 6. Grafički prikaz teorije planiranog ponašanja (modifikovano prema ref. 122)

Slika 7. Verovanja i praksa ginekologa u vezi sa metodama kontracepcije

Slika 8. Stavovi ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice u pol

Slika 9. Stavovi ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice u odnosu na starost

Slika 10. Stavovi ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice u odnosu na bračno stanje

Slika 11. Stavovi ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice u odnosu na broj dece

Slika 12. Stavovi ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice u odnosu na geografski region

Slika 13. Stavovi ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice u odnosu na godine radnog staža u ginekološkoj praksi

Slika 14. Stavovi ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice u odnosu na vlasništvo primarnog mesta prakse

Slika 15. Stavovi ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice u odnosu na postojanje zamerki na kontracepciju

Slika 16. Praksa zdravstvenih radnika u vezi sa hitnom kontracepcijom u odnosu na pol

Slika 17. Praksa zdravstvenih radnika u vezi sa hitnom kontracepcijom u odnosu na starost

Slika 18. Praksa zdravstvenih radnika u vezi sa hitnom kontracepcijom u odnosu na bračno stanje

Slika 19. Praksa zdravstvenih radnika u vezi sa hitnom kontracepcijom u odnosu na decu

Slika 20. Praksa zdravstvenih radnika u vezi sa hitnom kontracepcijom u odnosu na region

Slika 21. Praksa zdravstvenih radnika u vezi sa hitnom kontracepcijom u odnosu na verovanje u nižu stopu neželjene trudnoće

Slika 22. Praksa zdravstvenih radnika u vezi sa hitnom kontracepcijom u odnosu na verovanje da će se manje koristiti druge kontraceptivne metode

Slika 23. Praksa zdravstvenih radnika u vezi sa hitnom kontracepcijom u odnosu na verovanje u stupanje u seksualne aktivnosti u ranijim godinama

Slika 24. Praksa zdravstvenih radnika u vezi sa hitnom kontracepcijom u odnosu na verovanje da će žene imati u proseku više seksualnih partnera

Slika 25. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa mehanizmom dejstva kontracepcije u odnosu na pol

Slika 26. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa mehanizmom dejstva kontracepcije u odnosu na radni staž

Slika 27. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa mehanizmom dejstva kontracepcije u odnosu na bračni status

Slika 28. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa mehanizmom dejstva kontracepcije u odnosu na decu

Slika 29. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa mehanizmom dejstva kontracepcije u odnosu na region

Slika 30. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa rokom uzimanja hitne kontracepcije u odnosu na pol

Slika 31. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa rokom uzimanja hitne kontracepcije u odnosu na radni staž

Slika 32. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa rokom uzimanja hitne kontracepcije u odnosu na bračni status

Slika 33. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa rokom uzimanja hitne kontracepcije u odnosu na decu

Slika 34. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa rokom uzimanja hitne kontracepcije u odnosu na region

Slika 35. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa neželjenim dejstvima u odnosu na pol

Slika 36. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa neželjenim dejstvima u odnosu na radni staž

Slika 37. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa neželjenim dejstvima u odnosu na bračni status

Slika 38. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa neželjenim dejstvima u odnosu na decu

Slika 39. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa neželjenim dejstvima u odnosu na region

Slika 40. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa ponovljenim uzimanjem tableta hitne kontracepcije u odnosu na pol

Slika 41. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa ponovljenim uzimanjem tableta hitne kontracepcije u odnosu na radni staž

Slika 42. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa ponovljenim uzimanjem tableta hitne kontracepcije u odnosu na bračni status

Slika 43. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa ponovljenim uzimanjem tableta hitne kontracepcije u odnosu na decu

Slika 44. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa ponovljenim uzimanjem tableta hitne kontracepcije u odnosu na region

Slika 45. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa redovnom kontracepcijom u odnosu na pol

Slika 46. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa redovnom kontracepcijom u odnosu na radni staž

Slika 47. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa redovnom kontracepcijom u odnosu na bračni status

Slika 48. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa redovnom kontracepcijom u odnosu na decu

Slika 49. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa redovnom kontracepcijom u odnosu na region

Slika 50. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa testom za utvrđivanje trudnoće u odnosu na pol

Slika 51. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa testom za utvrđivanje trudnoće u odnosu na radni staž

Slika 52. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa testom za utvrđivanje trudnoće u odnosu na bračni status

Slika 53. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa testom za utvrđivanje trudnoće u odnosu na decu

Slika 54. Farmaceutska praksa savetovanja u vezi sa testom za utvrđivanje trudnoće u odnosu na region

Slika 55. Situacije u kojima bi farmaceuti odbili izdavanje hitne kontracepcije (HK)

Prilog 4. Spisak tabela

Tabela 1. Prednosti i mane primene intrauterinih sredstava (modifikovano prema ref. 6)

Tabela 2. Učestalost neželjenih dejstava kod korisnica levonorgestrela i ulipristal-acetata (modifikovano prema ref. 45)

Tabela 3. Procena broja abortusa u svetu i po regionima (modifikovano prema ref. 58)

Tabela 4. Socio-demografske karakteristike ginekologa

Tabela 5. Socio-demografske karakteristike farmaceuta

Tabela 6. Uticaj socio-demografskih karakteristika ginekologa na njihov stav u vezi sa redovnom kontracepcijom (chi-kvadrat test)

Tabela 7. Uticaj socio-demografskih karakteristika ginekologa na njihovu praksu u vezi sa redovnom kontracepcijom (chi-kvadrat test)

Tabela 8. Uticaj socio-demografskih karakteristika ginekologa na njihove stavove i praksu u vezi sa redovnom kontracepcijom (univarijantna logistička regresija)

Tabela 9. Uticaj socio-demografskih karakteristika ginekologa na njihove stavove u vezi sa redovnom kontracepcijom (multipla logistička regresija)

Tabela 10. Uticaj socio-demografskih karakteristika ginekologa na njihovu praksu u vezi sa redovnom kontracepcijom (multipla logistička regresija)

Tabela 11. Uticaj socio-demografskih karakteristika i stavova u vezi sa kontracepcijom na stavove ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice (chi-kvadrat test)

Tabela 12. Uticaj socio-demografskih karakteristika i stavova u vezi sa kontracepcijom na praksu ginekologa u vezi sa prirodnim metodama planiranja porodice (chi-kvadrat test)

Tabela 13. Stav i praksa ginekologa u vezi sa abortusom

Tabela 14. Uticaj socio-demografskih karakteristika i stavova u vezi sa kontracepcijom na stavove ginekologa u vezi sa abortusom (chi-kvadrat test)

Tabela 15. Uticaj socio-demografskih karakteristika i stavova u vezi sa kontracepcijom na stavove ginekologa u vezi sa abortusom (univarijantna logistička regresija)

Tabela 16. Uticaj socio-demografskih karakteristika i stavova u vezi sa kontracepcijom na stavove ginekologa u vezi sa abortusom (multipla logistička regresija)

Tabela 17. Uticaj socio-demografskih karakteristika i stavova u vezi sa kontracepcijom na praksu ginekologa u vezi sa abortusom (chi-kvadrat test)

Tabela 18. Uticaj socio-demografskih karakteristika ginekologa na njihovu praksu u vezi sa abortusom (multipla logistička regresija)

Tabela 19. Stavovi zdravstvenih radnika u veza sa hitnom kontracepcijom (t-test)

Tabela 20. Poređenje ginekologa i farmaceuta u odnosu na stavove i praksu u vezi sa hitnom kontracepcijom (chi-kvadrat test)

Tabela 21. Praksa zdravstvenih radnika u vezi sa hitnom kontracepcijom (t-test)

Tabela 22. Uticaj socio-demografskih karakteristika zdravstvenih radnika na njihove stavove u vezi sa hitnom kontracepcijom (chi-kvadrat test)

Tabela 23. Uticaj socio-demografskih karakteristika i stavova zdravstvenih radnika na njihovu praksu u vezi sa hitnom kontracepcijom (chi-kvadrat test)

Tabela 24. Uticaj socio-demografskih karakteristika ginekologa na njihove stavove u vezi sa hitnom kontracepcijom (univarijantna regresiona analiza)

Tabela 25. Uticaj socio-demografskih karakteristika i stavova ginekologa na njihovu praksu u vezi sa hitnom kontracepcijom (univarijantna i multipla regresiona analiza)

Tabela 26. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihove stavove u vezi sa hitnom kontracepcijom (univarijantna i multipla regresiona analiza)

Tabela 27. Odgovori farmaceuta na pitanja za procenu znanja o hitnoj kontracepciji

Tabela 28. Odgovori farmaceuta na pitanja za procenu stavova o hitnoj hormonskoj kontracepciji i reproduktivnom zdravlju, n (%)

Tabela 29. Podaci o izdavanju hitne kontracepcije

Tabela 30. Savetovanje prilikom izdavanja hitne kontracepcije

Tabela 31. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje u vezi sa registrovanim preparatima hitne kontracepcije (chi-kvadrat test)

Tabela 32. Uticaj socio-demografskih karakteristika na farmaceutsku praksu savetovanja u vezi sa mehanizmom dejstva hitne kontracepcije (chi-kvadrat test)

Tabela 33. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje u vezi sa mehanizmom dejstva hitne kontracepcije (chi-kvadrat test)

Tabela 34. Uticaj socio-demografskih karakteristika na farmaceutsku praksu savetovanja u vezi sa vremenskim rokom za uzimanje tableta hitne kontracepcije (chi-kvadrat test)

Tabela 35. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje u vezi sa rokom uzimanja hitne kontracepcije (chi-kvadrat test)

Tabela 36. Uticaj socio-demografskih karakteristika na farmaceutsku praksu savetovanja u vezi sa neželjenim dejstvima i ponovljenim uzimanjem tableta hitne kontracepcije (chi-kvadrat test)

Tabela 37. Uticaj socio-demografskih karakteristika na farmaceutsku praksu savetovanja u vezi sa ponovljenim uzimanjem hitne kontracepcije u slučaju potrebe (univarijantna i multipla regresiona analiza)

Tabela 38. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje u vezi sa kontraindikacijama i ograničenjima za primenu hitne hormonske kontracepcije (chi-kvadrat test)

Tabela 39. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje u vezi sa kontraindikacijama i ograničenjima za primenu hitne hormonske kontracepcije (univarijantna i multipla regresiona analiza)

Tabela 40. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje u vezi sa primenom progestagenske hitne kontracepcije više puta u istom menstrualnom ciklusu (chi-kvadrat test)

Tabela 41. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihov stav u vezi sa primenom progestagenske hitne kontracepcije više puta u istom menstrualnom ciklusu (chi-kvadrat test)

Tabela 42. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihov stav u vezi sa izdavanjem hitne hormonske kontracepcije (chi-kvadrat test)

Tabela 43. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje i stavove u vezi sa kliničkim postupakom pre propisivanja hitne hormonske kontracepcije (chi-kvadrat test)

Tabela 44. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje i stavove u vezi sa kliničkim postupakom pre propisivanja hitne hormonske kontracepcije (univarijantna i multipla regresiona analiza)

Tabela 45. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihove stavove u vezi sa savetovanjem korisnica hitne hormonske kontracepcije o nastavku zaštite od trudnoće (chi-kvadrat test)

Tabela 46. Uticaj socio-demografskih karakteristika na farmaceutsku praksu savetovanja korisnica hitne hormonske kontracepcije o nastavku zaštite od trudnoće (chi-kvadrat test)

Tabela 47. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihov stav u vezi sa savetovanjem pacijentkinja o polno prenosivim infekcijama (chi-kvadrat test)

Tabela 48. Uticaj socio-demografskih karakteristika na farmaceutsku praksu savetovanja u vezi sa testom za utvrđivanje trudnoće (chi-kvadrat test)

Tabela 49. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovo znanje u vezi sa nastankom trudnoće (chi-kvadrat test)

Tabela 50. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihove stavove u vezi sa izdavanjem hitne kontracepcije unapred (chi-kvadrat test)

Tabela 51. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihove stavove u vezi sa izdavanjem hitne kontracepcije unapred (univarijantna i multipla regresiona analiza)

Tabela 52. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovu odluku da odbiju izdavanje hitne kontracepcije (univarijantna regresiona analiza)

Tabela 53. Uticaj socio-demografskih karakteristika farmaceuta na njihovu odluku da odbiju izdavanje hitne kontracepcije (multipla regresiona analiza)

Tabela 54. Uticaj znanja i edukacije farmaceuta na njihovu odluku da ne izdaju hitnu kontracepciju (univarijantna regresiona analiza)

Tabela 55. Matriks sa rotiranim komponentama

Tabela 56. Vrednosti *factor loads* tvrdnji

Tabela 57. Uticaj faktora stavova na odluku farmaceuta da ne izdaju hitnu hormonsku kontracepciju (univarijantna regresiona analiza)

Tabela 58. Uticaj faktora stavova na odluku farmaceuta da ne izdaju hitnu kontracepciju
(multipla regresiona analiza)

Biografija

Jelena Milosavljević je rođena 27.11.1979. godine u Loznici. Diplomirala marta 2005. godine na Farmaceutskom fakultetu – Univerzitet u Beogradu sa prosečnom ocenom 8,84 i ocenom 10 na diplomskom ispitu, koji je odbranila na Katedri za farmaceutsku tehnologiju i kozmetologiju.

Tokom 2005. i 2006. godine obavila je pripravnički staž u Apotekarskoj ustanovi „Beograd“ i na Institutu za farmaciju Vojno-medicinske akademije u Beogradu. Od juna 2006. do novembra 2007. godine bila je zaposlena u Messer Tehnogas AD, Beograd na poziciji kvalifikovane osobe za puštanje serije leka u promet. Takođe, bila je deo tima za usaglašavanje menadžmenta kvalitetom sa zahtevima ISO standarda i EU GMP sertifikaciju. Od novembra 2007. godine bila je zaposlena u Bayer d.o.o., Beograd kao menadžer za regulatorne poslove. Od novembra 2012. godine bila je na poziciji direktora za regulatorne poslove. Tokom 2012/13. godine pohađala je akademiju za mlade lidere Bayera organizovanu i vođenu od strane Bayer Austrija. Od marta do juna 2014. bila je angažovana u centrali kompanije, Bayer Pharma AG, Nemačka, kao vođa projekta uspostavljanja sistema za globalnu koordinaciju izmena u uputstvu za lek i sažetku karakteristika leka. Takođe, u istom periodu radila je kao stručni konsultant za regulatorne poslove za zemlje Bliskog istoka. U decembru 2013. godine bila je angažovana kao saradnik iz prakse na Farmaceutskom fakultetu u okviru integrisanih akademskih studija na predmetu Farmaceutsko zakonodavstvo i etika. Od januara 2016. godine zaposlena je u Bayer Pharma AG, Nemačka na poziciji globalnog regulatornog stratega u razvoju lekova za žensko zdravlje.

Autor je 4 naučna rada, 1 saopštenja prezentovanog na domaćem skupu štampanog u izvodu.

Изјава о ауторству

Име и презиме аутора Јелена М. Милосављевић

Број индекса 04/2008

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

Анализа утицаја социо-демографских карактеристика и ставова на праксу гинеколога и фармацеута у вези са методама планирања породице у Србији

- резултат сопственог истраживачког рада;
- да дисертација у целини ни у деловима није била предложена за стицање друге дипломе према студијским програмима других високошколских установа;
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио/ла интелектуалну својину других лица.

Потпис аутора

У Београду, 01.06.2016.

Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора: Јелена М. Милосављевић

Број индекса: 04/2008

Студијски програм: Социјална фармација и истраживање фармацеутске праксе

Наслов рада: Анализа утицаја социо-демографских карактеристика и ставова на праксу гинеколога и фармацеута у вези са методама планирања породице у Србији

Ментор: проф. Др Душанка Крајновић

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла ради похрањена у **Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду.**

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског назива доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис аутора

У Београду, 01.06.2016.

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

Анализа утицаја социо-демографских карактеристика и ставова на праксу гинеколога и фармацеута у вези са методама планирања породице у Србији

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду и доступну у отвореном приступу могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство (CC BY)

2. Ауторство – некомерцијално (CC BY-NC)

3. Ауторство – некомерцијално – без прерада (CC BY-NC-ND)

4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима (CC BY-NC-SA)

5. Ауторство – без прерада (CC BY-ND)

6. Ауторство – делити под истим условима (CC BY-SA)

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци.

Кратак опис лиценци је саставни део ове изјаве).

Потпис аутора

У Београду, 01.06.2016.