



# Primaljski vjesnik



Primaljski vjesnik • Broj 35 • ISSN 1848-5863 • Studeni 2023.



HRVATSKA KOMORA  
**PRIMALJA**  
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES

HRVATSKA UDRUGA ZA  
PROMICANJE PRIMALJSTVA



HRVATSKA UDRUGA ZA PROMICANJE PRIMALJSTVA  
CROATIAN ASSOCIATION FOR PROMOTION OF MIDWIFERY



HRVATSKA KOMORA ®  
**PRIMALJA**  
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES

## **Sadržaj - Primaljski vjesnik 35**

PRIMALJSKI ODJELI	6
ZAJEDNO GRADIMO BOLJU BUDUĆNOST ZA ŽENE, OBITELJI I NAŠU ZAJEDNICU	12
UDRUGA MAJA - MAJČINSTVO JE AVANTURA	13
OTVARANJE PRIMALJSKE PRAKSE - MOJE ISKUSTVO	14
IZVJEŠTAJ S ICM VIJEĆA I KONGRESA - BALI, 2023.	16
STAVOVI PRIMALJA O DOULAMA	16
IZUMIREMO LI KAO PROFESIJA?	19
ZNANJE MUŠKARACA O PORODU	25
UTJECAJ PORODNE TRAUME NA ODLUKU O SLJEDEĆOJ TRUDNOĆI I BROJU PLANIRANE DJECE	34



**HRVATSKA KOMORA ®  
PRIMALJA**  
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES

*Stavovi autora/ica izneseni u ovom časopisu ne predstavljaju službene stavove  
Hrvatske komore primalja i Hrvatske udruge za promicanje primaljstva, izdavača Primaljskog vjesnika.*



## ***IMPRESUM PRIMALJSKOG VJESNIKA***

### UREDNIŠTVO PRIMALJSKOG VJESNIKA

Glavna urednica:

Barbara Finderle, mag. obs., Hrvatska komora primalja, Rijeka

Članice uredničkog odbora:

Suzana Haramina, mag. obs., Hrvatska komora primalja, Zagreb

Karmen Cecarko, mag. obs., Hrvatska udruga za promicanje primaljstva, Lopatinec

### IZDAVAČ

Hrvatska komora primalja, Ulica grada Mainza 11, 10 000 Zagreb, <https://www.komora-primalja.hr/>

Žiro račun: 2402006-110549055 Erste banka

Hrvatska udruga za promicanje primaljstva, Ulica grada Mainza 11, 10 000 Zagreb

[www.hupp.hr](http://www.hupp.hr)

Žiro račun: 2360000-1101743245 Zagrebačka banka

Radove slati na: [primaljski-vjesnik@komora-primalja.hr](mailto:primaljski-vjesnik@komora-primalja.hr) • [komora@komora-primalja.hr](mailto:komora@komora-primalja.hr)

### NAKLADNIK

Alfacommerce d.o.o., II. Zagorska 8, 10 000 Zagreb

[www.alfacommerce.hr](http://www.alfacommerce.hr)

Tekstovi su lektorirani, recenzirani i autori odgovaraju za istinitost sadržaja.

List je besplatan.

# *Poštovane kolegice i kolege!*

Pred vama je novi broj Primaljskog vjesnika u online obliku. I ovoga puta se zahvaljujemo svima koji su sudjelovali u njegovoj pripremi i objavi.

Nadamo se da ćete i u ovom broju pronaći nešto poticajno za sebe i uživati čitajući tematske tekstove.

Željeli bismo se osvrnuti na nedavno obilježen tjedan dojenja.

Tema ovogodišnjeg tjedna dojenja bila je „Omogućavanje dojenja – činimo razliku za zaposlene roditelje“. Naime, izazovi na radnom mjestu i dalje su, na globalnoj razini, a također i u našem okruženju, najčešći razlog zašto žene nikada ne doje ili prestanu dojiti ranije nego što je preporučeno.

Svjetski tjedan dojenja služi kao platforma za podizanje svijesti o prednostima dojenja te za promicanje podrške majkama koje doje. Osim toga, Svjetski tjedan dojenja ujedno potiče pozitivne trendove koji podržavaju dojenje na radnom mjestu i u javnim prostorima te osvještava javnost o pravima majki koje doje.

U ovom broju Primaljskog vjesnika možete pročitati različite zanimljive teme, između ostalih: Primaljski odjeli, Znanje muškaraca o porodu i druge.

Ne propustite pročitati i ovaj novi broj Primaljskog vjesnika i pošaljite nam vaše radove kako bismo ih već u sljedećem broju objavili.



# Primaljski odjeli

*Magdalena Kurbanović, univ. bacc. obs., mag. med. techn., IBCLC*

*Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci*

*Kontakt: magdalena.kurbanovic@uniri.hr*

## SAŽETAK

Maternalna skrb je jedna od temeljnih odrednica zdravstvenih sustava diljem svijeta stoga je unaprjeđenje kvalitete skrbi za trudnice, roditelje, babinjače i njihovu novorođenčad područje od posebnog interesa u kontekstu zdravstvenih intervencija koje reduciraju smrtnost. Osnaživanje primaljstva i ulaganje u primaljske intervencije istaknuto je kao prioritet od strane svjetskih zdravstvenih udruženja te je procijenjeno da bi se na taj način moglo prevenirati 2,3 milijuna maternalnih i novorođenačkih smrти godišnje do 2035. godine (1).

Unutar spektra modela skrbi za roditelje, primaljski odjeli ili primaljske jedinice pojavile su se kao poseban pristup kojeg karakteriziraju primalje kao pružatelji kontinuirane, holističke skrbi niskorizičnim trudnicama. Primaljski odjeli daju prednost praksama utemeljenim na dokazima, fiziološkom porodu i personaliziranoj skrbi, a privukli su pozornost zbog svog potencijala da poboljšaju ishode za majke i novorođenčad dok optimiziraju iskustvo poroda (2).

Ovim preglednim radom nastoji se pružiti osvrt na primaljske odjele, pružajući uvid u njihov povijesni razvoj, raširenost implementacije diljem svijeta, temeljna načela i ključne značajke. Oslanjanjući se na sintezu empirijskih studija, sustavnih pregleda i kvalitativnih istraživanja, cilj ovog rada je ispitati ishode i iskustva povezana s primaljskim odjelima za korisnice skrbi, primalje i zdravstveni sustav. Osim toga, ovaj će pregled istražiti izazove i prilike u implementaciji primaljskih odjela unutar različitih konteksta zdravstvene skrbi.

## PRIMALJSKI MODEL SKRBI

Unutar postojećih modela maternalne skrbi, primaljski model skrbi predstavlja inovativni pristup koji ima brojne dobrobiti za korisnice skrbi kao i za cijeli zdravstveni sustav. On promovira biopsihosocijalni model skrbi koji promatra porođaj kao normalan, fiziološki proces te se fokusira osim na fizičke i na psihološke i društvene potrebe žena i njihovih obitelji.

Primaljski model skrbi promiče partnerski odnos između

korisnica i pružatelja skrbi koji se temelji na tjelesnoj autonomiji i informiranom pristanku te uključuje suradnju s drugim zdravstvenim profesijama radi pružanja sveobuhvatne skrbi za žene, novorođenčad, njihove obitelji i zajednice (3,4).

## PRIMALJSKI ODJELI

Primaljski odjel ili jedinica (*Midwifery unit – MU*) je mjesto na kojem se pruža maternalna skrb ženama s fiziološkim trudnoćama tijekom koje primalje samostalno preuzimaju primarnu profesionalnu odgovornost za skrbi. Takvi odjeli odnosno jedinice mogu biti pridružene rodilištima (*Alongside Midwifery Unit – AMU*) ili biti samostalne (*Freestanding Midwifery Unit – FMU*).

U pridruženim primaljskim odjelima (AMU) primalje samostalno vode skrb za klijentice, te imaju zasebne protokole i prakse od rodilišta, no u slučaju potrebe dodatna skrb poput opstetričke, anesteziološke ili neonatalne, je lako dostupna unutar iste ili susjedne zgrade rodilišta te je transport trudnice ili roditelje jednostavan i brz jer se može realizirati kolicima ili krevetom. Pristup većim razinama skrbi podrazumijeva prijenos odgovornosti skrbi na liječnika no primalja i dalje može sudjelovati u skrbi i provođenju intervencija.

Kada se radi o samostalnim primaljskim odjelima (FMU) koji se često nazivaju i porođajni centri (*Birth Center*) pristup višim razinama skrbi radi dijagnostike ili liječenja je dostupan kao dio integrirane usluge no uključuje transport klijentice vozilom u rodilište (4).

Iako postoji definicija primaljskih odjela, ipak usluge koje oni pružaju ovise o lokalnim potrebama i mogućnostima te se mogu značajno razlikovati prema veličini i modelima rada primalja. Većina primaljskih odjela pruža samo usluge intrapartalne skrbi no sve više primaljskih odjela nudi i druge oblike skrbi poput skrbi za mentalno zdravlje te zdravlje djece. Samostalni primaljski odjeli mogu imati širok raspon nezdravstvenih usluga koje pružaju u zajednici, poput različitih radionica, tečajeva i grupa za potporu dojenju i roditeljstvu (4).

Primaljski odjeli su, u usporedbi s konvencionalnim opstetričkim odjelima, dizajnirani na način da pružaju okružje koje je poput onog u vlastitom domu te su opremljeni svim potrebnim niskotehnološkim pomagalima za sveobuhvatnu skrb tijekom porođaja poput kade/bazena, kikiriki lopte, strunjača, prečki, porođajnog stolčića i zidnog kreveta. Zidovi primaljskih odjela su često u opuštajućim bojama i ukrašeni umjetninama i muralima te sadrže udoban namještaj i omogućuju korisnicama prilagodbu svjetla i korištenje glazbe. Takvim dizajnom se postiže da primaljski odjeli izgledaju i pružaju osjećaj ugode i opuštanja koje je u suprotnosti s hladnom i sterilnom atmosferom bolničkih odjela. Unatoč tome što se u slučaju AMU nalaze unutar bolnice, prostori primaljskih odjela su značajno prostraniji i pružaju veću udobnost i intimnost roditeljama i njihovim članovima obitelji. Takav ambijent podupire filozofiju primaljske skrbi i fiziologiju porođaja te se udaljuje od biomedicinskog modela skrbi koji se oslanja na upotrebu tehnologija i uređaja u porođaju. U primaljskim odjelima tehnički uređaji poput uređaja za kardiotokografiju, stolića za reanimaciju novorođenčeta i opstetričkog kreveta skriveni su i unose se samo kada je njihova upotreba nužna (5).

Primaljski odjeli djeluju autonomno u svom opsegu usluga no za njihovo uspješno integriranje u postojeći zdravstveni sustav, kao i za osiguravanje sigurnosti, moraju postojati jasni protokoli za transfer skrbi. Kada se radi o FMU protokoli moraju uključivati suradnju sa službama hitne pomoći kako bi se transfer u zdravstvenu ustanovu više razine skrbi izvršio što brže i sigurnije. No i u slučaju AMU gdje je veća razina skrbi lokacijski vrlo pristupačna, potrebno je imati dobro razrađene protokole za transfer skrbi koji će omogućiti integraciju usluga između primaljskih i opstetričkih odjela kao i između različitih razina zdravstvene skrbi. Nužno je imati jasno definirane indikacije i postupak upućivanja korisnika na opstetričke ili neonatalne odjele, kao i za primarnu zdravstvenu zaštitu (4).

## POVIJEST PRIMALJSKIH ODJELA

Prvi primaljski odjeli osnovani su u Ujedinjenom Kraljevstvu tijekom sedamdesetih godina prošlog stoljeća. Jedan od pionirskih primjera bilo je osnivanje *Albany Midwifery Practice and Birth Center* u Londonu, koji je otvoren 1975. godine, a za cilj je imao pružanje okruženje poput kućnog porođaja koje karakterizira niska stopa medicinskih

Slika 1. Pridruženi primaljski odjel Surrey and Sussex Healthcare NHS Trust



Izvor: <https://www.surreyandsussex.nhs.uk/our-services/womens-services/maternity-services/giving-birth-sash/birth-centre>

intervencija i poticanje fiziologije porođaja. Ovaj inovativni pristup poslužio je kao model za razvoj primaljskih odjela u Ujedinjenom Kraljevstvu i ostatku svijeta (6).

Australija i Novi Zeland također imaju dugu povijest primaljskih odjela. U Australiji su prvi primaljski odjeli uvedeni osamdesetih godina na zahtjev korisnica skrbi. Australiska vlada je 1989. godine omogućila resurse za *Alternative Birth Service Program*, inicijativu za osnivanje primaljskih odjela i financiranje porođaja kod kuće (7).

U Kanadi su prvi primaljski odjeli otvoreni 1986. godine kao pokušaj vraćanja porođaja u urođeničke zajednice, no tek 2018. godine je otvoren prvi primaljski odjel u sklopu bolnice (8).

## RAŠIRENOST PRIMALJSKIH ODJELA

Koncept primaljske skrbi posljednjih desetljeća je dobio na snazi na globalnoj razini te su različite zemlje usvojile i implementirale model primaljskih odjela kao odgovor na sve veću medikalizaciju porođaja i prepoznavanje važnosti individualizirane skrbi trudnicama, rodiljama i babinjačama. Sve veća raširenost primaljskih odjela ključna je u pružanju budućim majkama alternative tradicionalnoj opstetričkoj skrbi u bolnicama, promicanju fiziološkog poroda i naglašavanju uloge primalja u pružanju podrške ženama tijekom cijelog procesa trudnoće i porođaja. No unatoč prepoznavanju njihovog značaja, raširenost i zastupljenost primaljskih odjela uvelike se razlikuje u različitim državama (9).

Usprkos dugoj tradiciji i sve većim dokazima o dobrobiti takvog oblika skrbi, u Australiji nije primijećen trend rasta broja primaljskih odjela. Od devedesetih godina prošlog stoljeća njihov broj u Australiji se smanjuje, te je postotak porođaja koji se u njima odvija oko 2 % na nacionalnoj razini uz iznimke u pojedinim dijelovima zemlje, kao što je, primjerice, Južna Australija gdje taj postotak iznosi 6 %. Međutim u Australiji su puno razvijeniji drugi modeli primaljske skrbi poput grupnih primaljskih praksi i samostalnih primalja koje u pojedinim dijelovima zemlje pružaju skrb za preko 30 % porođaja (7). Na Novom Zelandu su primaljski odjeli mnogo rašireniji te se preko 10 % porođaja odvija u njima.

Usprkos tome što je primaljstvo regulirana profesija unutar Europske unije te su kompetencije i obrazovanje primalja uskladeni između zemalja članica, s tim da postoje velike razlike u dostupnosti primaljskog modela skrbi. S iznimkom Nizozemske u kojoj se 11,7 % porođaja odvija u jednom od 26 primaljskih odjela u zemlji, te Engleske gdje taj postotak za 2016. godinu iznosio 14,7 %, a većina rodilišta u zemlji ima integriran primaljski odjel (97 AMU naspram 32 rodilišta bez primaljskog odjela). U ostalim zemljama EU-a primaljski odjeli tek su u procesu implementacije.

Zemlje poput Austrije, Portugala, Grčke i Hrvatske nemaju ni jedan primaljski odjel, dok neke zemlje poput Belgije i Italije imaju samo nekoliko primaljskih odjela koji su pridruženi rodilištima (2, 8, 10, 11).

## ORGANIZACIJA RADA PRIMALJA U PRIMALJSKIM ODJELIMA

Izvješće SZO-a za europsku regiju o stanju u sestrinstvu i primaljstvu preporučuje proširenje uloga za obje profesije unutar Europe, zajedno s odgovarajućim priznavanjem njihovog doprinosa i adekvatnim nagrađivanjem. Izvješće navodi brojne prepreke koje onemogućavaju primaljama da ostvare svoj puni potencijal, a u koje se ubrajaju strukturalne prepreke poput medikalizacije zdravstvenih sustava, nedostatak finansijskih resursa i rodna pitanja obzirom na to da profesijom dominiraju žene (9). Stoga postoje velike razlike u pružanju primaljske skrbi i primaljskih odjela te se čini da postoji potreba za rješavanjem praktičnih prepreka koje sprječavaju veću implementaciju.

Rad u primaljskim odjelima pruža primaljama jedinstvenu priliku za postizanje autonomije, implementaciju kontinuiteta skrbi i pružanje individualizirane, holističke skrbi u skladu s relevantnim smjernicama vodećih svjetskih udruženja za maternalnu skrb. Primaljski odjeli moraju biti na raspolaganju korisnicama skrbi u bilo koje doba dana i noći stoga je nužno imati dovoljno primalja koje bi mogle omogućiti da su usluge primaljskog odjela dostupne 24 sata na dan, sedam dana u tjednu. Pri tome nije nužno da je rad primalja organiziran na način da su kontinuirano prisutne u odjelu nego je moguće uvesti sustav dežurstava primalja. Koncept dežurstava određenog tima primalja osigurava kontinuitet skrbi odnosno da za korisnicu skrbe primalje koje već poznaje.

Prilikom porođaja u primaljskom odjelu mora se osigurati stalna jedan na jedan skrb primalje te prisutnost druge primalje prilikom drugog porođajnog doba, kao i dostupnost konzultacije (uživo ili telefonski) s iskusnjom primaljom u slučaju potrebe. Kako bi se osigurao kontinuitet skrbi, primalje koje rade u primaljskim odjelima moraju biti u mogućnosti samostalno obaviti pregled i otpust novorođenčeta. Također je potrebno da je u slučaju potrebe za transferom skrbi, primaljama iz primaljskog odjela omogućeno da prate ženu u transferu i nastave pružati skrb te da postoje protokoli eskalacije osoblja koji će omogućiti da u tom slučaju na primaljskom odjelu ostaje dovoljno primalja.

Pri organizaciji rada primalja na primaljskim odjelima potrebno je osigurati dostatan broj primalja za sve usluge koje primaljski odjel pruža, što ne uključuje samo intrapartalnu skrb. Primalje unutar primaljskih odjela mogu imati širok raspon uloga te pružati procjenu rodilje u bilo

kojem trenutku trudnoće i porođaja, provoditi otpust iz primaljskog odjela, pružati laktacijsku skrb, pregled i probir za novorođenčad, provoditi antenatalne i postpartalne preglede, voditi edukacije i obilaske primaljskih odjela te pružati dodatne usluge unutar zajednice.

Primalje koje rade o primaljskim odjelima moraju pružati holističku skrb temeljenu na znanstvenim dokazima i filozofiji primaljske skrbi što se može pokazati kao izazov budući da se obrazovanje i klinička obuka primalja odvija uglavnom u opstetričkim odjelima. Stoga primaljama koje će raditi u primaljskim odjelima treba pružiti odgovarajuću edukaciju i mogućnost razvoja filozofije, znanja i vještina potrebnih za rad unutar primaljskog modela skrbi.

Primalje za rad u primaljskim odjelima moraju posjedovati znanja o fiziologiji trudnoće, porođaja i postnatalnog razdoblja kao i specifične vještine koje uključuju vještine auskultacije fetalnih otkucaja, šivanja, primjene lijekova i reanimacije majke i djeteta. Osim znanja za provođenje primaljskih intervencija, nužna je i sposobnost pružanja skrbi s uvažavanjem autonomije korisnika, razumijevanje i primjena praksa temeljenih na znanstvenim dokazima, refleksivne i komunikacijske vještine te vještine donošenja odluka (4).

Rad u primaljskim odjelima može biti organiziran na različite načine te kombinirati više modela primaljske skrbi. U različitim zemljama postoje velike organizacijske razlike no zajedničke karakteristike su im da svi odjeli pružaju intrapartalnu skrb koja je na zasebnom mjestu od opstetričkog odjela (unutar njega, AMU, FMU) te da ih vode primalje, bilo zaposlene do strane bolnice ili primalje koje rade u zajednici. Također je zajednička karakteristika da primalje samostalno pružaju primarnu skrb u bolnici, te da upućuju žene u slučaju potrebe za sekundarnom skrbi (transfer skrbi) (11).

Primjerice, u Kanadi, primaljski odjeli organizirani su na način da primarnu skrb tijekom porođaja pružaju primalje iz zajednice (*community midwives*) koje rade po principu kontinuiranog modela skrbi, dok u primaljskom odjelu pridruženom rodilištu radi bolnička primalja, koja ima dodatne kliničke vještine te pruža podršku i mentorstvo primarnim primaljama. Primalja zaposlena u primaljskom odjelu vodi, upravlja i organizira rad odjela, vodi primitke i otpuste, ugovara konzultacije s liječnicima, vodi edukacije primalja i prisustvuje porođajima kao druga primalja (8).

## **DOBROBITI PRIMALJSKIH ODJELA**

Rezultati brojnih međunarodnih istraživanja pokazali su da je rađanje u primaljskim odjelima za zdrave žene s ne-kompliciranim trudnoćama povezano s boljim ishodima za zdravlje majke te jednakim ishodima povezanim za zdravlje novorođenčeta u usporedbi s rađanjem u opstetričkim

odjelima (12). Osim boljih kliničkih ishoda, primaljski odjeli povezani su i s manjim troškovima zdravstvenog sustava, te s većim zadovoljstvom korisnika usluga kao i pružatelja skrbi odnosno primalja, što predstavlja snažan zaštitni čimbenik od sindroma pregorijevanja (*burnout*) (11).

Revidirane smjernice Nacionalnog instituta za izvrsnost skrbi (NICE) iz 2023. godine o intrapartalnoj skrbi preporučaju kako bi žene s nekomplikiranim trudnoćama i porođajima trebale planirati porođaj u primaljskim odjelima obzirom na to da se ishodi ne razlikuju od porođaja koji su planirani u rodilištima pod opstetričkom skrbi (13).

Revizija smjernica uslijedila je nakon pojave brojnih istraživanja, poput istraživanja provedenog 2011. godine u Engleskoj čiji rezultati su pokazali da je kod žena s ne-kompliciranim trudnoćama kojima je porođaj započeo u primaljskim odjelima uz premještaj prema potrebi manja stopa medicinskih intrapartalnih intervencija kao i manji komorbiditet majki uz jednake ishode za novorođenčad.

Dobrobiti porođaja u primaljskim odjelima dobro su dokumentirane. Primaljski odjeli pružaju ženama mogućnost izbora i veću kontrolu nad planom rađanja. Obzirom na to da u primaljskim odjelima žene imaju mogućnost primanja kontinuirane skrbi i personalizirane podrške, njihovo zadovoljstvo porođajem je veće što ima dugoročne pozitivne posljedice na njihovo mentalno zdravlje i dobrobit. Također je zabilježena veća stopa isključivog dojenja kod žena koje su rodile u primaljskim odjelima kao i kraći boravak bolnici, uz jednake ishode za novorođenče kao i kod porođaja u opstetričkim odjelima. Brojna istraživanja u bolnici, pokazala su značajno manju učestalost medicinskih intervencija u porođaju što uključuje manju učestalost carskih rezova, epiziotomija, amniotomije, indukcije porođaja te manju stopu primjene epiduralne analgezije kod porođaja u primaljskim odjelima (12-15). Obzirom na to da medicinske intervencije češće vode do opstetričkih komplikacija, porođaj u primaljskom odjelu može umanjiti njihovu učestalost. To potvrđuje i istraživanje iz Australije gdje je analizom ishoda u primaljskim odjelima zabilježena stopa opstetričkih komplikacija od 12 % za razliku od 35 % u opstetričkim odjelima (7).

Kao jedna od najvećih prednosti primaljskih odjela i ključni pokretač za zdravstveni sustav ističe se troškovna učinkovitost. Uštede finansijskih resursa koje otvaranje primaljskih odjela pruža očituje se kroz manje troškove zaposlenika, niže stope medicinskih intervencija i kraće trajanje duljine boravka u rodilištu. Brojna istraživanja potvrdila su manje troškove porođaja kada se on odvija u primaljskim odjelima. Istraživanje koje su proveli Schroeder i suradnici 2016. godine u Velikoj Britaniji pokazalo je kako porođaj u primaljskom odjelu prosječnu stoji 850 funti manje od porođaja u opstetričkom odjelu iste bolnice čak i kada uključuje transfer u tu istu bolnicu u slučaju

potrebe (14). Pružanjem mogućnosti rađanja u primaljskim odjelima niskorizičnim trudnicama i rodiljama rasteretili bi se opstetrički odjeli i tako osigurali da su njihovi resursi dostupni trudnicama i rodiljama koje imaju komplikacije.

Primaljski odjeli pružaju primaljama mogućnost podupiranja fiziološkog porođaja i osnaživanja primaljstva dok bolnicama pružaju priliku za uvođenje inovacija i unaprjeđenje kvaliteta zdravstvene skrbi te povećavanja zadovoljstva korisnika odnosno pacijenata (8).

Uvođenje primaljskih odjela omogućuje prepoznavanje uloge i djelokruga rada primalja unutar zdravstvenih organizacija, ali i između ostalih zdravstvenih profesija te na razini zajednice odnosno javnosti.

Primaljama koje rade u opstetričkim modelima skrbi često nedostaje iskustva i samopouzdanja rada s fiziološkim porođajem te njima primaljski odjeli pružaju odskočnu dasku u razvoju vještina i samopouzdanja u pružanju skrbi unutar primaljskog modela (11). Također primaljski odjeli mogu poslužiti kao centar za primaljska istraživanja i tako jačati znanstveni potencijal primaljstva.

Rad u primaljskim odjelima povezan je s većim zadovoljstvom primalja. Prema istraživanju provedenom u Kanadi, primalje u primaljskim odjelima imaju osjećaj pripadanja, kontrole i vlasništva prostora, dok se na porođajima kod kuće osjećaju kao gosti, a u opstetričkim odjelima kao posjetitelji. Takav poticajan okoliš značajno pridonosi osjećaju zadovoljstva primalja, kao i stvaranju profesionalnog identiteta, smanjenju stresa i burnouta što može pozitivno utjecati na zadržavanje primalja u profesiji, problemom s kojim se sve više zemalja diljem svijeta suočava (8, 17).

## POTENCIJALNE PREPREKE U IMPLEMENTIRANJU PRIMALJSKIH ODJELA U ZDRAVSTVENI SUSTAV

Implementacija primaljskih odjela u zdravstveni sustav može se suočiti s različitim preprekama i izazovima. Jedan od osnovnih izazova odnosi se na prave i regulativne izazove odnosno nedostatak jasnih propisa i smjernica specifičnih za skrb u primaljskim odjelima. Stoga je za uspješnu provedbu implementacije ključna izrada smjernica. S ciljem lakšeg i održivog uvođenja primaljskih odjela izrađeni su Standardi primaljskih odjela (*Midwifery Unit Standards*) koji pružaju smjernice temeljene na znanstvenim dokazima i koje promiču biopsihosocijalnu filozofiju primaljskog modela skrbi (2, 4).

Prilikom integracije primaljske skrbi u širi zdravstveni sustav može se очekivati određeni otpor od strane drugih zdravstvenih profesija čije područje djelovanja se preklapa s primaljskim. Liječnici i medicinske sestre mogu otvaranje

primaljskih odjela promatrati kao prijetnju svojim ulogama u zdravstvenom sustavu. Stoga poticanje suradnje i otvorene i pozitivne multidisciplinarnе komunikacije kao i koordinacije između primalja i drugih zdravstvenih profesija mora zauzeti važno mjesto u planiranju osnivanja primaljskih odjela (4).

Prevladavanje prepreka zahtjeva opsežan i pažljivo razrađen pristup implementaciji koji će uključivati osnivanje radne skupine za uvođenje primaljskih odjela. Važno je osigurati suradnju među svim dionicima u zdravstvu, kao i uključiti promjene u propisima i kampanje podizanja svijesti javnosti.

## PRILIKE ZA HRVATSKU

Istraživanja su pokazala da su ključni pokretači inicijativa implementacije primaljskih odjela potreba za smanjenjem stope medicinskih intervencija i uvođenje humanizacije skrbi, potreba za prijelaznim rješenjem između porođaja u opstetričkim odjelima i porođaja kod kuće, uvođenje praksi temeljenim na znanstvenim dokazima te rekonfiguracija usluga ili obnova rodilišta (11).

U Hrvatskoj zasada nisu primijećeni konkretni naporci za implementaciju primaljskih odjela no nedavne promjene unutar sustava zdravstvene zaštite kao i značajan napredak u mogućnosti obrazovanja primalja te osnivanje regulatornog tijela otvaraju put i ukazuju na priliku za poduzimanje koraka u tom smjeru.

U brojnim hrvatskim gradovima su otvorene nove ili renovirane zgrade rodilišta, što pruža priliku za iskorištavanje novootvorenih prostora uz postojeće opstetričke odjele. Otvaranje primaljskih odjela također može poslužiti kao dobar primjer pronatalitetnih politika u vrijeme kada se Hrvatska suočava s izraženom depopulacijom i rapidnim padom nataliteta.

Unazad posljednjih nekoliko godina u Hrvatskoj se značajno povećao broj prvostupnica primaljstva koje imaju kompetencije samostalnog vođenja porođaja, te su se pojavile i prve magistre primaljstva koje imaju kompetencije vođenja primaljskih timova, što omogućava ostvarivanje plana *skills-mixinga* i *task-shiftinga* odnosno preraspodjelje zadataka u skladu s ostvarenom višom razinom obrazovanja i dodatno stečenim kompetencijama neliječničkih zdravstvenih profesija.

Sve veći zahtjevi pojedinaca i udruga koje se bave reproduktivnim pravima žena za kvalitetnijom maternalnom skrbi mogu biti katalizatori promjena te one mogu postati vrijedni saveznici u osiguravanju podrške javnosti i stvaranja političke volje za uvođenjem ove inovacije u zdravstveni sustav Hrvatske.

## ZAKLJUČAK

Primaljski odjeli, čija filozofija je duboko ukorijenjena u filozofiji primaljske skrbi, prepoznati su kao inovativan pristup pružanju maternalne skrbi, izazivajući tradicionalne, opstetričke modele koji se uvelike oslanjaju na medicinske intervencije.

Tijekom proteklih nekoliko desetljeća, primaljski odjeli pronalaze svoje mjesto unutar zdravstvenih sustava diljem svijeta, svaki sa svojim jedinstvenim pristupom. Rastući broj istraživanja koja podupiru dobrobiti primaljskih odjela te pružaju znanstvene dokaze njihovog utjecaja na zdravlje majki, novorođenčadi, kao i na funkcioniranje zdravstvenog sustava omogućavaju analiziranje procesa implementacije i facilitiraju njegovo uvođenje u zemlje u kojima još nije dostupan. Implementacija primaljskih odjela također omogućava uvođenje skrbi u kojoj središnje mjesto zauzimaju primalje te može biti sredstvo za postizanje autonomije i priznavanja profesionalnog statusa primalja u zemljama u kojima to još nije ostvareno.

## LITERATURA

1. Nove A., Friberg I. K., De Bernis L., McConville F., Moran A. C., Nadjemba M., et al. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. Lancet Glob Heal [Internet]. 2021., 9(1):e24-32. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30397-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30397-1)
2. Yuill C., Keraudren S., Murphy R., Uddin N., Rocca-Ihenacho L., Developing the midwifery Unit Self-Assessment (MUSA) Framework: A mixed methods study in six European midwifery units. Sex Reprod Healthc. 2023., 35 (February).
3. Podder L., Bhardwaj G., Siddiqui A., Agrawal R., Halder A., Rani M., Utilizing Midwifery-Led Care Units (MLCU) for Enhanced Maternal and Newborn Health in India: An Evidence-Based Review. Cureus. 2023., 15(8).
4. Rocca-Ihenacho L., Batinelli L., Thaeli E., Rayment J., Newburn M., McCourt C., Midwifery Unit Standards. The Midwifery Unit Network and City, University of London. 2018.
5. Murray-Davis B., Grenier L. N., Plett R. A., Mattison C. A., Ahmed M., Malott A. M., et al. Making Space for Midwifery in a Hospital: Exploring the Built Birth Environment of Canada's First Alongside Midwifery Unit. Heal Environ Res Des J. 2023., 16(2):189-207.
6. Rooks J., Midwifery and Childbirth In America. Temple University Press; 1997.
7. Adelson P., Fleet J. A., McKellar L., Eckert M., Two decades of Birth Centre and midwifery-led care in South Australia, 1998-2016. Women and Birth [Internet]. 2021., 34(1):e84-91.
8. Darling E. K., Easterbrook R., Grenier L. N., Malott A., Murray-Davis B., Mattison C. A., Lessons learned from the implementation of Canada's first alongside midwifery unit: A qualitative explanatory study. Midwifery [Internet]. 2021., 103(September):103146.
9. Rayment J., Rocca-Ihenacho L., Newburn M., Thaeli E., Batinelli L. M. C., The development of midwifery unit standards for Europe. Midwifery. 2020., 86(102661).
10. Rayment J., Rocca-Ihenacho L., Newburn M., Thaeli E., Batinelli L., McCourt C., The development of midwifery unit standards for Europe. Midwifery [Internet]. 2020., 86:102661.
11. Batinelli L., Thaeli E., Leister N., McCourt C., Bonciani M., Rocca-Ihenacho L., What are the strategies for implementing primary care models in maternity? A systematic review on midwifery units. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2022., 22(1):1-21.
12. Sandall J., Soltani H., Gates S., Shennan A., Devane D., Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2016., 2016(4).
13. NICE Guidelines Intrapartum care (NG235). 2023.
14. Schroeder L., Patel N., Keeler M., Rocca-Ihenacho L., Macfarlane A. J., The economic costs of intrapartum care in Tower Hamlets: A comparison between the cost of birth in a freestanding midwifery unit and hospital for women at low risk of obstetric complications. Midwifery [Internet]. 2017., 45:28-35.
15. Thiessen K., Nickel N., Prior H. J., Banerjee A., Morris M., Robinson K., Maternity Outcomes in Manitoba Women: A Comparison between Midwifery-led Care and Physician-led Care at Birth. Birth. 2016., 43(2):108-15.
16. Welffens K., Derisbourg S., Costa E., Englert Y., Pintiaux A., Warnimont M., et al. The "Cocoon", first alongside midwifery-led unit within a Belgian hospital: Comparison of the maternal and neonatal outcomes with the standard obstetric unit over 2 years. Birth. 2020., 47(1):115-22.
17. Rocca-Ihenacho L., Yuill C., McCourt C., Relationships and trust: Two key pillars of a well-functioning freestanding midwifery unit. Birth. 2021., 48(1):104-13.

# Zajedno gradimo bolju budućnost za žene, obitelji i našu zajednicu

## Udruga Primalja i obitelj: Šest godina osnaživanja

*Teuta Grdinić,  
predsjednica udruge Primalja i obitelj, mag. obs., bacc. med. techn.,  
IBCLC savjetnica*

Udruga primalja i obitelj Istre osnovana je 2017. godine i jedinstvena je u Istarskoj županiji. Naša udruga je proizašla iz organizacije dana otvorenih vrata našeg rodilišta, gdje smo prepoznali veliku potrebu žena za povezivanjem s primaljama. Također smo shvatili koliko je važno da primalje postanu nerazdvojni dio zajednice.

Nakon temeljnih istraživanja i razmatranja mogućnosti za rad u našoj zajednici, odlučili smo osnovati udrugu. Pomno smo proučili upute i korake potrebne za ostvarivanje tog cilja. Jedan od prvih zadataka bio je pisanje statuta udruge, u kojem smo definirali sve aspekte našeg rada. Također smo prikupili svu potrebnu dokumentaciju za registraciju udruge i aktivnosti koje planiramo provoditi.

Osoba ovlaštena za zastupanje udruge mora s ovom dokumentacijom registrirati udrugu u nadležnom upravnom tijelu na području našeg sjedišta, Grada Pule. Također smo se registrirali u Registru udruga Republike Hrvatske.

Naš rad usmjeren je na promicanje primaljstva i pružanje primaljske skrbi. Posebnu pozornost posvećujemo unapređenju primaljske skrbi u našoj županiji. Primaljska skrb važan je dio zdravstvenog i socijalnog sustava, i mi se trudimo podizati svijest o struci, načinima pružanja usluga te pravima žena i njihovom izboru u procesu rađanja. Također aktivno promičemo dojenje i njegove prednosti.

Cilj našeg rada je povezivanje primalja s obiteljima za koje će brinuti. Naša udruga uskoro slavi šestu godišnjicu uspješnog rada. Tijekom ovih godina, omogućili smo ženama, trudnicama i obiteljima u Istri priliku da upoznaju primalje i dobiju stručnu pomoć i savjete.

Organiziramo radionice i edukacije prilagođene potrebama naših korisnika. Sudjelujemo u natječajima Grada Pule i Istarske županije koji finansijski podržavaju naše radionice i projekte. Sve ovo radimo u vlastitom angažmanu i slobodnom vremenu. Aktivno sudjelujemo u svim edukacijama i održavanju radionica, javnim predavanjima i zajedničkim aktivnostima. Posebno smo predani radu s trudnicama, roditeljima i novorođenčadi te pružamo punu podršku mlađim obiteljima i svima kojima je potrebna stručna pomoć i savjeti.

Naše radionice održavamo online i u manjim grupama. Fokus stavljamo na pružanje relevantnih informacija temeljenih na dokazima te podršku i stvaranje prijateljskog okruženja. Želimo da se svaka žena osjeća dobrodošlom i sigurnom.

Osim toga, u sklopu naše udruge djeluje i Savjetovalište za dojenje za istarski poluotok. Ovdje se žene mogu obratiti tijekom svih faza dojenja kako bi doatile stručnu pomoć i podršku.

Svesrdno surađujemo s bolničkim tečajem u sklopu Opće bolnice Pula, stvarajući holistički pristup zdravstvenoj skrbi za žene i njihove obitelji. Potpisali smo i sporazum o partnerstvu s Medicinskom školom Pula, kao i sa Zavodom za javno zdravstvo Istarske županije. U našem radu podržavaju nas razni sponzori.

Udruga Primalja i obitelj u Istri nastavlja rasti i razvijati se. U narednim godinama, nastaviti ćemo s promicanjem primaljstva i primaljske skrbi te pružati podršku ženama i njihovim obiteljima. Želimo biti tu za sve koji traže stručnost, razumijevanje i podršku tijekom ovih važnih trenutaka u životu.



# *Udruga Maja - Majčinstvo je avantura*

*Karmen Cecarko, mag.obs.*

Udruga Maja osnovana je u rujnu 2016. godine s namjernom da se trudnice više educiraju o svojem tijelu tijekom trudnoće, poroda i postporođajnog razdoblja.

Trudnički tečajevi u bolnicama često se sastoje od suhoperavnih predavanja, prilikom kojih nema obostrane komunikacije s budućim roditeljima. U pojedinim županijama trudničke tečajeve vode osobe koje nisu dovoljno educirane da buduću majku pripreme za porod, boravak u rodilištu i njegu djeteta.

Tečajevi se često sastoje od 40 polaznika i više.

Dugogodišnja sam predavačica u Županijskoj bolnici Čakovec i često sam se susrela s „bojazni“ budućih roditelja da postave neka pitanja. Ostajali su sami nakon održanog tečaja i ponekad imali neko, po njihovom mišljenju, delikatno pitanje.

Odlučila sam tada, kao stručna osoba, otvoriti udrugu.

Na radionicama Udruge Maja imamo obostranu komunikaciju i postavljamo otvorena pitanja. Grupa se nikad ne sastoji više od četiriju parova jer se u protivnom gubi intima.

Predavanja održavaju primalje iz čakovečke Županijske bolnice, koje imaju dugogodišnje iskustvo, zatim IBCLC savjetnice te fizioterapeut.

Ciljevi Udruge Maja su:

- zalaganje za dostojanstvo trudnica, roditelje i babinjača
- zalaganje za prava trudnica, roditelja i babinjača
- zalaganja za prava djeteta
- promicanje roditeljstva i obitelji
- zauzimanje za opće dobro i pravo izbora u trudnoći, porođaju i babinju
- zaštita reproduktivnih prava i reproduktivnog zdravlja
- zalaganje za mogućnost izbora maternalne skrbi tijekom trudnoće, porođaja i babinja, zalaganje za slobodu izbora mesta i načina porođaja.



Do sad je kroz naše tečajeve prošlo više od sto parova. Uz individualni rad, parovima se lakše nositi s promjenama u trudnoći, lakšim porodom i sigurnim roditeljstvom.

Evaluacijom održanih tečajeva u prvoj godini, od preko 40 žena, svega pet žena je imalo epiziotomiju, tri trudnice su imale carski rez i imale smo jedan blizanački prirodni porod.

# Otvaranje primaljske prakse - moje iskustvo

*Barbara Finderle,  
mag. obs. i IBCLC savjetnica za dojenje*

Dugo vremena sam razmišljala o otvaranju primaljske prakse. Godinama sam se, u nekoliko navrata, educirala u nekim od razvijenih zemalja Europske unije pa sam iz prve ruke saznala kako primaljstvo funkcionira u jednom uređenom sustavu zdravstva.

Kada su se otvorile zakonske mogućnosti da se primaljska praksa otvoriti i u Hrvatskoj, intenzivno sam počela o tome razmišljati. No informacije koje sam trebala bile su nedostatne. Teško je bilo na jednom mjestu dobiti sve potrebne informacije o mogućnostima otvaranja ove prakse. U Hrvatskoj do tada nije bila otvorena ni jedna primaljska praksa i nigdje nisam mogla dobiti sve što mi je trebalo za realizaciju toga projekta.

Međutim, malo po malo sam sakupljala informacije. Odlazila sam kod prijatelja i poznanika koji su već otvorili druge oblike zdravstvenih praksi i dobivala informacije. Tražila sam informacije i od knjigovodstvenih servisa, odvjetnika i sličnih djelatnosti. Napominjem da mi je za to trebalo stvarno puno vremena jer svatko mi je govorio samo iz svog djelokruga poslovanja i to je onda trebalo povezati u cjelinu što je iziskivalo dosta truda.

Najviše sam dvojila oko toga što točno otvoriti: obrt, trgovačko društvo, udrugu, grupnu praksu, polikliniku, ordinaciju... Svaka stavka je imala određene prednosti i mane.

U konačnici smo suprug i ja odlučili otvoriti zajedničku praksu u obliku trgovačkog društva i registrirati dvije odvojene djelatnosti. U to vrijeme se djelomično promjenio Zakon i više nije trebala suglasnost komora za otvaranje trgovačkog društva, već smo se morali obratiti direktno nadležnom Ministarstvu kako bismo dobili suglasnost.

Prije traženja suglasnosti morali smo imati prostor (treba adresa za prijavu) i trebali smo opremiti ordinacije sukladno podzakonskim aktima Ministarstva. Moram istaknuti da mi većina opreme koju sam morala nabaviti nije bila potrebna za rad dok god se bavim samo savjetovanjem, međutim takvi su propisi pa sam sve potrebno i nabavila. Odlučili smo registrirati ginekologiju i porodništvo te posebno primaljstvo.

Iako sam očekivala više problema od strane Ministarstva i davanja suglasnosti obzirom na to da primaljske prakse do tada nisu bile registrirane u Hrvatskoj, ipak nije bilo problema. Ono što je također važno znati je da svaka

djelatnost mora imati zasebnu čekaonicu i ordinaciju. Tako da sam morala naći dovoljno velik prostor kako bih zadovoljila te uvjete. Primaljska praksa mora imati gotovo sve isto kao i ginekološka ordinacija, osim ultrazvuka. Na neki način je to i razumljivo kada se uzmu u obzir primaljske kompetencije i sve što primalja može samostalno raditi.

Zatražila sam suglasnost Ministarstva. U isto vrijeme sam morala pronaći knjigovodstvo, odvjetnika koji će mi pomoći s dokumentima, naći gdje se kupuju materijali potrebni za rad ordinacije i sl. Voditi jednu takvu ordinaciju je puno administrativnih formalnosti, dokumenata i birokracije.

U isto vrijeme kada sam zatražila suglasnost resornog Ministarstva, proglašena je pandemija bolesti COVID-19. Zbog toga sam dugo vremena čekala dok stručno povjerenstvo Ministarstva zdravstva nije došlo na očevid prostora ordinacije. Povjerenstvo se sastojalo od liječnika, predstavnika Ministarstva zdravstva i primalje koji su pregledati imam li sve definirano podzakonskim aktima (od visine stropa, svjetlosti, buke, veličine toaleta i slično).

Nakon očevida, relativno brzo smo dobili suglasnost i mogli početi s radom.

U početku smo imali svega nekoliko pacijentica tjedno, međutim danas, tri godine kasnije, imamo jednu od najboljih ginekološko-opstetričkih primaljskih ordinacija u regiji. U našoj poliklinici je zaposleno pet liječnika u dijelu radnog vremena i tri kolegice, a zainteresiranost žena (posebice trudnica) za ovaku vrstu dvojne prakse je velika. Na neki način pacijentice dobiju najbolje od obje struke: kvalitetan nadzor trudnoće i primaljsku skrb.

U svojoj praksi trenutno radim različite oblike savjetovanja vezano za trudnoću, porođaj i dojenje te vodim grupne tečajeve pripreme za porođaj i dojenje.

Na kraju moram reći da je otvaranje ovakve vrste prakse bilo prilično zahtjevno i oduzimalo mi je puno vremena, posebice jer nigdje nisam mogla dobiti sveobuhvatne informacije. No iz perspektive od tri godine kasnije, sada mi je žao da se nismo i puno ranije odlučili na ovakav profesionalni potез jer su velike potrebe za ovakvim zdravstvenim uslugama. Naše klijentice nas prepoznaju i traže naše usluge, a mi se trudimo biti svakim danom sve bolji i opravdati njihovo povjerenje.

# Izvještaj s ICM vijeća i kongresa - Bali, 2023.

*Maja Rečić, bacc. med. techn.,  
dopredsjednica HKP-a, delegat ICM-a*

## SAŽETAK

Izvještaj s Vijeća i kongresa ICM-a koji se održao na Baliju 2023. godine sadrži informacije o svrsi postojanja ICM-a kroz sve događaje vezane uz primaljstvo, s naglaskom na to kako pojedinci mogu utjecati na promjene u društvu svojim udjelom te osvrtom na jedno veliko međunarodno okupljanje primalja i istomišljenika ili suporterata.

**Ključne riječi:** primaljstvo, volontiranje, ICM, priznanje struke, aktivnosti i projekti, pandemija

Biti aktivni volonter i samoinicijativno sudjelovati u izgradnji profesije služi svakoj osobi na čast. Ispunjava nas u onim prazninama koje osjećamo dok „odrađujemo“ svoje svakodnevne obveze, čini nas potpunima i daje nam smisao postojanja.

Biti aktivni volonter nosi brojne pogodnosti, od putovanja, upoznavanja svjetskih običaja i kultura, usvajanja novih spoznaja i saznanja, do komunikacije s nadležnim tijelima u svrhu priznanja profesije.

Biti aktivni volonter daje nam novu razinu shvaćanja i borbe za rješavanje problema, uzdiže nas na novu akademsku razinu nadograđujući nas svakodnevno.

Biti aktivni volonter nagrada je sama po sebi, a još i više ako svoju ulogu shvatimo kao mogućnost da pridonesemo barem mali dio mudrosti koji nosimo u sebi.

Kao aktivni volonter naučila sam puno toga, ali još važnije je da i dalje učim svakodnevno. Moje ime je Maja Rečić, dopredsjednica sam HKP-a i odnedavno izvršna direktorka HUPP-a. Između ostalih aktivnosti u Komori i Udrudi najdraža mi je što sam delegatkinja u Vijeću ICM-a.

*International Confederation of Midwives* međunarodno je udruženje koje poput kišobran organizacije ispod sebe ujedinjuje regionalne i lokalne organizacije primalja.

## VIZIJA ICM-A

„ICM zamišlja svijet u kojem svaka žena koja rađa ima pristup primaljskoj skrbi za sebe i svoje novorođenče.“

Iz vizije proizlazi i misija:

„Ojačati udruge primalja i unaprijediti profesiju primalja na globalnoj razini promicanjem autonomnih primalja kao najprikladnijih skrbnika za žene koje rađaju i za održavanje normalnog poroda, kako bi se poboljšalo reproduktivno zdravlje žena, njihove novorođenčadi i njihovih obitelji.“

ICM okuplja oko milijun primalja iz cijelog svijeta kroz 124 države i 143 udruženja primalja. Svake tri godine održava se vijeće svih članica na način da najviše dva delegata iz jednog udruženja mogu prisustvovati i glasati, međutim uz njavu mogu biti prisutni i promatrači koji neće imati pravo glasa niti sudjelovati u odlučivanju tijekom vijeća. Vijeće je uvijek vezano uz trijenalni ili trogodišnji kongres ICM-a koji se ove godine održavao na Baliju.

Usput, za sudjelovanje na ICM kongresu možete dobiti do 30 bodova prema Pravilniku o sadržaju, rokovima i postupku trajnog stručnog usavršavanja primalja, primalja-asistentica, primaljskih asistenata, prvostupnika/ica primaljstva i magistra primaljstva koji se nalazi na mrežnim stranicama Komore.

Vijeće traje tri dana i na njemu se prema dnevnom redu prolazi kroz sve točke. Glasa se usvajanje finansijskog izvještaja, promjena u pravilnicima, protokolima, definicijama te se predlažu noviteti i ideje za smjer djelovanja ICM-a kroz naredno razdoblje od tri godine odnosno do sljedećeg vijeća i kongresa.

Službeni jezici ICM-a su engleski, francuski i španjolski, a tijekom održavanja omogućen je simultani prijevod preko slušalica.

Također svake tri godine bira se nova postava od predsjednice, dopredsjednice do članova upravnog odbora koji zastupaju

šest regija svijeta (Afrika – englesko i francusko govorno područje, Amerika – Sjeverna Amerika, Karibi i Latinska Amerika, zapadni Pacifik, istočni Mediteran, Europa – sjeverna, središnja i južna).

ICM usko surađuje na aktivnostima i projektima sa SZO-om, UNFPA – agencija Ujedinjenih naroda za stanovništvo i druge agencije UN-a; FIGO – globalna profesionalna zdravstvena organizacija, Međunarodno pedijatrijsko udruženje, Međunarodno vijeće medicinskih sestara, nevladine organizacije; bilateralne skupine i skupine civilnog društva.

ICM ima i platformu namijenjenu edukaciji, na koju u svrhu edukacije i predavanja mogu pristupiti sve članice ICM-a. Ako se pitate jeste li članice, odgovor je pozitivan.

Na Vijeću je prezentiran rad u protekle tri godine. Period je bio zahtjevan i buran zbog pandemije COVID-19. Dobro je što nas svaka nova nepoznata situacija natjera da naučimo nešto novo, pa smo u ovom slučaju svi naučili komunicirati preko interneta i služiti se brojnim mrežnim alatima.

I u sjedištu ICM-a uglavnom se komuniciralo online, a tek završetkom pandemije donesena je odluka o povećanju broja stalnih ili povremenih suradnika u samom sjedištu, koji se nalazi u Den Haagu.

Radilo se na programima inovacija i održivosti primaljstva u budućnosti, izradi profesionalnih okvira i alata za unapređenje profesije kroz edukaciju i radne skupine te na planiranju podrške programu koji se tradicionalno priprema i održava na Dan primaljstva svake godine.

Ažurirane su izjave i stajališta o registraciji poroda, dojenju i humanom mlijeku, kućnom porodu, normalizaciji prirodnog poroda, kvalifikacijama i kompetencijama primalja edukatora, sponzorstvima i komercijalnim partnerstvima te najvažnije o tome kako su primalje uvijek prvi izbor zdravstvenog djelatnika koji skrbi za žene u trudnoći, porodu i babinju.

Slijedio je pregled financijskog izvještaja koji je pozitivan i omogućit će realizaciju svih navedenih projekata kroz nadolazeće razdoblje.

Također je predstavljen izvještaj članova regionalnih odbora koji je potvrđio kako se cijeli svijet susreće s istim problemima. Kada smo saželi svu problematiku moglo se vidjeti da su nam svima zajedničke sljedeće teme: priznavanje primaljstva kao profesije, jezična barijera, nedostatak potrepština tijekom pandemije ili prirodne katastrofe, zaštita fiziološke trudnoće i poroda, nasilje nad ženama, napuštanje profesije, medikalizacija poroda s povećanim udjelom carskog reza i ostalih intervencija u porodu, nedostatne plaće u primaljstvu.

Njemačko udruženje primalja predstavilo je svoju studiju o utjecaju globalnog zatopljenja na trudnoću, porod i po-

rodnu težinu novorođenčeta te pozvalo sve zainteresirane da se pridruže.

Predstavljena nam je i PUSH kampanja, a to je desetljeće dug globalni pokret za žene i primalje koje štite i podržavaju svoja prava i tjelesnu autonomiju.

Slijedio je temeljni dokument ICM-a. Pregled proteklih tri do pet godina, interni pregled i proces odobravanja: Definicija primalje, Povelja o pravima žena i primalja, Skrb koju vodi primalja, Izjava o stavu ICM-a, Primalje, žene i ljudska prava, Partnerstvo između žene i primalje, Profesionalna odgovornost primalje, Međunarodni etički kodeks za primalje.

Osnovano je neovisno tijelo za izbornu povjerenstvo čija je osnovna zadaća izbor članova odbora ICM-a.

Na kraju Vijeća glasalo se za nove članove ICM-a te je za novu regionalnu predstavnici za Europu izabrana mlada i sposobna Lia Brigante rodom iz Italije koja radi u Velikoj Britaniji na Royal College of Midwives.



Od 11. do 14. lipnja održan je trijenalni kongres primalja na Baliju. Teško je riječima opisati emocije, osjećaj pripadnosti, uzbudjenje, sreća... Izuzetan trud koji je uložen u ceremoniju otvaranja na kojem je sudjelovalo oko 3.000 primalja iz cijelog svijeta, raznolikost tolikih nacionalnosti, jezika, religija, rasa, a opet svi smo isti i spojeni kroz primaljstvo.

## ZAKLJUČAK

Ako želimo vidjeti promjene u smislu priznavanja i uvažavanja naše profesije, trebali bismo sudjelovati u svim aktivnostima koje su usmjereni na primaljstvo. Samo zajedno možemo doprinijeti promjenama i vratiti dostojanstvo našoj profesiji. Uključite se u aktivnosti promicanja profesije dajući ono što možete ili znate, ili još bolje, rastite zajedno sa svojom strukom!



Generalni sponzor ICM kongresa





# Stavovi primalja o doulama

Matea Ivšić, bacc. obs.

Klinički bolnički centar Rijeka

Magdalena Kurbanović, univ. bacc. obs., mag. med. techn., IBCLC

Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci

Kontakt:

e-mail: matea.ivsic2@gmail.com

## SAŽETAK

Razvojem perinatologije, porođaji su se počeli provoditi u bolnicama gdje su glavnu ulogu u pružanju emotivne, fizičke i psihičke podrške na porođaju koju su tradicionalno pružali članovi obitelji i zajednice, preuzele primalje. Tijekom 20. stoljeća dolazi do stvaranja novog zanimanja – doula. Doula je educirana i iskusna profesionalka koja pruža kontinuiranu emocionalnu, fizičku i informativnu podršku jedan-na-jedan roditelji prije, tijekom i nakon porođaja. Obzirom na to da se neke od uloga primalja i doula preklapaju, često dolazi do nesuglasica i konflikta između njih. Sukobi između primalja i doula često proizlaze iz pogrešnog shvaćanja međusobnih uloga i djelokruga rada te nedostatka vlastitog iskustva međusobne suradnje.

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati stavove primalja o doulama i utvrditi povezanost duljine radnog staža te stupnja obrazovanja primalja sa stavovima o doulama.

Istraživanje je provedeno putem online upitnika te su u njemu sudjelovale primalje koje su imale iskustvo rada u rađaonici i iskustvo porođaja s prisutnom doulom.

Analiza podataka pokazala je kako primalje imaju pozitivne stavove o doulama. Nije pronađena razlika između stavova primalja o doulama obzirom na duljinu radnog staža i stupnja obrazovanja primalja.

Primalje i doule imaju zajednički cilj, a to je postizanje pozitivnog iskustva rađanja za roditelje te je stoga nužno stvoriti kolegjalnu međuprofesionalnu suradnju i provoditi edukacije za bolje razumijevanje obostranih uloga i jasnog djelokruga rada doula i primalja.

**Ključne riječi:** doula, pratnja na porodu, primalja, porođaj, stav

## UVOD

Prema definiciji Međunarodne konfederacije primalja (*International Confederation of Midwives – ICM*) primalja je odgovorni zdravstveni profesionalac koji radi u partnerstvu sa ženama s ciljem pružanja potrebne podrške, skrbi, savjeta prije, tijekom i nakon porođaja. Primalja također ima veliku ulogu u zdravstvenom savjetovanju i obrazovanju, ne samo žena već i obitelji i zajednice. Kao zdravstveni djelatnik primalja može raditi u bilo kojem okruženju uključujući domove zdravlja, porođajne centre, primaljske odjele, bolnice ili klinike te privatne prakse (1). Kompetencije primalje uključuju utvrđivanje, vođenje trudnoće i porođaja, kao i pružanje skrbi u postporođajnom razdoblju (2). No primaljska praksa se ne svodi samo na pružanje izravne kliničke skrbi i izvođenje intervencija, ona uključuje bilo koju ulogu u kojoj primalja koristi primaljske vještine i znanje (3).

Pri tome je od velikog značaja odnos koji primalja razvija sa svojim korisnicama i njihovim obiteljima i koji je ključan je za osiguranje kvalitetne i učinkovite skrbi tijekom trudnoće, porođaja i postporođajnog razdoblja. Taj odnos karakteriziraju povjerenje, empatija i otvorena komunikacija, omogućujući primalji pružanje holističke skrbi koja zadovoljava fizičke, emocionalne i psihološke potrebe korisnice.

Istraživanja su potvrdila važnost kvalitetnog odnosa između primalje i roditelje u poboljšanju ishoda za majke i njihovu novorođenčad. Rezultati brojnih istraživanja su pokazali da kada pacijentice osjete podršku i poštovanje svojih primalja, vjerojatnost da će se pridržavati preporučene skrbi je veća, što posljedično dovodi do boljih zdravstvenih ishoda za majku i novorođenče. Osim toga, pozitivan odnos primalje i pacijentice može pridonijeti većem zadovoljstvu i pozitivnijem iskustvu porođaja za roditelju (4).

Kada su se porođaji kod kuće zamijenili porođajima u bolnicama, liječnici koji su preuzeли vođenje porođaja su se velikim dijelom oslanjali na rutinske intervencije u porođaju poput farmakološkog pojačavanja trudova, indukcija porođaja, upotrebe farmakološke analgezije, prokidanja vodenjaka i epiziotomija koje nisu bile uvijek nužne što je dovelo do značajnog porasta carskih rezova (5).

Zabrinutost oko naglog porasta carskih rezova tijekom 1980-ih godina potaknula je sve veću potražnju za edukacijom o porođaju, kao i potrebu za prisustvom osobe na porođaju koja će zagovarati prava rodilje. Rodilje su počele pozivati prijateljice koje su prethodno rodile, medicinske sestre ili primalje s kojima su bile u dobrim odnosima te voditeljice tečaja pripreme za porođaj da im pruže podršku na porođaju. Brojna udruženja za antenatalnu edukaciju u svoje priručnike su uvrstili preporuku da voditelji tečaja prate rodilju na porođaj kad god je to moguće te se od tog neformalnog pružanja podrške na porođaju razvila ideja o profesionalnoj podršci na porođaju od strane osobe koja je educirana za to (6).

Iz potrebe za prisustvom upućene osobe koja će pružati potporu prilikom porođaja nastalo je zanimanje doula. Riječ doula dolazi iz grčkog jezika što znači „sluškinja“ ili „žena koja pomaže“ (7). Izraz doula kao opis žene koja pruža podršku drugoj ženi prvi put je upotrijebljen u knjizi antropologinje Dane Raphael iz 1973. godine, a prvo istraživanje utjecaja doule, odnosno kontinuiranog prisustva žene koja nije medicinski djelatnik i koja pruža fizičku i emotivnu podršku rodilji na tijek porođaja, provedeno je 1980. godine u Gvatemali (8).

Doula je educirana i iskusna profesionalka koja pruža kontinuiranu emocionalnu, fizičku i informativnu podršku jedan-na-jedan rodilji prije, tijekom i nakon porođaja. U antenatalnom razdoblju doula ženi daje informacije o trudnoći i porođaju te ju priprema za prirodni čin. Porođajna doula prati ženu u trudovima pomažući joj osigurati sigurno i zadovoljavajuće iskustvo. Postpartalna doula pruža ženi podršku nakon porođaja, pomažući joj kod dojenja i skrbi o novorođenčetu. Postoje doule koje pružaju prilagođene tehnike podrške za vrijeme pobačaja kao što je razgovor, držanje za ruku, masaža i ostale tehnike opuštanja. Često jedna doula pruža korisnici usluge tijekom cijelog peripartalnog razdoblja. Doula nije regulirano zanimanje no vrlo često doule završavaju neku vrstu edukacije ili tečaja te dobivaju certifikat (9). Doula ne donosi odluke umjesto rodilje, već primjećuje i osvještava zabrinutost i strahove rodilje, koje potom rodilja sama iznosi zdravstvenim djelatnicima. Doula bodri i osnažuje rodilju sukladno njenim željama, stavovima i potrebama te takav odnos s doulom rodilji daje veći osjećaj kontrole nad porođajem (10). Doule ne pružaju nikakvu medicinsku ni primaljsku skrb iako dobro poznaju proces porođaja. One rade u suradnji s primaljama, liječnicima, medicinskim sestrama i drugim

zdravstvenim djelatnicima uključenim u materinalnu skrb (11).

Od prvog istraživanja koje je provedeno 1980. godine do danas, objavljeni su rezultati brojnih istraživanja koji dokazuju prednosti kontinuiranog prisustva doule na porođaju poput poboljšanja ishoda porođaja i smanjenja nejednakosti u pristupu zdravstvenim uslugama. Prisustvo doule na porođaju povezano je s nižim stopama carskog reza i instrumentalnog dovršetka porođaja, kraćim trajanjem porođaja, manjom učestalosti primjene analgezije, većim zadovoljstvom porođajem kao i uspješnjim dojenjem. Osim što značajno pridonosi poboljšanju ishoda porođaja, prisustvo doule na porođaju doprinosi smanjenju troškova zdravstvenog sustava (7).

Rezultati istraživanja provedenog 2013. godine u Americi pokazuju kako kontinuirana podrška doule rezultira boljim ishodima porođaja te je manja vjerojatnost da će doći do komplikacija u odnosu na porođaje na kojima nije prisutna doula (12). Također, rezultati istraživanja provedenog 2006. godine u Americi pokazuju da prisustvo doule skraćuje vrijeme trajanja porođaja te rezultira boljom Apgar ocjenom u prvoj i petoj minuti nakon porođaja (13).

Tijekom 1980-ih godina zanimanje doula se populariziralo i sve više žena tražilo je njihove usluge. Godine 1992. osnovana je neprofitna organizacija *Doulas of North America* (kasnije preimenovana u *DONA International*) koja je postala prva organizacija koja je educirala i certificirala doule.

U Hrvatskoj su se doule pojavile 2010. godine, a 2013. godine u rujnu osnivaju Hrvatsku udrugu doula koja broji preko 50 članica od kojih je samo dvadesetak aktivnih. Hrvatska udruga doula organizator je „Temeljne doula obuke“ te se bavi mentoriranjem, educiranjem i certificiranjem doula u Hrvatskoj (45). Uz Hrvatsku udrugu doula djeluje i udruga pod imenom „Balkan Association of Birth Workers“. Navedenu udrugu čine doule iz Slovenije, Hrvatske te Bosne i Hercegovine. Proces edukacije traje pet dana, a one doule koje se odluče proći postupak certifikacije su pod vodstvom doula mentorica udruge. Proces certifikacije sastoji se od prisustva na pet poroda unutar triju godina, evaluaciju pet majki o podršci doule u perinatalnom i postpartum razdoblju, na porodu te vlastita refleksija na pet iskustava. Na kraju se dobiva potvrda mentorice o spremnosti na certifikaciju i ugovor o certifikaciji (15).

Unatoč brojnim dokazanim prednostima doula i njihovim dugogodišnjim djelovanjem, doule još uvijek nisu u potpunosti prihvaćene kao sastavni dio intrapartalne skrbi u rodilištima u Hrvatskoj. Prema istraživanju koje je provela pravobraniteljica za ravnopravnost spolova o tretmanu rodilja kod porođaja u rodilištima u Republici Hrvatskoj 2013. godine, većina rodilišta je navela da nisu imali u svojoj praksi zahtjeve za prisutnošću doula ni saznanja

o tome. Neka rodilišta čak ne dopuštaju prisutnost doula tijekom porođaja te problematiziraju činjenicu da doule naplaćuju svoje usluge koje pružaju dok su u rodilištu, dok druga ne postavljaju nikakve uvjete vezane za pratnju osim uvažavanja kućnog reda. Obzirom na razlike u praksama vezanim za prisutnost doula u hrvatskim rodilištima, preporuka pravobraniteljice bila je da se donesu jedinstvena pravila i pravno uredi položaj doula što još nije učinjeno (16).

Obzirom na brojne dokazane dobrobiti prisustva doule na porođaju, kao i preopterećenost zdravstvenih sustava koja u velikoj mjeri onemoguće skrb jedan na jedan, očekivalo bi se da su doule izrazito dobro prihvaćene od strane zdravstvenih djelatnika. No pokazalo se da to nije uvijek slučaj. Zdravstveni djelatnici koji pružaju intrapartalnu skrb nisu uvijek naklonjeni doulama niti razumiju njihovu ulogu, a ponekad i loša prethodna iskustva mogu uzrokovati poteškoće u odnosu doule i zdravstvenih djelatnika. Opisi odnosa zdravstvenih djelatnika i doula u dostupnoj literaturi su često proturječni te im je raspon od izrazito pozitivnih do izuzetno negativnih, pri čemu primalje imaju bolji odnos s doulama nego liječnici (7).

Dobra komunikacija između doule i primalje povezana je s boljim ishodima porođaja dok loša komunikacija može dovesti do neželjenih intervencija i negativnog iskustva porođaja. Neke primalje smatraju kako prisutnost doule na porođaju umanjuje njihovu interakciju s roditeljima i onemoguće im razvijanje prisnijeg odnosa s roditeljem. Obzirom na to da primalje i doule u svom djelokrugu rada imaju uloge koje se preklapaju često dolazi do nesuglasica između njih, a to proizlazi iz pogrešnog shvaćanja međusobnih uloga te nedostatka iskustva. Postoji zajednička uloga primalje i doule, a to je pružanje fizičke, emocionalne i kontinuirane podrške uz istodobno poticanje autonomije roditelje. Kako bi odnosi doula i zdravstvenih djelatnika bili pozitivni, potrebna je bolja edukacija svih zdravstvenih djelatnika zbog postizanja bolje i kvalitetnije skrbi roditelja kako bi u potpunosti razumjeli međusobne uloge i važnost suradnje. Edukacija svih pružatelja skrbi tijekom porođaja bi mogla dovesti do boljeg razumijevanja uloga te podizanja standarda kvalitete i suradnje uz zajedničko razumijevanje i uvažavanja doprinosa koje svaki pojedini član tima ima, odnosno unaprjeđenja skrbi za roditelju i njezinu obitelj (17).

Ovaj rad se temelji na istraživanju provedenom u sklopu izrade završnog rada na preddiplomskom stručnom studiju Primaljstva na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci kojeg je provela Matea Ivšić uz mentorstvo Magdalene Kurbanović. Ciljevi ovog istraživanja bili su utvrditi stavove primalja o doulama te ispitati njihovu povezanost s duljinom radnog staža i stupnja obrazovanja primalja.

## ISPITANICI I METODE

Istraživanje je obuhvatilo primalje, primalje asistentice, prvostupnice i magistre primaljstva. Istraživanje se provodilo tijekom srpnja i kolovoza 2022. godine putem online upitnika izrađenog za potrebe ovog istraživanja. Kriterij uključenja su bile sve primalje koje su bile i koje su trenutno zaposlene na odjelu rađaonice. Kriterij isključenja su bile primalje koje nisu imale iskustvo pružanja skrbi u porođaju uz prisutnost doule. Prikupljanje podataka provodilo se uz pomoć Hrvatske komore primalja koja je distribuirala upitnik svojim članicama putem društvenih mreža.

Statistička obrada podataka uključivala je deskriptivnu statistiku odnosno prikaz aritmetičke sredine i standardne devijacije te neparametrički Mann Whitneyev test za nezavisne uzorke. Za statističku obradu podataka koristio se softverski program Microsoft Excel® te Statistica 14.0.0.15 (TIBCO Software Inc.).

## REZULTATI

Upitniku je pristupilo 103 ispitanika od kojih je 14 isključeno temeljem kriterija uključenja i isključenja iz istraživanja te nisu uključeni u daljnju analizu. Najveći udio ispitanica u ovom istraživanju imao je između dvije i pet godina radnog staža, njih 34,8 %, zatim više od 21. godine radnog staža, 25,6 % ispitanica, dok je najmanji udio ispitanica imao manje od godine dana radnog staža, njih 3 %.

Obzirom na stupanj obrazovanja, najviše ispitanica su prvostupnice primaljstva, njih 56,2 %, dok najmanje ispitanica, njih 7,8 % ima titulu magistre primaljstva. Primaljskih asistentica je bilo 9 % dok je primalja 27 %.

Za utvrđivanje stavova primalja o doulama izračunata je prosječna vrijednost stavova primalja o doulama i izražena aritmetičkom sredinom (M) i standardnom devijacijom (SD).

Aritmetička sredina svih odgovora iznosi 2,049 što je granični rezultat koji pokazuje da primalje imaju pozitivne stavove o doulama, no ti stavovi nisu izrazito pozitivni.

U ukupnom uzorku ispitanika raspon aritmetičkih sredina kreće se od  $M=1,78$  do  $M=2,37$ . Najniža aritmetička sredina opažena je na pitanju broj 10 „Kada je doula prisutna na porođaju, porođaj protekne s manje intervencija“ te iznosi  $M=1,78$ .

Na pitanje broj 12 „Kada je doula prisutna na porođaju, roditelje su zadovoljnije porođajem“ opažena je najviša aritmetička sredina od  $M=2,37$ . U tablici 1 prikazani su rasponi te aritmetičke sredine s pripadajućim standardnim devijacijama za svako od pitanja u upitniku koje se odnose na stavove primalja o doulama.

**Tablica 1.** Slaganje ispitanica s tvrdnjama koje se odnose na stavove primalja o doulama

Tvrđnja	Min	Max	M	SD
Doula na porođaju olakšava primalji posao.	1	4	2,31	0,84
Radije bih da je na porođaju rodilji pratnja doula nego partner ili član obitelji.	1	4	1,92	0,81
Bilo bi idealno kada bi svaka rodilja imala mogućnost prisustva doule na porođaju.	1	4	2,06	0,87
Doule su kvalificirane pružati savjete o dojenju kao i pružanju antenatalne edukacije trudnicama.	1	4	2,17	0,79
Kada je doula prisutna na porođaju, porođaj protekne s manje intervencija.	1	4	1,78	0,76
Kada je doula prisutna na porođaju, rodilje rjeđe traže epiduralnu analgeziju.	1	4	2,02	0,83
Kada je doula prisutna na porođaju, rodilje su zadovoljnije porođajem.	1	4	2,37	0,75
Ukupno			2,094	0,587

Izračun Spearmanovog koeficijenta rang korelacijske, prikazan u tablici 2, pokazuje da nije pronađena statistički značajna povezanost između stavova primalja o doulama i duljine radnog straža primalja ( $\rho = -0,09$ ,  $p > 0,05$ ).

**Tablica 2.** Povezanost stava primalja o doulama s duljinom radnog straža

Obilježje	Odgovori	Medijan (Q1-Q3)	Stavovi o doulama Spearmanov koeficijent rang-korelacijske ( $\rho$ ) i p
Duljina radnog straža	1 – manje od 1 godine 2 – od 2 do 5 godina 3 – od 6 do 10 godina 4 – od 11 do 15 godina 5 – od 16 do 20 godina 6 – od 21 i više godina	3 (2-6)	$\rho = -0,093161$ $p > 0,05$

Razlika u stavovima primalja o doulama obzirom na razinu obrazovanja primalja testirana je Mann-Whitney U-testom prikazana je u tablici 3.

**Tablica 3.** Razlika u stavu primalja o doulama obzirom na obrazovanje

Obilježje	Skupina	Stavovi o doulama (M,SD)	Razlika (Mann-Whitney U test)
Razina obrazovanja	Primalje i primaljske asistentice	2,14 (0,53)	$U = 819,500$ $p = 0,43$
	Prvostupnice i magistre primaljstva	2,07 (0,62)	

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da nema statistički značajne razlike u stavu primalja o doulama s obzirom na razinu obrazovanja primalja ( $U = 819,500$ ,  $p = 0,43$ ).

## RASPRAVA

Rezultati dobiveni ovim istraživanjem pokazali su kako primalje u Hrvatskoj imaju pozitivne stavove o doulama unatoč početnoj pretpostavci da će imati negativne stavove. Roth i suradnici utvrdili su kako primalje koje rade s doulama imaju pozitivnije stavove o njima od primalja koje takvo iskustvo nemaju. Obzirom na to da su u ovom istraživanju sve ispitanice odnosno primalje imale osobno iskustvo pružanja skrbi u porođaju s doulom to može objasniti rezultate ovog istraživanja (18). No aritmetička sredina koja iznosi 2,092 te je samo neznatno viša od granične vrijednosti ukazuje na to da stavovi primalja nisu izrazito pozitivni.

Istraživanja pokazuju kako su negativni stavovi o doulama povezani s radnim preopterećenjem primalja i medicinskih sestara, stoga time možemo objasniti činjenicu da stavovi primalja u Hrvatskoj nisu pretjerano pozitivni obzirom na izraženi nedostatak primalja u Hrvatskoj te preopterećenost koja iz toga proizlazi.

Odnosi između primalja i doula često su negativni što može imati velik utjecaj na iskustvo pružene skrbi rodilje. Papagani i Buckner proveli su kvalitativno istraživanje o odnosima između doula i primalja 2006. godine u Alabami. Dobiveni rezultati dokazali su kako je samo jedna ispitanica svjedočila pozitivnoj atmosferi i suradnji između doule i primalje tijekom porođaja te je opisala odnos između doule i primalje kao pun poštovanja, topao, ljubazan, suradljiv i bez napetosti. Ostalih osam ispitanica opisale su odnos primalje i doule tijekom porođaja kao napet, hladan, neprijateljski i ružan, što je dovelo do negativnog iskustva porođaja. Osam od devet ispitanica izjavilo je kako do sukoba između doule i primalje dolazi zbog nepridržavanja prethodno dogovorenog plana porođaja ili provođenja određenih nužnih intervencija tijekom porođaja te da su takvi sukobi imali negativne posljedice i veliki utjecaj na njihovo iskustvo porođaja koje su neke od njih opisale kao „noćnu moru“. Autori zaključuju da je velika vjerojatnost da do sukoba i nesuglasica između doula i primalja dolazi jer su primalje navikle na medikalizirani porođaj te da nisu u stanju ili se ne žele prilagoditi alternativnoj osobi za podršku. Koliko narušeni odnosi između primalja i doula mogu utjecati na skrb pokazuju rezultati ovog istraživanje gdje je 90 % ispitanica imalo negativno iskustvo porođaja dok je doula bila prisutna na porođaju (19).

Još jedno kvalitativno istraživanje kojeg su proveli Stevens i suradnici 2011. godine u Australiji potvrđuje kako su stavovi primalja prema doulama često negativni iako to ne vrijedi u obrnutom smjeru. U ovom istraživanju su ispitali stavove doula o primaljama i obratno, stavove primalja o doulama. Primalje koje su sudjelovale u istraživanju izjavile su kako su se više od 10 puta susrele s doulom kao pratnjom rodilja na porođaju. Dobiveni rezultati su pokazali

kako doule smatraju da „popunjavaju prazninu“ u skrbi tijekom porođaja dok primalje tvrde da doule „preuzimaju njihovu ulogu“ što dovodi do međusobnih sukoba. Primalje su izjavile kako se doule mijesaju o odnos primalja-rodilja te primalju smatraju samo pružateljem opstetričke skrbi. Primalje komentiraju kako se ponekad osjećaju podcijenjeno kada se rodilja odluči za doulu kao pratnju na porođaju. Doule su u ovom istraživanju navele kako rodilje nisu dobivale odgovarajuće informacije i podršku od primalje tijekom provođenja određenih intervencija u porođaju. Pokušavajući nadoknaditi podršku dovelo je doule do sukoba s primaljama koje su na to gledale kao preuzimanje njihovih uloga. Zaključak autora je da primalje imaju negativan stav o doulama dok doule o primaljama imaju pozitivan stav (20).

U ovom istraživanju primalje su najviše slaganja izrazile s tvrdnjom „Kada je doula prisutna na porođaju, rodilje su zadovoljnije porođajem“. Pretpostavlja se da primalje percipiraju doulu kao osobu kojoj rodilje vjeruju i smatraju je njihovim osloncem tijekom porođaja te su stoga i zadovoljnije.

Najniža aritmetička sredina ( $M = 1,78$ ) opažena je na pitanju „Kada je doula prisutna na porođaju, porođaj protekne s manje intervencija“ odnosno primalje su izrazile najmanje slaganja s tom tvrdnjom. Obzirom na brojna istraživanja koja su dokazala kako prisutnost doule na porođaju rezultira manjim brojem carskih rezova i instrumentalnih dovršetka porođaja, neslaganje primalja s tom tvrdnjom ukazuje na nedovoljnu educiranost primalja o dobrobitima doula (21).

Rezultati dobiveni istraživanjem pokazali su kako se stavovi prvostupnica i magistri primaljstva značajno ne razlikuju od stavova primalja i primaljskih asistentica. Pretpostavka je bila da će prvostupnice i magistre primaljstva imati pozitivnije stavove o doulama od primalja i primaljskih asistentica, no to se nije pokazalo tako. Razlog takve pretpostavke je što su se magistre i prvostupnice primaljstva edukacijom na studiju susrele s pojmom i definicijom doule. Smatralo se da su tijekom obrazovanja na studiju, magistre i prvostupnice primaljstva imale prilike za boljim razumijevanjem uloge i zadaće doule što je moglo potaknuti bolju međusobnu suradnju, no to se nije pokazalo tako.

## ZAKLJUČAK

Uloge primalja i doula se značajno razlikuju, ali su komplementarne jedna drugoj. Svaka rodilja ima pravo na pozitivno iskustvo rađanja, a u postizanju toga veliku ulogu ima kvalitetna kontinuirana podrška tijekom porođaja. Primalje i doule imaju zajednički cilj, a to je postizanje pozitivnog iskustva rađanja za rodilju te je stoga nužno stvoriti kolegjalnu međuprofesionalnu suradnju. Postoji

nekoliko načina na koji se mogu potaknuti bolji kolegijalni odnosi uključujući zajedničku edukaciju i društvene interakcije. Doule i primalje trebaju biti dovoljno educirane o obostranim ulogama, kompetencijama i djelokrugu rada tijekom pružanja skrbi roditelji.

Rezultati ovog istraživanja pokazuju kako primalje imaju pozitivne stavove o doulama, no granično niska aritmetička sredina pokazuje kako nisu izrazito pozitivni te da postoji još jako puno prostora za napredak u izgradnji međusobnih odnosa primalja i doula.

Ovo istraživanje je pružilo uvid u stavove primalja o doulama i bolje razumijevanje barijera u odnosu primalja i doula te se nadamo da će, obzirom na to da je ova istraživačka tema potpuno zanemarena u Republici Hrvatskoj, potaknuti daljnja istraživanja na tu temu i doprinijeti boljim odnosima između doula i primalja s ciljem poboljšanja materalne skrbi.



## LITERATURA

1. International Confederation of Midwives. Definition of the Midwife. 2005. Dostupno na: [https://www.international-midwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition\\_of\\_the\\_midwife-2017.pdf](https://www.international-midwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf)
2. Zakon o primaljstvu. Narodne novine, br.120/08, 145/10.
3. Nagle C., McDonald S., Morrow J., Kruger G., Cramer R., Couch S., Hartney N., Bryce J., Birks M., Heartfield M., Informing the development midwifery standards for practice: Midwifery. 2019., 76:8-20.
4. Sandall J., Soltani H., Gates S., Shennan A., Devane D., Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2016., 4(4):CD004667.
5. Wertz R. W., Wertz D. C., Lying-in: A History of Childbirth in America Studies in the life of women. Yale University Press, 1989.
6. Papagni K., Buckner E., Doula Support and Attitudes of Intrapartum Nurses: A Qualitative Study from the Patient's Perspective. J Perinat Educ. 2006., 15(1):11-18. doi:10.1624/105812406X92949
7. Waller-Wise R., Fostering Collegial Collaboration Between Labor Nurses and Doulas. Nurs Womens Health. 2018., 22(3):212-218.
8. Sosa R., Kennell J., Klaus M., Robertson S., Urrutia J., The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. N Engl J Med. 1980., 303(11):597-600.
9. Kozhimannil K. B., Attanasio L. B., Jou J., Joarnt L. K., Johnson P. J., Gjerdingen D. K., Potential benefits of increased access to doula support during childbirth. Am J Manag Care. 2014., 20(8):e340-e352.
10. Stanojević M., Rodilište – prijatelj majki i djece; priručnik za zdravstvene i nezdravstvene djelatnike rodilišta. Ured UNICEF-a za Hrvatsku, 2020.
11. Bohren M. A., Hofmeyr G. J., Sakala C., Fukuzawa R. K., Cuthbert A., Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2017., 7(7):CD003766.
12. Gruber K. J., Cupito S. H., Dobson C. F., Impact of doulas on healthy birth outcomes. J Perinat Educ. 2013., 22(1):49-58. doi:10.1891/1058-1243.22.1.49.
13. Campbell D. A., Lake M. F., Falk M., Backstrand J. R., A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006., 35(4):456-64.
14. Hrvatska udruga doula. <https://doula.hr/> (pristupljeno 8.03.2023)
15. Balkan association of birth workers. <https://balkanbirthworkers.com/> (pristupljeno 8.03.2023.)
16. Hrvatski sabor, Izvješće o radu pravobraniteljice za ravno-pravnost spolova, članak 122. stavka 2, 2013.
17. Lucas L., Wright E., Attitudes of Physicians, Midwives, and Nurses About Doulas. MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing, 2019., 44(1),33-39.
18. Roth L. M., Henley M. M., Seacrist M. J., Morton C. H., North American Nurses' and Doulas' Views of Each Other. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2016., 45(6):790-800.
19. Papagni K., Buckner E., Doula Support and Attitudes of Intrapartum Nurses: A Qualitative Study from the Patient's Perspective. J Perinat Educ. 2006., 15(1):11-18.
20. Stevens J., Dahlen H., Peters K., Jackson D., Midwives' and doulas' perspectives of the role of the doula in Australia: a qualitative study. Midwifery. 2011., 27(4):509-16.
21. Fortier J. H., Godwin M., Doula support compared with standard care: Meta-analysis of the effects on the rate of medical interventions during labour for low-risk women delivering at term. Can Fam Physician. 2015., 61(6):e284-92.

# Izumiremo li kao profesija?

Biserka Matok-Glavaš, bacc. obs., mag.med.techn.

Hrvatska komora primalja  
E-mail: [biba.matok@gmail.com](mailto:biba.matok@gmail.com)

Prema međunarodnoj definiciji primalja je osoba koja je uspješno završila program edukacije za primalje koji je uredno priznat u državi u kojoj se nalazi, a koji se temelji na ICM-ovim esencijalnim kompetencijama osnovne primaljske prakse i okvirima ICM-ovih Globalnih standarda obrazovanja za primalje; osoba koja je stekla potrebne kvalifikacije kako bi bila registrirana i/ili zakonski licencirana za obavljanje primaljske skrbi i korištenje titule primalja; koja dokazuje kompetencije u praksi primaljstva. Samo postojanje definicije govori u prilog tome da smo danas zakonom regulirana profesija.

Primalja je priznata kao odgovoran i pouzdan profesionalac, koja **radi u partnerstvu sa ženama**, pruža podršku, skrb i savjete za vrijeme trudnoće, porođaja i babinja, **samostalno nadzire porođaj** na svoju vlastitu odgovornost i **provodi skrb za novorođenče** i dojenče. Ta skrb uključuje preventivne mjere, **promicanje prirodnog porođaja**, prepoznavanje komplikacija kod majke i djeteta, pristup medicinskoj skrbi i drugim oblicima odgovarajuće pomoći te provođenje hitnih postupaka u slučaju opasnosti. Primalja ima važan zadatku u zdravstvenom savjetovanju i **edukaciji**, ne samo za žene, već i **unutar obitelji** i zajednice. Njezin posao uključuje **antenatalnu edukaciju, pripremu za roditeljstvo i dojenje**, a može se proširiti na zdravlje žena, **seksualno i reproduktivno** zdravlje i skrb za djecu.

Primalja može djelovati **na svim razinama zdravstvene zaštite**, uključujući kuću, zajednicu, bolnice, klinike ili zdravstvene jedinice. Primalje su zdravstveni djelatnici i njihova djelatnost sastavni je dio zdravstvene djelatnosti od interesa za Republiku Hrvatsku. (Zakon o primaljstvu NN 120/08, 145/10).

Svi zdravstveni djelatnici u Republici Hrvatskoj dužni su imati valjano odobrenje za rad, što je regulirano Zakonom o zdravstvenoj zaštiti koji u članku 171. (1) kaže „Odobrenje za samostalan rad je javna isprava koju prema posebnome zakonu izdaje nadležna komora nakon stečene stručne kvalifikacije odnosno dobivenog uvjerenja zdravstvenog radnika o položenom stručnom ispitu.“ (Zakon o zdravstvenoj zaštiti NN 100/18, NN 125/19, NN 147/20, NN 119/22, NN 156/22, NN 33/23).

Status primalja dodatno se regulira Zakonom o primaljstvu koji je donesen 2008. godine. U članku 14. kaže: „Primaljsku skrb kao član tima (član zdravstvenog tima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, član tima u bolničkoj zdravstvenoj skrbi) provodi primalja koja je upisana u registar i kojoj je dano odobrenje za samostalni rad primalje-asistentice, prvostupnice primaljstva ili magistre primaljstva“.

Hrvatska komora primalja osnovana je 2009. godine. Hrvatska komora primalja je samostalna, neovisna, strukovna, zakonski utemeljena organizacija primalja koja djeluje na području Republike Hrvatske, štiti prava i zastupa interes primalja, unapređuje primaljsku djelatnost, brine se za ugled primalja i pravilno obavljanje primaljskog zvanja (članak 1. Statuta HKP-a). Osnovana je s vizijom neovisnog primaljstva. Misija Hrvatske komore primalja je da štiti prava i interes primalja, promiče identitet i dostojanstvo struke te razvija primaljstvo kroz unaprjeđenje obrazovanja i zakonodavstva.



Važan strateški cilj koji je naveden u revidiranom strateškom planu Hrvatske komore primalja iz 2019. godine je poticanje razvoja odgovarajućeg sustava obrazovanja u primaljstvu.

Sukladno ranije spomenutom Zakonu o primaljstvu, Hrvatska komora primalja vodi Registar članova. Najstariji dostupni podaci su iz 2016. godine kada je u Registar bilo ukupno upisano 2.549 primalja. Ažurirani podaci 4. listopada 2023. godine pokazuju da je u Registru članova upisano ukupno 2.407 primalja. U razdoblju od sedam godina broj upisanih primalja u Registru članova je za više od 5 % manji, odnosno 142 primalje manje nego 2016. godine.

Kada je kao filter prilikom analize Registra korištena stručna spremna upisanih članova tada je situacija sljedeća: **2016. godine** magistri primaljstva nije bilo, prvostupnica primaljstva bilo je 124 te 79 asistentica i 2.346 primalja srednje stručne spreme; **2023. godine** 29 magistri primaljstva, 379 prvostupnica primaljstva, 353 asistentice i 1.650 primalja srednje stručne spreme. (<https://www.komora-primalja.hr/registar-clanova-komore/>).

Najbrojnija su skupina primalje srednje stručne spreme koje su nakon stupanja na snagu Zakona o primaljstvu nastavile raditi na zatečenim radnim mjestima i koje su, prema tada važećim zakonima i propisima u Republici Hrvatskoj, samostalno obavljale primaljsku skrb.

Stečena prava u RH primalja školovanih prema prijašnjim propisima (prije stupanja na snagu Zakona o primaljstvu) priznaju se kao unutarnje pravo u RH. Zakon o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija jamči stečena prava i bavljenje profesijom kada matična država članica povisi obrazovnu razinu potrebnu za pristup profesiji i bavljenje tom profesijom. Stoga primalje u zatečenom stanju mogu raditi iste poslove na zatečenim radnim mjestima u rađaonici (ali i na svim drugim radnim mjestima na kojima su do tada radile) kao i prije donošenja Zakona o primaljstvu kojim su propisane djelatnosti primalje-asistentice. Iz tog je jasno da navedena skupina primalja srednje stručne spreme radi i može nastaviti s radom do umirovljenja, međutim na njihova mjesta potrebno je zaposliti prvostupnice primaljstva kojih na tržištu rada gotovo da i nema.

Iako je primaljstvo u EU priznata i samostalna profesija i smatra se jednom od pet najznačajnijih profesija, u RH je i dalje zanemareno. Republika Hrvatska ulaskom u EU obvezala se na usklađivanje propisa i zakona kojima se određuje potrebno obrazovanje i stručne kompetencije. Zakon o primaljstvu kao temeljno obrazovanje za primalje navodi završetak preddiplomskog studija sukladno Direktivi 2005/36 EZ. Kao što je već navedeno, važan strateški cilj Hrvatske komore primalja je poticanje razvoja odgovarajućeg sustava obrazovanja u primaljstvu. Unatoč brojnim aktivnostima koje komora kontinuirano provodi s

ciljem pokretanja preddiplomskog studija (i u Zagrebu, i u ostalim gradovima Republike Hrvatske), isto do danas nije rezultiralo uspjehom. Obrazovanje se provodi na nekoliko razina. U Zagrebu je srednja strukovna škola za primalje koja je i 2023./2024. godinu upisala dva razreda za zanimanje primalja asistentica/asistent. Na fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci na preddiplomskoj razini školuju se prvostupnice/prvostupnik primaljstva, a na diplomskoj razini magistra/magistri primaljstva. Osim Rijeke, program obrazovanja na preddiplomskoj razini za prvostupnice/prvostupnike primaljstva provodi se na Sveučilištu u Splitu. Upisna kvota na oba studija je 15 studenata.

U Zagrebu, koji je glavni grad Republike Hrvatske i najveće Područno Vijeće u kojem je najveći broj primalja, nema studija primaljstva. Nepostojanje studija u Zagrebu predstavlja veliki problem budući u Zagrebu postoje četiri velika rodilišta koja imaju kroničan nedostatak primaljskog kadra. Primalje koje su završile srednju školu za zanimanje primalja asistentica/asistent i žele se dalje usavršavati i napredovati u struci upisuju se na studij sestrinstva koji im je dostupan i financijski prihvatljiviji. Samim tim mijenjaju zanimanje i profesiju.

Ono što također zabrinjava je činjenica da je gotovo trećina aktivnog članstva, 870 članica upisanih u Registar Hrvatske komore primalja starosne dobi od 54 do 64 godine života. Sasvim je jasno da će najkasnije za deset godina sve imati uvjete za odlazak u mirovinu. Trenutna situacija je da s dva studija godišnje, sukladno upisnim kvotama, na tržište rada izlazi oko 30 prvostupnica primaljstva. Jasan je da takvim tempom za deset godina možemo imati oko 300 prvostupnica primaljstva što je samo trećina ovih koje će za isto razdoblje biti umirovljene. Možemo li tu situaciju promijeniti ili smo država koja svjesno gleda kako najstarije zanimanje nestaje?

Osim školovanja, odnosno nedovoljnog broja preddiplomskih studija u Republici Hrvatskoj, brojni drugi faktori također utječu na odabir zanimanja. Jedan od njih sasvim sigurno je i **Uredba o nazivima radnih mjesta i koeficijentima složenosti poslova u javnim službama u kojoj se primalje ne spominju ni u jednom dijelu**, osim Uredbi o izmjenama i dopuni Uredbe o nazivima radnih mjesta i koeficijentima složenosti poslova u javnim službama (3.2023.) gdje se primalje spominju kao zdravstveni radnici u domovima socijalne skrbi i centrima za pomoć u kući na radnom mjestu III. vrste na koeficijentu koji je izjednačen s koeficijentom bolničara koji je raspoređen na radno mjesto IV. vrste. U članku 2. spomenute uredbe koji se odnosi na posebne nazive radnih mjesta i koeficijenti složenosti poslova u zdravstvenim ustanovama na položajima druge vrste spominju se isključivo glavne sestre. To u praksi predstavlja ogroman problem obzirom na to da navedeno dopušta zdravstvenim ustanovama da ne postupaju na

jednak način prema primaljama i medicinskim sestrama zaposlenim na istim radnim mjestima. Konkretno, magistre primaljstva koje rade na radnim mjestima glavnih primalja klinika/zavoda nemaju pripadajući koeficijent dok magistre sestrinstva imaju.

Nadalje, visina osobnog primanja odnosno plaća koju primalje i medicinske sestre ostvaruju za svoj rad u Republici Hrvatskoj sasvim sigurno imaju utjecaja na odlazak iz države u neku drugu državu gdje su priznate kao profesija i puno bolje plaćene. Prema istraživanje koje je provela Organizacija za ekonomsku suradnju i razvoj - OECD prosječna mjesecna bruto plaća medicinskih sestara u Luksemburgu 2021. godine iznosila je 9.674 eura. Drugo mjesto zauzima Island s prosječnom bruto plaćom od 6.777 eura. U Hrvatskoj je taj **iznos bio 1.572 eura**, čime je Hrvatska stavljena na 24. mjesto. Ispod nje je samo Mađarska, gdje je prosječna bruto plaća 1.538 eura. Iako će mnogi reći da se ne možemo uspoređivati s Luksemburgom i Islandom, u istom istraživanju sudjelovala je i susjedna nam Slovenija s prosječnom bruto plaćom od 3.817 eura. Raspoloživo na: (<https://dnevnik.hr/vijesti/hrvatska/pogledajte-razliku-u-placi-ljecnika-i-medicinskih-sestara-u-hrvatskoj-i-ostatku-svijeta--800391.html>)

Nužno je da naša zemlja i vlada prepoznaju važnost svih reguliranih profesija, pa tako i primaljstva i da počnu ulagati u našu profesiju na jednak način, kako se ne bi dogodilo da za desetak godina cijela jedna važna djelatnost nestane, te se samim time zakinu žene za adekvatnu primaljsku skrb koju trebaju dobiti u Hrvatskoj, kao i u svim drugim državama članicama EU-a.

## GDJE MEDICINSKE SESTRE NAJVIŠE ZARAĐUJU?

### PROSJEČNA MJESEČNA BRUTO PLAĆA MEDICINSKIH SESTARA

(u €, 2021.)



Izvor: OECD, podaci za Hrvatsku 2022.

# Znanje muškaraca o porodu

Maura Kovačić<sup>1</sup>, bacc. obs., doc. dr. sc. Deana Švaljug<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Županijska bolnica Čakovec

<sup>2</sup>Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija

Autor za korespondenciju: Maura Kovačić, e-mail: maurakovacic10@gmail.com

## SAŽETAK

U današnje vrijeme vrlo je bitna podrška pratnje na porodu za ženu. Kako su pratnje na porodu uglavnom muškarci, odnosno ženin partner, vrlo je važna njihova edukacija o ulozi na samom porodu.

**CILJ ISTRAŽIVANJA:** Glavni cilj istraživanja bio je ispitati znanje muškaraca o porodu s obzirom na to imaju li djecu, njihovu dob, stupanj obrazovanja, jesu li zdravstvenih profesija te najčešći izvor informiranja o porodu.

**ISPITANICI I METODE:** Prikupljanje podataka za ovo istraživanje provedeno je putem anonimne online ankete, koja je izrađena pomoću Google forms obrasca te je dijeljena preko društvenih mreža. Anketu je sastavila istraživačica rada te njene mentorice, a sastoji se od 15 pitanja koja su podijeljena u dva dijela. U prvom dijelu pitanja prikupljena su sociodemografska obilježja ispitanika (dob, stručna spremna, imaju li djecu te jesu li zdravstvene profesije). U drugom dijelu ankete ispitivalo se znanje muškaraca o porodu, odabirom odgovora T/N (točno/netočno) za navedenu tvrdnju. Ispitanici koji su sudjelovali u istraživanju su prije početka ispunjavanja ankete bili obaviješteni o svrsi prikupljanja podataka.

**REZULTATI:** U ovom istraživanju sudjelovalo je ukupno 125 muškaraca u dobi od 19 do 75 godina. S obzirom na dob, njih 39 (31,2 %) mlađih je od 30 godina, dok je 86 (68,8 %) starijih od 31 godine. S obzirom na stupanj obrazovanja, njih trojica (2,4 %) imaju završenu osnovnu školu, 73 (58,4 %) ima završenu srednju školu, 45 (36 %) ih je završilo višu ili visoku školu te četvorica (3,2 %) ima završen poslijediplomski studij. S obzirom na zdravstvenu profesiju, njih 16 (12,8 %) je zdravstvene profesije, a 109 (87,2 %) je nezdravstvene profesije. S obzirom na djecu, njih 85 (68 %) ima djecu, a 40 (32 %) nema djecu. S obzirom na najčešći izvor informiranja o porodu, njih 19 (15,2 %) informira se preko trudničkog tečaja, devetorka (7,2 %) informira se preko društvenih mreža, 43 (34,4 %) informira se preko partnerice, 13 (10,4 %) informira se

čitajući literaturu, 11 (8,8 %) informira se putem škole/fakulteta te 30 (24 %) informira se putem interneta.

**ZAKLJUČAK:** Provjerene su hipoteze te je potvrđena samo prva hipoteza. Rezultati ukazuju da muškarci koji imaju djecu imaju višu razinu znanja o porodu, da mlađi muškarci (<30 godina) nemaju višu razinu znanja o porodu u odnosu na starije muškarce (>31 godine), da muškarci s višim stupnjem obrazovanja nemaju višu razinu znanja o porodu u odnosu na muškarce s nižim stupnjem obrazovanja, da muškarci koji su zdravstvenih profesija nemaju višu razinu znanja u odnosu na muškarce koji nisu zdravstvenih profesija te da muškarci koji su se informirali putem interneta nemaju višu razinu znanja o porodu u odnosu na muškarce koji su koristili drugi izvor informiranja.

**KLJUČNE RIJEČI:** muškarci, pratnja na porodu, znanje o porodu

## 1. UVOD

Porod je vrijeme sreće koju roditelji osjećaju prilikom rođenja svog djeteta. Zadatak oca na porodu je da pruža psihičku i fizičku podršku. Otac može ženi pružiti osjećaj sigurnosti, masirati je da se opusti, kao i odvraćati misli od boli. Iako danas više nije obavezno proći trudnički tečaj, ipak bi bilo dobro da ga muškarac i žena prođu kako bi se pripremili na ono što ih čeka za vrijeme poroda.

### 1.1. PRATNJA NA PORODU KROZ POVIJEST

Kroz povijest se pratnja na porodu nije puno spominjala jer se smatralo kako je porod fiziološki proces te da žena može sama prolaziti kroz proces rađanja. Prije 50-ak godina, u sredinama gdje se porod odvijao u kući, muškarci nisu sudjelovali u porodu kao pratnja, nego su odlazili iz kuće, kod prijatelja kako ništa ne bi čuli ni vidjeli (15).

Porod, odnosno dolazak djeteta je smatrano svečanim, ili čak i mističnim činom. Tijekom poroda, žene su podržavale

i pratile rodilju. Od sredine dvadesetog stoljeća, sve više žena počinje rađati u bolnici, a ne kod kuće (16). Rodilje su uglavnom rađale u sjedećim ili ležećim položajima, gdje su im pomagale takozvane pomoćnice, a muškarcima je nazočiti porođaju bilo zabranjeno iz vjerskih ili tradicijskih razloga (17).

Kako u nekim bolnicama ima puno poroda dnevno, pri-malje ne mogu dovoljno vremena posvetiti pojedinoj ženi, počinje se javljati potreba za prisutnost osobe koja će biti podrška rodilji. U Engleskoj se od 1960-ih do 1970-ih godina počelo dopuštati očevima prisustvovanje porodu te je u tom razdoblju BBC televizija na svom programu prikazivala snimku, odnosno provodila edukacije od čega bi se trebala sastojati podrška ženi za vrijeme poroda te se tako počelo mijenjati mišljenje javnosti o prisutnosti pratnje na porodu (18).

## 1.2. VAŽNOST PRATNJE NA PORODU

Žena sama bira pratnju kojoj vjeruje, osobu od povjerenja i koja ju može razumjeti (19).

Uloga pratnje na porodu ima višestruke prednosti, a neke od njih su skraćivanje trajanja porođaja, umanjuje se potreba za epiduralnom analgezijom te se smanjuje rizik od poroda carskim rezom.

Rodilje koje su imale pratnju na porodu navode kako su imale veći osjećaj kontrole nad porodom, manje im sejavljala anksioznost te su više bile u dodiru s djetetom (20). Većina muških partnera koji su prisustvovali porodu navode da su osjećali veću povezanost sa ženom i djetetom nakon poroda, dok su neki bili uplašeni i tjeskobni nakon prisustvovanja porodu. S obzirom na to da žene same biraju pratnju na porodu, ona može zdravstvenim djelatnicima olakšati komunikaciju sa ženom (21).

## 1.3. MUŠKARCI U RAĐAONI

U današnje vrijeme prisutnost muškaraca u rađaoni se sve više povećava. Muškarci svoju prisutnost doživljavaju kao uzbudljiv i emotivno zahtjevan trenutak (22). Muškarci se tijekom prisutnosti na porodu osjećaju euforično i sretno, a mogu biti i tjeskobni (23).

Istraživanje je pokazalo da muškarci smatraju da nisu dovoljno obrazovani, a ni obučeni da bi podržali svoju partnericu tijekom poroda, no svoj doživljaj poroda opisuju kao nešto najbolje što su doživjeli u životu (24). Neka istraživanja pokazala su da žene žele da njihov partner bude prisutan tijekom poroda, no nije jasno žele li to stvarno ili samo zbog društvenih očekivanja (25).

Istraživanje je pokazalo da žene koje nisu dovoljno emocionalno povezane s partnerom osjećaju više bola tijekom prisustva partnera na porodu (26).

## 2. CILJEVI I HIPOTEZE

Ciljevi ovog istraživanja su bili sljedeći:

C1: Ispitati postoji li razlika u razini znanja o porodu između muškaraca koji imaju djecu i muškaraca koji nemaju djecu.

C2: Ispitati postoji li razlika u razini znanja o porodu između muškaraca u dobi do 30 godina i muškaraca starijih od 31 godine.

C3: Ispitati postoji li razlika razine znanja o porodu kod muškaraca s obzirom na stupanj obrazovanja.

C4: Ispitati postoji li razlika razine znanja o porodu između muškaraca koji su zdravstvenih profesija i muškaraca koji nisu zdravstvenih profesija.

C5: Ispitati postoji li razlika u razini znanja muškaraca o porodu u odnosu na izvor informacija o porodu.

Hipoteze ovog istraživanja su bile:

H1: Muškarci koji imaju djecu imaju višu razinu znanja o porodu u odnosu na muškarce koji nemaju djecu.

H2: Muškarci do 30 godina imaju višu razinu znanja o porodu u odnosu na muškarce starije od 31 godine.

H3: Muškarci s višim stupnjem obrazovanja imaju višu razinu znanja o porodu u odnosu na muškarce s nižim stupnjem obrazovanja.

H4: Muškarci koji su zdravstvenih profesija imaju višu razinu znanja o porodu u odnosu na muškarce koji nisu zdravstvenih profesija.

H5: Muškarci koji su se informirali o porodu putem interneta imaju višu razinu znanja o porodu u odnosu na muškarce koji su koristili drugi izvor informiranja.

## 3. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE

### 3.1. ISPITANICI

U ovom istraživanju sudjelovalo je 125 muškaraca (osoba muškog spola) u Republici Hrvatskoj s medijanom starosne dobi od 36 godina (raspon od 19 do 75 godina). Istraživanje se provodilo putem online anonimnog anketnog upitnika kreiranog pomoću Google Forms obrasca koji je distribuiran putem društvene mreže Facebook. Svi uključeni ispitanici dali su suglasnost za sudjelovanje u istraživanju.

### 3.2. POSTUPAK I INSTRUMENTI

Navedena anketa bila je izrađena isključivo za potrebe ovog istraživanja, a u svrhu izrade završnog rada. Anketi se moglo pristupiti u ograničenom vremenskom razdoblju u trajanju od 30 dana, odnosno od 1. do 31. svibnja 2023. godine. Anketa se sastojala od ukupno 15 pitanja

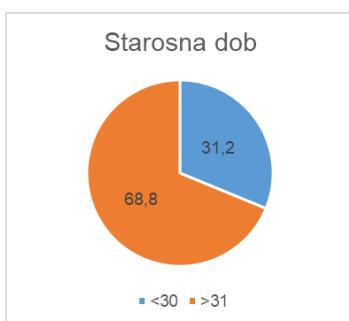
podijeljenih u dva dijela. Prvi dio (od 1. do 4. pitanja) je uključivao ispitivanje sociodemografskih obilježja ispitanika (dob, stručnu spremu, imaju li djecu te jesu li zdravstvene profesije). U drugom dijelu, 5. pitanje na koje je bilo moguće dati samo jedan od šest ponuđenih odgovora, odnosno se na najčešći izvor informiranja o porodu, dok se pitanjima od 6. do 15. neposredno procjenjivalo znanje ispitanika o porodu, odabirom odgovora T/N (točno/netočno) za navedenu tvrdnju. Prije početka sudjelovanja u istraživanju i ispunjavanja ankete, svi ispitanici su dali suglasnost za sudjelovanje u istraživanju na način da su pokraj izjave „Pročitao sam gore navedena objašnjenja vezana uz istraživanje i želim sudjelovati u navedenom istraživanju“ odabrali odgovor „da“.

### 3.3. STATISTIČKA OBRADA PODATAKA

Varijabla dob koja je izražena na omjernoj ljestvici, prikazana je medijanom i rasponom. Podaci su prikazani apsolutnim brojem ispitanika te relativnom učestalošću. Varijabla stupanj obrazovanja je izražena na ordinalnoj ljestvici te je prikazana apsolutnim brojem ispitanika i relativnom učestalošću. Varijabla ima li ispitanik djece izražena je na nominalnoj ljestvici te su podaci prikazani apsolutnim brojem ispitanika i relativnom učestalošću. Varijabla zdravstvena profesija izražena na nominalnoj ljestvici prikazana je apsolutnim brojem ispitanika te relativnom učestalošću. Varijabla znanje muškaraca o porodu koja je izražena na ordinalnoj ljestvici opisana je apsolutnim brojem ispitanika te relativnom učestalošću. Za testiranje svih hipoteza koristio se hi-kvadrat test na razini značajnosti  $p<0,05$ .

## 4. REZULTATI

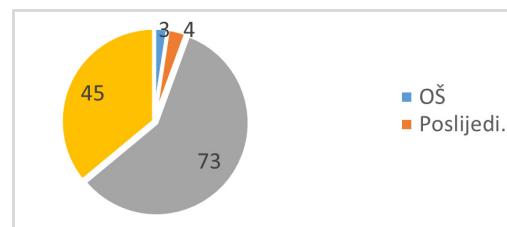
Od ukupno 125 ispitanika koliko je sudjelovalo u ovom istraživanju svi su muškog spola, njih 39 (31,2 %) mlađih je od 30 godina i 86 (68,8 %) starijih od 31 godine. Rezultati su prikazani grafički (slika 1).



Slika 1. Udio ispitanika (%) s obzirom na kategorije starosne dobi ( $< 30$  i  $\geq 31$ ) (N ukupno = 125)

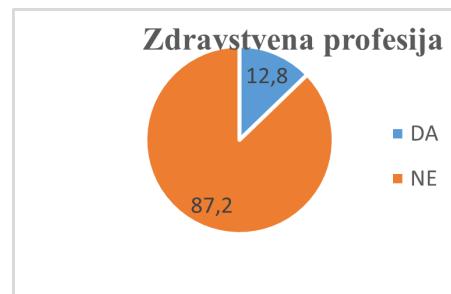
S obzirom na stručnu spremu, najveći broj ispitanika ima

srednju stručnu spremu, njih 73 (58,4 %), a 45 (36 %) više ili visoko obrazovanje. Dok je značajno manji broj ispitanika sa završenom osnovnom školom, njih trojica (2,4 %) i poslijediplomskim studijem četvorica ispitanika (3 %). Rezultati su prikazani grafički (slika 2).



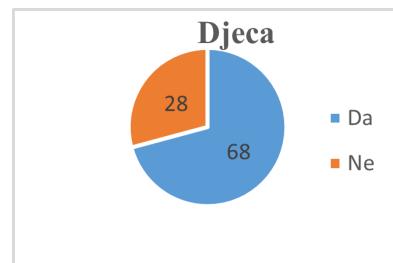
Slika 2. Udio ispitanika (%) s obzirom na stupanj obrazovanja; OŠ – osnovna škola; SSS – srednja škola; VŠS/VSS – viša ili visoka škola (N ukupno = 125)

U istraživanju je s obzirom na profesiju, od ukupno 125 ispitanika prevladavalo ispitanika nezdravstvene profesije, njih 109 (87,2 %) te samo 16 (12,8 %) ispitanika zdravstvenih profesija. Rezultati su prikazani grafički (slika 3).



Slika 3. Udio ispitanika (%) zdravstvenih i nezdravstvenih profesija (N ukupno = 125)

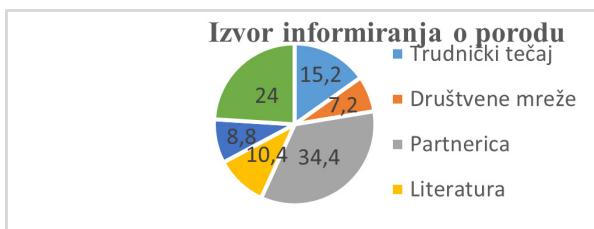
Ispitanici su nadalje podijeljeni u skupine s obzirom na to imaju li djecu ili ne, prema čemu je statistički značajno veći broj muškaraca s djecom, njih 85 (68 %), dok je muškaraca bez djece 40 (32 %). Rezultati su prikazani grafički (slika 4).



Slika 4. Udio ispitanika s djecom i bez djece (N ukupno = 125)

Kod ispitanika u istraživanju zastupljeni su svi ponuđeni izvori informiranja o porodu. Najčešći izvor informiranja o porodu kod ispitivanih muškaraca je partnerica, kod njih 43

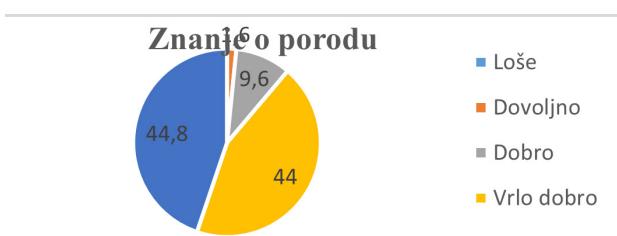
(34,4 %), a zatim slijede redom internet kod 30 (24,4 %), trudnički tečaj kod 19 (15,2 %), literature kod jednog (10,4 %), škola/fakultet kod 11 (8,8 %) te društvene mreže kod devetorice (7,2%). Rezultati su prikazani grafički (slika 5).



Slika 5. Udeo ispitanika (%) s obzirom na izvor informiranja o porodu (N ukupno = 125)

## RAZINA ZNANJA O PORODU

Svi ispitanici koji su sudjelovali u ispitivanju odgovorili su na deset postavljenih pitanja vezanih uz porod kako bi se procijenila njihova razina znanja o porodu. Za svakog ispitanika procjena znanja o porodu utvrđena je s obzirom na broj točnih odgovora, pa je tako znanje o porodu prikazano u kategorijama: 1) loše – 0, 1 i 2 točna odgovora, 2) dovoljno – 3 i 4 točna odgovora, 3) dobro – 5 i 6 točnih odgovora, 4) vrlo dobro 7 i 8 točnih odgovora i 5) izvrsno – 9 i 10 točnih odgovora. Najveći broj ispitanika uključenih u ispitivanje ima izvrsno i vrlo dobro znanje, njih 111 (88,8 %), odnosno 56 (44,8 %) izvrsno i 55 (44 %) vrlo dobro, dobro 12 (9,6 %), dovoljno 2 (1,6 %). Također, niti jedan ispitanik nije pokazao loše znanje o porodu. Rezultati su prikazani grafički (slika 6).



Slika 6. Udeo ispitanika (%) s obzirom na znanje o porodu (N ukupno = 125)

## RODITELJSTVO I RAZINA ZNANJA O PORODU

Za ispitivanje utjecaja prethodnog poroda partnerice na razinu znanja o porodu analizirali smo postoji li razlika u razini znanja kod ispitanika koji imaju djecu i onih koji još nemaju vlastitu djecu. Izvrsno znanje ima njih 56 (44,8 %), odnosno 46 (51 %) onih koji imaju djecu i 13 (32,5 %) koji nemaju djecu. Vrlo dobro znanje ima njih 55, odnosno 30 (35 %) onih koji imaju djecu i 25 (62,5 %) koji nemaju djecu. Dobro znanje ima njih 12, odnosno

11 (13 %) onih koji imaju djecu i jedan (2,5%) koji nema djecu. Dovoljno znanje ima njih dvojica (1,6%), odnosno jedan ispitanik (1,2%) koji ima djecu i jedan ispitanik (2,5%) koji nema djecu.

## STAROSNA DOB I RAZINA ZNANJA O PORODU

Za ispitivanje utjecaja starosne dobi na razinu znanja o porodu, analizirali smo postoji li razlika u razini znanja kod ispitanika mlađih od 30 godina i ispitanika starijih od 31 godine. Izvrsno znanje ima njih 16 (41 %) koji su mlađi od 30 godina i 40 (46,2 %) koji su stariji od 31 godine. Vrlo dobro znanje ima njih 21 (54 %) mlađih od 30 godina i 34 (39,5 %) koji su stariji od 31 godine. Dobro znanje ima jedan ispitanik (2,5 %) mlađi od 30 godina i njih 11 (12,8 %) koji su stariji od 31 godine. Dovoljno znanje ima jedan ispitanik (2,5 %) koji je mlađi od 30 godina i jedan ispitanik (1,1 %) stariji od 31 godine.

## STUPANJ OBRAZOVANJA I RAZINA ZNANJA O PORODU

Ispitala se povezanost stupnja obrazovanja s razinom znanja o porodu. Izvrsno znanje ima jedan ispitanik (33 %) sa završenom osnovnom školom, 36 (49,3 %) sa završenom srednjom školom, 18 (40 %) sa završenom višom ili visokom školom, jedan ispitanik (25 %) sa završenim poslijediplomskim studijem. Vrlo dobro znanje imaju dvojica (67 %) sa završenom osnovnom školom, 30 (41 %) sa završenom srednjom školom, 21 (46,7 %) sa završenom višom ili visokom školom te dvojica (50 %) sa završenim poslijediplomskim studijem. Dobro znanje sa završenom osnovnom školom nema nitko, dok njih pet (6,8 %) ima sa završenom srednjom školom, šest (13,3 %) za završenom višom ili visokom školom te samo jedan ispitanik (25 %) sa završenim poslijediplomskim studijem. Dovoljno znanje nema nitko sa završenom osnovnom školom, dok su dva ispitanika (2,7 %) sa završenom srednjom školom te nema nitko sa završenom visokom ili višom školom i poslijediplomskim studijem.

## PROFEZIJA I RAZINA ZNANJA O PORODU

Ispitala se povezanost zdravstvene profesije s razinom znanja o porodu. Izvrsno znanje ima njih devet (56,3 %) koji su zdravstvene profesije i 47 (43,1 %) nisu zdravstvene profesije. Vrlo dobro znanje ima njih šest (37,5%) koji su zdravstvene profesije i 49 (45 %) koji nisu zdravstvene profesije. Dobro znanje ima samo jedan ispitanik (6,2 %) koji je zdravstvene profesije i 11 (10,1 %) koji nisu zdravstvene profesije. Dovoljno znanje nema nitko zdravstvene profesije i dva ispitanika (18,3 %) koji nisu zdravstvene profesije.

## IZVOR INFORMIRANJA I RAZINA ZNANJA O PORODU

Ispitala se povezanost razine znanja ispitanika u odnosu na izvor informiranja o porodu. Izvrsno znanje ima njih 15 (78,9 %) putem trudničkog tečaja, pet (55,6 %) putem društvenih mreža, 18 (41,9 %) putem partnerice, šest (46,2 %) pomoću literature, dva (18,2 %) putem škole te 10 (33,3 %) putem interneta. Vrlo dobro znanje ima njih tri (15,8 %) putem trudničkog tečaja, četiri (44,4 %) putem društvenih mreža, 20 (46,5 %) putem partnerice, šest (46,2 %) putem literature, osam (72,7 %) putem škole, 14 (46,7 %) putem interneta. Dobro znanje ima jedan ispitanik (5,2 %) putem trudničkog tečaja, pet (11,6 %) putem partnerice, samo jedan ispitanik (7,7 %) putem literature te pet (16,7 %) putem interneta, društvenih mreža i putem škole. Dovoljno znanje ima jedan ispitanik (9,1 %) putem škole i jedan ispitanik (3,3 %) putem interneta, dok nema nikoga putem trudničkog tečaja, društvenih mreža, partnerice i literature.

## 5. RASPRAVA

Svrha ovog istraživanja bila je istražiti razinu znanja muškaraca o porodu, s obzirom na određene karakteristike kao što su imaju li djecu, jesu li zdravstvene profesije, stupanj obrazovanja, dob te koji je njihov najčešći način informiranja. U istraživanju je sudjelovalo 125 muškaraca u Republici Hrvatskoj te s medijanom starosne dobi od 36 godina.

Istraživanjem je utvrđeno kako je statistički značajno veći udio ispitanika starijih od 30 godina (68,8 %), dok je udio ispitanika mlađih od 30 godina 31,2 %. Također, najveći broj ispitanika koji su uključeni u istraživanje ima završenu srednju školu (58,4 %), dok je najmanje ispitanika bilo sa završenim osnovnoškolskim obrazovanjem (2,4 %). Postotak ispitanika koji su završili višu ili visoku školu je 36 %, dok je 3,2 % ispitanika završilo poslijediplomski studij. Većina ispitanika koji su bili uključeni u istraživanje nije zdravstvene profesije (87,2 %). Od ukupnog broja ispitanika statistički značajno veći broj muškaraca je s djecom, njih 68 %. Najčešći izvor informiranja o porodu među ispitanicima je partnerica (34,4 %), zatim slijede internet (24 %), trudnički tečaj (15,2 %), literatura (10,4 %), škola/fakultet (8,8 %) te društvene mreže (7,2 %).

Također, najveći broj ispitanika, odnosno 111 (88,8 %) muškaraca je imao vrlo dobro i izvrsno znanje o porodu, dok su samo dva ispitanika (1,6 %) imali loše znanje te 12 ispitanika (9,6 %) dobro znanje o porodu.

Primalje i opstetričari preporučuju edukaciju muškaraca, odnosno očeva o procesu trudnoće i poroda, što bi prema mnogim istraživanjima trebalo pridonijeti većem zadovoljstvu u porodu (34).

S obzirom na to da su trudnoća i porod specifični za žene, ni ulogu muškaraca u trudnoći, porodu i postpartalno ne bi trebalo zanemarivati. Kada se muškarac i žena odluče imati dijete osim fizičkih promjena dolazi i do psihičkih. Rođenje djeteta je vrhunac procesa koji započinje trudnoćom, a završava porodom. Važno je muškarcima objasniti njihovu ulogu kako bi znali da imaju pravo na sudjelovanje u prenatalnoj skrbi, u porodu te postpartalno.

Nazočnost očeva na porodu prilika je za stvaranje povezanosti s djetetom i prije rođenja. Osluškivanjem kucaja srca u trudnoći i porodu, kao i osjećanjem pokreta djeteta u maternici te zajednički odlazak na ultrazvučni pregled, tome dodatno pridonose.

Općenito, znanstveno je dokazano da će pratnja na porodu pomoći roditelji i pružiti joj psihički mir i osjećaj sigurnosti te imati pozitivne učinke na tijek rađanja i postpartalno. U mnogim istraživanjima, najčešći pozitivni utjecaj pratnje na porodu odnosi se na: manji broj carskih rezova, manje izvođenja epiziotomije te manje trajanje i manja bolnost porođaja, a povezano s time i manje sredstava protiv bolesti. Sve to onda pridonosi pozitivnom iskustvu rađanja te smanjenju pojavnosti postporođajne depresije (35).

## 6. ZAKLJUČAK

Rezultati prikazanog istraživanja upućuju na sljedeće zaključke:

1. Muškarci koji imaju djecu imaju višu razinu znanja o porodu u odnosu na muškarce koji nemaju djecu.
2. Mlađi muškarci (<30 godina) nemaju višu razinu znanja o porodu u odnosu na starije muškarce ( $\geq 30$  godina).
3. Muškarci s višim stupnjem obrazovanja nemaju višu razinu znanja o porodu u odnosu na muškarce s nižim stupnjem obrazovanja.
4. Muškarci koji su zdravstvenih profesija nemaju višu razinu znanja o porodu u odnosu na muškarce koji nisu zdravstvenih profesija.
5. Muškarci koji su se informirali o porodu putem interneta nemaju višu razinu znanja o porodu u odnosu na muškarce koji su koristili drugi izvor informiranja.

## LITERATURA

1. Vischer L.C., Heun X., Steetskamp J., Hasenburg A., Skala C., Birth experience from the perspective of the fathers. Arch Gynecol Obstet. 2020. Nov;302(5):1297-1303.
2. Lu M., Jones C., Bond L., Wright M. J., Pumpuang K., Maidenberg M. Jones M., Garfield D., Rowley DL. Where is the F in MCH? father involvement in african american families. Ethn Dis. 2010., 20(1 Suppl 2):S2-S61. [PubMed]
3. Oliver R., Basit H., Embryology, Fertilization. [Updated 2023 Apr 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Stat-

- Pearls Publishing; 2023. Jan. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542186/>
4. Zmiša M., Utjecaj pratnje na porođaju na ishode porođaja [završni rad]. [Rijeka]: Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci; 2021., 57 p.
  5. Normal labour. U: Medforth J., Ball L., Walker A., Battersby S., Stables S., Oxford Handbook of Midwifery. 3. Izd. Oxford University Press; 2017., str. 239-380.
  6. Svjetska zdravstvena organizacija. Skrb tijekom normalnog porođaja – praktični vodič. Svjetska zdravstvena organizacija; Geneva, 1999.
  7. Normal labour. U: Medforth J., Ball L., Walker A., Battersby S., Stables S., Oxford Handbook of Midwifery. 3. izd. Oxford University Press; 2017., str. 239-380.
  8. Szabo D., Ispitivanje zadovoljstva žena porodom u Hrvatskoj [diplomski rad]. [Rijeka]: Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci; 2022., 65 p.
  9. Hofmeyr G. J., Singata Madliki M., The second stage of labor. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology [Internet] 2020 Mar [cited 2023 Jul 5]; p. 53-64.
  10. Buhin Cvek A., Važnost podrške na porodu [završni rad]. [Koprivnica]: Sveučilište Sjever; 2017., 51 p.
  11. Svjetska zdravstvena organizacija. Skrb tijekom normalnog porođaja – praktični vodič (Komora primalja). Svjetska zdravstvena organizacija; 1999. (citirano 1. srpnja 2023.). Dostupno na: [https://www.komora-primalja.hr/datoteke/WHO\\_smjernice.pdf](https://www.komora-primalja.hr/datoteke/WHO_smjernice.pdf).
  12. Benja M., Funkcija posteljice [završni rad]. [Split]: Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu; 2014., 36 p.
  13. Vnuk M., Porod [završni rad]. [Varaždin]: Sveučilište Sjever; 2016., 54 p.
  14. Dražančić A., Alternativne metode rađanja, Gynaecol Perinatal 2004;13(2):43-51, Zagreb, 2004., preuzeto s <http://hrcak.srce.hr/>, dostupno 21.08.2017.
  15. Bohren M. A., Hofmeyr G. J., Sakala C., Fukuzawa R. K., Cuthbert A., Continuous support for women during childbirth (Cochrane). Izd. 2017. Cochrane Database of Systematic Reviews.
  16. Dražančić A., Alternativne metode rađanja, Gynaecol Perinatal 2004;13(2):43–51, Zagreb, 2004., preuzeto s <http://hrcak.srce.hr/>, dostupno 21.08.2017
  17. King L., Hiding in the pub to cutting the cord? Men's presence at childbirth in Britain c.1940s-2000s. U: Social History of Medicine. Oxford University Press; 2017., str. 389-407.
  18. Svjetska zdravstvena organizacija. Why having a companion during labour and childbirth may be better for you (WHO), 18. ožujka 2019.
  19. Salus D. J., Effects of labor support on mothers, babies, and birth outcomes. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 2002., 31(6), 733-741.
  20. Bohren M. A., Berger B. O., Munthe-Kaas H., Tunçalp Ö., Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database Syst Rev. 2019., (3):CD012449.
  21. So. Sc. M., Dellmann T., The best moment of my life: a literature review of fathers' experience of childbirth. School of Psychology University of South Australia, Adelaide. 2006. 17(3):1448-8272. Dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1448827204800142>
  22. Poh H. L., Koh S. S., He H. G., An integrative review of fathers' experiences during pregnancy and childbirth. [Internet] International nursing review 61(4), 543-554; 2014. [Posjećeno 10.7.2023.] Dostupno na: <https://doi.org/10.1111/inr.12137>
  23. Johansson M., Fenwick J., Premerg. A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby. [Internet] Midwifery: Churchill.
  24. Johansson M., Fenwick J., Premerg. A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby. [Internet] Midwifery: Churchill.
  25. King L., Hidden Fathers? The significance of fatherhood in mid-twentieth-century Britain. Contemporary British History, 2012., 26, 25-46.
  26. Ye H. J., Jiang Y. J., Ruan Z. F., Relationship between factors of labour pain and delivery outcomes. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi, 2011., 46, 753-757. Livingstone, 2015. [Posjećeno 10.7.2023.] Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.05.005>
  27. Lawrence A., Lewis L., Hofmeyr G. J., Styles C., Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database Syst Rev, 10: CD003934, 2013.
  28. National Institute for Health and Care Excellence (2014). Intrapartum care for healthy women and babies. NICE guidelines CG190. Available at: M [www.nice.org.uk/guidance/cg190](http://www.nice.org.uk/guidance/cg190).
  29. Normal labour. U: Medforth J., Ball L., Walker A., Battersby S., Stables S., Oxford Handbook of Midwifery. 3. izd. Oxford University Press; 2017., str. 239-380.
  30. Smith C. A., Collins C. T., Cyna A. M., Crowther C. A., Complementary and alternative therapies for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006., Issue 4.
  31. National Institute for Health and Care Excellence (2014). Intrapartum care for healthy women and babies. NICE guidelines CG190. Available at: M [www.nice.org.uk/guidance/cg190](http://www.nice.org.uk/guidance/cg190)
  32. Rosen M. A., Nitrous oxide for relief of labor pain: a systematic review. Am J Obstet Gynecol, 2002., 186: S110-26.
  33. National Institute for Health and Care Excellence (2014). Intrapartum care for healthy women and babies. NICE guidelines CG190. Available at: M [www.nice.org.uk/guidance/cg190](http://www.nice.org.uk/guidance/cg190)
  34. Howarth A. M., Swain N. R., Low-cost self-paced interventions increase birth satisfaction in first time fathers. [Internet] Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives. 24; 2020. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100503>
  35. Stanojević M., Rodilište – prijatelj majki i djece [Internet]. Zagreb: Ministarstvo zdravstva i UNICEF; 2020., Dostupno na: <https://www.unicef.org/croatia/media/5701/file/Rodili%C5%A1te%20-%20prijatelj%20majki%20i%20djece%20.pdf>

# *Utjecaj porodne traume na odluku o sljedećoj trudnoći i broju planirane djece*

**(IZVORNI ZNANSTVENI RAD)**

*Marijana Ivančić, mag.obs.,  
Hrvatska komora primalja*

*Doc.dr.sc. Karin Kuljanić,  
KBC Rijeka,  
Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci*

*Kontakt: Marijana Ivančić  
E mail: majaiavancic@gmail.com*

## **SAŽETAK**

Pojam postpartalne traume veže se za pojam posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP). Prema dostupnoj literaturi PP-PTSP razvije oko 3 % žena. Neprepoznat i netretiran PP-PTSP ima dalekosežne posljedice na ženu, partnerske odnose, povezivanje s djetetom te utječe na društvo u cjelini. Glavni cilj ovog istraživanja je istražiti utječe li i koliko doživljeni PP-PTSP na ženinu odluku da ponovno rodi i na broj planirane djece. Također, istraživalo se i koji su faktori uključeni u subjektivnu procjenu žena o doživljaju poroda te koliko je COVID-19 pandemija, kao nametnuti faktor, utjecala na zadovoljstvo porodom. Istraživanje je provedeno na 551 ispitanici kojoj je posljednji porođaj bio unutar posljednje tri godine. Istraživanje je provedeno online upitnikom u koji je bila uključena validirana skala za procjenu doživljene porođajne traume. Statističkom obradom dobivenih podataka došlo se do zaključka da je u istraživanom uzorku 9,1 % ispitanica razvilo PP-PTSP te da ne planiraju ponovnu trudnoću. Način dovršetka poroda utjecao je na negativnu subjektivnu procjenu poroda. Antenatalni trudnički tečaj kod ispitanica koje su ga pohađale ima pozitivan utjecaj na subjektivan doživljaj poroda, dok prisustvo pravnje na porodu nema značajnog utjecaja na zadovoljstvo porodom. Veći broj ispitanica navodi da im je pozitivna komunikacija i interakcija s osobljem prisutnim na porodu pozitivno utjecala na subjektivnu procjenu zadovoljstva porodom. COVID-19 pandemija značajno je utjecala na ispitanice koje su porod subjektivno doživjele kao traumatičan. Potrebno je dodatno istražiti antenatalne faktore koji mogu biti predisponirajući za nastanak PP-PTSP-a, promovirati pohađanje antenatalne edukacije, raditi na sustavnoj edukaciji zdravstvenog osoblja na komunikaciju s rodiljama i podizanju svijesti o traumi.

**Ključne riječi:** porod, trauma, PTSP, planiranje trudnoće, zadovoljstvo porodom, komunikacija

## **POPIS KORIŠTENIH KRATICA**

City BiTS – City Birth Trauma Scale

DSM-V – Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders, fifth edition

NJIL – Neonatološka jedinica intenzivnog liječenja

PPD – Postpartalna depresija

PP-PTSP – Postpartalni posttraumatski stresni poremećaj

PTSP – Posttraumatski stresni poremećaj

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

## **UVOD I PREGLED PODRUČJA ISTRAŽIVANJA**

Na trudnice, rodilje i žene nakon poroda uvijek se gledalo kao na posebno vulnerable skupinu. Pojam vulnerabilnosti sadržava tri bitna elementa koje žene proživljavaju tijekom perioda trudnoće, poroda i nakon njega, a to su: prijetnja, prepreka i oporavak. Prijetnja u ovom slučaju bi, npr., mogla biti slaba educiranost o trudnoći i porodu, prepreka loša komunikacija s osobljem gdje izostaje oporavak, odnosno potpora u suočavanju s doživljenim iskustvom. Biološke, psihološke i sociološke prilike svake žene mogu doprinijeti njezinoj razini ranjivosti u tom razdoblju, a elementi koji na to utječu izmjenjuju se (1) Tako, recimo, žene koje imaju nisko samopouzdanje mogu se u određenoj situaciji osjećati bespomoćno i izloženo tuđoj volji, bez mogućnosti iskazivanja svojih želja, volje i izbora. Njihov psihološki

odgovor u tom slučaju može biti negativan i utjecati na njihov doživljaj i sam ishod poroda. No ako su doživjele potporu i razumijevanje, njihov psihološki odgovor bitno će se promjeniti. Koncept vulnerabilnosti u perinatalnom razdoblju pobliže je objašnjen u istraživanju koje objašnjava zašto su neke žene ranjivije od drugih i kako žene koje su se izdige iz stanja ranjivosti imaju razvijeniju otpornost (eng. resilience) te kako im zdravstveno osoblje uključeno u skrb o njima može pomoći (1).

Trudnoća, porod i rođenje djeteta te prelazak u roditeljsku ulogu velika su životna promjena, a osobito onima koji postaju roditeljima prvi put. Psihička prilagodba nakon trudnoće i poroda ne prolazi kod svih žena jednako te će nekim ženama biti teže proći taj period. Većina žena nakon poroda iskusi blaže psihičke smetnje, no kod manjeg broja njih te se smetnje, ako se ne prepoznaju i ne tretiraju na vrijeme, mogu produbiti i kasnije stvoriti veći problem u normalnom funkcioniranju.

Pojam postpartalne traume veže se za pojам posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP). To je poremećaj koji je prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje, peto izdanje (eng. *DSM-V*) svrstan u kategoriju traumatičnih poremećaja povezanih sa stresorima te je jedan od poremećaja koji je najčešće mijenjao kriterije za dijagnostiku (2). PTSP nastaje nakon izlaganja zastrašujućem, opasnom, ugrožavajućem stresnom događaju, odnosno nakon događaja u kojem je pojedinac sudjelovao ili mu je svjedočio, a u kojem mu je prijetila opasnost za život. Obično su to situacije nakon terorističkih napada, po život opasnih nesreća, prirodnih katastrofa poput potresa, teških fizičkih napada ili situacija u kojima se pojedinac, ili njemu bliska osoba, našao, a koje su mogle uzrokovati takvu traumu (3).

Kada na porod gledamo kao na nešto prirodno i fiziološko teško da ćemo pomisliti da bi netko mogao imati PTSP nakon njega. Porod s jedne strane može biti osnažujuće iskustvo za ženu, pomažući joj da spozna snage za koje nije niti znala da ih ima, no s druge strane, može biti razrajuće iskustvo dovodeći ženu do stanja da izgubi spoznaju o tome tko je ona zapravo (4). Gotovo svaka treća žena porod doživi kao prijetnju za sebe ili novorođenče te njih oko 3 % razvije PTSP (5). Dok je postpartalna depresija (PPD) u velikoj mjeri prepoznata i o njoj se puno više govori nego o porodnoj traumi, postpartalni PTSP (PP-PTSP) je još uvijek tema o kojoj se gotovo ne govori izvan stručnih krugova (6). Ne umanjujući značaj ni jednog psihičkog poremećaja vezanog za porod, traumatično iskustvo poroda može uzrokovati različite postpartalne psihičke poteškoće kao što su strah od buduće trudnoće, strah od odlaska ginekologu, poremećaje koji ometaju povezivanje majke i djeteta (7) (8), poteškoće s dojenjem (9) a što posljedično može negativno utjecati na razvoj djeteta (10). Sve te poteškoće odražavaju se i na partnerski odnos i

odnos prema okolini, što utječe na roditeljsku ulogu obaju partnera i prenosi se na zdravlje djeteta (11).

Humanizacija poroda za cilj ima poboljšati mentalno zdravlje žena te ishode poroda (12). Individualni pristup i uvažavanje ženine neovisnosti, bez obzira na način rađanja, utječe na njezin doživljaj poroda. Implementacija takvog pristupa u kliničku praksu ne utječe na hitne intervencije i nužne postupke u porodu (12). U Republici Hrvatskoj prije nekoliko godina pod pokroviteljstvom UNICEF-a pokrenuta je inicijativa „Rodilišta prijatelja majki i djece“, a poseban naglasak odnosi se na humanizaciju porođaja i skrb tijekom njega. Kao doprinos inicijativi izdan je Priručnik za zdravstvene djelatnike uključene u skrb za žene tijekom perinatalnog razdoblja (13). Usprkos nastojanjima da se porod humanizira i da se loše prakse u porodu ukinu one se u kliničkoj praksi još uvijek provode. Tim povodom u Hrvatskoj je bila i aktualna kampanja #prekinimošutnu u kojoj su žene iznosile svoja traumatična iskustva s poroda. Najčešće spominjan te ujedno i zabrinjavajući problem u iskazima žena bilo je opstetričko nasilje (najčešće verbalno i psihološko) i dehumanizirajuće intervencije tijekom poroda (14). Pojam opstetričkog nasilja nije nepoznat ni u drugim zemljama gdje se opstetričko nasilje također manifestira kroz verbalne i psihološke aspekte nasilja nad ženama u porodu (15) (16). Nadalje, opstetričke intervencije koje djeluju dehumanizirajuće pokazale su se povezanim s nastankom PP-PTSP-a te ih se preporuča izbaciti iz prakse (17). U dugogodišnjem radu sa ženama u perinatalnom razdoblju često se može čuti kako se žene zbog lošeg doživljaja s prethodnog poroda teže odlučuju ili uopće ne odlučuju na sljedeću trudnoću. Ovim istraživanjem nastoji se pobliže istražiti kako porodna trauma utječe na ženinu odluku o ponovnom rađanju i u kojem je omjeru ta odluka u skladu s njezinim planovima o broju djece prije doživljene traume. Sam porod ne mora biti uzrokom nastanka PP-PTSP-a već može biti okidač na već doživljenu traumu, poput obiteljskog nasilja, silovanja, gubitka djeteta, prethodnog pobačaja, prethodnog traumatičnog poroda i niza drugih traumatičnih događaja kojima je žena bila izložena tijekom života (18). Kod žena koje su već imale neki od psihičkih poremećaja poput postpartalne depresije nakon prethodnog porođaja, anksioznosti, depresije i dr. povećana je mogućnost za razvoj PP-PTSP-a (19).

Prema *DSM-V*, kriterije za dijagnostiku PTSP-a karakterizira skup simptoma (2), dok simptome PP-PTSP-a karakteriziraju i neki specifični simptomi (20) koji se obično javljaju tri do šest tjedana nakon poroda, a uključuju:

- anksioznost i panične napade
- neželjeno ponovno proživljavanje traumatskog iskustva, noćne more
- izbjegavanje svega što se povezuje s porodom/traumom (odlazak liječniku, strah od bolnice)
- depresivnost i iritabilnost, napadi bijesa

- poteškoće povezivanja s djetetom
- poteškoće pri dojenju
- strah od buduće trudnoće i poroda (mogući razlog traženja neindiciranog carskog reza).

Važno je naglasiti da je sâm PP-PTSP normalna reakcija na traumatičan porod, a ne psihička bolest te da se ženu ne bi smjelo promatrati kao psihički bolesnu (21) već joj je potrebno pružiti potporu i razumijevanje kako bi mogla povratiti osjećaj sigurnosti (22) (23).

Kao indikator kvalitete maternalne skrbi prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) navodi se zadovoljstvo porodom, njegom i skrbi koju žene dobiju u zdravstvenim jedinicama gdje se provodi skrb za trudnice, roditelje i žene nakon poroda (24) (25). Jedan od bitnih faktora koji utječe na doživljaj poroda kao traumatičnog iskustva je i interakcija s osobljem prisutnim na porodu. Stoga je nužno razumjeti što žene vide kao negativno iskustvo poroda i otežanu interakciju s osobljem te na njeno zadovoljstvo porodom (26) (27). U ovom istraživanju stoga će biti ispitan utjecaj interakcije i komunikacije s osobljem na porodu na zadovoljstvo porodom i utjecaj na nastanak traume.

Za pozitivno iskustvo poroda jedan od važnih faktora je i pripremljenost i informiranost žene za porod, odnosno njezino znanje o događajima vezanim za porod i mogućnost donošenja informiranih odluka. Iz toga proizlazi i visoka samokontrola, bolja komunikacija s osobljem, a sve u svrhu samoispunjena kao važnog faktora za pozitivno iskustvo poroda (28).

Jedan od specifičnih ciljeva ovog istraživanja bit će i utjecaj podrške na porodu od strane bliske osobe (pratnje) na iskustvo poroda. U nastavku se opisuju specifične varijable kojima se ovo istraživanje bavi, a koje doprinose osobnom zadovoljstvu porodom, doživljaju poroda kao traume i mogućem nastanku PP-PTSP-a. Iste su opisane i u literaturi kao najčešći faktori koji utječu na nastanak PP-PTSP-a. Također, jedan je od specifičnih ciljeva u ovom istraživanju povezan s COVID-19 pandemijom. Istraživanja o ovom nametnutom faktoru kao stresoru u posljednje dvije godine tek su započela i nema ih mnogo, pogotovo onih koja se bave utjecajem COVID-19 pandemije na nastanak PP-PTSP-a.

## CILJ ISTRAŽIVANJA

Glavni cilj ovog istraživanja je saznati utječe li porodna trauma kod žena na odluku o sljedećoj trudnoći i na broj planirane djece.

Specifični ciljevi koji su povezani sa zadovoljstvom porodom i eventualnom porodnom traumom su:

- Ispitati utjecaj načina dovršetka poroda s mogućom

doživljenom traumom

- Ispitati utjecaj pripremljenosti za porod (trudnički tečaj, plan poroda) sa subjektivnim zadovoljstvom porodom
- Ispitati utjecaj podrške na porodu od strane bliske osobe (pratnja) sa subjektivnim zadovoljstvom porodom
- Ispitati utjecaj interakcije s osobljem na porodu sa subjektivnim zadovoljstvom porodom
- Ispitati utjecaj COVID-19 pandemije na subjektivno zadovoljstvo porodom.

## ISPITANICI I METODE

### ISPITANICI

Ispitanici u ovom istraživanju bile su žene iz opće populacije koje su rodile u posljednjih 36 mjeseci (zadnje tri godine), a dob žena bila je između 18 i 50 godina starosti. Ispitivanje je uključivalo sve terminske porode (od 37. do 42. tjedna trudnoće) i odnosilo se samo na posljednji porod koji je žena imala unutar navedenog razdoblja.

Anketu je ispunilo 600 ispitanica, od kojih je 551 uključena u istraživanje. Isključni faktori su bili porod prije 37. tjedna trudnoće i posljednji porod prije više od 36 mjeseci. Brzina prikupljanja podataka i veliki odaziv ispitanica govore o tome da je ova tema zanimljiva i potrebno je o njoj više govoriti i pisati te joj posvetiti više istraživanja i prostora u stručnim radovima.

### POSTUPAK

Ispitivanje je provedeno putem anketnog upitnika koji je bio podijeljen na društvenoj mreži Facebook, upitnik je bio dostupan za ispunjavanje pet dana. Ispitivanje je provedeno na području Republike Hrvatske. Anketni upitnik kreiran je na platformi Google obrasci i sadržavao je niz otvorenih i zatvorenih pitanja. U obrascu je objašnjena svrha ispitivanja kao i to da je upitnik u potpunosti anoniman i dragovoljan. Osobni podaci poput imena i prezimena ili kontakt podaci nisu traženi. Za sva pitanja vezana za upitnik ispitanice su se mogle javiti autorici istraživanja putem adrese elektroničke pošte navedene u uvodnom dijelu upitnika. Mogućnost javljanja s dodatnim pitanjima tijekom ispunjavanja upitnika ispitanice nisu koristile.

S etičkog aspekta ispitanicama je u uvodnom dijelu upitnika informativnim pismom objašnjen postupak i način ispitivanja te da se njihovi osobni podaci neće pohranjivati i da mogu odustati od ispunjavanja upitnika u svakom trenutku. Svoju informiranu suglasnost ispitanice su davale odabirom ponuđene opcije da se slažu s ispitivanjem te nastavkom ispunjavanja i podnošenjem upitnika po završetku ankete. Dobiveni podaci obrađeni su pomoću statističkog programa za računalnu obradu podataka.

## INSTRUMENTARIJ

Unutar samog upitnika implementirana je validirana skala za procjenu porodne traume (eng. *City Birth Trauma Scale* (*City BiTS*)) pomoću koje su diferencirane ispitnice koje su imale subjektivno traumatično iskustvo poroda i one koje imaju simptome PP-PTSP-a.

## ANKETNI UPITNIK

Anketni upitnik sastojao se od četiri dijela. U prvom, uvodnom dijelu objašnjena je svrha istraživanja i predstavljanje autorice te informativni naputak za informiranu suglasnost ispitnica. Veći dio upitnika te pitanja osmišljena za potrebe ovog istraživanja temelje se na teorijskom pregledu literature. Drugi dio upitnika sadržavao je sociodemografska pitanja o dobi, stručnoj spremi, bračnom statusu i mjesecnim primanjima ispitnica. Treći dio upitnika sadržavao je niz pitanja vezanih za temu i poslijednji porod. Ispitanice su odgovarale na pitanja o broju prethodnih poroda, starosti djeteta kojeg su posljednje rodile, planiranom broju djece, te o tome imaju li dijete s posebnim potrebama, kao i o načinu dovršetka posljednjeg poroda, epiziotomiji, trajanju trudnoće prilikom posljednjeg poroda, dojenju, pohađanju trudničkog tečaja, planu poroda, pratnji na porodu i utjecaju COVID-19 pandemije na doživljaj poroda. Dio pitanja je bio zatvorenog tipa uz mogućnost odabira ponuđene opcije, dok je dio pitanja bio otvorenog tipa gdje su ispitnice mogle slobodnim unosom iznijeti svoje mišljenje. Takva su se pitanja odnosila na zadovoljstvo porodom, odnosno objašnjenja prethodnog odgovora ako su odgovorile potvrđeno ili niječno i sl. Četvrti dio upitnika je na hrvatski jezik prevedena i validirana *City BiTS* skala, za koju je važno naglasiti da ne zamjenjuje kliničku dijagnostiku, ali je validan alat za procjenu simptoma te za koju je pribavljena suglasnost autorice. Unutar skale je niz pitanja kojima se ispituju simptomi nastali nakon porođaja. Bodovanjem odgovora dolazi se do pouzdane procjene simptoma PP-PTSP-a. Skala je korištena kako bi se diferencirale ispitnice koje imaju PP-PTSP od onih koje nemaju simptome PTSP-a, ali su navele da su imale traumatičan porod.

Na samom kraju ispitnice su odabirom gumba „podnesi“ završavale upitnik nakon čega su se odgovori anonimno pohranili u sustavu Google obrazaca i koristili za daljnju statističku obradu.

## CITY BIRTH TRAUMA SKALA (CITY BITS)

Ova je skala razvijena kao alat za procjenu simptoma PP-PTSP-a, budući da ni jedan od dostupnih upitnika ne procjenjuje PP-PTSP u skladu s kriterijima navedenim

u najnovijem izdanju *DSM-V*. *City BiTS* je upitnik od 29 stavki razvijen za procjenu simptoma PP-PTSP-a prema kriterijima *DSM-V*: kriterija stresora (A), simptoma ponovnog doživljavanja (B), izbjegavanja (C), negativnih spoznaja i raspoloženja (D) i prekomjernog uzbuđenja (E), kao i trajanje simptoma (F), značajne tegobe ili oštećenja (E) i kriterije isključenja ili druge uzroke (H). Dvije dodatne stavke iz *DSM-IV* također su uključene na temelju dokaza koji ukazuju na to da bi mogle biti važne u ovoj populaciji. Prvi je bio kriterij A2 da su žene na događaje tijekom poroda reagirale intenzivnim strahom, bespomoćnošću ili užasom. Drugi su bili simptomi emocionalnog otupljivanja (46). Skala je validirana i prevedena na hrvatski jezik (47).

Bodovanjem odgovora dolazi se do rezultata procjene i otkrivanja žena koje imaju simptome PP-PTSP-a. Uputa za bodovanje dostupna je na upit i dobivena je uz odobrenje autorice za korištenje skale.

## STATISTIČKE METODE

Istraživanje je ustrojeno kao presječno istraživanje (48). Kategoriski podaci su predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. Razlike u kategoriskim podacima testirane su  $\chi^2$  testom. Normalnost raspolje numeričkih varijabli testirana je Shapiro -Wilkovim testom. Zbog raspolje numeričkih podataka koji ne slijede normalnu razdiobu, numerički su podaci opisani medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Unutarnja pouzdanost skala izražena je koeficijentom Cronbach Alpha (49). Sve P vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti je postavljena na Alpha = 0,05. Za statističku analizu korišten je statistički program MedCalc® Statistical Software version 19.6 (MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2020) i IBM SPSS Statistics 23 (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

## REZULTATI

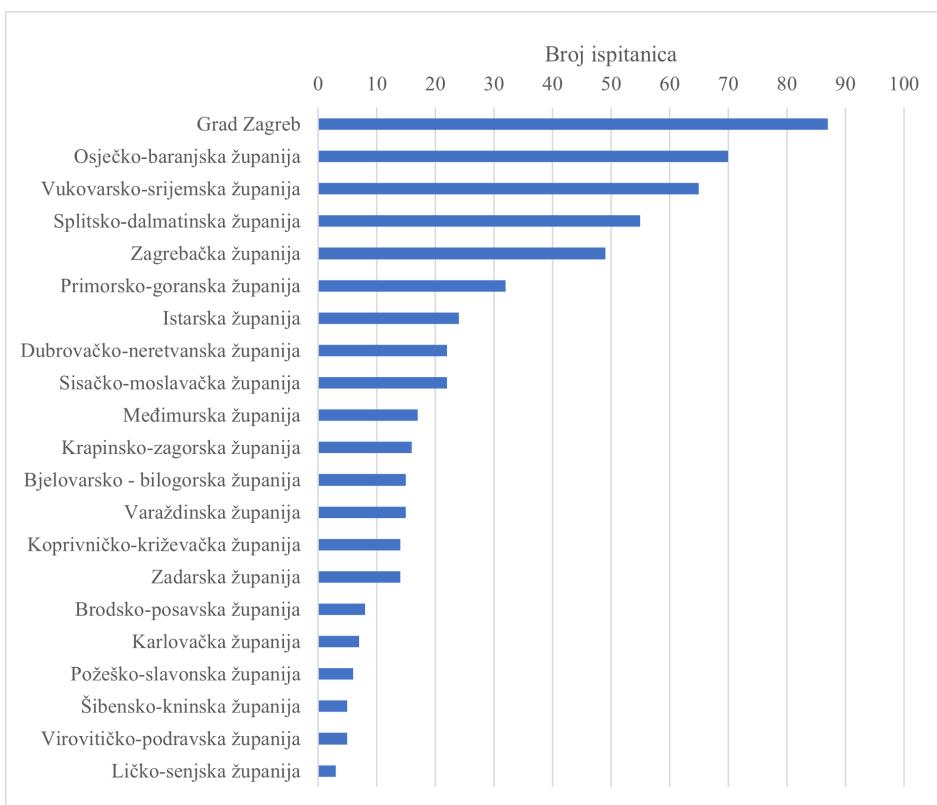
### OSNOVNA OBILJEŽJA ISPITANICA

Istraživanje je provedeno na 551 ispitnici kojoj je posljednji porođaj bio unutar posljednje tri godine. Medijan dobi ispitnica je 31 godina (interkvartilnog raspona od 28 do 34 godine) u rasponu od 18 do najviše 50 godina. U braku je 477 (86,6 %) ispitnica, a prema razini obrazovanja, najviše ih je, njih 267 (48,5 %) visoke stručne spreme. Zaposleno je 450 (81,7 %) ispitnica, a ukupna mjesecna primanja u kućanstvu veća od 8.000 kuna imaju 373 (67,7 %) ispitnica, a manja od 4.500 kuna 24 (4,4 %) ispitnice (tablica 1).

Tablica 1. Osnovna obilježja ispitnica

	Broj (%) ispitanika
Status veze	
U braku	477 (86,6)
Izvanbračna zajednica	65 (11,8)
Samohrani roditelj	9 (1,6)
Razina obrazovanja	
Osnovna škola	3 (0,5)
Srednja stručna spremam	206 (37,4)
Viša stručna spremam	75 (13,6)
Visoka stručna spremam	267 (48,5)
Radni status	
Zaposlena	450 (81,7)
Nezaposlena	94 (17,1)
Studentica	7 (1,3)
Ukupna mjeseca primanja u kućanstvu	
< 4.500 kn	24 (4,4)
od 4.500 kn do 6.000 kn	47 (8,5)
od 6.000 kn do 8.000 kn	107 (19,4)
više od 8.000 kn	373 (67,7)
Ukupno	551 (100)

Najviše ispitanica je iz Grada Zagreba, njih 87 (15,8 %), Osječko-baranjske županije 70 (12,7 %) ispitanica, iz Vukovarsko-srijemske županije 65 (11,8 %) ispitanica i Splitsko-dalmatinske županije njih 55 (10 %), dok su iz drugih županija u manjem broju (slika 1).



Slika 1. Raspodjela ispitanica prema županiji u kojoj žive

Do sada su ispitanice imale od jednog do 12 poroda, a posljednje dijete je medijana dobi 11 mjeseci, u rasponu od 10 dana do najviše 36 mjeseci. Prije posljednjeg poroda ispitanice su planirale imati od ni jednog do sedmoro djece

(tablica 2).

*Tablica 2. Obilježja posljednjeg poroda*

	Medijan (interkvartilni raspon)	Minimum - maksimum
Koliko su puta do sada rodile	1 (1 - 2)	1 - 12
Koliko mjeseci ima dijete koje su posljednje rodile	11 (4 - 18)	10 dana - 36 mjeseci
Koliko su planirale imati djece prije posljednjeg poroda	2 (2 - 3)	0 - 7

Dijete s poteškoćama u razvoju ima 16 (2,9 %) ispitanica. Najčešća vrsta dovršetka porođaja je za 398 (71,7 %) ispitanica vaginalni porod, a za 94 (17,1 %) hitan carski rez. Od ukupnog broja ispitanica koje su imale vaginalni porod njih 201/398 (50,5 %) je imalo epiziotomiju (tablica 3).

*Tablica 3. Ispitanice prema tome imaju li dijete s poteškoćama u razvoju i prema vrsti dovršetka poroda*

	Broj (%) ispitanica
Imaju dijete s poteškoćama u razvoju	16 (2,9)
Dovršetak posljednjeg porođaja	
Vaginalni	398 (71,7)
Instrumentalni vaginalni (npr. vakuum)	11 (2)
Dogovoreni/planirani carski rez	51 (9,3)
Hitni carski rez	94 (17,1)
Imale su tijekom posljednjeg porođaja epiziotomiju	201 (36,5)

Medijan tjedna trudnoće posljednjeg poroda je 40. tjedan (interkvartilnog raspona od 39. do 41. tjedna) u rasponu od 37. do 43. tjedna.

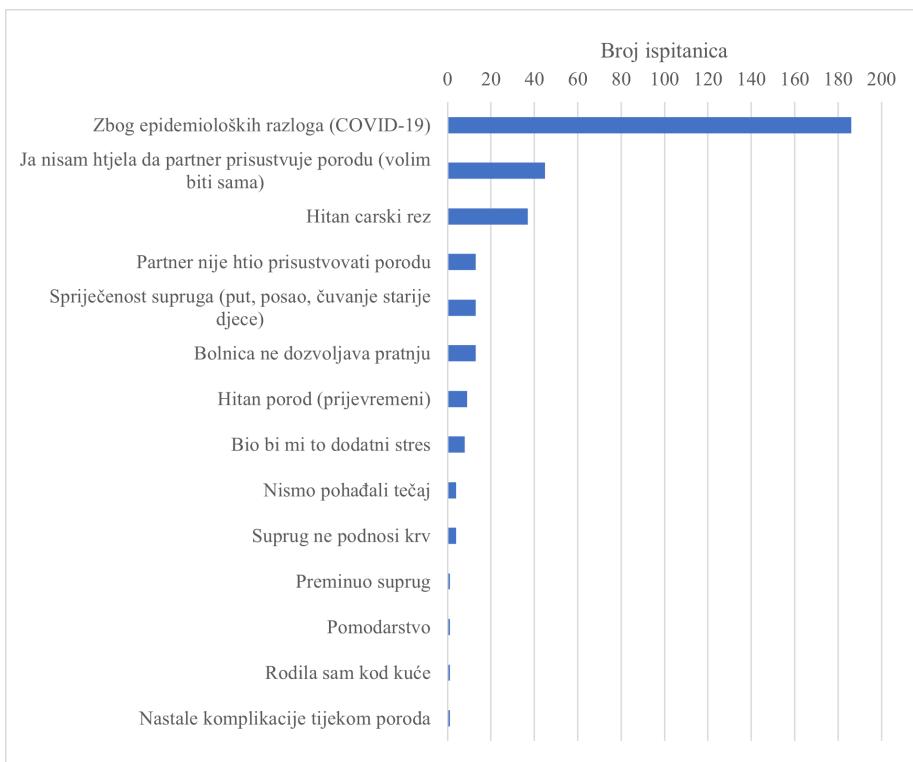
Tečaj za trudnice pohađalo je 296 (53,7 %) ispitanica, a sa sobom na porod je 67 (12,2 %) ispitanica ponijelo plan poroda. Pratnju bliske osobe na porodu imalo je 209 (37,9 %) ispitanica (tablica 4).

*Tablica 4. Ispitanice prema pohađanju tečaja i pratnji na porodu*

	Broj (%) ispitanica
Pohađale su tečaj za trudnice (online, uživo)	296 (53,7)
Na porodu su imale plan poroda	67 (12,2)
Imale su pratnju bliske osobe na porodu	209 (37,9)

Najučestaliji razlog zbog kojeg ispitanice nisu imale pratnju tijekom poroda su epidemiološke mjere zbog bolesti COVID-19, u 186 (55,4 %) slučajeva, a u 45 (13,4 %) slučajeva ispitanice nisu željele pratnju, hitan carski rez je spriječio pratnju na porodu u 37 (11 %) slučajeva, dok su ostali razlozi u manjem broju (slika 2).

*Slika 2. Razlozi zbog kojih nije pratnja prisustvovala porodu*



Zadovoljno komunikacijom s osobljem na porodu bilo je 418 (75,9 %) ispitanica, a posljednje dijete dojilo je njih 480 (87,1 %).

Nakon porođaja 177 (32,1 %) ispitanica je bilo odvojeno od djeteta, od kojih je najčešći razlog bio zbog carskog reza, u 26 (14,6 %) slučajeva, u 22 (12,4 %) slučaja razlog su bile komplikacije tijekom poroda od strane majke, dok je u 22 (12,4 %) slučaja to procedura u rodilištu. Ostali razlozi odvajanja djeteta nakon porođaja od majke su zastupljeni u manjem broju (tablica 5).

*Tablica 5. Ispitanice prema zadovoljstvu komunikacijom s osobljem, dojenju i prema razlozima odvojenosti od djeteta nakon poroda*

	Broj (%) ispitanica
Bile su zadovoljne komunikacijom s osobljem na porodu	418 (75,9)
Dojile su posljednje dijete	480 (87,1)
Nakon porođaja su bile odvojene od djeteta	177 (32,1)
Razlog odvajanja od djeteta	
Čekao se test na COVID-19	12 (6,7)
Dijete je bilo u inkubatoru	19 (10,7)
Dijete odvezeno na pedijatriju (infekcija)	6 (3,4)
Majka na intenzivnoj	21 (11,8)
Zbog carskog reza	26 (14,6)
Da se majka odmori	15 (8,4)
Komplikacije tijekom poroda od strane majke (ruptura maternice, vađenje posteljice, anestezija i sl.)	25 (14)
Procedura u rodilištu	22 (12,4)
Komplikacije kod djeteta pri porodu	14 (7,9)
Ne znam	10 (5,6)
Nedonošće, neurorizično dijete	5 (2,8)
Potres, prokišnjavanje u bolesničkoj sobi	2 (1,1)

Posljednji porođaj je bio traumatično iskustvo za 194 (35,2 %) ispitanica, a najučestaliji razlog traumatičnog iskustva

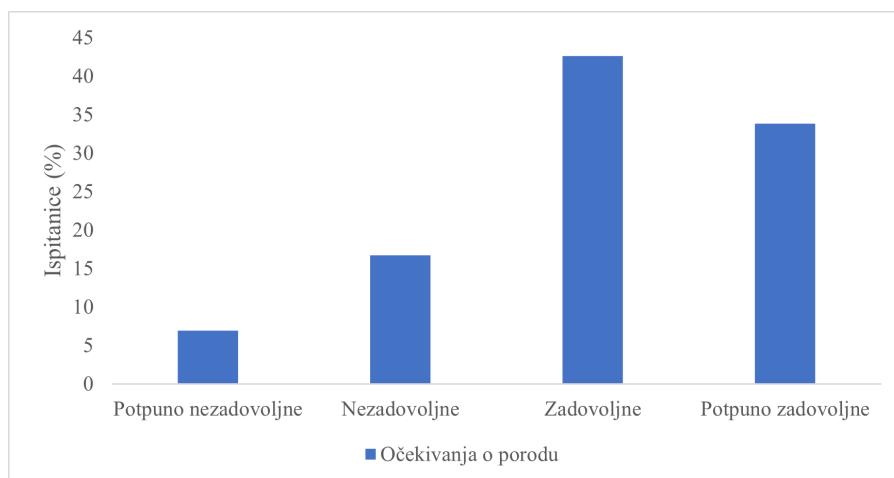
je za 35 (17,9 %) ispitanica neljubaznost i ne empatičnost zdravstvenog osoblja tijekom samog poroda, za 29 (14,9 %) ispitanica strah od bolova, za 25 (12,8 %) ispitanica traumatično iskustvo je bilo trajanje poroda (sati), a inducirani porod ili upotreba dripa su traumatično iskustvo za 27 (14,4 %) ispitanica.

Hitan neplanirani carski rez je traumatično iskustvo za 22 (11,3 %) ispitanice, a kod manjeg broja ispitanica su jaki trudovi, strah za dijete, oživljavanje i smrt djeteta, zaraza koronom prije poroda, epiziotomija, forsiranje dojenja i komplikacije kod majke tijekom samog poroda (vrsta dovršetka poroda, krvarenje, nepodnošenje anestezije i sl.) (tablica 6).

*Tablica 6. Doživljaj posljednjeg poroda i razlozi zbog kojih su posljednji porođaj ocijenile traumatičnim*

	Broj (%) ispitanica
Posljednji porođaj je bio traumatično iskustvo	194 (35,2)
Razlog traumatičnog iskustva	
Neljubaznost i neempatičnost zdravstvenog osoblja tijekom poroda	35 (17,9)
Strah od bolova	29 (14,9)
Inducirani porod / drip	27 (14,4)
Trajanje poroda (sati)	25 (12,8)
Hitan carski rez	22 (11,3)
Komplikacije tijekom samog poroda (vrsta dovršetka poroda, krvarenje, nepodnošenje anestezije i sl.)	17 (8,7)
Jaki trudovi	9 (4,6)
Događaji nakon poroda	8 (4,1)
Epiziotomija	7 (3,6)
Strah za dijete	5 (2,6)
Neinformiranost o radnjama	4 (2,1)
Umrlo dijete	2 (1)
Nošenje maske na porodu	1 (0,5)
Zaraza koronom neposredno prije poroda	1 (0,5)
Oživljavanje djeteta	1 (0,5)
Forsiranje dojenja	1 (0,5)

Općenito je 235 (42,6 %) ispitanica zadovoljno porodom, 186 (33,8 %) ih je potpuno zadovoljno, 92 (16,7 %) ispitanice navode da su nezadovoljne, a potpuno nezadovoljne svojim očekivanjima o porodu je 38 (6,9 %) ispitanica (slika 3).



*Slika 3. Zadovoljstvo očekivanjima o porodu*

Ljudskost i ljubaznost u ophođenju tijekom poroda od strane osoblja je za 151 (27,4 %) ispitanicu najviše utjecalo na zadovoljstvo porodom, a za 88 (16 %) ispitanica profesionalno iskustvo tijekom poroda s primaljom/lječnikom. Velik utjecaj ima i komunikacija, prisustvo pratnje, rođenje zdravog djeteta i osobna informiranost prije samog poroda (tablica 7).

*Tablica 7. Ispitanice prema tome što je najviše utjecalo na zadovoljstvo porođajem*

	Broj (%) ispitanica
Što je najviše utjecalo na zadovoljstvo porođajem	
Profesionalno iskustvo tijekom poroda s primaljom/ lječnikom	88 (16)
Ljudskost/ljubaznost u ophođenju tijekom poroda	151 (27,4)
Neljubaznost	20 (3,6)
Komunikacija	43 (7,9)
Brz oporavak	5 (0,9)
Prisustvo pratnje	48 (8,7)
Što je sve prošlo dobro	24 (4,4)
Osobna informiranost prije samog poroda	19 (3,4)
Porod kod kuće	5 (0,9)
Epiduralna anestezija	5 (0,9)
Carski rez	9 (1,6)
Zdravo rođeno dijete	31 (5,6)
Forsiranje prirodnog poroda	5 (0,9)
Neizvjesnost	1 (0,2)
Iskustvo s prijašnjeg poroda	2 (0,4)
Mentalna i fizička spremnost	4 (0,7)
Organiziranost privatne klinike	3 (0,5)
Ne znam	10 (1,8)
Nošenje maske tijekom porođaja zbog pandemije	9 (1,6)

Na 284 (51,5 %) ispitanice COVID-19 pandemija nimalo nije utjecala na očekivanja o porodu, a na 330 (59,9 %) niti na zadovoljstvo porodom. U vrijeme poroda 3 (0,5 %) su ispitanice bile pozitivne na COVID-19.

Prije posljednjeg porođaja 19 (3,4 %) ispitanica je imalo ili je bilo liječeno zbog nekog psihičkog poremećaja, najčešće se radilo u 9/49 slučajeva o anksioznosti i u 7/19 slučajeva o depresiji, dok je kod manjeg broja ispitanica bio dijagnosticiran PTSP ili panični napad (tablica 8).

*Tablica 8. Utjecaj COVID-19 pandemije na očekivanje i zadovoljstvo porodom te prijašnji psihički poremećaji*

	Broj (%) ispitanika
Koliko je COVID-19 pandemija utjecala na očekivanja o porodu	
Nimalo	284 (51,5)
Umjereno	130 (23,6)
Jako	137 (24,9)
Koliko je COVID-19 pandemija utjecala na zadovoljstvo porodom	
Nimalo	330 (59,9)
Umjereno	119 (21,6)
Jako	100 (18,1)
U vrijeme poroda su bile pozitivne na COVID-19	3 (0,5)
Prije posljednjeg porođaja su imale ili su bile liječene zbog nekog psihičkog poremećaja	19 (3,4)
Koji psihički poremećaj	
Anksioznost	9/19
Depresija	7/19
Panični napad	2/19
PTSP	1/19

Ponovnu trudnoću ne planira 261 (47,4 %) ispitanica, a najčešći razlog je što navode da imaju dovoljno djece u 107 (41,5 %) slučajeva. Starija životna dob je razlog za 26 (10,1 %) ispitanica, a za 20 (7,8 %) ispitanica strah od poroda. Iako nisu imale traumatično iskustvo s porodom ili oporavkom, ne žele ponovo prolaziti kroz sve to 34 (13,2 %) ispitanice. Traumatičan porod je razlog ne planiranja nove trudnoće za 12 (4,7 %) ispitanica.

Kao razloge još navode da su više puta imale carski rez, financijske razloge, strah od lošeg iskustva s osobljem, nezadovoljstvo zdravstvenom ustanovom u kojoj su rodile, puno obaveza poslije poroda bez pomoći obitelji ili nekog drugog, a dvije (0,8 %) ispitanice navode da ne planiraju novu trudnoću jer nisu znale što znači imati dijete, da je to prevelika obaveza i odgovornost (tablica 9).

Tablica 9. Ispitanice prema planiranju ponovne trudnoće i razlozima zbog kojih ne planiraju ponovnu trudnoću

	Broj (%) ispitanica
Planiraju ponovnu trudnoću	
Ne	261 (47,4)
Da	290 (52,6)
Razlozi zbog kojih ne planiraju ponovnu trudnoću	
Imaju dovoljno djece	107 (41,5)
Već su imale više puta carski rez	13 (5)
Traumatičan porod	12 (4,7)
Dob	26 (10,1)
Financijski razlozi/stambeni problemi	10 (3,9)
Strah od poroda	20 (7,8)
Strah od ponovljenog lošeg iskustva sa zdravstvenim osobljem	2 (0,8)
Rodit će ponovno, ali samo u drugoj zdravstvenoj ustanovi	1 (0,4)
Ne žele prolaziti ponovno kroz trudnoću/porod/oporavak bez obzira na to što nije bio traumatičan	34 (13,2)
Nisu znale što znači imati dijete (prevelika obaveza i odgovornost)	2 (0,8)
Možda u budućnosti, za sada ne zbog obaveza	18 (7)
Obiteljski problemi (udovica, bez partnera i sl.)	8 (3,1)
Puno obaveza poslije poroda, a nemaju pomoći	2 (0,8)
Stanje u zdravstvu; pandemija; stanje u svijetu	3 (1,2)

## TRAUMATIČNO ISKUSTVO TIJEKOM POROĐAJA (CITY BIRTH TRAUMA SCALE – CITY BITS SKALA)

Traumatično iskustvo tijekom porođaja procijenili smo putem upitnika s četiri domene: ponovno doživljjeni simptomi, izbjegavanje, negativne spoznaje i raspoloženje te uznemirenost. Unutarnja pouzdanost cijele skale Cronbach Alpha je 0,884 što znači da je upitnik dobar alat za procjenu traumatičnog iskustva na našem uzorku ispitanica.

Za vrijeme trudova, porođaja i neposredno nakon poroda je 115 (20,9 %) ispitanica mislilo da će one ili njihovo dijete biti ozbiljno ozlijedjeni, a isti broj ispitanica je mislilo da bi one ili njihovo dijete mogli umrijeti.

## DOMENA PONOVO DOŽIVLJENIH SIMPTOMA

Domenu ponovo doživljenih simptoma čini pet čestica. Uzrujanost pri podsjećanju na porođaj 2 do 4 puta ili 5 ili više puta ima 105 (18,9 %) ispitanica, osjećaj napetosti ili tjeskobe pri podsjećanju na porođaj više od 2 puta ima 103 (18,7 %) ispitanica, a njih 125 (19 %) ima 2 do 4 ili 5 ili više puta iznenadna i jasna sjećanja o porođaju (eng. *flashbacks*) i/ili ponovno proživljavanje iskustva (tablica 10).

Tablica 10. Samoprocjena domene ponovo doživljenih simptoma

	Broj (%) ispitanica				
	Ne uopće	Jedanput	2 – 4 puta	5 ili više puta	Ukupno
Ponavljačna neželjena sjećanja na porođaj (ili dijelove porođaja) koja se pojavljuju bez kontrole	383 (69,5)	93 (16,9)	61 (11,1)	14 (2,5)	551 (100)
Ružni snovi ili noćne more o porođaju (ili povezani s porođajem)	486 (88,2)	42 (7,6)	17 (3,1)	6 (1,1)	551 (100)
Iznenadna i jasna sjećanja o porođaju (eng. <i>flashbacks</i> ) i/ili ponovno proživljavanje iskustva	324 (58,8)	122 (22,1)	80 (14,5)	25 (4,5)	551 (100)
Uzrujanost pri podsjećanju na porođaj	335 (60,8)	112 (20,3)	76 (13,8)	28 (5,1)	551 (100)
Osjećaj napetosti ili tjeskobe pri podsjećanju na porođaj	330 (59,9)	118 (21,4)	77 (14)	26 (4,7)	551 (100)

## DOMENA IZBJEGAVANJA

Pokušaj izbjegavanja razmišljanja o porođaju više od dva puta navodi 95 (17,2 %) ispitanica, a izbjegavanja stvari koje ih podsjećaju na porođaj njih 52 (9,4 %) (tablica 11).

*Tablica 11. Samoprocjena domene izbjegavanja*

	Broj (%) ispitanica				
	Ne uopće	Jedanput	2 - 4 puta	5 ili više puta	Ukupno
Pokušaj izbjegavanja razmišljanja o porođaju	385 (69,9)	71 (12,9)	73 (13,2)	22 (4)	551 (100)
Pokušaj izbjegavanja stvari koje me podsjećaju na porođaj (npr. ljudi, mesta, televizijski programi)	460 (83,5)	39 (7,1)	37 (6,7)	15 (2,7)	551 (100)

## DOMENA NEGATIVNE SPOZNAJE I RASPOLOŽENJA

Pet ili više puta su 52 (9,4 %) ispitanice osjećale otuđenost od drugih ljudi, a njih 36 (6,5 %) gubitak interesa za aktivnosti koje su im bile važne. Po 43 (7,8 %) ispitanice navode da su 2 do 4 puta imale osjećaj krivnje prema sebi ili drugima za ono što se dogodilo tijekom porođaja ili su imale nemogućnost doživljavanja pozitivnih emocija (npr. sreća, uzbudjenost). Samo jedanput je 95 (17,2 %) ispitanica imalo snažne negativne osjećaje u vezi porođaja (npr. strah, ljutnju, sram) (tablica 12).

*Tablica 12. Samoprocjena domene negativne spoznaje i raspoloženja*

	Broj (%) ispitanica				
	Ne uopće	Jedanput	2 - 4 puta	5 ili više puta	Ukupno
Osjećaj krivnje prema sebi ili drugima za ono što se dogodilo tijekom porođaja	444 (80,6)	50 (9,1)	43 (7,8)	14 (2,5)	551 (100)
Snažni negativni osjećaji u vezi porođaja (npr. strah, ljutnja, sram)	372 (67,5)	95 (17,2)	63 (11,4)	21 (3,8)	551 (100)
Negativni osjećaji o sebi ili razmišljanje kako će se nešto strašno dogoditi	399 (72,4)	70 (12,7)	61 (11,1)	21 (3,8)	551 (100)
Gubitak interesa za aktivnosti koje su mi bile važne	372 (67,5)	72 (13,1)	71 (12,9)	36 (6,5)	551 (100)
Osjećaj otuđenosti od drugih ljudi	320 (58,1)	90 (16,3)	89 (16,2)	52 (9,4)	551 (100)
Nemogućnost doživljavanja pozitivnih emocija (npr. sreća, uzbudjenost)	444 (80,6)	50 (9,1)	43 (7,8)	14 (2,5)	551 (100)

## DOMENA UZNEMIRENOSTI

Probleme s koncentracijom je pet ili više puta imalo 47 (8,5 %) ispitanica, njih 51 (9,3 %) su osjećale napetost i kao da su „na rubu“, a 45 (8,2 %) ispitanica je pet ili više puta osjećalo razdražljivost i agresivnost. Nesmotreno ili samo uništavajuće ponašanje uopće nije imalo 475 (86,2 %) ispitanica. Pretjeranu reakciju na iznenadni podražaj ili plašljivost jednom je imalo 99 (18 %) ispitanica, a smetnje spavanja zbog razloga nevezanih s bebinim navikama spavanja jednom je imala 81 (14,7 %) ispitanica (tablica 13).

*Tablica 13. Samoprocjena domene uznenirenosti*

	Broj (%) ispitanica				
	Ne uopće	Jedanput	2 - 4 puta	5 ili više puta	Ukupno
Osjećaj razdražljivosti ili agresivnosti	283 (51,4)	128 (23,2)	95 (17,2)	45 (8,2)	551 (100)
Nesmotreno ili samouništavajuće ponašanje	475 (86,2)	48 (8,7)	21 (3,8)	7 (1,3)	551 (100)
Osjećaj napetosti i kao da sam „na rubu“	284 (51,5)	113 (20,5)	103 (18,7)	51 (9,3)	551 (100)
Pretjerana reakcija na iznenadni podražaj ili plašljivost	334 (60,6)	99 (18)	78 (14,2)	40 (7,3)	551 (100)
Problemi s koncentracijom	309 (56,1)	102 (18,5)	93 (16,9)	47 (8,5)	551 (100)
Smetnje spavanja zbog razloga nevezanih s bebinim navikama spavanja	368 (66,8)	81 (14,7)	60 (10,9)	42 (7,6)	551 (100)

## UKUPNA SKALA SIMPTOMA

Ukupna skala simptoma je u rasponu od 0 do 60, a možemo ju podijeliti na dvije podskale, PTSP simptomi povezani s porodom (raspon od 0 do 30) i općeniti PTSP simptomi (raspon od 0 do 30) gdje veći broj ukazuje na više izražene simptome.

Na našem uzorku, ukupna skala simptoma kreće se od 0 do 55, a podskala simptoma povezanih s porodom od 0 do 27, a općenitih simptoma u rasponu od 0 do 29 (tablica 14).

*Tablica 14. Mjere sredine ukupne skale simptoma i podskala: simptomi povezani s porodom i općeniti simptomi*

	Mogući raspon	Medijan (interkvartilni raspon)	Minimum – maksimum
Ukupno skala simptoma	0 – 60	8 (2 – 17)	0 – 55
Simptomi povezani s porodom	0 – 30	2 (0 – 6)	0 – 27
Općeniti simptomi	0 – 30	4 (0 – 10)	0 – 29

PTSP s odgođenim početkom prisutan je kod 31 (5,6 %) ispitanice, a od prije poroda kod 76 (13,8 %) ispitanica.

Odgovori na dva pitanja odnose se na disocijativne simptome (psihofizičke reakcije na stres), koji nisu u osnovi PTSP simptomi, ali se navode zasebno u svrhu daljnje dijagnostike. Osjećaj odvojenosti ili „kao da su u snu“ 2 do 4 ili 5 ili više puta navodi 56 (10,2 %) ispitanica, a 37 (6,7 %) ispitanica je imalo osjećaj više od dva puta da su stvari iskrivljene i nerealne. S obzirom na kriterij, da je bilo koji od osjećaja prisutan bar jednom, 157 (28,5 %) ispitanica ima disocijativne simptome (tablica 15).

*Tablica 15. Disocijativni simptomi*

	Broj (%) ispitanica				
	Ne uopće	Jedanput	2 – 4 puta	5 ili više puta	Ukupno
Osjećaj odvojenosti ili „kao da si u snu“	416 (75,5)	79 (14,3)	39 (7,1)	17 (3,1)	551 (100)
Osjećaj da su stvari iskrivljene i nerealne	461 (83,7)	53 (9,6)	27 (4,9)	10 (1,8)	551 (100)

S obzirom na ukupne simptome i postavljene kriterije (prema City BiTS skali), 50 (9,1 %) ispitanica ima PTSP.

Povezanost subjektivne procjene poroda kao traumatičnog iskustva, zadovoljstva porodom i prisutnog PTSP-a s obilježjima ispitanica

Ispitanice koje su svoj porod ocjenile kao traumatično iskustvo značajno manje planiraju ponovnu trudnoću, njih 87 (44,8 %), u odnosu na druge ispitanice ( $\chi^2$  test,  $P = 0,007$ ). Također, značajno je više ispitanica s traumatičnim iskustvom koje su svoj porod dovršile instrumentalno vaginalno, osam (4,1 %) ili hitnim carskim rezom, njih 56 (28,9 %) u odnosu na ispitanice koje su porod dovršile vaginalno ili s dogovorenim/planiranim carskim rezom ( $\chi^2$  test,  $P < 0,007$ ). One ispitanice koje nisu pohađale tečaj za trudnice značajnije su doživjele porod kao traumatično iskustvo ( $\chi^2$  test,  $P = 0,008$ ). Nema značajnog utjecaja prisustvo bliske osobe na porodu na subjektivnu ocjenu doživljenog traumatičnog iskustva pri porodu, kao ni broj djece koji su planirale imati prije porođaja, a značajna povezanost se ne bilježi ni kod onih koje su prije posljednjeg porođaja imale ili su bile lječene zbog nekog psihičkog poremećaja. Od ukupno 418 (75,9 %) ispitanica koje su zadovoljne komunikacijom s osobljem na porodu, značajno je više, njih 318 (89,1 %) koje nemaju traumatično iskustvo ( $\chi^2$  test,  $P < 0,001$ ). Od ukupno 100 (18,2 %) ispitanica koje navode da je COVID-19 pandemija jako utjecala na njihovo zadovoljstvo porodom, značajno je više onih koje su imale traumatično iskustvo, njih 52 (26,9 %) ( $\chi^2$  test,  $P < 0,001$ ). Od ukupno 50 (9,1 %) ispitanica koje imaju prema City BiTS skali PTSP, značajno je više, njih 44 (22,7 %), koje su imale subjektivno traumatično iskustvo pri porodu ( $\chi^2$  test,  $P < 0,001$ ) (tablica 16).

Tablica 16. Raspodjela ispitanica prema traumatičnom iskustvu pri porodu u odnosu na obilježja ispitanica

	Broj (%) ispitanica prema tome kakav je porod bio iskustvo			P*
	Nije traumatično	Traumatično	Ukupno	
S obzirom na planirani broj djece planiraju ponovnu trudnoću	203 (56,9)	87 (44,8)	290 (52,6)	0,007
Dovršetak posljednjeg porođaja				
Vaginalni	278 (77,9)	117 (60,3)	395 (71,7)	<0,001
Instrumentalno vaginalni	3 (0,8)	8 (4,1)	11 (2)	
Dogovoren/planirani carski rez	38 (10,6)	13 (6,7)	51 (9,3)	
Hitni carski rez	38 (10,6)	56 (28,9)	94 (17,1)	
Broj djece koji su planirale imati prije posljednjeg porođaja				
Ni jedno	5 (1,4)	4 (2,1)	9 (1,6)	0,840
Jedno	23 (6,4)	11 (5,7)	34 (6,2)	
Dvoje	168 (47,1)	96 (49,7)	264 (48)	
Troje i više (do sedam)	161 (45,1)	82 (42,5)	243 (44,2)	
Prije posljednjeg porođaja su imale ili su bile liječene zbog nekog psihičkog poremećaja	12 (3,4)	7 (3,6)	19 (3,4)	0,879
Pohađale su tečaj za trudnice	177 (49,6)	119 (61,3)	296 (53,7)	0,008
Imale su pratinju bliske osobe na porodu	134 (37,5)	75 (38,7)	209 (37,9)	0,795
Zadovoljne su komunikacijom s osobljem na porodu	318 (89,1)	100 (51,5)	418 (75,9)	<0,001
Koliko je COVID-19 pandemija utjecala na njihovo zadovoljstvo porodom				
Nimalo	216 (60,7)	114 (59,1)	330 (60,1)	<0,001
Umjereno	92 (25,8)	27 (14)	119 (21,7)	
Jako	48 (13,5)	52 (26,9)	100 (18,2)	
Prisutan PTSP (City BiTS)				
Ne	351 (98,3)	150 (77,3)	501 (90,9)	<0,001
Da	6 (1,7)	44 (22,7)	50 (9,1)	
Ukupno	357 (100)	194 (100)	551 (100)	

 $\chi^2$  test

Nema značajne razlike u raspodjeli ispitanica prema zadovoljstvu porodom u odnosu na planiranu trudnoću, broj djece koji su planirale imati prije posljednjeg porođaja, te prema tome je li pri porodu bila/nije bila prisutna bliska osoba, odnosno jesu li prije posljednjeg porođaja imale ili su bile liječene zbog nekog psihičkog poremećaja.

Potpuno su nezadovoljne ili nezadovoljne porodom one ispitanice koje su dovršetak poroda imale instrumentalno vaginalni ili je bio hitan carski rez ( $\chi^2$  test,  $P < 0,001$ ). Ispitanice koje su pohađale tečaj za trudnice zadovoljnije su ili su potpuno zadovoljne porodom ( $\chi^2$  test,  $P = 0,005$ ), kao i one koje su zadovoljne komunikacijom s osobljem na porodu ( $\chi^2$  test,  $P < 0,001$ ). Značajno su zadovoljnije porodom one ispitanice koje su ocijenile da COVID-19 pandemija nimalo nije utjecala na njihovo zadovoljstvo porodom ( $\chi^2$  test,  $P < 0,001$ ), kao i one ispitanice kod kojih nije prisutan PTSP ( $\chi^2$  test,  $P < 0,001$ ) (tablica 17).

Tablica 17. Raspodjela ispitanica prema zadovoljstvu porodom u odnosu na obilježja ispitanica

	Broj (%) ispitanica prema zadovoljstvu porodom				P*
	Potpuno nezadovoljna	Nezadovoljna	Zadovoljna	Potpuno zadovoljna	
S obzirom na planirani broj djece planiraju ponovnu trudnoću	14 (36,8)	44 (47,8)	132 (56,2)	100 (53,8)	0,115
Dovršetak posljednjeg porođaja					
Vaginalni	21 (55,3)	51 (55,4)	172 (73,2)	151 (81,2)	<0,001
Instrumentalno vaginalni	2 (5,3)	4 (4,3)	3 (1,3)	2 (1,1)	
Dogovoren/ planirani carski rez	3 (7,9)	6 (6,5)	19 (8,1)	23 (12,4)	
Hitni carski rez	12 (31,6)	31 (33,7)	41 (17,4)	10 (5,4)	
Broj djece koji su planirale imati prije posljednjeg porođaja					
Ni jedno	0	3 (3,3)	3 (1,3)	3 (1,6)	0,549
Jedno	3 (8,1)	4 (4,3)	17 (7,2)	10 (5,4)	
Dvoje	13 (35,1)	45 (48,9)	120 (51,1)	86 (46,2)	
Troje i više (do sedam)	21 (56,8)	40 (43,5)	95 (40,4)	87 (46,8)	
Prije posljednjeg porođaja su imale ili su bile liječene zbog nekog psihičkog poremećaja	1 (2,6)	2 (2,2)	10 (4,3)	6 (3,2)	0,890
Pohađale su tečaj za trudnice	23 (60,5)	61 (66,3)	129 (54,9)	83 (44,6)	0,005
Imale su pratnju bliske osobe na porodu	18 (47,4)	37 (40,2)	89 (37,9)	65 (34,9)	0,504
Zadovoljne su komunikacijom s osobljem na porodu	5 (13,2)	35 (38)	198 (84,3)	180 (96,8)	<0,001
Koliko je COVID-19 pandemija utjecala na njihovo zadovoljstvo porodom					
Nimalo	23 (60,5)	50 (54,3)	128 (54,7)	129 (69,7)	<0,001
Umjereno	7 (18,4)	12 (13)	61 (26,1)	39 (21,1)	
Jako	8 (21,1)	30 (32,6)	45 (19,2)	17 (9,2)	
Prisutan PTSP (City BiTS)					
Ne	20 (52,6)	72 (78,3)	225 (95,7)	184 (98,9)	<0,001
Da	18 (47,4)	20 (21,7)	10 (4,3)	2 (1,1)	
Ukupno	38 (100)	92 (100)	235 (100)	186 (100)	

\* $\chi^2$  test

Ispitanice kod kojih je prisutan PTSP značajno manje planiraju ponovnu trudnoću ( $\chi^2$  test,  $P < 0,001$ ), značajno su manje zadovoljne komunikacijom s osobljem na porodu ( $\chi^2$  test,  $P < 0,001$ ), te navode da je COVID-19 pandemija jako utjecala na njihovo zadovoljstvo porodom ( $\chi^2$  test,  $P = 0,002$ ) (tablica 18).

Tablica 18. Raspodjela ispitanica prema prisustvu PTSP-a (City BiTS skala) u odnosu na obilježja ispitanica

	Broj (%) ispitanica prema prisutnosti PTSP			P*
	Bez PTSP	PTSP	Ukupno	
S obzirom na planirani broj djece planiraju ponovnu trudnoću	273 (54,5)	17 (34)	290 (52,6)	<b>0,006</b>
Dovršetak posljednjeg porođaja				
Vaginalni	364 (72,7)	31 (62)	395 (71,7)	0,213
Instrumentalno vaginalni	9 (1,8)	2 (4)	11 (2)	
Dogovoren/planirani carski rez	47 (9,4)	4 (8)	51 (9,3)	
Hitni carski rez	81 (16,2)	13 (26)	94 (17,1)	
Broj djece koji su planirale imati prije posljednjeg porođaja				
Ni jedno	9 (1,8)	0	9 (1,6)	0,285
Jedno	31 (6,2)	3 (6)	34 (6,2)	
Dvoje	245 (49)	19 (38)	264 (48)	
Troje i više (do sedam)	215 (43)	28 (56)	243 (44,2)	
Prije posljednjeg porođaja su imale ili su bile liječene zbog nekog psihičkog poremećaja	18 (3,6)	1 (2)	19 (3,4)	> 0,99
Pohađale su tečaj za trudnice	265 (52,9)	31 (62)	296 (53,7)	0,218
Imale su pratnju bliske osobe na porodu	187 (37,3)	22 (44)	209 (37,9)	0,354
Zadovoljne su komunikacijom s osobljem na porodu	404 (80,6)	14 (28)	418 (75,9)	<b>&lt;0,001</b>
Koliko je COVID-19 pandemija utjecala na njihovo zadovoljstvo porodom				
Nimalo	299 (59,9)	31 (62)	330 (60,1)	0,002
Umjereno	116 (23,2)	3 (6)	119 (21,7)	
Jako	84 (16,8)	16 (32)	100 (18,2)	

\* $\chi^2$  test

## RASPRAVA

U novije vrijeme mnoga se istraživanja bave faktorima koji mogu utjecati na nastanak PP-PTSP-a. Unatoč tome još uvijek je nejasan omjer i svi faktori koji neke žene stavljuju u rizik nastanka PP-PTSP-a (50). Subjektivan doživljaj poroda kao traumatičnog i stresni odgovor na njega uključuje niz drugih faktora koji mogu dovesti do razvoja simptoma PTSP-a i smatraju se valjanim razlozima za nastanak traume (51). Traumatičan porod mogao bi se definirati i kao događaj tijekom poroda koji uključuje stvarnu ili prijeteću opasnost za život žene i/ili njenog djeteta. Mogli bismo ga opisati i kao događaj u kojem je komplikacija s fatalnim ishodom izbjegnuta „za dlaku“. U literaturi se taj fenomen naziva *near miss* te se odnosi na situacije u porodu i neposredno nakon njega gdje su život majke i/ili djeteta bili ugroženi i gdje su bile nužne hitne i intervencije kojima se spašava život (52).

Prema podacima dobivenim u istraživanju 115 (20,9 %) ispitanica su za vrijeme trudova, poroda i neposredno nakon poroda mislile da će one ili njihovo dijete biti ozbiljno ozlijedjeni, a isti broj ispitanica su mislile da bi one ili njihovo dijete mogli umrijeti. Kod takvih situacija tijekom poroda roditelja osjeća strah, bespomoćnost i gubitak kontrole što

se kasnije može odraziti na razvoj PP-PTSP-a (53). Porodna trauma, odnosno PP-PTSP, ne nastaje uvijek nakon traumatičnog poroda jer što je za jednu ženu trauma, za drugu to ne mora biti. Dok će netko nakon poroda naći mehanizme za prevladavanje traume, neke će se žene teško nositi sa stresnim odgovorom na doživljenu traumu i postupno će razviti simptome PTSP-a. Sposobnost osobe da se izdigne iz stanja ranjivosti povezan je s otpornošću na stresne događaje (54).

U istraživanju su 194 ispitanice (35,2 %) navele da im je porod bio traumatično iskustvo. Od ukupnog broja ispitanica koje su navele da su imale traumatičan porod, odnosno subjektivno su porod doživjele kao traumu, njih 44 (22,7 %) razvilo je simptome PP-PTSP-a (prema City BiTS skali), dok je ukupan broj ispitanica koje su razvile simptome PP-PTSP-a 50 (9,1 %) što je viši postotak od prosječnih 3 % koji se navode u literaturi (55).

Istraživanjem se došlo i do podatka da je od ukupnog broja ispitanica njih 32,1 % bilo iz nekog razloga odvojeno od novorođenčeta nakon poroda (tablica 5). Najčešći razlozi odvajanja od djeteta kod ispitanica u ovom istraživanju su carski rez, komplikacije od strane majke, zdravstveno stanje djeteta (infekcija, boravak u neonataloškoj jedinici

intenzivnog liječenja (NJIL), u manjoj mjeri su ispitanice navele da je do odvajanja od djeteta nakon poroda došlo jer su čekale nalaz testiranja na COVID-19 ili je takva procedura u rodilištu. Odvojenost od djeteta koje je zaprimljeno u NJIL jedan je od faktora za nastanak simptoma PP-PTSP-a što je potvrđeno i nedavnim istraživanjem (56). S obzirom na to da je u ovom istraživanju *City BiTS* skala korištena kao alat za detekciju ispitanica sa simptomima PP-PTSP-a odvojenost od djeteta je ispitivana kao dio anamnestičkih podataka i nije posebno statistički obrađivan kao faktor za nastanak PP-PTSP-a.

U literaturi se navodi da određeni psihički poremećaji poput anksioznosti, depresije i postojećeg PTSP-a mogu biti rizični faktori za nastanak PP-PTSP-a (57). Kod ispitanica u ovom istraživanju depresivni i ostali mentalni poremećaji koje su ispitanice navele da imaju (anksioznost, depresija, panični napadi, PTSP) ili su imale tijekom trudnoće nisu se pokazali kao statistički značajni za nastanak PP-PTSP-a u ispitivanom uzorku.

Ovo istraživanje primarno se bavi jednim od simptoma PP-PTSP-a, a to je strah od buduće trudnoće i utjecaju na promjene u broju planirane djece zbog utjecaja porodne traume na ženu. Varijable ili faktori uključeni u nastanak PTSP-a u ovom istraživanju samo su dio od mnoštva pojedinačnih faktora koji se mogu dodatno istražiti.

Kada porod promatramo kao prirodan i fiziološki proces ne očekujemo da se nešto loše može dogoditi tijekom tog procesa. Nažalost, zbog više faktora porod se ponekad mora dovršiti operativnim putem ili se dogode neželjene komplikacije gdje su život žene i/ili djeteta ugroženi bilo tijekom ili neposredno nakon poroda. Takve, po život prijeće situacije su iznimno stresne za ženu (58). Tijekom ovog istraživanja dobiveni su podaci ukazali na to da je način dovršetka poroda značajno povezan sa subjektivnim doživljajem poroda, no ne i s nastankom PP-PTSP-a, odnosno, da su ispitanice kod kojih je porod dovršen instrumentalno vaginalno ili hitnim carkskim rezom porod subjektivno doživjele kao traumatičan (tablica 16).

Strah od poroda ponekad može biti vrlo snažan faktor za sam doživljaj poroda, niz događaja u kojem rodilja gubi kontrolu i biva preplavljena užasom od onoga što slijedi mogu utjecati na doživljaj poroda kao traumatičnog (59). Zbog nedostatka specifičnih znanja o porodu i straha od nepoznatog neke buduće majke mogu razviti osjećaje zabrinutosti, straha ili anksioznosti. Sve to povećava i vulnerabilnost i smanjuje mogućnost uspješnog suočavanja sa situacijom te povećava negativan psihološki odgovor na događaje u porodu. Pohađanje trudničkog tečaja može ih pripremiti za porod i odagnati strahove i zabrinutost (60). Dokazano je i da žene koje su pohađale trudnički tečaj u većoj mjeri rode vaginalno, što dovodi do smanjenja stope carkskih rezova (61). To bi se moglo objasniti činjenicom da

žene koje su pohađale trudnički tečaj imaju bolja znanja o porodu, razumnija očekivanja i manji strah. Samim time povećana im je samokontrola i osjećaj kontrole situacije. Trudnički tečajevi predviđeni su za edukaciju majki i očeva o porodu te im se time omogućava lakše donošenje informiranih odluka tijekom poroda (62). SZO podupire pohađanje trudničkih tečajeva kao temelj za sigurniju trudnoću i porod. Planiranjem poroda, odnosno izradom plana poroda trudnica se informira i priprema o svim aspektima poroda te se tako i informira o potencijalnim komplikacijama koje mogu nastati. Također, olakšana je i komunikacija s osobljem na porodu kao i donošenje informiranih odluka (63). Literatura međutim navodi da se plan poroda ne poštuje od strane zdravstvenog osoblja te je to jedan od znakova nepoštivanja autonomije žene u porodu što doprinosi negativnom subjektivnom doživljaju poroda (64). U našem istraživanju samo je manji broj ispitanica imao plan poroda sa sobom no nije utvrđeno je li plan bio predstavljen osoblju (tablica 4).

U provedenom istraživanju više od polovice ispitanica pohađalo je neki od online ili tečajeva uživo (tablica 4). Nisu dodatno pitane o sadržaju i načinu provođenja tečaja te o kvaliteti informacija dobivenim takvim načinom edukacije. Na pitanje što je utjecalo na njihovo zadovoljstvo porodom samo mali dio njih je naveo da su bile informirane o porodu iako nisu navele iz kojih izvora, što je velika razlika u odnosu na broj njih koje su prošle trudnički tečaj. Ispitanice koje nisu pohađale tečaj za trudnice značajnije su porod doživjele kao traumatično iskustvo, dok su ispitanice koje su pohađale tečaj značajno više zadovoljne subjektivnim iskustvom poroda (tablica 17). Zbog velike razlike ispitanica koje su pohađale tečaj i onih koje su nezadovoljne iskustvom poroda nameće se pitanje sadržaja i načina provođenja tečaja. U novije vrijeme, poglavito u vrijeme COVID-19 pandemije tečajevi uživo nisu bili dostupni te je moguće da su ispitanice dio informacija o trudnoći i porodu pronašle i na internetu. Istraživanja potvrđuju nedostatnost takvog oblika edukacije o trudnoći i porodu (65) (66). Iako se održavanje prenatalne edukacije podržava, ipak još uvijek postoje nesuglasice o sadržaju i načinu provođenja i nema univerzalnog modela po kojem bi to bilo izvedivo. U svijetu je uobičajeno da su nositelji trudničkih edukacija primalje koje edukaciju temelje na znanstveno dokazanim činjenicama, no to u Hrvatskoj nije slučaj i tečajeve u najvećem broju održavaju osobe koje nisu dovoljno educirane u području primaljske skrbi. Jedna pilot studija iz Švedske predlaže održavanje trudničkih tečajeva na kojima bi predavači bile primalje, a unutar kojih bi bilo održano, uz stručni dio, i inspirativno predavanje (67).

Pratnja bliske osobe na porodu za rodilju može značiti dodatnu sigurnost, pomoći i utjehu. Pratnja u porodu može biti partner rodilje ili bilo koja druga osoba kojoj rodilja

vjeruje i uz koju se osjeća sigurno (68). Ovim istraživanjem došlo se do podatka da je manje od 40 % ispitanica imalo pratnju na porodu (tablica 4). Manji broj njih odgovorilo je da je na pozitivno zadovoljstvo porodom utjecalo prisustvo pratnje na porodu. Kod više od polovice ispitanica zbog COVID-19 pandemije pratnja nije bila dopuštena na porodu, dok dio njih navodi da nisu željele pratnju na porodu. Neki od razloga za odsustvo pratnje na porodu koje su ispitanice navodile su da želi biti sama i sve sama proći, partner koji nije želio biti prisutan, spriječenost partnera, uvjeti koje je postavila bolnica u kojima je rađala. Kod dijela ispitanica pratnja na porodu nije bila prisutna zbog dovršenja poroda carskim rezom (slika 2). U ovom istraživanju nema značajne razlike u subjektivnom doživljaju poroda i prisustvu pratnje na porodu. Iako se u literaturi navode pozitivni efekti pratnje na porodu (69), dobiveni rezultati ne govore u prilog tome jer same ispitanice navode kako nisu željele pratnju supruga na porodu. Razlozi za takve stavove ispitanica trebali bi se dodatno ispitati jer je u većini zapadnih zemalja prisustvo i podrška osobe od povjerenja na porodu postalo standard, no u Hrvatskoj takva praksa nije uobičajena jer je prisustvo pratnje na porodu uvjetovano različitim kriterijima (plaćanje, završen trudnički tečaj, isključivo suprug itd.).

Zadovoljstvu porodom u velikoj mjeri doprinosi odnos s osobljem na porodu. To uključuje međusobno poštivanje, kvalitetnu komunikaciju, uvažavanje dostojanstva roditelje, povjerljivost i autonomiju. U istraživanjima provedenim na ovu temu ispitanice su gotovo jednoglasne da bi im iskustvo poroda bilo mnogo ugodnije da je osobljje na porodu bilo empatičnije, bolje komuniciralo (informiranje o postupcima), slušalo što govore i sl. Jednako je potvrđeno i drugim istraživanjima (70). Podaci dobiveni ovim istraživanjem govore da je za nezadovoljstvo porodom kod jednog dijela ispitanica glavni razlog neljubaznost i izostanak empatije kod zdravstvenog osoblja. S druge strane, zadovoljstvo porodom i pozitivnu interakciju s osobljem navodi gotovo trećina ispitanica.

S obzirom na to da je vremenski okvir u kojem su se ispitanice prisjećale svog posljednjeg poroda bio u protekle tri godine, neizbjegno je bilo uključiti i utjecaj COVID-19 pandemije na iskustvo poroda. Epidemija COVID-19 virusom utjecala je na cijeli svijet i donijela mnoge probleme pojedincima i društvima u cjelini. Kao posebno osjetljiva skupina, trudnice i roditelje su promatrane u svjetlu ishoda poroda ako su bile pozitivne na virus, no istraživanja o utjecaju na mentalni status trudnica i roditelja su rijetka i ograničena (71). Već smo vidjeli da je jedan od problema koje je pandemija uzrokovala bio zabrana pratnje na porodu u sklopu epidemioloških mjera, isto tako zabranjene su i posjete u bolnicama. Odvojenost od bližnjih, nemogućnost primanja podrške od članova obitelji, primarne i sekundarne moguće je da su povećale stres i neizvjesnost kod

trudnica koje su iščekivale porod i mijenjalo je njihova očekivanja u vezi poroda (72).

Istraživanje provedeno u Italiji (73) govori da je protektivnu ulogu u porodu za vrijeme pandemije imalo osoblje na porodu. U ovom istraživanju na upit o utjecaju COVID-19 pandemije na očekivanja i zadovoljstvo porodom na polovicu ispitanica COVID-19 pandemija nimalo nije utjecala na očekivanja o porodu, a na više od polovice njih ni na zadovoljstvo porodom. U vrijeme poroda tri su ispitanice bile pozitivne na COVID-19 (tablica 8). Značajno je više ispitanica koje su porod subjektivno doživjele kao traumatičan među onima na koje je COVID-19 jako utjecao na doživljaj poroda. Iz dobivenih rezultata može se zaključiti da iako za većinu ispitanica COVID-19 pandemija nije imala utjecaj na doživljaj poroda, na dio njih koje su porod subjektivno doživjele kao traumatičan, COVID-19 pandemija imala je utjecaj na mentalno zdravlje.

Subjektivno iskustvo traumatičnog poroda može biti prediktor za razvoj PP-PTSP-a (50). Zbog toga je u ispitivanju istražen i broj žena koje su porod subjektivno doživjele kao traumatičan kako bi se među njima diferencirale žene koje su razvile simptome PP-PTSP-a. Poznato je, naime, i potvrđeno istraživanjima, kako je jedan od simptoma PP-PTSP-a strah žene od sljedeće trudnoće (74). Prema dobivenim rezultatima može se zaključiti da žene koje imaju PP-PTSP značajno manje planiraju ponovnu trudnoću u odnosu na žene koje nemaju simptome PP-PTSP-a. Kod žena koje su porod subjektivno doživjele kao traumatičan postoji značajna razlika u planiranju nove trudnoće, no nema utjecaja na broj planirane djece. Rezultati koji su dobiveni pokazuju da postoji statistički značajna povezanost u planiranju sljedeće trudnoće sa simptomima PP-PTSP-a. Jedno od mogućih objašnjenja ovakvih nalaza može biti u tome što neke žene neplanirano ostanu trudne i zbog toga što sljedeći porod može na ženu djelovati iscjeljujuće (75).

## CITY BITS SKALA – REZULTATI

Bodovanjem i statističkom analizom City BiTS skale došlo se do podatka da u ovom istraživanju u ispitivanom uzorku 50 (9,1 %) ispitanica ima PP-PTSP. Postotak razvoja simptoma PP-PTSP-a može biti i veći od navedenog prosječnog. Prema literaturi taj postotak može se kretati čak i do 15 % ako se radi o ciljanim skupinama u kojima je rizik za nastanak PP-PTSP-a veći (76). To su primarno žene kod kojih su rizični faktori trenutna depresija i komplikacija s novorođenčetom, ovisno od ispitivanog uzorka i ciljane skupine ispitanica. Nadalje, u literaturi se navodi da su rizični faktori za nastanak PP-PTSP-a u općoj populaciji trenutna depresija i traumatično iskustvo s poroda. Ako uzmemo u obzir da su ispitanice u ovom istraživanju iz opće populacije i da je gotovo četvrtina ispitanica imala subjektivno traumatično iskustvo poroda te su razvile

simptome PP-PTSP-a, možemo zaključiti da navedeni podaci u literaturi približno odgovaraju podacima dobivenim u ovom istraživanju. Još jedan faktor koji može biti razlogom drugačijeg interpretiranja rezultata u ovom i ostalim istraživanjima su i različiti instrumenti za detekciju rizičnih faktora i PP-PTSP-a (57). Stoga se neki zaključci u raspravi oslanjaju na dostupnu literaturu u kojoj su korišteni drugi instrumenti za procjenu stresa, traume, zadovoljstva i sl.

U literaturi se navodi da i neki od psihičkih poremećaja poput anksioznosti, depresije i ranijeg PTSP-a mogu doprinjeti razvoju PP-PTSP-a (77). Istraživanjem se došlo do podatka da je u našem uzorku 19 ispitanica imalo neki od psihičkih poremećaja prije ili tijekom trudnoće (tablica 8). Rezultati ispitivanja pokazuju da psihički poremećaji ispitanica koji su dijagnosticirani prije trudnoće ili u antenatalnom razdoblju na uzorku ispitanica ovog istraživanja nemaju statistički značajnog utjecaja na nastanak PP-PTSP-a (tablica 18).

Osim istraživanja koja su provedena radi validacije City BiTS skale u pojedinim zemljama (47) (78) itd. druga ispitivanja koja su koristila u svojim istraživanjima navedenu skalu su rijetka (79) Ovo ispitivanje jedno je od rijetkih u svijetu koje su skalu upotrijebile za validaciju postavljenih ciljeva i hipoteza

Kao dodatak raspravi dodatno će biti prikazano koliko su kod ispitanica koje imaju PP-PTSP istraživani faktori na subjektivno iskustvo poroda imali utjecaj na doživljene simptome i razvoj PP-PTSP-a.

Statističkom analizom zaključeno je da način dovršetka poroda ne utječe značajno na doživljene simptome i razvoj PP-PTSP-a. To se može objasniti činjenicom da su neke ispitanice u odgovorima napisale da im je rođenje zdravog djeteta i činjenica da je porod dobro završio utjecalo na veće zadovoljstvo porodom.

Pohađanje trudničkog tečaja, plan poroda i pratnja na porodu kod ispitanica koje imaju PP-PTSP nisu utjecali na doživljene simptome. U literaturi nije pronađeno istraživanje koje bi objasnilo ovakav rezultat. Jedan od mogućih razloga ovakvom rezultatu je prevaga drugih faktora koji su bitnije utjecali na nastanak simptoma PP-PTSP-a. To bi moglo potvrditi istraživanje provedeno u Španjolskoj gdje su žene navodile niz faktora koji su više utjecali na njihov doživljaj poroda (64). Istraživanjem se došlo do podatka da je kod ispitanica koje imaju PP-PTSP nezadovoljavajuća komunikacija s osobljem značajno utjecala na nastanak PP-PTSP-a. Ovaj problem je vrlo značajan za praksu i govori nam da je nedostatna interakcija i komunikacija s osobljem na porodu gotovo najznačajniji faktor za nastanak PP-PTSP-a. Istraživanja u novije vrijeme sve više govore o tome koliko je interakcija rodilje s osobljem važna (80).

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da je loša komunika-

cija s osobljem značajno utjecala na nastanak simptoma PP-PTSP-a. Problem koji se proteže kroz niz istraživanja je dehumanizacija poroda unatoč preporukama SZO-a i nastojanjima da se žene u porodu tretira s dostojanstvom (81). Ono na što se žene najčešće žale u interakciji s osobljem je nepoštivanje njihove individualnosti, neinformiranje o procedurama i postupcima koji im se čine tijekom poroda, fizičko i psihičko nasilje poput vaginalnih pregleda bez pristanka žene, pritiska na trbušnjak tijekom izgona (Kristellerov hvat), vikanja i zastrašivanja. Sve to doprinosi većoj traumatizaciji rodilja i važan je prediktor za nastanak PP-PTSP-a (22). Dobra komunikacija s rodiljom znači poštivanje njezine individualnosti, informiranje o postupcima, uvažavanje onoga što govori i podrška tijekom poroda. Prevencija i eliminacija nepoštivanja i zlostavljanja rodilje tijekom poroda je etička odgovornost zdravstvenog osoblja zaduženog za skrb o njima (81)

## **COVID-19 PANDEMIJA I PP-PTSP**

Ispitanice koje su odgovorile da im je COVID-19 značajno utjecao na subjektivan doživljaj poroda značajno su više razvile simptome PP-PTSP-a. Ovaj podatak značajan je za daljnja istraživanja utjecaja COVID-19 pandemije na psihičke poremećaje kod žena vezano za trudnoću, porod i postpartalni period. Istraživanja potvrđuju da žene koje su rodile tijekom pandemije imaju povišene razine stresa tijekom poroda (82). Taj osjećaj potaknut je zabrinutošću za vlastito i zdravlje djeteta te brigom o dostupnosti skrbi što može povećati rizik za nastanak postpartalnih psihičkih poremećaja poput PPD-a i PP-PTSP-a (83). Sva dostupna istraživanja naglasak stavljuju na visoke razine stresa kod žena tijekom trudnoće i poroda što ima prelijevajući utjecaj na subjektivni doživljaj poroda. Ovim istraživanjem dokazan je utjecaj COVID-19 pandemije na razvoj simptoma PP-PTSP-a no nije dokazan i nema statističke razlike kod žena koje porod subjektivno nisu doživjele kao traumatičan. Ovaj rezultat teško je potvrditi iz literature jer nedostaju specifična istraživanja o utjecaju COVID-19 pandemije na subjektivan doživljaj poroda. U jednom dostupnom istraživanju pokazalo se da je potpora pružena od strane zdravstvenog osoblja tijekom pandemije bila protektivni faktor u nastanku PP-PTSP-a (73). Moguće je da je osoblje preuzele protektivnu ulogu tijekom pandemije za rodilje s obzirom na epidemiološke mјere koje se poduzimaju u svrhu zaštite zdravlja, takvo istraživanje moglo bi se provesti među djelatnicima koji skrbe za rodilje i žene nakon poroda.

## **SUBJEKTIVNA PROCJENA ZADOVOLJSTVA PORODOM, TRAUMATIČAN POROD I ISKAZI ISPITANICA**

Tijekom ovog istraživanja ispitanice su ispunjavajući anketni upitnik na pitanje o tome što je za njih bio traumatičan porod vlastitim riječima opisale iskustvo poroda. Ovo je kvalitativan doprinos istraživanju i navest će moći odgovore koji idu u prilog razvoja PP-PTSP-a opisanim u literaturi i potvrđuju rezultate ovog istraživanja (84). Neke od objavljenih knjiga autora koji su uključeni u psihoterapiju žena s PP-PTSP-om bave se upravo ovom tematikom i iskazi žena su često potresni (85) (86). S obzirom na to da je svaka žena različita i da je trauma ono što žena doživi i integrira u svoje iskustvo, neke od odgovora će moći citirati kako ti odgovori ne bi ostali iza statističkih brojeva.

Citiram:

*Abrupcija posteljice, hitan carski rez te odvajanje od djeteta.*

*Jako neugodna babica koja je vrijeđala mene, moje sugrađanke, koje se navodno isto ponašaju kao ja, nije slušala moje želje i strahove već je radila po svom.*

*SC u bloku koju sam čitavu osjetila.*

*Jer nakon 12 sati u boksu bez gotovo ikakve podrške sam završila na hitnom carskom.*

*Nisam se nikada tako osjećala kao na porodu, a zlostavljava sam većinu života. Dakle, dolje te tretiraju kao životinju, a ne kao osobu. Ponižavanje, vrijeđanje, ignoriranje. Da ne kažem da su mi ugrozili život bebe.*

*Nisam očekivala toliku bol, bilo bi lakše da je netko bio sa mnom.*

*Bila sam sama, izgubljena, prestrašena. Nitko mi ništa nije objašnjavao, nikoga nije bilo osim kad je već došao kraj poroda. Nikoga stisnuti za ruku, topla ljudska riječ, ohrabrenje.*

*Moj prvi porođaj je za mene bio trauma, zbog čega mi je trebalo pet godina da odlučim imati još djece. I zato sam odlučila roditi kod kuće svoje drugo dijete.*

## ZAKLJUČAK

Preporuka za daljnje istraživanje je istražiti utjecaj prenatalnih faktora na strah od poroda i nastanak PP-PTSP-a poput prethodno doživljene traume, prethodnog traumatičnog poroda i sl. te provesti longitudinalna istraživanja, odnosno imati više od dvije vremenske točke mjerjenja.

Sugestija za praksu je poboljšanje komunikacije osoblja s trudnicama i roditeljama te sustavno provođenje i promocija trudničkih edukacija. Nužna je i edukacija osoblja o značaju prepoznavanja rizičnih faktora za nastanak traume kao i edukacija o prepoznavanju znakova koji, ako se ne prepoznaju, mogu utjecati na otežano suočavanje i nošenje s iskustvom poroda i razvoj PP-PTSP-a. Potrebno je educirati zdravstveno osoblje i roditelje o dugoročnim

posljedicama PP-PTSP-a kojeg mogu razviti roditelje nakon proda kojeg dožive traumatičnim, posebice o utjecaju na vlastito otežano funkcioniranje, posljedično i na brigu od sebi, i brigu o novorodenčetu na koje se prenosi doživljaj traume kao podsjetnika na traumatsko doživljeno porođajno iskustvo majke.

## LITERATURA

1. Briscoe L., Lavender T., McGowan L., Pgce M., Rn R/. A concept analysis of women's vulnerability during pregnancy, birth and the postnatal period. *J Adv Nurs.* 2016., 72(10):2330-45.
2. Levin A. P., Kleinman S. B., Adler J. S., DSM-5 and Posttraumatic Stress Disorder. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2014., 42:146-58.
3. What Is PTSD? [Internet]. [cited 2021 Aug 13]. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>
4. Kendall-Tackett K., Birth Trauma: The Causes and Consequences of Childbirth-Related Trauma and PTSD. Women's Reprod Ment Heal Across Lifesp [Internet]. 2014 Feb 1 [cited 2021 Aug 30];177-91. Available from: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-05116-1\\_10](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-05116-1_10)
5. Nakić Radoš S., Sawyer A., Ayers S., Burn E., Stilovi suočavanja povezani sa simptomima posttraumatskog stresa i depresije nakon porođaja kod hrvatskih žena. Psihol teme [Internet]. 2018 Dec 13 [cited 2021 Aug 13];27(3):543-59. Available from: <https://doi.org/10.31820/pt.27.3.10>
6. Beck C. T., Driscoll J. W., Watson S., Traumatic childbirth. Traumatic Childbirth. Routledge; 2013., 1-257 p.
7. Radoš S. N., Matijaš M., Anđelinović M., Čartolovni A., Ayers S.. The role of posttraumatic stress and depression symptoms in mother-infant bonding. *J Affect Disord.* 2020., 268:134-40.
8. Radoš S. N., Sawyer A., Ayers S., Burn E., Coping styles associated with post-traumatic stress and depression symptoms following childbirth in Croatian women. *Psihol Teme.* 2018., 7(3):543-59.
9. Cook N., Ayers S., Horsch A., Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *J Affect Disord.* 2018 Jan 1;225:18-31.
10. Simpson M., Catling C., Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth.* 2016 Jun 1;29(3):203-7.
11. Johansson M., Benderix Y., Svensson I., Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2020 Jan 1;15(1).
12. Curtin M., Savage E., Leahy-Warren P., Humanisation in pregnancy and childbirth: A concept analysis. *J Clin Nurs.* 2020 May 1;29(9-10):1744-57.
13. Stanojević M., Rodilište prijatelj majki i djece. Priručnik za zdravstvene i nezdravstvene djelatnike rodilišta. UNICEF. 2020.
14. RODA. #PrekinimoŠutnju [Internet]. 2019 [cited 2021 Aug 10]. Available from: <https://www.prekinimosutnju.hr/>
15. Martinez-Vázquez S., Rodríguez-Almagro J., Hernández-Martínez A., Martínez-Galiano J. M., Factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder (Ptsd) following obstetric violence: A cross-sectional study. *J Pers Med.* 2021 May 1;11(5).
16. Marques F. C., Vilela J. V. M., Costa E. N., Andrade K. S., De Melo N. C., Honorato E. J. S., et al. Humanized Childbirth: a Transdisciplinary Review. *Int J Res -GRANTHAALAYAH.* 2020., 8(7):1-16.
17. Martinez-Vázquez S., Rodríguez-Almagro J., Hernández-Martínez A., Delgado-Rodríguez M., Martínez-Galiano J. M., Obstetric factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder after spontaneous vaginal birth. *Birth [Internet].* 2021 Sep 1 [cited 2021 Aug 26];48(3):406-15. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/birt.12550>

18. Choi K. R., Seng J. S., Predisposing and precipitating factors for dissociation during labor in a cohort study of posttraumatic stress disorder and childbearing outcomes. *J Midwifery Womens Heal*. 2016., 61:68-76.
19. Anniverno R., Bramante A., Mencacci C., Durbano F., Anxiety Disorders in Pregnancy and the Postpartum Period. 2013 [cited 2020 Nov 20]; Available from: <http://dx.doi.org/10.5772/52786>
20. Internet: [www.birthtraumaassociation.org.uk](http://www.birthtraumaassociation.org.uk) Email: [enquiries@birthtraumaassociation.org.uk](mailto:enquiries@birthtraumaassociation.org.uk) BTA CONFERENCE 2 nd [Internet]. 2005 [cited 2020 Nov 22]. Available from: [www.birthtraumaassociation.org.uk](http://www.birthtraumaassociation.org.uk)
21. BTA Conference; An Introduction to Post Natal PTSD. 2005;(June).
22. Ford E., Ayers S., Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychol Health* [Internet]. 2011 Dec [cited 2021 Aug 12];26(12):1553-70. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870446.2010.533770>
23. Soltani N., Abedian Z., et al. The Association of Family Support After Childbirth With Posttraumatic Stress Disorder in Women With Preeclampsia. *Iran Red Crescent Med J* [Internet]. 2015 Oct 6 [cited 2021 Aug 12];17(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26568844/>
24. WHO. Quality, Equity, Dignity A Network for Improving Quality of Care for Maternal, Newborn and Child Health Quality of care for maternal and newborn health: A monitoring framework for network countries. 2019.
25. Ghanbari-Homaie S., Meedy S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi S., Jafarabadi M. A., Mohammadi E., Mirghafourvand M., Recommendations for improving primiparous women's childbirth experience: results from a multiphase study in Iran. *Reprod Health*. 2021 Dec 1;18(1).
26. Grekin R., Hara M. W. O., Clinical Psychology Review Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder : A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2014., 34(5):389-401. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003>
27. Ayers S., Jessop D., Pike A., Parfitt Y., Ford E., The role of adult attachment style, birth intervention and support in posttraumatic stress after childbirth: A prospective study. *J Affect Disord*. 2014., 155(1):295-8.
28. Ahmar E. Al., Tarraf S., Ahmar E. Al., Tarraf S., Assessment of the Socio-Demographic Factors Associated with the Satisfaction Related to the Childbirth Experience. *Open J Obstet Gynecol* [Internet]. 2014 Jul 15 [cited 2021 Jul 14];4(10):585-611. Available from: [http://www.scirp.org/Html/1-1430713\\_47828.htm](http://www.scirp.org/Html/1-1430713_47828.htm)
29. Hinton L., Locock L., Knight M., Support for mothers and their families after life-threatening illness in pregnancy and childbirth: a qualitative study in primary care. *Res e563 Br J Gen Pract*. 2015.
30. Oladepo O., Vassilakou T., Tang Y., Gao J., Sun L., Gao Y., et al. Promotion of Pre-natal Education Courses Is Associated With Reducing the Rates of Caesarean Section: A Case-Control Study. *Front Public Heal* | [www.frontiersin.org](http://www.frontiersin.org) [Internet]. 2021., 1:666337. Available from: [www.frontiersin.org](http://www.frontiersin.org)
31. National Standards for Antenatal Education in Ireland. 2020.
32. MA H, MA M, MY M. Perspective of pregnant women regarding antenatal preparation: A qualitative study. *Women Birth* [Internet]. 2018 Dec 7 [cited 2021 Sep 12];32(6):558-63. Available from: <https://europepmc.org/article/MED/30528818>
33. Miquelutti M. A., Cecatti J. G., Makuch M. Y., Antenatal education and the birthing experience of Brazilian women: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 Sep 5;13.
34. Ahmadpour P., Mosavi S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi S., Jahanfar S., Mirghafourvand M., Evaluation of the birth plan implementation: a parallel convergent mixed study. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00989-6>
35. Mei J. Y., Afshar Y., et al. Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2021 Jul 25];43(2):144-50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26915304/>
36. Harris R., Ayers S., What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum 'hotspots.' <http://dx.doi.org/101080/088704462011649755> [Internet]. 2012 Oct [cited 2021 Aug 19];27(10):1166-77. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870446.2011.649755>
37. Committee on Obstetric Practice Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth.
38. Hrvatska Udruga doula | Nježna podrška svakoj obitelji [Internet]. [cited 2021 Sep 12]. Available from: <https://doula.hr/>
39. Hodnett E. D., Gates S., Hofmeyr G. J., Sakala C., Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013., 2013(7).
40. Bohren M. A., Hofmeyr G. J., Sakala C., Fukuzawa R. K., Cuthbert A., Continuous support for women during childbirth. Vol. 2017, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2017.
41. Tunc Ö., Pena-Rosas J. P., Lawrie T., Bucagu M., Oladepo O. T., Portela A., et al. World Health Organization, Geneva, Switzerland b Department of Nutrition for Health and Development, World Health Organization. *World Heal Organ* [Internet]. [cited 2021 Aug 16]; Available from: [www.bjog.org](http://www.bjog.org)Commentary
42. Perriman N., Davis D. L., Ferguson S., What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*. 2018 Jul 1;62:220-9.
43. Baranowska B., Pawlicka P., Kiersnowska I., Misztal A., Kajdy A., Sys D., et al. Woman's Needs and Satisfaction Regarding the Communication with Doctors and Midwives during Labour, Delivery and Early Postpartum. 2021., Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare9040382>
44. Esteban-Gonzalo S., Caballero-Galilea M., Luis González-Pascual J., Álvaro-Navidad M., Esteban-Gonzalo L., Ezzatvar Y., et al. Anxiety and Worries among Pregnant Women during the COVID-19 Pandemic: A Multilevel Analysis. 2021., Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph18136875>
45. Dib S., Rougeaux E., Vázquez-Vázquez A., Wells J. C. K., Fewtrell M., Maternal mental health and coping during the COVID-19 lockdown in the UK: Data from the COVID-19 New Mum Study. *Int J Gynecol Obstet*. 2020 Dec 1;151(3):407-14.
46. Ayers S., Wright D. B., Thornton A., Development of a measure of postpartum PTSD: The city birth trauma scale. *Front Psychiatry*. 2018., 9(SEP):1-8.
47. Nakić Radoš S., Matijaš M., Kuhar L., Andelinović M., Ayers S., Measuring and conceptualizing PTSD following childbirth: Validation of the City Birth Trauma Scale. *Psychol Trauma*. 2020., 12(2):147-55.
48. Marušić M., i sur. *Uvod u znanstveni rad u medicini*. 4. izdanje. Zagreb, Medicinska naklada, 2008.
49. Ivanković D., i sur. *Osnove statističke analize za medicinare*. Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1988.
50. Dekel S., Stuebe C., Dishy G., Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: A systematic review of prevalence and risk factors. *Front Psychol*. 2017 Apr 11;8(APR).
51. Andersen L. B., Melvaer L., et al. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2012 Nov [cited 2021 Jul 15];91(11):1261-72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22670573/>
52. W von Rosen I. E., Shiekh R. M., McHome B., Chunsen W., Khan K. S., Rasch V., et al. Quality of life after maternal near miss: A systematic review. 2021.
53. Beck C. T., Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nurs Res* [Internet]. 2004 [cited 2021 Aug 17];53(4):216-24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15266160/>
54. Babić R. B. M., et al. Resilience in Health and Illness. *Psychiatr Danub* [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 20];32(Suppl 2):226-32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32970640/>
55. De Graaff L. F., Honig A., Van Pampus E. G., Stramrood C. A., Preventing post-traumatic stress disorder following child-birth and traumatic birth experiences: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018.
56. Harrison S. E., Ayers S., Quigley M. A., Stein A., Alderdice F., Prevalence and factors associated with postpartum posttraumatic stress

- in a population-based maternity survey in England. *J Affect Disord.* 2021 Jan 15;279:749-56.
57. King L., McKenzie-McHarg K., Horsch A., Testing a cognitive model to predict posttraumatic stress disorder following childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017 Jan 14;17(1).
  58. Dekel S., Stuebe C., Dishy G., Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Front Psychol* | www.frontiersin.org [Internet]. 2017;, 8:560. Available from: www.frontiersin.org
  59. Dencker A., Nilsson C., Begley C., Jangsten E., Mollberg M., Patel H., et al. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and Birth.* 2019 Apr 1;32(2):99-111.
  60. Hassanzadeh R., Abbas-Alizadeh et al. Fear of childbirth, anxiety and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending and regularly attending childbirth preparation classes. *BMC Womens Health* [Internet]. 2020 Aug 14 [cited 2021 Aug 18];20(1). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32799875/
  61. Stoll K. H., Hall W., Childbirth Education and Obstetric Interventions Among Low-Risk Canadian Women: Is There a Connection? *J Perinat Educ* [Internet]. 2012 Jan 1 [cited 2021 Jul 25];21(4):229-37. Available from: https://connect.springerpub.com/content/sgrjpe/21/4/229
  62. Karabulut O., Coşkuner Potur D., Doğan Merih Y., Cebeci Mutlu S., Demirci N., Does antenatal education reduce fear of childbirth? *Int Nurs Rev.* 2016 Mar 1;63(1):60-7.
  63. Afshar Y. M. J., et al. Birth Plans and Childbirth Education: What Are Provider Attitudes, Beliefs, and Practices? *J Perinat Educ* [Internet]. 2019;28(1):10-8. Available from: http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.28.1.10
  64. Rodríguez-Almagro J., Hernández-Martínez A., Rodríguez-Almagro D., Quirós-García J. M., Miguel Martínez-Galiano J., Gómez-Salgado J., Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. 2019., Available from: www.mdpi.com/journal/ijerph
  65. Lima-Pereira P., Bermúdez-Tamayo C., Jasienska G., Use of the Internet as a source of health information amongst participants of antenatal classes. *J Clin Nurs.* 2012 Feb;21(3-4):322-30.
  66. Lagan B. M., Sinclair M., Kernohan W. G., What Is the Impact of the Internet on Decision-Making in Pregnancy? A Global Study. *Birth* [Internet]. 2011 Dec 1 [cited 2021 Aug 20];38(4):336-45. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1523-536X.2011.00488.x
  67. Bäckström C., Thorstensson S., Ekström-Bergström A., Effects of the "Inspirational Lecture" in Combination With "Ordinary Antenatal Parental Classes" as Professional Support for Expectant Parents: A Pilot Study as a Randomized Controlled Trial. *Front Public Heal* | www.frontiersin.org [Internet]. 2020;1:285. Available from: www.frontiersin.org
  68. Bohren MA C. A., Cochrane Library Cochrane Database of Systematic Reviews Continuous support for women during childbirth (Review). 2017., Available from: www.cochranelibrary.com
  69. City Birth Trauma Scale.
  70. Pijl M. S. G. van der, Kasperink M., Hollander M. H., Verhoeven C., Kingma E., Jonge A. de. Client-care provider interaction during labour and birth as experienced by women: Respect, communication, confidentiality and autonomy. *PLoS One* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2021 Aug 19];16(2):e0246697. Available from: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0246697
  71. Mayopoulos G. A., Ein-Dor T., Li K. G., Chan S. J., Dekel S., COVID-19 positivity associated with traumatic stress response to childbirth and no visitors and infant separation in the hospital. *Sci Reports* | [Internet]. 123AD;11:13535. Available from: https://doi.org/10.1038/s41598-021-92985-4
  72. Meaney S., Leitao S., Olander E. K., Pope J., Matvienko-Sikar K., The impact of COVID-19 on pregnant women's experiences and perceptions of antenatal maternity care, social support, and stress-reduction strategies. *Women and Birth.* 2021.
  73. Ostacoli L., Cosma S., Bevilacqua F., Berchialla P., Bovetti M., Carrasco A. R., et al. Psychosocial factors associated with postpartum psychological distress during the Covid-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2021 Jul 21];20(1). Available from: /pmc/articles/PMC7671935/
  74. Beck C. T., Middle Range Theory of Traumatic Childbirth: The Ever-Widening Ripple Effect. *Glob Qual Nurs Res* [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2021 Aug 4];2:1-13. Available from: /pmc/articles/PMC5342633/
  75. Ayers S., Bond R., Bertullies S., Wijma K., The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. 2021., Available from: https://doi.org/10.1017/S0033291715002706
  76. Grekin R., O'Hara M. W., Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2014 Jul 1 [cited 2021 Aug 29];34(5):389-401. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735814000725
  77. Ayers S., Bond R., Bertullies S., Wijma K., The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Med.* 2016., 46(6):1121-34.
  78. Bingöl F. B., Bal M. D., Dişsiz M., Sormageç M. T., Yıldız P. D., Validity and reliability of the Turkish version of the City Birth Trauma Scale (CityBiTS). <https://doi.org/101080/0144361520201821354> [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 10]; Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01443615.2020.1821354
  79. Handelzalts J. E., Levy S., Molmen-Lichter M., Ayers S., Krissi H., Wiznitzer A., et al. The association of attachment style, postpartum PTSD and depression with bonding- A longitudinal path analysis model, from childbirth to six months. *J Affect Disord.* 2021 Feb 1;280:17-25.
  80. Hollander M. H., Van Hasterenberg E., Van Dillen J., Van Pampus M. G., De Miranda E., Stramrood C. A. I., Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Arch Womens Ment Health.* 2017 Aug 1;20(4):515-23.
  81. Beck C. T., A Secondary Analysis of Mistreatment of Women During Childbirth in Health Care Facilities. *JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2021 Sep 12];47(1):94-104. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2016.08.015
  82. Mariño-Narvaez C., Puertas-Gonzalez J. A., Romero-Gonzalez B., Peralta-Ramirez M. I., Giving birth during the COVID-19 pandemic: The impact on birth satisfaction and postpartum depression. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2021 Sep 13];153(1):83-8. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.13565
  83. Liu C. H., Erdei C., Mittal L., Risk factors for depression, anxiety, and PTSD symptoms in perinatal women during the COVID-19 Pandemic. *Psychiatry Res.* 2021 Jan 1;295:113552.
  84. Bohren M. A., Vogel J. P., Hunter E. C., Lutsiv O., Makh S. K., Souza J. P., et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Med.* 2015.
  85. Scotland M., Birth shock: how to recover from birth trauma - why at least you've got a healthy baby isn't enough. 2020 [cited 2021 Aug 17];223. Available from: https://books.google.com/books/about/Birth\_Shock.html?hl=hr&id=e1yfzQEACAAJ
  86. E. S. Why Birth Trauma Matters - Emma Svanberg - Google Knjige [Internet]. [cited 2021 Jul 20]. Available from: https://books.google.hr/books?hl=hr&lr=&id=ezOyDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6 &dq=lasting+impact+birth+trauma&ots=oHHJOVCVwn&sig=Dq\_Woch3A19kgalhu3U4Yw3LGt8&redir\_esc=y#v=onepage&q&f=false



HRVATSKA KOMORA ®  
**PRIMALJA**  
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES





**HRVATSKA UDRUGA ZA  
PROMICANJE PRIMALJSTVA**



**HRVATSKA KOMORA PRIMALJA**