

# Važnost komunikacije i empatije kod žena sa visokorizičnom trudnoćom

---

Jaković, Mihaela

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:330052>

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

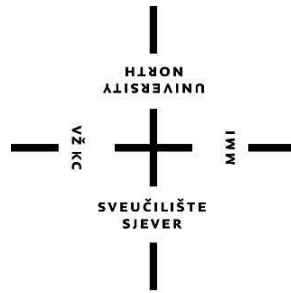
Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-03**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





# Sveučilište Sjever

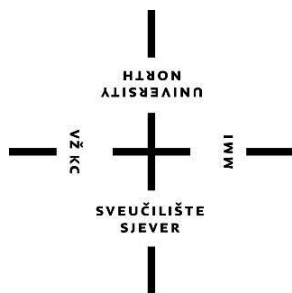
Završni rad br. 929/SS/2017

## **Važnost komunikacije i empatije kod žena sa visokorizičnom trudnoćom**

Mihaela Jaković, 0225/336

Varaždin, rujan 2017.





# Sveučilište Sjever

**Odjel za biomedicinske znanosti**

Završni rad br. 929/SS/2017

## **Važnost komunikacije i empatije kod žena sa visokorizičnom trudnoćom**

**Studentica:**

Mihaela Jaković, 0225/336

**Mentorica:**

Andreja Bogdan, viši predavač.

Varaždin, rujan 2017.

# Prijava završnog rada

## Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Jaković Mihaela	MATIČNI BROJ	0225/336
DATUM	09.09.2017.	KOLEGIJ	Komunikacijske vještine
NASLOV RADA	Važnost komunikacije i empatije kod žena sa visokorizičnom trudnoćom		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	The importance of communication and empathy in women with high risk pregnancy		
MENTOR	Andreja Bogdan, prof.	ZVANJE	viši predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Ivana Živoder, dipl.med.techn., predsjednik		
	2. Andreja Bogdan, prof., mentor		
	3. Marijana Neuberg, mag.med.techn., član		
	4. Melita Sajko, dipl.med.techn., zamjenski član		
	5. _____		

## Zadatak završnog rada

BROJ	929/SS/2017
OPIS	Pod pojmom visokorizične trudnoće smatra se svaka trudnoća kod koje postoji opasnost od komplikacija za majku ili dijete tijekom trudnoće. Takve trudnoće čine 20% svih trudnoća. One mogu biti potencijalno opasne jer se tijekom trudnoće stanje kronične bolesti može pogoršati, a time i napredovanje trudnoće te se tako može ugroziti zdravlje kako ploda tako i majke. Međutim, uz pojačani nadzor i uz adekvatnu terapiju ne mora doći do pogoršanja osnovne bolesti i trudnoća može imati normalan tijek. Zadatak ovog Završnog rada je ispitati upućenost trudnica o rizicima u trudnoći. U svrhu ispitivanja izraditi i provesti anketni upitnik, statistički obraditi i interpretirati prikupljene podatke. U radu će se naglasiti specifičnosti rada medicinske sestre/tehničara u komunikaciji i pružanju psihološke podrške trudnicama i roditeljima.

ZADATAK URUČEN 13.09.2017.



## Sažetak

Svaka trudnoća kod koje postoji opasnost od komplikacija, bilo tokom same trudnoće ili pri porodu, smatra se visokorizičnom trudnoćom. Prema nekim istraživanjima oko 20% svih trudnoća spada u tu skupinu. Kod ovakvih je trudnoća nužan pojačani nadzor te češće kontrole kod liječnika. Osim toga, potrebno je i prije trudnoće učiniti odgovarajuće pretrage. Sustav zaštite materinstva tijekom trudnoće, porođaja i babinja naziva se antenatalna skrb. Sveobuhvatna antenatalna skrb u razvijenim zemljama smatra se jednim od temelja dobre socijalne i zdravstvene politike. Čitav niz faktora može utjecati na rizičnost trudnoće, poput starosti trudnice (preko 35 godina), ranije neuspješne trudnoće, dijabetesa, hipertenzije, srčanih mana i sl. Komunikacija i empatija prema trudnicama čija je trudnoća visokorizična osobito je važna. Takve je trudnice važno educirati o svim rizicima te mjerama koje trebaju poduzeti kako bi trudnoća prošla što je najbolje moguće. Zbog toga je važno da liječnici i medicinske sestre ostvare kvalitetnu komunikaciju s trudnicom te uspostave odnos povjerenja. Svrha je ovog rada ispitati znanje trudnica o rizicima u trudnoći te ispitati učestalost pojava komplikacija u trudnoći i pri porodu. Rad se također bavi navikama trudnica, i to navikama koje mogu biti štetne u trudnoći (konzumacija alkohola i cigareta) te onim navikama koje mogu imati pozitivan utjecaj na trudnoću (fizička aktivnost i prehrana).

***Ključne riječi:*** trudnoća, rizični faktori, primalja, dijabetes, hipertenzija, prirast težine, vježbanje.

## Summary

Any pregnancy at risk of complications, whether during pregnancy or at birth, is considered to be a high-risk pregnancy. According to some research, about 20% of all pregnancies belong to this group. In such pregnancies there is a need for increased monitoring and more frequent control of the doctor. In addition, it is necessary to make appropriate tests before pregnancy. The system of maternity protection during pregnancy, childbirth and babies is called antenatal care. Comprehensive antenatal care in developed countries is considered to be one of the foundations of good social and health policy. A whole host of factors can affect the risk of pregnancy, such as pregnancy (over 35 years of age), previously unsuccessful pregnancy, diabetes, hypertension, heart failure, etc. Communication and empathy to pregnant women whose high risk pregnancy is particularly important. Such pregnant women are important to educate about all the risks and measures that need to be taken to get it done as quickly as possible. It is therefore important for doctors and nurses to achieve quality communication with the pregnant woman and establish a trustful relationship. The purpose of this paper is to examine pregnant women's knowledge of the risks of pregnancy and to examine the incidence of complications in pregnancy and at delivery. The work also deals with pregnancy habits and habits that can be harmful to pregnancy (alcohol and cigar consumption) and habits that may have a positive effect on pregnancy (physical activity and nutrition).

**Keywords:** pregnancy, risk factors, midwives, diabetes, hypertension, weight gain, exercise.

# Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. Važnost komunikacije i empatije kod žena sa visokorizičnom trudnoćom .....	2
1.1.1. Važnost antenatalne skrbi kod visokorizične trudnoće .....	2
1.1.2. Rizična stanja u trudnoći .....	4
1.1.3. Utjecaj životnih navika na rizičnost trudnoće .....	6
1.2. Uloga primalje – važnost komunikacije i empatije .....	8
1.2.1. Uloga primalje – priprema trudnice za porod .....	9
2. Cilj istraživanja .....	10
3. Metode istraživanja .....	11
4. Rezultati istraživanja .....	12
5. Rasprava .....	34
6. Zaključak .....	42
7. Literatura .....	45
8. Popis tablica i grafikona .....	47
9. Prilog – anketa.....	50



# 1. Uvod

Visokorizična trudnoća je svaka trudnoća kod koje postoji opasnost od komplikacija za majku ili dijete tijekom trudnoće. Komplikacije se mogu odnositi na ishod trudnoće (spontani pobačaj, prijevremeni porod, mrtvorodenost) ili na zdravlje trudnice. Svaka kronična bolest trudnice prije trudnoće (diabetes mellitus, astma, srčane bolesti, hipertenzija, bubrežne bolesti i dr.) može komplicirati trudnoću ili može doći do pogoršanja same bolesti te se ove trudnoće svrstavaju u visoko rizične. Kod njih je neophodan pojačani nadzor, što uključuje veći broj pregleda i primjenu odgovarajuće terapije. Postotak takvih trudnoća čini oko 20% svih trudnoća. One mogu biti potencijalno opasne jer se tijekom trudnoće stanje kronične bolesti može pogoršati, a time i napredovanje trudnoće te se tako može ugroziti zdravlje kako ploda tako i majke.

Međutim, uz pojačani nadzor i uz adekvatnu terapiju ne mora doći do pogoršanja osnovne bolesti i trudnoća može imati normalan tijek. Zato je vrlo važno prije trudnoće učiniti odgovarajuća ispitivanja kako bi se s početkom trudnoće isključili faktori koji mogu dovesti do komplikacija. Kod trudnica koje tijekom trudnoće koriste opojna sredstva, alkohol, nikotin može doći do određenih komplikacija te je i ove trudnoće potrebno pažljivo pratiti tijekom trajanja trudnoće, pokušati utjecati na promjene navika kod trudnice te pravovremeno uočavati komplikacije. Uloga medicinske sestre je značajna u svim segmentima brige o ženi čija je trudnoća visokorizična.

Mnoge žene koje imaju kronične bolesti zahtijevaju osobitu pažnju kada zatrudne. Njihove se trudnoće također smatraju visokorizičnim. Teško je predvidjeti što će se u trudnoći događati u slučaju raznih kroničnih bolesti. Za primjer se može uzeti trudnice koje imaju astmu, kod 25% njih bolest će se u trudnoći pogoršati, 50% njih neće imati promjena u tijeku trudnoće, a kod 25% žena s astmom u tijeku trudnoće dolazi do poboljšanja bolesti. [1]

Žene koje imaju zdravstveni problem moraju posjetiti i specijalista iz područja perinatologije. Perinatolozi brinu o ženama koje imaju zdravstvene probleme prije trudnoće, kao i o onima gdje se komplikacije jave u toku same trudnoće. Žena koja ima zdravstveni problem imati će više testova i analiza nego zdrava trudnica. Ovo može podrazumijevati testove kojima se prati zdravstveno stanje ili laboratorijske analize za praćenje efekata liječenja.

U skupinu visokorizičnih trudnoća spadaju: žene starosne dobi preko 37 godina, žene koje su imale prethodne neuspješne trudnoće koje nisu završile rađanjem žive i zdrave bebe, žene koje boluju od kroničnih bolesti (dijabetes, hipertenzija, epilepsija, bolesti štitne žlijezde, trombofilija), žene koje u bližoj obiteljskoj anamnezi imaju slučajeve nasljednih bolesti kao što je Downov sindrom, srčane mane, žene koje imaju urođene anomalije, žene koje su imale ginekološke operacije i koje boluju od ginekoloških bolesti, pretilost, višestruka trudnoća, trudnoća nakon liječenja neplodnosti. [2]

## **1.1. Važnost komunikacije i empatije kod žena sa visokorizičnom trudnoćom**

Komunikacija s liječnicima koji brinu o ženi s visokorizičnom trudnoćom osobito je važna kako bi se osigurao pozitivan ishod trudnoće za majku i dijete. S druge strane, medicinska sestra – primalja, osim medicinske njege, pruža i onu psihološku, osobito u osjetljivom trenutku kao što je porod. Njezin je zadatak da brine o tome da se buduća majka osjeća dobro i sigurno te da joj pruža podršku.

### **1.1.1. Važnost antenatalne skrbi kod visokorizične trudnoće**

Antenatalna skrb jest sustav zaštite materinstva tijekom trudnoće, porođaja i babinja s osnovnom svrhom smanjenja ukupnoga perinatalnoga morbiditeta i mortaliteta, te maternalnog morbiditeta i mortaliteta. [3] Perinatalni mortalitet označava broj umrle novorođene djece na tisuću živorođene djece u jednoj godini na jednom području, a uključuje sve plodove s navršena 22 tjedna trudnoće koji su teži od 500 grama. Perinatalni mortalitet, osim toga, obuhvaća i sve plodove umrle u trudnoći, tijekom porođaja te postpartalno u razdoblju gestacije. Cilj je sveobuhvatne antenatalne skrbi smanjenje perinatalnoga mortaliteta, te smanjenje kratkotrajnog i dugotrajnog morbiditeta.

Suvremena medicina poznaje čitav niz slučajeva u kojima je trudnoću potrebnu prekonceptijski planirati. Kod takvih trudnoća zbog veće mogućnosti pojave komplikacija ili gubitka trudnoće, postoji potreba da se prije donošenja odluke o trudnoći žena posavjetuje sa porodničarem. To se osobito tiče prethodno izgubljenih trudnoća (habitualni pobačaji, fatalne smrti) u žena s komorbiditetom, te žena s dijabetesom, hipertenzijom, trombofilijom, kolagenozama, nasljednim metaboličkim bolestima, kroničnim srčanim i plućnim bolestima, bolestima jetre, prethodnim trudnoćama s malformiranom djecom, Rh-imunizacijom itd. [3]

Organizirana skrb za majku i dijete u većini razvijenih zemalja spada među temeljne mjere socijalne i zdravstvene politike. Republika Hrvatska se u okviru svojeg zakonodavstva, ali i prihvaćanjem međunarodnih dokumenata poput Konvencije o pravima djeteta i Milenijskih razvojnih ciljeva obvezala osigurati određenu razinu zaštite za majke i djecu. Moderna antenatalna skrb uključuje sprječavanje, prepoznavanje i liječenje svih bolesti i patoloških stanja koja mogu ugroziti trudnoću, ali i obrazovanje trudnice i njezine okoline. Antenatalnu skrb potrebno je prilagoditi svakoj pojedinoj trudnici, osobito onoj koja boluje od neke kronične bolesti. Svjetska zdravstvena organizacija perinatalni mortalitet i mortalitet dojenčadi smatra pokazateljima kvalitetne i organizirane antenatalne službe u određenoj državi.

Ciljevi antenatalne skrbi mogu se podijeliti u 4 skupine obuhvaćaju traženje, dijagnostiku i liječenje preegzistentnih bolesti trudnice (šećerna bolest, srčane bolesti, hipertenzija, kronične infekcije, bubrežne bolesti, slabokrvnost, TBC, AIDS..), prepoznavanje i liječenje poremećaja zdravlja trudnice vezanih uz trudnoću (prijeteći pobačaj, prijeteći prijevremeni pobača, preeklampsija, urinoinfekcije, kolestaza), prepoznavanje i zbrinjavanje fetalnih komplikacija (malformacije, zastoj rasta djeteta, infekcije) te davanje savjeta i informacija majci i ocu i pripremu za porođaj. [4]

Nadzor visokorizičnih trudnoća zahtijeva i od doktora i od trudnice, ali i njezinih ukućana da učine sve što je u njihovoj moći kako bi se trudnoća završila rađanjem žive i zdrave bebe. Ponekad će biti dovoljno poslušati savjet liječnika o prehrani, a ponekad situacija zahtijeva i provođenje skupih pretraga poput primjerice NIFTY testa (neinvanzivni test za otkrivanje genetskih abnormalnosti). Iskustvo liječnika u vođenju trudnoća visokog rizika jeste značajno jer omogućuje pravovremeno prepoznavanje i tretman svih rizika koji mogu dovesti do nepovoljnog ishoda trudnoće. [2]

<b>Bolesti trudnice prije začeca</b>	<b>Problemi u ranijoj trudnoći</b>	<b>Problemi u sadašnjoj trudnoći</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• šećerna bolest</li> <li>• akutna i kronična oboljenja bubrega, pluća, spolnog sustava</li> <li>• oboljenja tireoidne, nadbubrežne žlijezde, hipofize</li> <li>• maligne neoplazije</li> <li>• epilepsija</li> <li>• alkoholizam i narkomanija</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gestacijski dijabetes</li> <li>• izoimunizacija</li> <li>• kirurške intervencije na maternici zbog anomalija ili tumora</li> <li>• pobačaj</li> <li>• prijevremeni porod</li> <li>• malformacije ploda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• izoimunizacija</li> <li>• krvarenje u trudnoći</li> <li>• izražena anemija</li> <li>• višeploodna trudnoća</li> <li>• infekcije</li> <li>• starija dob trudnice</li> <li>• lijekovi u trudnoći</li> <li>• alkoholizam i narkomanija</li> <li>• nepravilan položaj ploda</li> </ul>

**Tablica 2.1.1.** Faktori zbog kojih dolazi do visokorizične trudnoće.

Izvor:<http://www.demetra.rs/index.php/zdravlje/kontracepcija/41-zdravlje-trudnice/528trudnoa-visokog-rizika>

### 1.1.2. Rizična stanja u trudnoći

Šećerna bolest je sindrom koji nastaje zbog apsolutnog ili relativnog manjka ili djelovanja inzulina, rezultat je hiperglikemija. Gestacijski dijabetes mellitus ili trudnička šećerna bolest (GDM) jest dijabetes koji se prvi puta dijagnosticira u trudnoći, a najčešće nastaje u drugome tromjesečju trudnoće zbog inzulinske rezistencije. Dijagnoza GDM-a ima nepovoljan utjecaj na trudnoću, fetus, kao i na budući život majke i djeteta.

Gestacijski dijabetes najčešći je metabolički poremećaj u trudnoći, a zahvaća i do 15% trudnica diljem svijeta. Prevalencija ove bolesti u Europi iznosi 2-6%. Učestalost gestacijskog dijabetesa u Hrvatskoj se u posljednjih 10 godina povećala 4 puta, s 0,93% 2005. godine na 4,67% 2014. godine. Razlog povećanja ponajprije se može pronaći u činjenici da se smanjila granična vrijednost glukoze u krvi za dijagnozu gestacijskog dijabetesa sukladno najnovijim smjernicama te u boljem i kvalitetnijem popunjavanju podataka iz prijave poroda. No, i porast učestalosti rizičnih čimbenika kod trudnica u Hrvatskoj utjecao je na porast učestalosti ovog

tipa dijabetesa u posljednjih nekoliko godina. Glavni rizični čimbenici za razvoj gestacijskog dijabetesa su starija dob, pretilost prije trudnoće i prekomjeran porast tjelesne težine u trudnoći.[6] Trudnice oboljele od gestacijskog dijabetesa imaju povećan rizik komplikacija tijekom trudnoće i poroda. Trudnice s dijabetesom moraju biti u stanju euglikemije kako bi se prevenirale fetalne malformacije koje se višestruko više javljaju kod dijabetičkih trudnica.

Oko 1% trudnica u trudnoću ulaze s astmom, koja se tokom trudnoće može ublažiti (u oko 30% slučajeva), no može se i pogoršati (oko 20% slučajeva). Trudnicama s astmom preporuča se uzimati dovoljne količine folne kiseline, a u slučaju potrebe bronhodilatatore i kortikosteroide koji nisu toksični, a sprječavaju kroničnu fetalnu hipoksiju koju uzrokuje kronična opstrukcija plućne bolesti majke.

Ukoliko trudnica ima srčanu bolest mora imati kardiološki nalaz i mišljenje o kardiovaskularnoj funkcionalnosti prema NYHA – kriterijima koji su razvrstani u 4 skupine. Trudnice razvrstane u treću i četvrtu grupu smatraju se visokorizičnima te im se ne preporučuje trudnoća.

Rizik prijevremenog porođaja češći je kod placente previje, u slučaju pojave krvarenja u kasnijoj trudnoći nakon 28. tjedna, te kod ranih materničkih kontrakcija. Suvremena perinatologija propisuje način praćenja normalne trudnoće prema tjednima. Na temelju anamnestičkih podataka i tijekom trudnoće porođičar procjenjuje odstupanja od normalne trudnoće, te su u tom slučaju potrebni češći pregledi. U ranoj trudnoći može se pojaviti krvarenje iz rodnice koje može imati razne uzroke: spontani pobačaj, izvanmaterična trudnoća, decidualno krvarenje, malignom cerviksa i dr. Spontani pobačaj kao nenamjerni prekid trudnoće može biti rani i to do 16 tjedna te kasni do 22 tjedna trudnoće. Incidencija spontanog pobačaja je 8-20% klinički dokazanih trudnoća. Izvanmaterična trudnoća javlja se u 1-2% svih trudnoća, a predstavlja trudnoću koja se implantira izvan materišta. Češća je kod žena mlađih od 25 i starijih od 35 godina, a uzrokuje 15% svih maternalnih smrti. [3] Krvarenja u kasnoj trudnoći, odnosno u drugom i trećem tromjesečju, javljaju se zbog abrupcije posteljice, placenta previae, razdora maternice, raka materničnoga vrata i dr.

Hipertenzija, preeklampsija i eklampsija u trudnoći je sindrom koji vitalno ugrožava majku i plod, s incidencijom pojave u trudnoći kod 6-10% trudnica. Definicija hipertenzivnog sindroma u trudnoći Svjetske zdravstvene organizacije temelji se na apsolutnim vrijednostima krvnog tlaka i/ili njegovom porastu u odnosu na vrijednosti izmjerene u prvom tromjesečju ili

prije trudnoće. Kao dijagnostički kriterij uzimaju se vrijednosti krvnog tlaka  $\geq 140/90$  mmHg i/ili porast sistoličkog tlaka za 25mmHg ili dijastoličkog za  $\geq 15$  mmHg. Američko udruženje ginekologa i opstetričara dijagnozu hipertenzije u trudnoći zasniva samo na apsolutnim vrijednostima krvnog tlaka  $\geq 140/90$  mmHg. [7]

Hipertenzivni sindrom u trudnoći može uzrokovati abrupciju placente, intrakranijalna krvarenja, teška oštećenja jetre, akutnu insuficijenciju bubrega i druge zdravstvene probleme. Prema nekim izvještajima hipertenzija u trudnoći uzrokuje 15-33 % sveukupnih mortaliteta majki. Hipertenzija je jedan od vodećih uzroka smrti fetusa, novorođenčeta, te glavni uzrok smrti majki u čitavom svijetu. Hipertenzivna bolest se teško može prevenirati, no postoje liječničke preporuke za pojedine oblike bolesti. Definitivna terapija hipertenzivne bolesti jest dovršenje trudnoće. Carski rez primjenjuje se samo kada postoje hitne opstetričke indikacije.

Sindrom hipertenzije inducirane trudnoćom dijeli se na hipertenziju induciranu trudnoćom, preeklampsiju, eklampsiju, Weinsteinov sindrom (HELLP), te kroničnu hipertenziju. Hipertenzija inducirana trudnoćom (gestacijska hipertenzija) javlja se nakon 20 tjedna trudnoće pa sve do 6. tjedna postpartalno. Preeklampsija je teži oblik bolesti koji, uz hipertenziju, uključuje i proteinuriju. Dijeli se na umjerenu preeklampsiju (RR 140/90-160/110, proteinurija 2-3+,  $> 3$  g/L) i tešku preeklampsiju (RR  $> 160/100$ , proteinurija  $> 3+$ ,  $> 5$  g/L, oligurija, trombocitopenija, u 10% slučajeva) kod koje je moguća pojava edema na nogama, rukama i licu. Riječ eklampsija dolazi od grčke riječi i znači bljesak, što i odgovara simptomu eklamptičnog napadaja: kortikalnoj sljepoći i gubitku svijesti. Uključuje preeklampsiju s neurološkim simptomima poput glavobolje, vizualnih halucinacija, kortikalne sljepoće i dr. Weinsteinov sindrom je multiorganski sindrom, a karakteriziraju ga oštećenje jetre, hemoliza i trombocitopenija. Podrazumijeva naglo ili postepeno pogoršanje preeklamptičnog sindroma te zahtijeva intenzivno liječenje. Smrtnost majki zbog komplikacija ovog sindroma iznosi 3,5 – 3,9 %, a perinatalni je mortalitet izrazito visok, oko 22,6%.

### **1.1.3. Utjecaj životnih navika na rizičnost trudnoće**

U normalnoj trudnoći preporučuju se redovite šetnje i normalna tjelesna aktivnost. Osobito treba izbjegavati alkohol i pušenje, bilo aktivno ili pasivno. Pića koja sadržavaju kofein ne smije se konzumirati više 5-7 šalica na dan jer to povećava rizik malformacija, intrauterinu smrt djeteta i prijevrmenog poroda. U tzv. alarmantno rizične skupine koje mogu ugroziti rast

i razvoj djeteta spadaju vrlo mlade trudnice i stare trudnice, nizak socioekonomski status, konzumacija alkohole, droge i nikotina, kronične bolesti s malapsorpcijom, interferencija s lijekovima, kaheksija, anoreksija, vegetarizam, veganizam. [3]

Plivanje i vježba u trudnoći preporučljivi su uz iskusnog fizioterapeuta ili primalju. U normalnoj trudnoći preporuča se vježbati barem 3 puta tjedno uz praćenje pulsa te uzimanja dosta tekućine prije i nakon vježbanja. Ukoliko se osjete neobični simptomi poput bolova, probadanja ili vrtoglavice vježbanje treba prekinuti. Vježbanje nije dopušteno ukoliko to procijeni opstetričar zbog primjerice nekog oblika patološke trudnoće ili bolesti drugih vitalnih organa, potom u slučaju krvarenja u trudnoći, kontrakcija maternica, upalnih stanja, višepodne trudnoće, prethodne neuspjele trudnoće i sl. Pravilna prehrana u trudnoći i prvim mjesecima nakon poroda ima višestruki značaj: omogućuje normalan rast i razvoj ploda, čuva zdravlje majke te omogućava razvoj laktacije. Tokom trudnoće dolazi do povećanja tjelesne težine, a povećanu tjelesnu masu čine: težina fetusa, placenta, amnionska tekućina, uvećanje tkiva reproduktivnih organa i krvi trudnice te rezerve masnog tkiva. [8]

<b>Porast tjelesne mase u 20. tjednu trudnoće</b>			
BMI	nedovoljno	preporučeno	Previše
<18,5	< 5 kg	5 – 7,3 kg	> 7,3 kg
18,5-24,9	< 5,5 kg	5,5 – 7,3 kg	> 7,3 kg
25-29,9	< 2,3 kg	2,3 – 3,6 kg	> 3,6 kg
>30	ista tjelena masa	nije određeno	nije određeno
<b>Porast tjelesne mase u 40. tjednu trudnoće</b>			
<18,5	<12,5 kg	12,5-18 kg	>18 kg
18,5-24,9	<11,5 kg	11,5-16 kg	>16 kg
25-29,9	<7 kg	7-11,5 kg	>11,5 kg
<30	Bez porasta	7 kg	Nije određeno

**Tablica 2.1.2.** Prikaz porasta tjelesne mase u 20. i 40. tjednu trudnoće.

Izvor: Dolić, G.: Ishrana u trudnoći – preventivni aspekt, Apollinem medicum et aesculapium, Vol. 12 - Broj 3 jul-septembar/2014., str. 21.

## 1.2. Uloga primalje – važnost komunikacije i empatije

U KB Merkuru trudnice mogu upoznati primalju na Radionici za trudnice koju vode upravo primalje. Ondje trudnice mogu dobiti niz savjeta o pravilnoj prehrani, dojenju, kako se najbolje pripremiti za porod i dojenje te druge stvari vezane za porod i brigu o novorođenčetu. Zadatak je na ovoj Radionici postići da se buduća majka osjeća dobro i sigurno te da se upozna s odjelom na kojemu će biti smještena. Uloga primalje na porodu jest da ženi pruža podršku, prati njezino stanje, pomaže joj da se smjesti u najudobniji mogući položaj, te potiče pravilno disanje i opuštanje između trudova.

Komunikacija između primalje i trudnice trebala bi biti jasna, konkretna i razumljiva kako kod trudnice nebi došlo do pogrešnog razumijevanja događaja. Za primalju je osobito važno da ima dobre komunikacijske vještine te da na miran i razumljiv način komunicira s roditeljima i članovima njihove obitelji. Dio primateljske skrbi obuhvaća i psihološku potporu budućoj majci, ali i opažanje neverbalnih znakova komunikacije koji mogu upućivati na napetost ili nervozu kod roditelje. Primalja mora pružiti osjećaj sigurnosti, ali ne na način da nameće svoje stavove, već da ženi bude partner u ostvarivanju njezinih potreba i želja. Važna je uloga primalje i nakon samog poroda kada ona smješta roditelju na odjel babninjača, gdje se brine za njene vitalne znakove te joj objašnjava kako se brinuti za novorođenče. [9]

Općenito uspješna komunikacija s bolničkim osobljem za vrijeme, ali i prije poroda može u značajnoj mjeri doprinijeti da porod bude pozitivno iskustvo. Napredak na području zaštite ljudskih prava rezultirao je i razvojem određenih prava pri porodu, a Svjetska zdravstvena organizacija i Međunarodna federacija ginekologa i opstetričara donijela je sljedeće smjernice o pravima trudnice pri porodu: osigurana privatnost, pratnja osobe po vlastitom izboru, dobivanje svih informacija koje roditelja zatraži od medicinskog osoblja, sloboda kretanja tijekom prvog i drugog porođajnog doba, slobodan odabir položaja za porod, eliminacija izvođenja epiziotomije, kontakt koža na kožu između majke i djeteta tijekom prvog sata nakon rođenja. [10]

Nažalost, u hrvatskim rodilištima još uvijek nije implementirano sve gore navedeno, a upravo bi uvođenje tih standarda moglo smanjiti česta iskustva traumatičnog poroda. Negativna posljedica poroda u kojem se ne uvažavaju sva prava žena jest i želja da se iskustvo rađanja nikad više ne ponovi. Osim toga, traumatična iskustva u porodu mogu utjecati i na pojavu postporođajne depresije, ali i na nemogućnost da se majka na emocionalnoj razini poveže s



djetetom. Kako bi žena ostvarila svoja prava u porodu nužna je dobra i kvalitetna komunikacija s medicinskim osobljem, u čemu osobito mogu pomoći primalje koje su ponekad i veza između roditelja i liječnika. Provođenje standarda Svjetske zdravstvene organizacije osobito je važno kod trudnica čija je trudnoća rizična, kako bi se osjećale što sigurnije i opuštenije, unatoč postojanju rizika.

### **1.2.1. Uloga primalje – priprema trudnice za porod**

Ristić et al. u svom istraživanju (2015) ispitivale su pripremu trudnica za porod kroz pohađanje trudničkog tečaja. Osim toga, ispitivale su i ulogu te educiranost medicinskih sestara u prenatalnoj zaštiti. Priprema trudnica za porod kroz tečajevе sadrži nastavne programe ginekologa, medicinske sestre, primalje, fizioterapeuta, pedijatra i psihologa. Zadatak je primalje i medicinske sestre objasniti proceduru samog poroda i uspostaviti pozitivnu komunikaciju. U Republici Hrvatskoj tečajevi su dostupni svim trudnicama u sklopu obvezne zdravstvene zaštite. Glavni je cilj tečaja osloboditi trudnicu od straha detaljnijim objašnjenjem svega što može očekivati te smanjenje stresa koji može ometati sam proces porođaja.

Interesantni su odgovori ispitanica na pitanje o stupnju educiranosti medicinske sestre koja je bila dio zdravstvenog tima koji je provodio tečaj. Od 80 ispitanica, 65% ih je medicinskoj sestri dalo vrlo dobru ocjenu, 15% njih sestru je ocijenilo maksimalnom ocjenom, a tek je 5% ispitanica koje su pohađalo tečaj educiranost sestre ocijenilo niskom ocjenom. Educiranost medicinske sestre ispitanice su ocijenile prosječnom ocjenom 4,37. Iako je medicinska sestra dobila vrlo dobru ocjenu o svojoj educiranosti, više od polovine ispitanica, odnosno 52% smatralo je da ih je medicinska sestra na tečaju mogla bolje informirati o nekim situacijama koje ih očekuju nakon poroda. Iz toga se može zaključiti kako je potrebno poboljšati učinkovitost komunikacije, te ukazuje na potrebu daljnjeg povećanja stupnja edukacije predavača. Tome u prilog ide i podatak da je prosječna ocjena korisnosti informacija od strane ispitanica iznosila 3,93. [11]

## **2. Cilj istraživanja**

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati informiranost trudnica o rizicima u trudnoći. U svrhu ispitivanja izrađen je anketni upitnik, provedeno istraživanje, a dobiveni podaci statistički su obrađeni te komentirani. Istraživanje se ponajprije bavilo učestalošću pojava komplikacija u trudnoći i pri porodu, te znanjem trudnica o faktorima rizika i štetnim navikama u trudnoći.

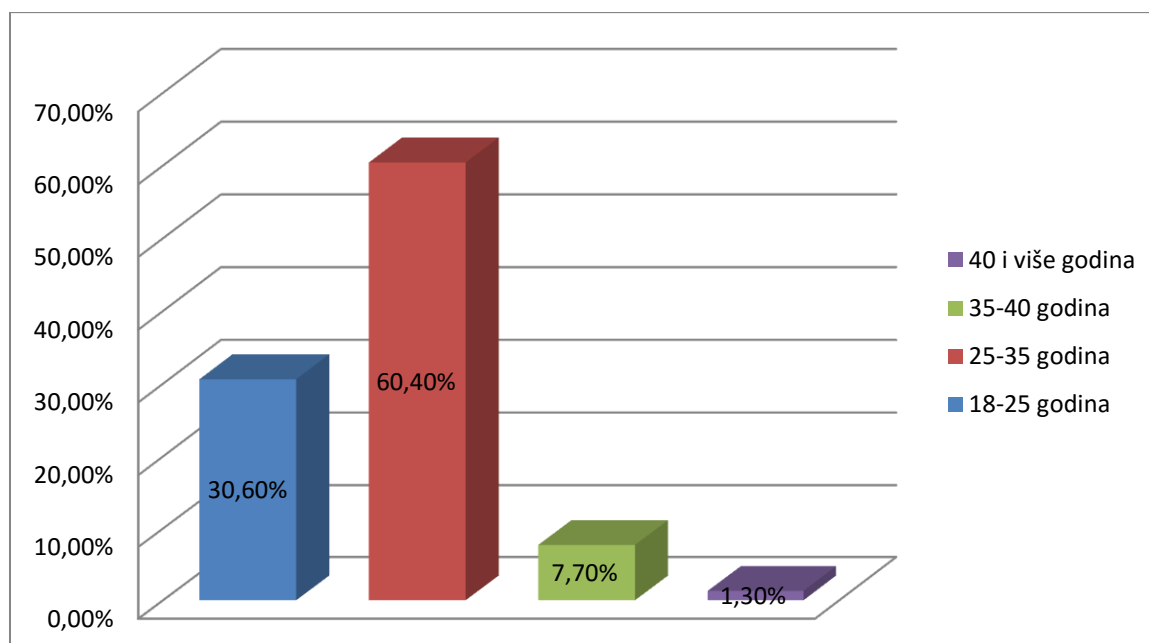
### 3. Metode istraživanja

Istraživanje je provedeno na internetu na prigodnom uzorku korisnika društvene mreže Facebook. Sudjelovalo je ukupno 1900 žena, koje su ispunile anketni upitnik sastavljen od 22 pitanja. Anketa se sastoji od dva dijela: prvi dio odnosi se na dob sudionica kao sociodemografsku karakteristiku, a drugi se dio sastoji od 21 pitanja koja se odnose na informiranost i znanje trudnica o rizicima u trudnoći. Od 1900 sudionica ankete, njih 1148 (60,4%) imalo je 25-35 godina, 581 (30,6%) sudionica imalo je 18-25 godina, 146 (7,7%) sudionica imalo je 35-40 godina, a njih 25 (1,3%) imalo je 40 godina i više.

DOB	FREKVENCIJA	POSTOTAK%
18-25	581	30,6
25-35	1148	60,4
35-40	146	7,70
40 i više	25	1,30
<b>UKUPNO</b>	<b>1900</b>	<b>100</b>

**Tablica 3.1.** Dob

Izvor: autor



**Grafikon 3.1.** Dob.

Izvor: autor

## 4. Rezultati istraživanja

Grafički prikaz rezultata ankete: "Trudnoća". Prikaz rezultata dobivenih istraživanjem sastoji se od analize dobivenih rezultata, prikaza rezultata u tablici (frekvencija i postotak pojedinog odgovora) i prikaza odgovora na pitanja u grafičkom obliku.

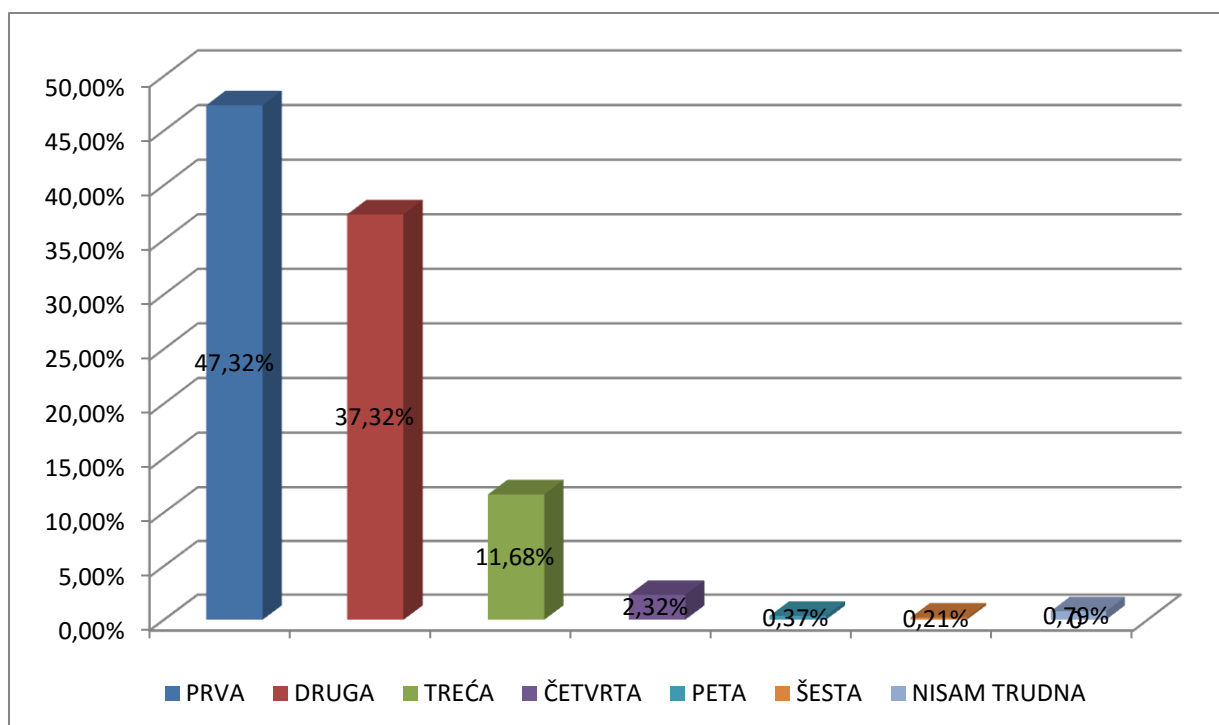
### Pitanje 1. Koja vam je trudnoća po redu?

Na pitanje koja vam je trudnoća po redu gotovo polovina sudionica ankete, odnosno njih 899 (47,32%) izjasnilo se kako se radi o prvoj trudnoći. Nešto manje sudionica, njih 709 (37,32%) odgovorilo je kako se radi o drugoj trudnoći, a 222 (11,68%) sudionice kako se radi o trećoj trudnoći. Da se radi o četvrtoj trudnoći odgovorilo je 44 (2,32%) sudionica, da se radi o petoj trudnoći izjasnilo se 7 (0,37%) sudionica, a da se radi o šestoj trudnoći 4 (0,21%) sudionica ankete.

Koja vam je trudnoća po redu?		
	FREKVENCIJA	POSTOTAK%
<b>PRVA</b>	899	47,32
<b>DRUGA</b>	709	37,32
<b>TREĆA</b>	222	11,68
<b>ČETVRTA</b>	44	2,32
<b>PETA</b>	7	0,37
<b>ŠESTA</b>	4	0,21
<b>NISAM TRUDNA</b>	15	0,79
<b>UKUPNO</b>	<b>1900</b>	<b>100</b>

**Tablica 4.1.** Prikaz frekvencije i postotka sudionica prema rednom broju trudnoće.

Izvor: autor



**Grafikon 4.1.** Grafički prikaz postotka sudionica prema rednom broju trudnoće.

Izvor: autor

### Pitanje 2. S koliko godina ste prvi puta rodili?

Na pitanje s koliko godina ste prvi put rodili najveći se broj sudionica nalazi u dobnoj skupini 25-27 godina i to njih 463 (24,37%), u dobnoj skupini 19-21 nalazi se 406 (21,37%) sudionica, te u dobnoj skupini 22-24 godina njih 388 (20,42%).

S koliko godina ste prvi puta rodili?		
GODINE	FREKVENCIJA	POSTOTAK %
16 – 18	99	5,21
19 – 21	406	21,37
22 – 24	388	20,42
25 – 27	463	24,37
28 – 30	272	14,32
31 – 33	150	7,9
34 – 36	49	2,58
37 – 39	12	0,63
40 – 42	2	0,11

<b>OSTALO</b>	59	3,11
<b>UKUPNO</b>	<b>1900</b>	<b>100</b>

**Tablica 4.2.** Godine prvog poroda.

Izvor: autor

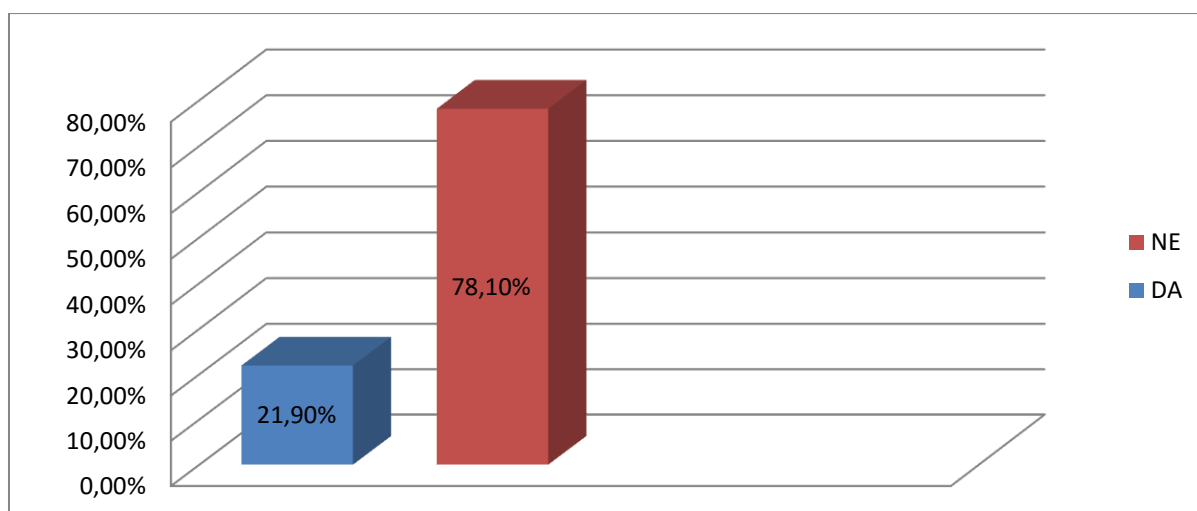
**Pitanje 3.** Jeste li imali komplikacija tijekom trudnoće?

Na pitanje jeste li imali komplikacija tijekom trudnoće više od tri četvrtine ispitanih, odnosno njih 1484 (78,1%) odgovorilo je ne, a njih 416 (21,9%) odgovorilo je potvrdno.

<b>Jeste li imali komplikacija tijekom trudnoće?</b>		
	<b>FREKVENCIJA</b>	<b>POSTOTAK%</b>
<b>DA</b>	416	21,9
<b>NE</b>	1484	78,1
<b>UKUPNO</b>	<b>1900</b>	<b>100</b>

**Tablica 4.3.** Prikaz frekvencija i postotka sudionica s i bez komplikacija tijekom trudnoće.

Izvor: autor



**Grafikon 4.2.** Grafički prikaz postotka sudionica sa i bez komplikacija tijekom trudnoće.

Izvor: autor

**Pitanje 4.** Ukoliko ste imali komplikacija tijekom trudnoće, navedite koje?

Na pitanje ako ste imali komplikacije tijekom trudnoće navedite koje, 42 (9,55%) sudionice, izjasnile su se da su imale krvarenje tijekom trudnoće, 34 (7,72%) sudionice imale su visoki tlak, 28(6,36%) sudionica imalo je hematom, te je 18 (4,09%) sudionica imalo dijabetes. Najveći broj sudionica, njih 248 (56,36%) odabralo je ostale komplikacije kao ponuđeni odgovor.

<b>Komplikacije tijekom trudnoće</b>		
	<b>FREKVENCIJA</b>	<b>POSTOTAK%</b>
<b>Krvarenje</b>	42	9,55
<b>Hematom</b>	28	6,36
<b>Dijabetes</b>	18	4,09
<b>Kontrakcije</b>	13	2,95
<b>Visoki tlak, preeklamsija, eklamsija</b>	39	8,86
<b>Trombofilija</b>	5	1,14
<b>Placenta previa</b>	5	1,14
<b>Tromboza</b>	2	0,45
<b>Bakterija</b>	5	1,14
<b>Prenisko nosila</b>	4	0,9
<b>Hipotireoza</b>	2	0,45
<b>Spontani pobačaj</b>	5	1,14
<b>Skraćeni grlić maternice</b>	4	0,9
<b>Smrt ploda</b>	2	0,45
<b>Loš double test</b>	2	0,45
<b>Povraćanje i gubljenje na kilaži</b>	1	0,23
<b>Manjak plodne vode</b>	1	0,23
<b>Niska posteljica</b>	1	0,23
<b>Zastoj u rastu ploda</b>	1	0,23
<b>Cista</b>	1	0,23
<b>Preuranjeni trudovi</b>	1	0,23
<b>d-dimer povećan</b>	1	0,23

Anemija	1	0,23
Prolabiran vodenjak	1	0,23
Nizak progesteron	1	0,23
Urinarne infekcije	1	0,23
Srčana aritmija ploda	1	0,23
Prijevremeno gubljenje plodne vode	1	0,23
Popuštanje grlića maternice	1	0,23
Prijeteći pobačaj	1	0,23
Bubrežni kamenci	1	0,23
Ostalo	248	56,36
<b>UKUPNO</b>	<b>440</b>	<b>100</b>

**Tablica 4.4.** Frekvencija i postotak sudionica u pojedinoj kategoriji komplikacija tijekom trudnoće.

Izvor: autor

**Pitanje 5.** Jeste li ste imali komplikacije tijekom poroda?

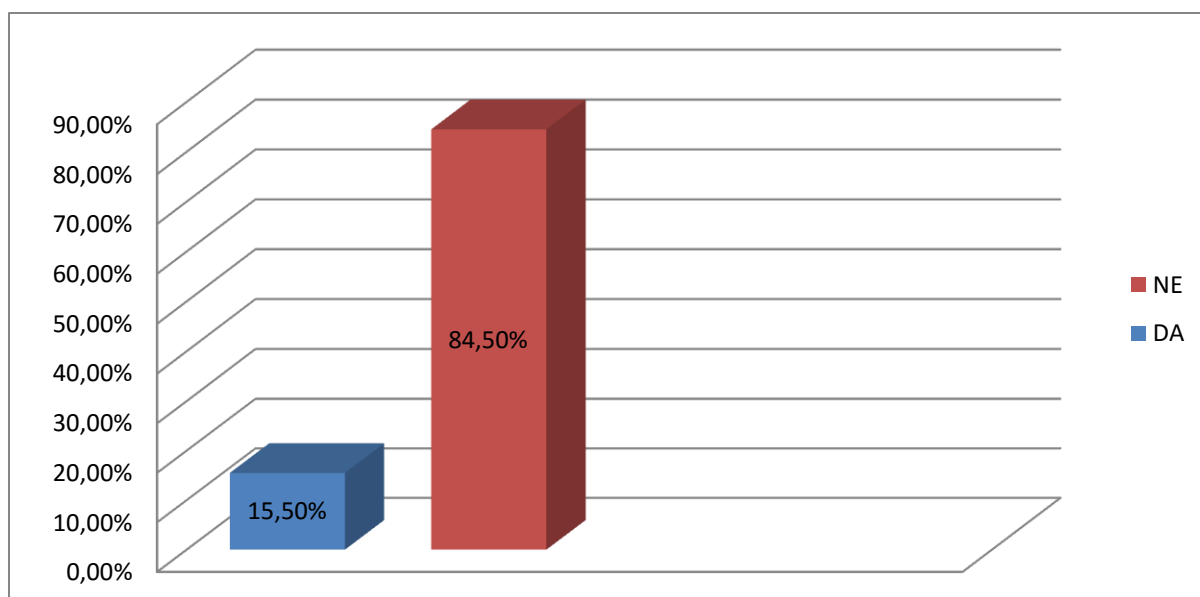
Na pitanje jeste li ste imali komplikacija tijekom poroda više od  $\frac{3}{4}$  ispitanih, odnosno njih 1605 (84,5%) odgovorilo je ne, a njih 295 (15,5%) odgovorilo je potvrdno.

<b>Jeste li imali komplikacija tijekom poroda?</b>		
	<b>FREKVENCIJA</b>	<b>POSTOTAK%</b>
<b>DA</b>	295	15,5
<b>NE</b>	1605	84,5
<b>UKUPNO</b>	<b>1900</b>	<b>100</b>

**Tablica 4.5.** Prikaz frekvencija i postotka sudionica s i bez komplikacija tijekom poroda.

Izvor: autor





**Grafikon 4.3.** Grafički prikaz postotka sudionica s i bez komplikacija tijekom poroda.

Izvor: autor

**Pitanje 6.** Ako ste imali komplikacije tijekom poroda, navedite koje?

Na pitanje ako ste imali komplikacije tijekom poroda navedite koje, 37 (13,03%) sudionica imalo je carski rez, njih 8 (2,82%) navelo je kako se bebi pupčana vrpca omotala oko glave, a njih 7 (2,46%) kao komplikaciju navode da se nisu otvarale. Najveći broj ispitanih, njih 196 (69,01%) odabralo je ostale komplikacije kao ponuđeni odgovor.

Komplikacije tijekom poroda		
KOMPLIKACIJE	FREKVENCIJA	POSTOTAK%
<b>Carski rez</b>	37	13,03
<b>Bebi se pupčana vrpca omotala oko glave</b>	8	2,82
<b>Nisam se otvarala</b>	7	2,46
<b>Beba zaglavljena zbog uske zdjelice</b>	3	1,05
<b>Beba vađena na vakuum</b>	3	1,05
<b>Krvarenje</b>	3	1,05
<b>Preeklamsija</b>	3	1,05
<b>Pukla posteljica pri porodu</b>	2	0,7
<b>Dijastazasimfize</b>	2	0,7

<b>Abrupcija placente</b>	2	0,7
<b>Zelenkasta plodna voda</b>	2	0,7
<b>Visok tlak</b>	2	0,7
<b>Pucanje analnog mišića</b>	1	0,35
<b>Epiziotomija</b>	1	0,35
<b>Sekcija</b>	1	0,35
<b>Mekonijska plodna voda</b>	1	0,35
<b>Smanjen broj otkucaja</b>	1	0,35
<b>Rodila u 36. Tjednu</b>	1	0,35
<b>Oljuštena posteljica</b>	1	0,35
<b>Zalijepljena posteljica (nije se mogla izbaciti)</b>	1	0,35
<b>Odvajanje posteljice</b>	1	0,35
<b>Krupna beba</b>	1	0,35
<b>Nije skroz pukao vodenjak</b>	1	0,35
<b>Prijevreteni porod</b>	1	0,35
<b>Nedostatak kisika kod bebe</b>	1	0,35
<b>Dijabetes</b>	1	0,35
<b>Ostalo</b>	196	69,01
<b>UKUPNO</b>	<b>284</b>	<b>100</b>

**Tablica 4.6.** Vrste komplikacija tijekom poroda.

Izvor: autor

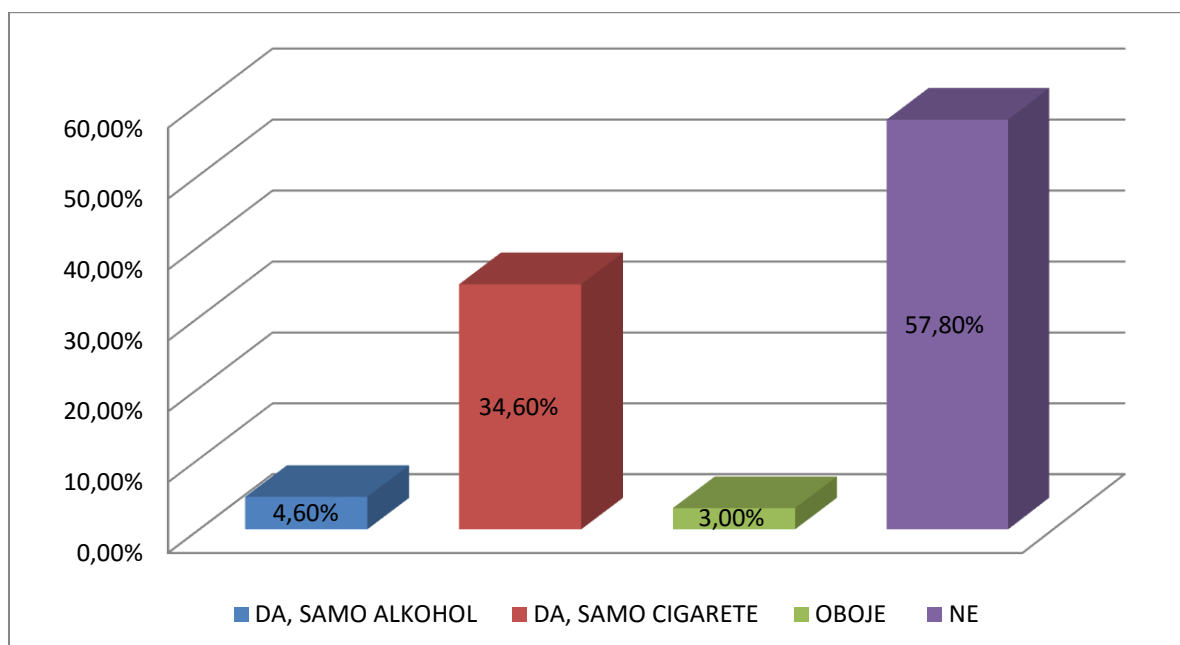
### **Pitanje 7.** Konzumirate li alkohol ili cigarete?

Na pitanje konzumirate li alkohol ili cigarete najveći broj ispitanih, njih 1098 (57,8%) odgovorilo je kako ne konzumira niti alkohol niti cigarete. Nešto više od trećine ispitanih, 657 (34,6%) odgovorilo je kako konzumira cigarete, dok se 88 (4,6%) ispitanih izjasnilo da konzumira alkohol, a najmanji broj ispitanih, njih 57 (3%) izjasnilo kako konzumira i alkohol i cigarete.

Konzumirate li alkohol ili cigarete?		
	FREKVENCIJA	POSTOTAK%
DA, samo alkohol	88	4,6
DA, samo cigarete	657	34,6
Oboje	57	3,0
NE	1098	57,8
<b>UKUPNO</b>	<b>1900</b>	<b>100</b>

**Tablica 4.7.** Postotak i frekvencija sudionica koje konzumiraju ili ne konzumiraju alkohol i cigarete.

Izvor: autor



**Grafikon 4.4.** Grafički prikaz postotka sudionica koje konzumiraju ili ne konzumiraju alkohol i cigarete.

Izvor: autor

#### **Pitanje 8.** Jeste li konzumirali alkohol ili pušili tijekom trudnoće?

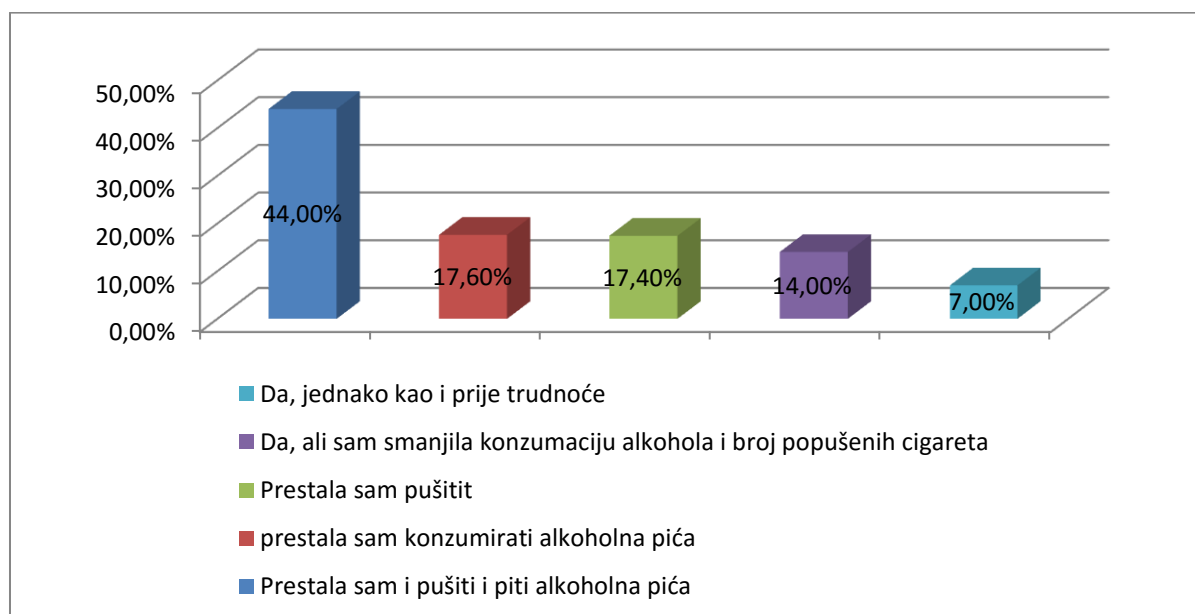
Na pitanje jeste li konzumirali alkohol ili pušili tijekom trudnoće najveći broj sudionica ankete, njih 836 (44%) izjasnilo se da su prestale pušiti i piti alkoholna pića u trudnoći, 334 (17,6%) sudionica izjasnilo se kako su prestale konzumirati alkohol u trudnoći, a njih 330

(17,4%) prestalo je pušiti u trudnoći. 266 (14%) sudionica odgovorilo su da su konzumirale alkohol i pušile tijekom trudnoće, no u smanjenim količinama, odnosno smanjenom broju cigareta. 133 (7%) sudionica ankete konzumiralo je alkohol i pušilo jednako kao i prije trudnoće.

<b>Jeste li konzumirali alkohol ili pušili tijekom trudnoće?</b>		
	<b>FREKVENCIJA</b>	<b>POSTOTAK%</b>
<b>Prestala sam i pušiti i piti alkoholna pića</b>	836	44,0
<b>Prestala sam konzumirati alkoholna pića</b>	335	17,6
<b>Prestala sam pušiti</b>	330	17,4
<b>Da, ali sam smanjila konzumaciju alkohola i broj popušenih cigareta</b>	266	14,0
<b>Da, jednako kao i prije trudnoće</b>	133	7,0
<b>UKUPNO</b>	<b>1900</b>	<b>100</b>

**Tablica 4.8.** Frekvencija i postotak sudionica za pojedinu kategoriju konzumacije alkohola i cigareta.

Izvor: autor



**Grafikon 4.5.** Grafički prikaz sudionica za pojedinu kategoriju konzumacije alkohola i cigareta

Izvor: autor

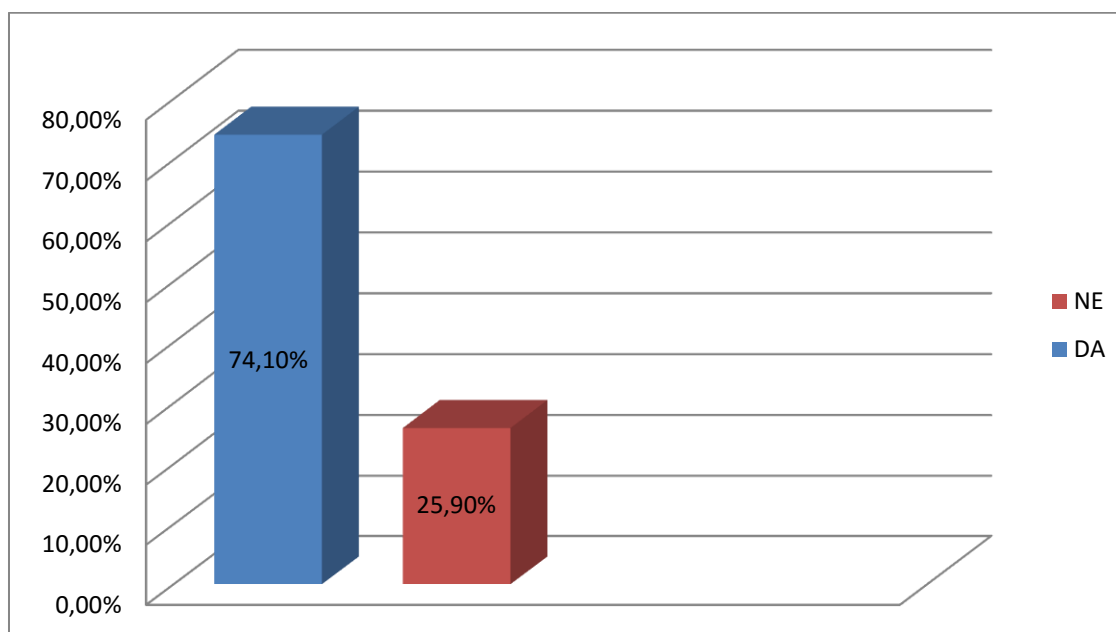
### Pitanje 9. Kontrolirate li šećer u trudnoći?

Na pitanje da li kontroliraju šećer u trudnoći, 1408 (74,1%) sudionica izjasnilo se potvrdno, dok nešto više od ¼ sudionica, odnosno njih 492 (25,9%) ne kontrolira šećer u trudnoći.

Kontrolirate li šećer u trudnoći?		
	FREKVENCIJA	POSTOTAK%
DA	1408	74,1
NE	492	25,9
<b>UKUPNO</b>	<b>1900</b>	<b>100</b>

**Tablica 4.9.** Frekvencija i postotak sudionica koje kontroliraju ili ne kontroliraju šećer u trudnoći.

Izvor: autor



**Grafikon 4.6.** Grafički prikaz postotka sudionica koje kontroliraju ili ne kontroliraju šećer u trudnoći.

Izvor: autor

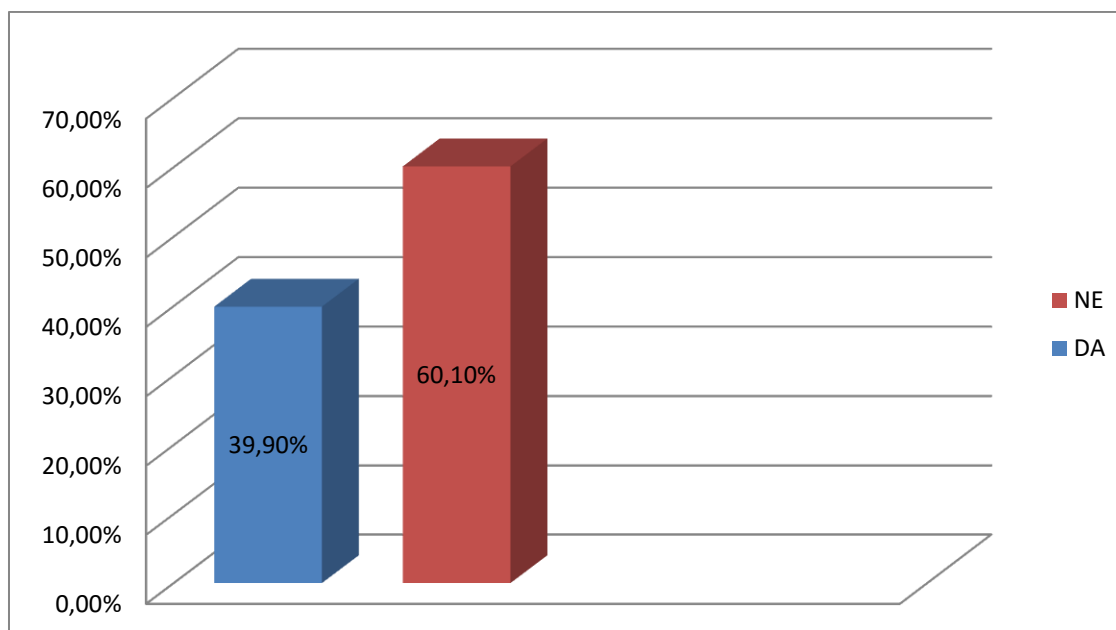
### Pitanje 10. Pazite li na prehranu u trudnoći?

Na pitanje pazite li na prehranu u trudnoći većina sudionica izjasnila se kako ne pazi na prehranu u trudnoći, odnosno njih 1142 (60,1%), dok se njih 758 (39,9%) izjasnilo kako pazi na prehranu u trudnoći.

Pazite li na prehranu u trudnoći?		
	FREKVENCIJA	POSTOTAK%
DA	758	39,9
NE	1142	60,1
UKUPNO	1900	100

**Tablica 4.10.** Frekvencija i postotak sudionica koje paze ili ne paze na prehranu u trudnoći.

Izvor: autor



**Grafikon 4.7.** Grafički prikaz postotka sudionica koje paze ili ne paze na prehranu u trudnoći.

Izvor: autor

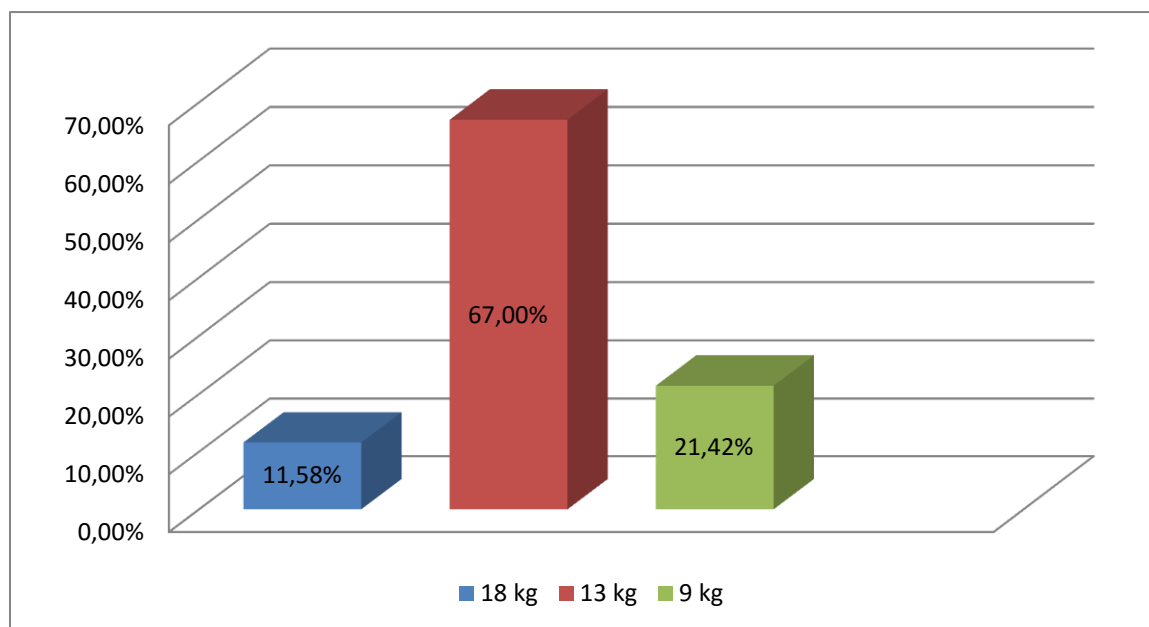
**Pitanje 11.** Koliki je normalan prirast težine u trudnoći?

Na pitanje koliki je normalan prirast težine u trudnoći 2/3 sudionica, njih 1273 (67,0%) odgovorilo je da je 13 kilograma. 407 (21,42%) sudionica odgovorilo je 9 kilograma, a 220 (11,58%) sudionica smatra kako je normalan prirast težine u trudnoći 18 kilograma.

Koliki je normalan prirast težine u trudnoći?		
	FREKVENCIJA	POSTOTAK%
18 kg	220	11,58
13 kg	1273	67,0
9 kg	407	21,42
<b>UKUPNO</b>	<b>1900</b>	<b>100</b>

**Tablica 4.11.** Frekvencija i postotak sudionica s obzirom na smatrani normalan prirast težine u trudnoći.

Izvor: autor



**Grafikon 4.8.** Grafički prikaz postotka sudionica s obzirom na smatrani normalan prirast težine u trudnoći.

Izvor: autor

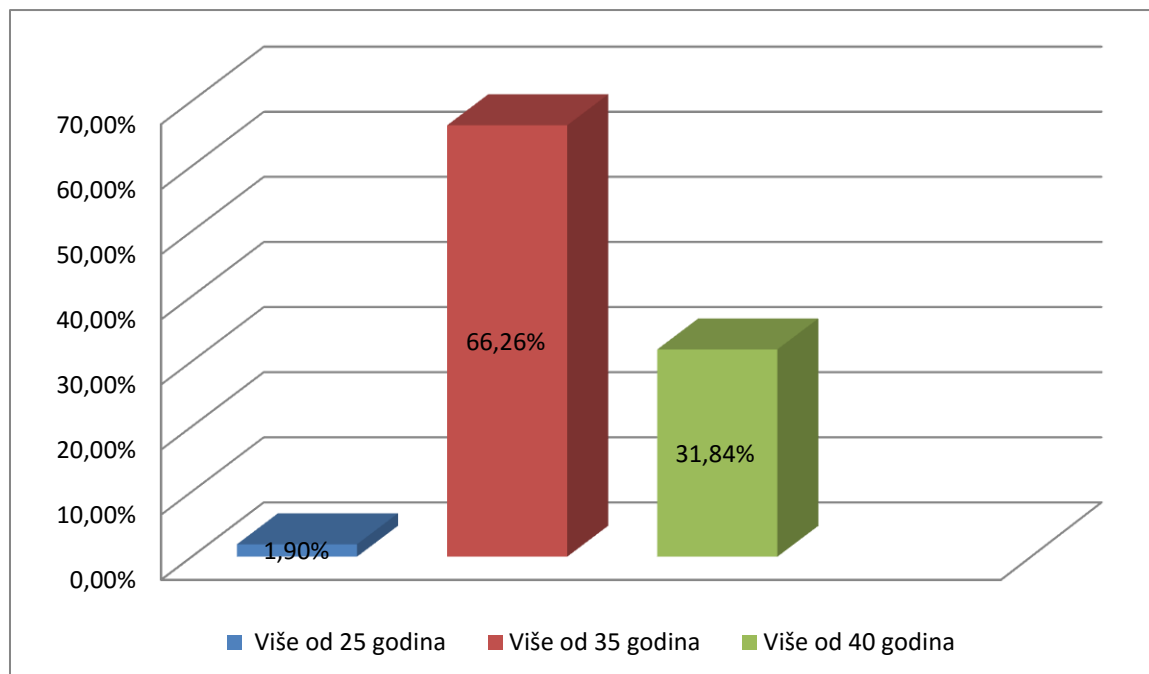
**Pitanje 12.** Iznad koje godine starosti se javlja rizik za trudnoću?

Na pitanje iznad koje godine starosti se javlja rizik za trudnoću gotovo 2/3, odnosno 1259 (66,26%) sudionica odgovorilo je da je to iznad 35 godina starosti. Gotovo 1/3 sudionica, njih 605 (31,84%) smatra kako je to iznad 40 godina starosti, a tek 36 (1,9%) sudionica smatra kako je to iznad 25 godina starosti.

Iznad koje godine starosti se javlja rizik za trudnoću?		
GODINE	FREKVENCIJA	POSTOTAK%
Više od 25	36	1,9
Više od 35	1259	66,26
Više od 40	605	31,84
<b>UKUPNO</b>	<b>1900</b>	<b>100</b>

**Tablica 4.12.** Frekvencija i postotak sudionica obzirom na smatrane godine starosti u kojima se javlja rizik za trudnoći.

Izvor: autor



**Grafikon 4.9.** Grafički prikaz postotka sudionica obzirom na smatrane godine starosti u kojima se javlja rizik za trudnoću.

Izvor: autor



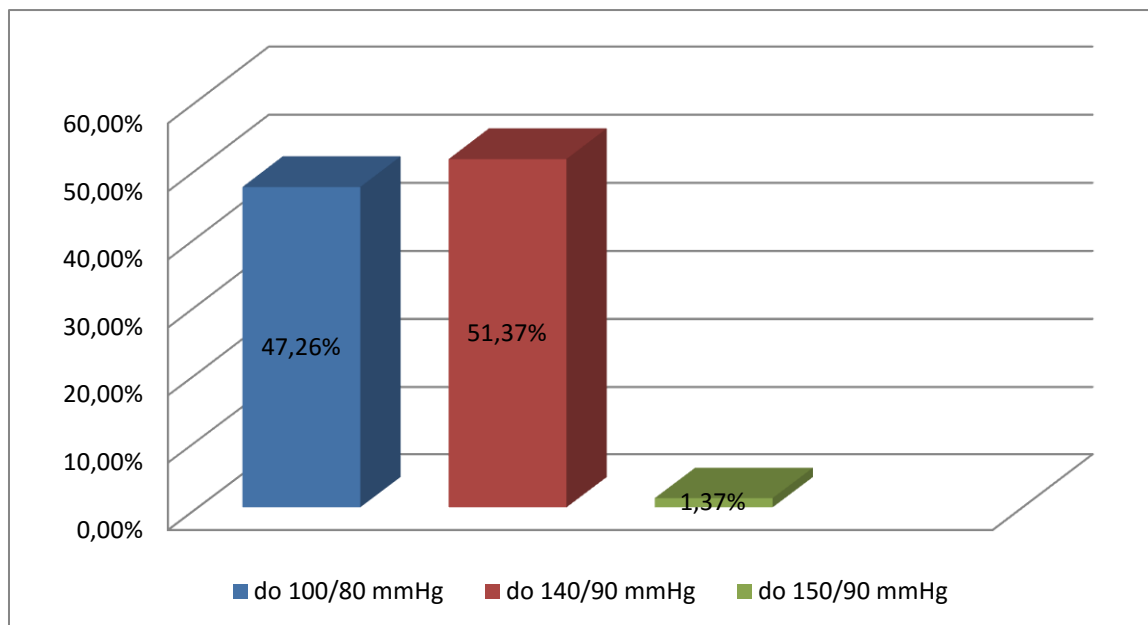
**Pitanje 13.** Koja je normalna vrijednost krvnog tlaka u trudnoći?

Na pitanje koja je normalna vrijednost krvnog tlaka u trudnoći 976 (51,37%) sudionica odgovorilo je kako je to do 140/90. Nešto manje sudionica, njih 898 (47,26%) odgovorilo je kako je to do 100/80, a najmanji broj sudionica, njih 26 (1,37%) odgovorilo je kako je normalna vrijednost krvnog tlaka u trudnoći do 150/90.

Koja je normalna vrijednost krvnog tlaka u trudnoći?		
mmHg	FREKVENCIJA	POSTOTAK%
do 100/80	898	47,26
do 140/90	976	51,37
do 150/90	26	1,37
<b>UKUPNO</b>	<b>1900</b>	<b>100</b>

**Tablica 4.13.** Frekvencija i postotak sudionica obzirom na smatranu normalnu vrijednost tlaka u trudnoći.

Izvor: autor



**Grafikon 4.10.** Grafički prikaz postotka sudionica s obzirom na smatranu normalnu vrijednost tlaka u trudnoći.

Izvor: autor

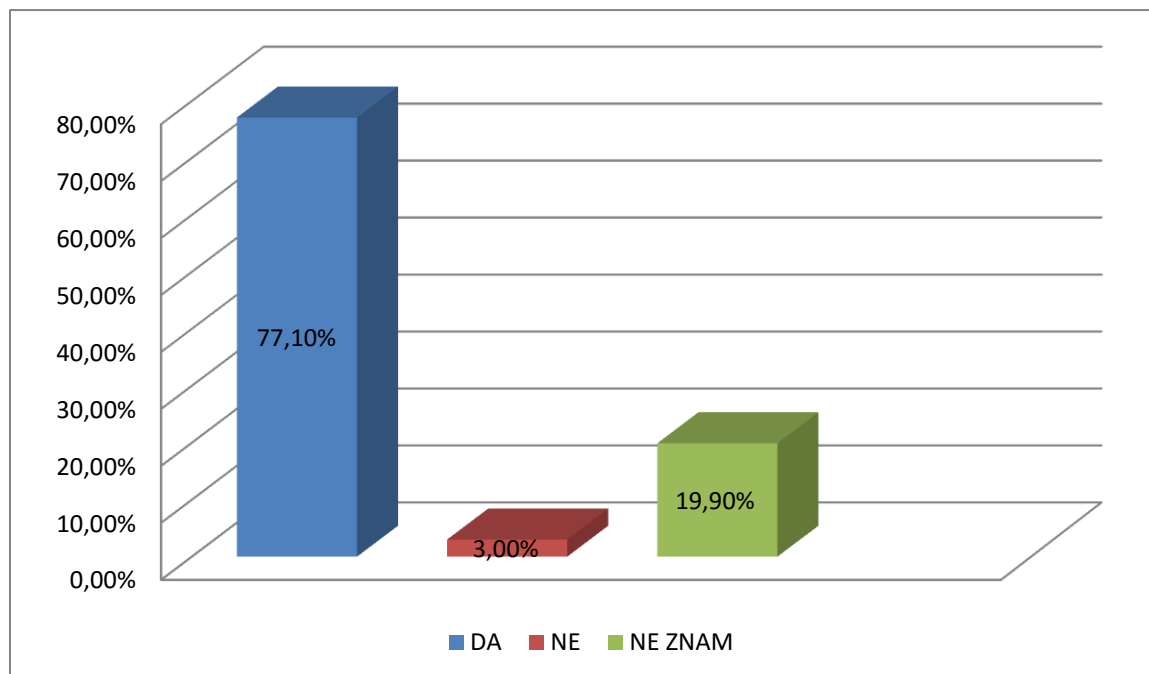
**Pitanje 14.** Mislite li da povišene vrijednosti krvnog tlaka utječu na trudnoću i njezin ishod?

Na pitanje mislite li da povišene vrijednosti krvnog tlaka utječu na trudnoću i njezin ishod, nešto više od  $\frac{3}{4}$  sudionica, odnosno 1462 (77,1%) odgovorile su potvrdno, 57 (3%) sudionica smatra da povišeni krvni tlak ne utječe na trudnoću i njezin ishod, a 378 (19,9%) sudionica ne zna.

Mislite li da povišene vrijednosti krvnog tlaka utječu na trudnoću i njezin ishod?		
	FREKVENCIJA	POSTOTAK%
DA	1464	77,1
NE	58	3,0
NE ZNAM	378	19,9
<b>UKUPNO</b>	<b>1900</b>	<b>100</b>

**Tablica 4.14.** Frekvencija i postotak sudionica obzirom na smatrani utjecaj povišenih vrijednosti krvnog tlaka na trudnoću i njezin ishod.

Izvor: autor



**Grafikon 4.11.** Grafički prikaz postotka sudionica obzirom na smatrani utjecaj povišenih vrijednosti krvnog tlaka na trudnoću i njezin ishod.

Izvor: autor

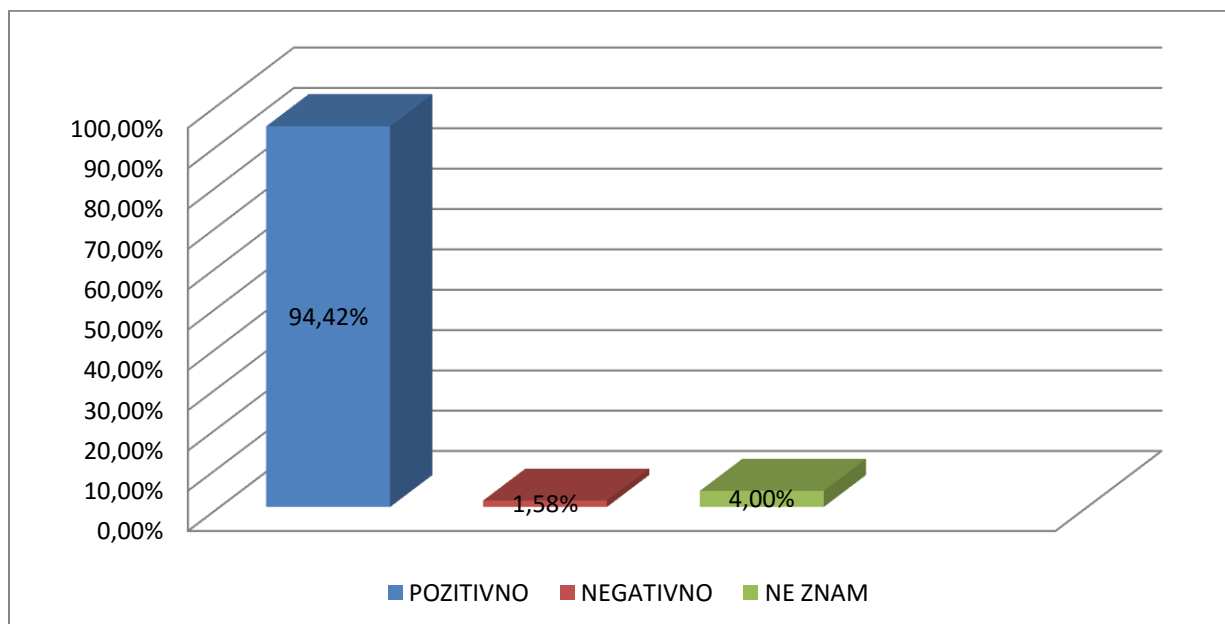
**Pitanje 15.** Utječe li, prema vašem mišljenju, fizička aktivnost pozitivno ili negativno na organizam u trudnoći?

Na pitanje utječe li fizička aktivnost pozitivno ili negativno na organizam u trudnoći, većina sudionica, odnosno 1794 (94,42%) smatra kako fizička aktivnost utječe pozitivno na trudnoću, a tek 30 (1,58%) sudionica smatra kako fizička aktivnost negativno utječe na trudnoću.

Utječe li, prema vašem mišljenju, fizička aktivnost pozitivno ili negativno na organizam u trudnoći?		
	FREKVENCIJA	POSTOTAK%
<b>POZITIVNO</b>	1794	94,42
<b>NEGATIVNO</b>	30	1,58
<b>NE ZNAM</b>	76	4,0
<b>UKUPNO</b>	<b>1900</b>	<b>100</b>

**Tablica 4.15.** Frekvencija i postotak sudionica obzirom na smatrani utjecaj fizičke aktivnosti u trudnoći.

Izvor: autor



**Grafikon 4.12.** Grafički prikaz postotka sudionica obzirom na smatrani utjecaj fizičke aktivnosti u trudnoći.

Izvor: autor

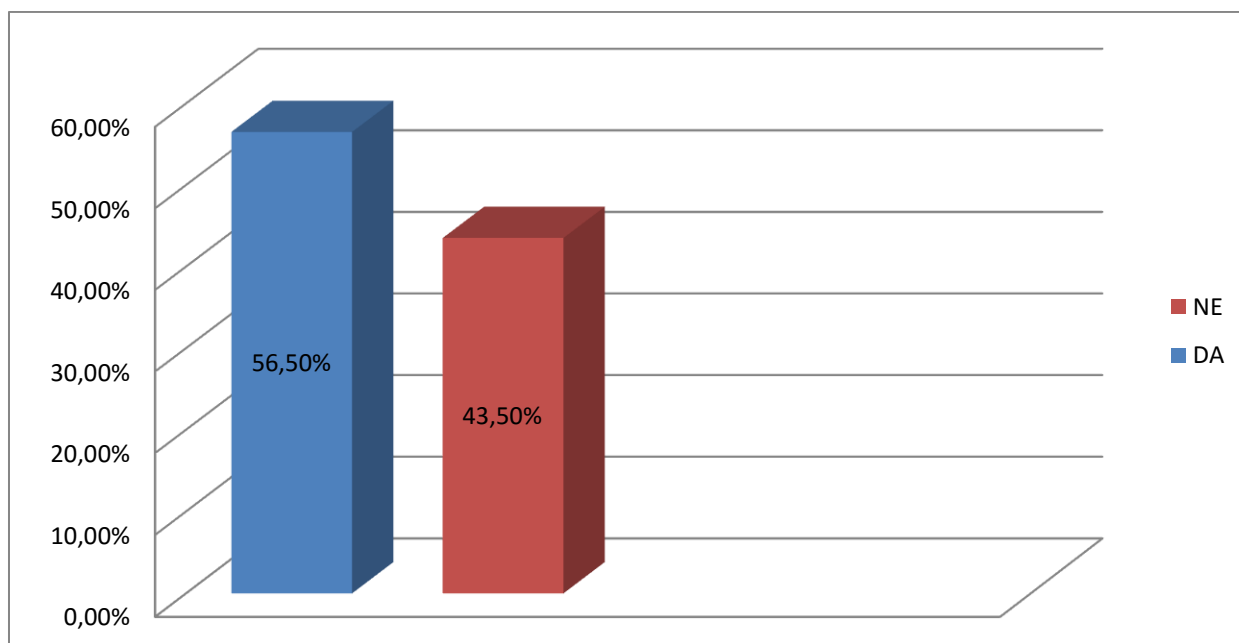
**Pitanje 16.** Biste li željeli da i Vaš partner bude prisutan za vrijeme poroda?

Na pitanje biste li željeli da Vaš partner bude prisutan za vrijeme poroda više od polovine sudionica njih 1074 (56.5%) izjasnilo se potvrdno, dok 826 (43,5%) sudionica ne želi da partner prisustvuje porodu.

<b>Biste li željeli da i Vaš partner bude prisutan za vrijeme poroda?</b>		
	<b>FREKVENCIJA</b>	<b>POSTOTAK%</b>
<b>DA</b>	1074	56,5
<b>NE</b>	826	43,5
<b>UKUPNO</b>	<b>1900</b>	<b>100</b>

**Tablica 4.16.** Frekvencija i postotak sudionica koje žele i ne žele prisutnost partnera za vrijeme poroda.

Izvor: autor



**Grafikon 4.13.** Grafički prikaz postotka sudionica koje žele i ne žele prisutnost partnera za vrijeme poroda.

Izvor: autor

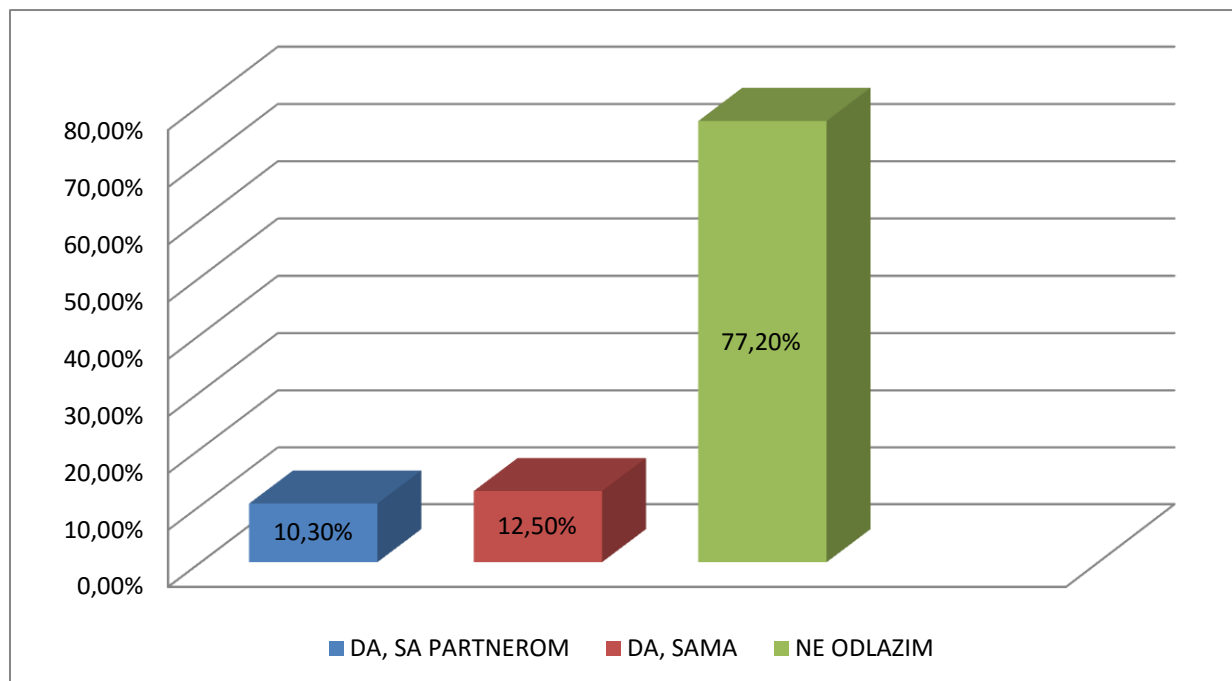
**Pitanje 17.** Odlazite li na tečajevе za pripremu trudnica za porod?

Na pitanje odlaze li na tečajevе za pripremu trudnica za porod više od  $\frac{3}{4}$  ispitanih, njih 1466 (77,2%) izjasnilo se kako ne odlaze na tečajevе, dok se 434 (22,8%) ispitanih izjasnilo kako odlaze na tečajevе. 196 (10,3%) sudionica navelo je kako na tečajevе odlazi s partnerom, a njih 238 (12,5%) same pohađaju tečaj za pripremu trudnica za porod.

Odlazite li na tečajevе za pripremu trudnica za porod?		
	FREKVENCIJA	POSTOTAK%
<b>DA, sa partnerom</b>	196	10,3
<b>DA, sama</b>	238	12,5
<b>Ne odlazim</b>	1466	77,2
<b>UKUPNO</b>	<b>1900</b>	<b>100</b>

**Tablica 4.17.** Frekvencija i postotak sudionica s obzirom na to odlaze li na pripremu trudnica za porod.

Izvor: autor



**Grafikon 4.14.** Grafički prikaz postotka sudionica s obzirom na to odlaze li na pripremu trudnica za porod.

Izvor: autor

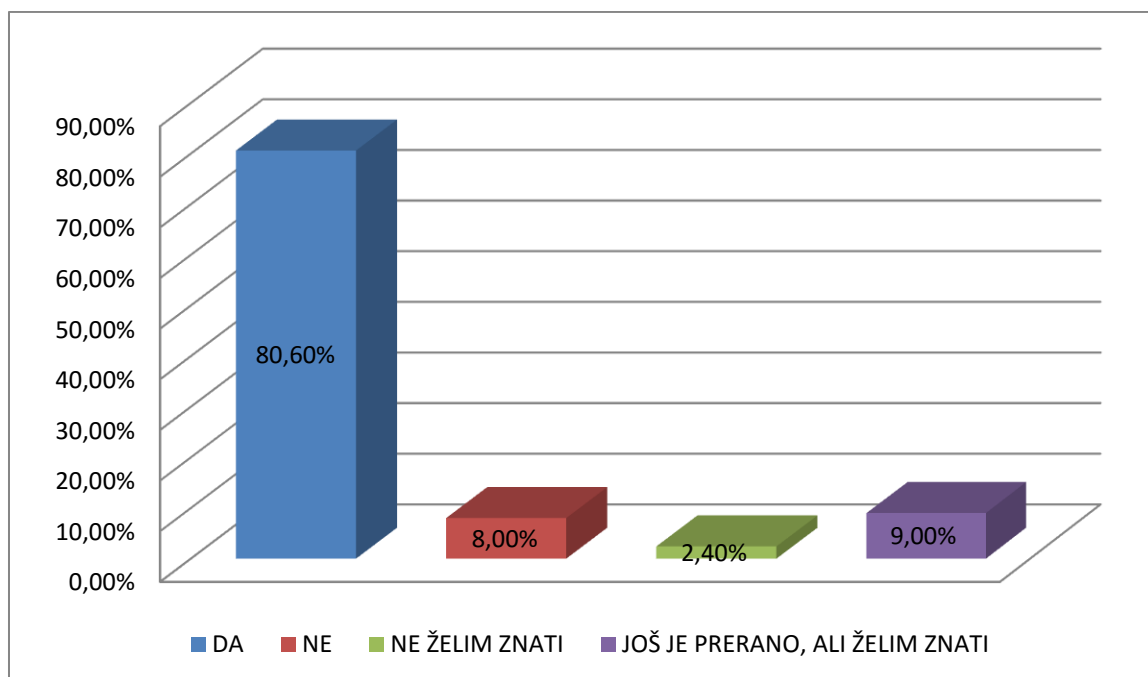
### Pitanje 18. Znete li spol djeteta?

Na pitanje znaju li spol djeteta, nešto više od 4/5 sudionica, njih 1531 (80,6%) odgovorilo je potvrdno. 152 (8%) sudionice ne znaju spol djeteta, 46 (2,4%) sudionica ne želi znati spol djeteta, a njih 171(9%) želi znati spol djeteta, no još je prerano.

Znete li znate spol djeteta?		
	FREKVENCIJA	POSTOTAK%
DA	1531	80,6
NE	152	8,0
Ne želim znati	46	2,4
Još je prerano, ali želim znati	171	9,0
<b>UKUPNO</b>	<b>1900</b>	<b>100</b>

**Tablica 4.18.** Frekvencija i postotak sudionica s obzirom na to znaju li spol djeteta.

Izvor: autor



**Grafikon 4.15.** Grafički prikaz postotka sudionica s obzirom na to znaju li spol djeteta.

Izvor: autor

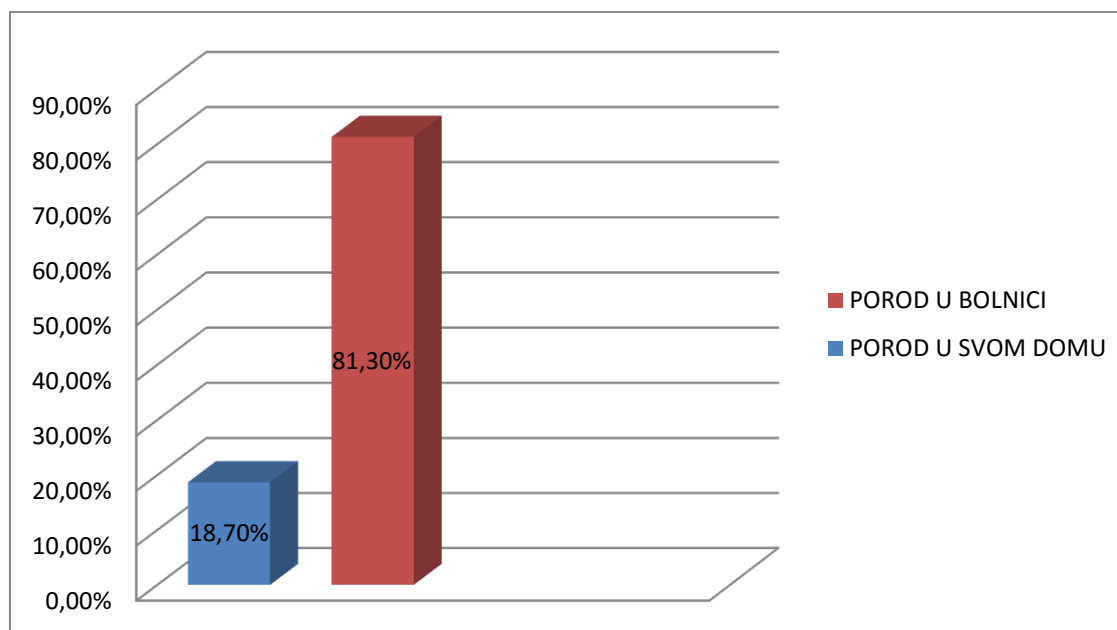
**Pitanje 19.** Kad bi postojala zakonska mogućnost da rodite u svom domu, što biste odabrali?

Na pitanje kad bi postojala zakonska mogućnost da rodite u svom domu, što biste odabrali većina sudionica, njih 1545 (81,3%) izjasnilo se da bi odabrale porod u bolnici, dok se tek 355 (18,7%) sudionica izjasnilo kako bi odabrale porod u svom domu.

Kad bi postojala zakonska mogućnost da rodite u svom domu, što biste odabrali?		
	FREKVENCIJA	POSTOTAK%
<b>POROD U SVOM DOMU</b>	355	18,7
<b>POROD U BOLNICI</b>	1545	81,3
<b>UKUPNO</b>	<b>1900</b>	<b>100</b>

**Tablica 4.19.** Frekvencija i postotak sudionica s obzirom na odabrano željeno mjesto poroda.

Izvor: autor



**Grafikon 4.16.** Grafički prikaz postotka sudionica s obzirom na odabrano željeno mjesto poroda.

Izvor: autor

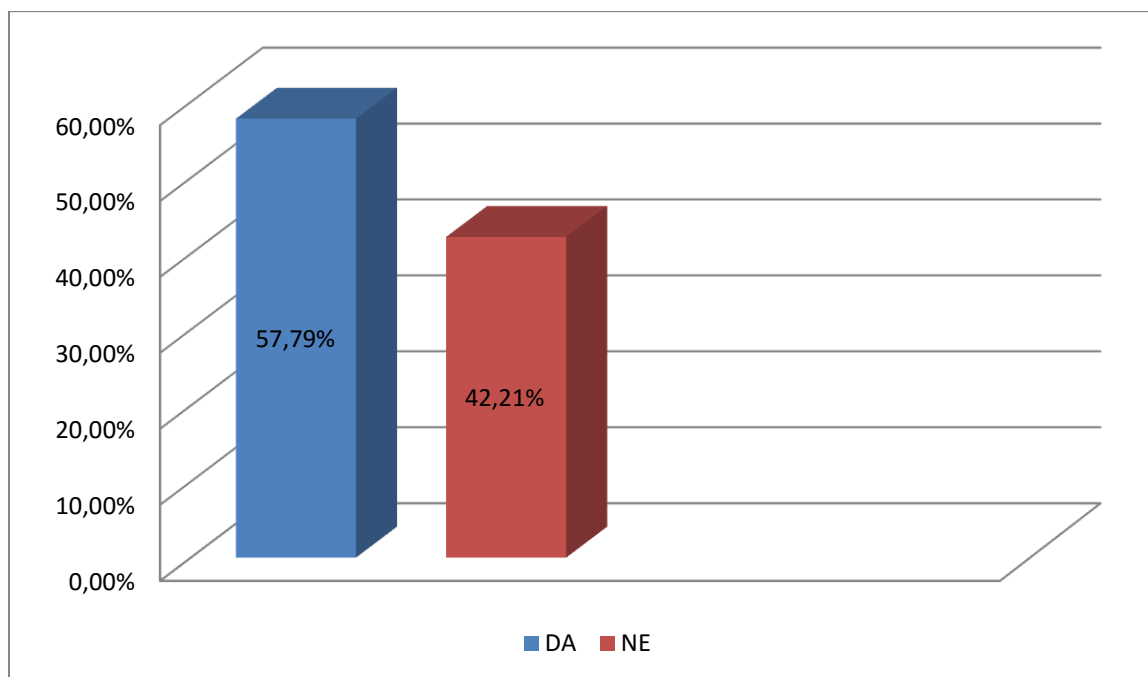
**Pitanje 20.** Bojite li se poroda, ako ste rodili, je li vas bilo strah?

Na pitanje boje li se poroda, odnosno ako su rodile je li ih bilo strah, nešto više od polovice sudionica, njih 1098 (57,79%) odgovorilo je potvrdno, dok je 802 (42,21%) sudionica odgovorilo kako se ne boji poroda.

Bojite li se poroda, ako ste rodili, je li vas bilo strah?		
	FREKVENCIJA	POSTOTAK%
DA	1098	57,79
NE	802	42,21
<b>UKUPNO</b>	<b>1900</b>	<b>100</b>

**Tablica 4.20.** Frekvencija i postotak sudionica koje se ne boje/nisu bojale i koje se boje/koje su se bojale poroda.

Izvor: autor



**Grafikon 4.17.** Grafički prikaz postotka sudionica koje se ne boje/nisu bojale i koje seboje/koje su se bojale poroda.

Izvor: autor



**Pitanje 21.** Na ljestvici 1-10 procijenite jačinu straha od poroda.

Na pitanje da procijene jačinu straha od poroda na ljestvici od 1 – 10 najveći broj sudionica, njih 330 (16,89%) strah je ocijenilo brojem 5, a 316 (16,67%) sudionica strah od poroda ocijenilo je brojem 10. Najmanji broj sudionica, odnosno 11 (0,59%) strah od poroda ocijenilo je sa 10+, dok tek 22 (1,18%) sudionica nema uopće strah od poroda. Dobiveni podaci također pokazuju kako najviše žena koje su sudjelovale u istraživanju ima umjereni strah od poroda, i to njih 752 (39,58%). Tek nešto manje žena ima visoki strah od poroda, i to njih 688 (36,21%). Najmanje žene obuhvaćenih istraživanjem ima nisku razinu strah od poroda, odnosno njih 460 (24,21%)

<b>Jačina straha od poroda</b>			
	<b>FREKVENCIJA</b>	<b>POSTOTAK%</b>	
0	22	1,18	<b>NISKI STRAH OD PORODA</b> • Frekvencija - 460 • Postotak 24,21
1	155	8,31	
2	111	5,95	
3	172	9,22	
4	85	4,56	<b>UMJERENI STRAH OD PORODA</b> • Frekvencija - 752 • Postotak - 39,58
5	330	16,89	
6	131	7,02	
7	206	10,51	
8	250	13,14	<b>VISOKI STRAH OD PORODA</b> • Frekvencija - 688 • Postotak - 36,21
9	111	5,95	
10	316	16,67	
10+	11	0,59	
<b>UKUPNO</b>	<b>1900</b>	<b>100</b>	

**Tablica 4.21.** Frekvencija i postotak sudionica za pojedinu kategoriju jačine straha od poroda.

Izvor: autor

## 5. Rasprava

U provedenom istraživanju sudjelovalo je 1900 žena, od čega je više od polovice njih, odnosno 1148 (60,4%) imalo 25-35 godina. Gotovo polovina sudionica ankete, njih 899 (47,32%) bile su prvi puta trudne, a tek je nešto manje sudionica, njih 709 (37,32%) bilo je trudno po drugi put. Analiza dobivenih podataka pokazala je kako je najveći broj sudionica istraživanja prvi puta rodilo u dobi 25-27 godina i to njih 463 (24,37%).

Daljnjom analizom podataka utvrđeno je da je 416 (21,9%) sudionica istraživanja imalo komplikacije tijekom trudnoće, a njih 295 (15,5%) je imalo komplikacije tijekom poroda. Od komplikacija tijekom trudnoće najčešća je bila pojava krvarenja i to kod 42 (9,55%) žene, potom visoki tlak kod 34 (7,72%) žene, te pojava hematoma kod njih 28 (6,36%). Od komplikacija tijekom poroda najčešći je carski rez kojeg je imalo 37 (13,03%) žena, u uzorku od 284 žene koje su imale komplikacije kod poroda.

Daljnja skupina pitanja odnosila se na brigu žena o vlastitom zdravlju za vrijeme trudnoće:

- na pitanje o konzumaciji alkohola i cigareta, od ukupno 1900 sudionica, nešto manje od polovine njih, odnosno 836 (44%) prestalo je pušiti i piti alkohol tijekom trudnoće; njih 335 (17,6%) prestalo je konzumirati alkoholna pića, njih 330 (17,4%) prestalo je pušiti; ukupno 399 žena (21%) nastavilo je u trudnoći konzumirati alkohol i cigarete, i to njih 266 (14%) u smanjenim količinama, a njih 133 (7%) jednako kao i prije trudnoće,
- gotovo  $\frac{3}{4}$  sudionica istraživanja, njih 1408 (74,1%) kontroliralo je razinu šećera u trudnoći,
- više od polovine sudionica istraživanja, njih 1142 (60,1%) nije pazilo na prehranu u trudnoći.

Navedeni rezultati upućuju na potrebu bolje edukacije trudnica, osobito o štetnosti konzumacije alkohola i cigareta u trudnoći, kao i važnosti zdrave i pravilne prehrane za majku i dijete. Medicinska sestra u ulozi savjetnice pomaže trudnici u prepoznavanju problema, pri izboru mogućih rješenja, kao i u prepoznavanju bitnih čimbenika za rješavanje problema. U ulozi edukatora pomaže u usvajanju ponašanja koje koriste zdravlju te u usvajanju promjena za zdravlje štetnog ponašanja, poput konzumacije alkohola i cigareta u trudnoći. Medicinska sestra, osim toga, može upoznati trudnicu s namirnicama koje su preporučene, odnosno s

namirnicama koje nije preporučljivo konzumirati, kako bi se izbjegle nutritivne tegobe što je osobito značajno kod nedovoljnog ili prevelikog porasta u težini trudnice. Osim toga, medicinska sestra može savjetovati o vrsti vježbi i aktivnosti koje su preporučene, a koje nisu preporučene, što ovisi o samoj trudnici i trudnoći, budući da je svaka trudnoća jedinstvena.

Daljnja skupina pitanja imala je za cilj ispitati razinu znanja trudnica o rizičnim faktorima u trudnoći:

- najveći broj sudionica istraživanja, njih 1273 (67%) izjasnilo se kako je normalan prirast težine u trudnoći 13 kilograma,
- gotovo 2/3 sudionica istraživanja smatra kako se rizik za trudnoću javlja iznad 35-te godine starosti, njih 1259 (66,26%),
- nešto više od polovine sudionica istraživanja, njih 976 (51,37%) smatra kako je normalna vrijednost krvnog tlaka u trudnoći 140/90 mmHg, a tek nešto manje žena, njih 898 (47,26%) smatra kako je normalna vrijednost krvnog tlaka u trudnoći 100/80 mmHg,
- više od ¾ sudionica istraživanja, njih 1464 (77,1%) smatra da povišene vrijednosti krvnog tlaka utječu na trudnoću i njezin ishod, dok je 378 (19,9%) sudionica na ovo je pitanje odgovorilo da neznaju da li povišene vrijednosti krvnog tlaka utječu na trudnoću i njezin ishod,
- od 1900 sudionica istraživanja, njih 1794 (94,42%) smatra kako fizička aktivnost pozitivno utječe na organizam u trudnoći.

Sljedeća skupina pitanja odnosila se na porod, te su dobiveni sljedeći rezultati:

- od ukupno 1900 sudionica istraživanja, njih 1074 (56,5%) izjasnilo se da bi željelo da partner prisustvuje porodu, a njih 826 (43,5%) izjasnilo se kako ne želi da partner bude prisutan tijekom poroda,
- u odnosu na pripremu trudnica za porod u vidu odlaska na specijalizirane tečajeve, više od ¾ sudionica istraživanja, njih 1466 (77,2%) nije odlazilo na tečajeve za pripremu trudnica za porod,
- više od 4/5 sudionica istraživanja, njih 1545 (81,3%) želi porod u bolnici, dok bi tek 355 (18,7%) njih odabralo vlastiti dom kao željeno mjesto poroda kada bi to u Hrvatskoj bilo moguće,

- više od polovine žena, njih 1098 (57,79%) boji se poroda, dok se njih 802 (42,21%) se ne boji poroda,
- na ljestvici od 1-10 jačinu straha od poroda najveći je broj žena, njih 330 (16,89%) ocijenilo sa 5, njih 316 (16,67%) sa 10, a njih 250 (13,14%) sa 8.

Splet društvenih i gospodarskih čimbenika u zadnjih je nekoliko desetljeća utjecao na činjenicu da se žene sve kasnije odlučuju na bračnu zajednicu što ujedno doprinosi i pomicanju dobi u kojoj se žene odlučuju na rođenje prvog djeteta. Tako je 1971. prosječna prvorotkinja bila u ranim dvadesetima, a više od četiri desetljeća kasnije u kasnim dvadesetima. Prosječna starost majke pri prvom porodu 2015. godine u Hrvatskoj bila je 28,6 godina. [12] Za usporedbu, najveći broj sudionica ovog istraživanja prvi puta rodilo u dobi 25-27 godina i to njih 463 (24,37%). Upravo se činjenica da žene sve duže odgađaju majčinstvo vezuje uz veću pojavu komplikacija u trudnoći i pri porodu.

Sušanj etal. u svom radu navode kako prvorotkinje koje rađaju prije 18-te godine života te prvorotkinje starije od 35 godina pripadaju rizičnoj skupini roditelja, uz češću pojavu komplikacija, krvarenja tijekom trudnoće, prijeteci spontani pobačaji, EPH – gestoze i prijevremeni porod. Kod starijih prvorotkinja također je češće završenje poroda carskim rezom. Prema ovom istraživanju, na pitanje iznad koje godine starosti se javlja rizik za trudnoću, 2/3 ispitanih, odnosno 1259 (66,26%) odgovorilo je točno, odnosno da je to iznad 35 godina starosti. No, čak 605 (31,84%) sudionica smatra kako je to iznad 40 godina starosti, što može upućivati na nedovoljno znanje o potencijalnim rizicima u trudnoći.

Najčešća komplikacija pri porodu je carski rez. U 2015. godini je bilo 7724 carskih rezova, što je činilo 21% svih poroda u Hrvatskoj u toj godini. Općenito broj carskih rezova je u porastu, stoga je nužno smanjenje broja poroda koji završavaju carskim rezom, kada to nije medicinski opravdano, te vraćanje prirodnom spontanom porodu. Uzroke takvog stanja objašnjava Hrvatski zavod za javno zdravstvo: „Problem porasta carskih rezova povezuje se s tumačenjem prava pacijenata odnosno utjecajem volje roditelja na odluku o načinu dovršenja poroda te mogućnostima naplaćivanja ovakvih postupaka u privatnim rodilištima, čak i onda kad nisu stručno opravdani, ali i povećanim oprezom struke vezano uz sve češće tužbe za eventualnu stručnu grešku u trudnica s komplikacijama u trudnoći i/ili porodu i nepovoljnim perinatalnim ishodom“. [12] Ovo je istraživanje također pokazalo da je carski rez najčešća komplikacija koja se javlja tijekom poroda, a javlja se kod 13,03% trudnica koje su imale

neku komplikaciju prilikom poroda. No, uzme li se u obzir uzorak od 1900 žena, carskim je rezom završilo nešto manje od 2% (1,95%) poroda. Nizak postotak ove vrste komplikacije pri porodu može se dovesti u vezu s činjenicom da je u ispitivanom uzorku prvoročkinja mlađih od 18 godina bilo 30 (1,58%), a prvoročkinja starijih od 35 godina bilo je 39 (2,05%), s obzirom na to trudnoće prije 18 godine imaju veći postotak komplikacija, a kod starijih prvoročkinja češće je završenje poroda carskim rezom.

Gestacijski dijabetes najčešće nestaje nakon rođenja djeteta, no može imati nepovoljan utjecaj na trudnoću i fetus. Osim toga, može imati negativne posljedice i za kasniji život majke i djeteta. Ovaj se poremećaj dijagnosticira OGTT pretragom i to između 24 i 32 tjedna trudnoće. Istraživanje je pokazalo da trudnice u visokom postotku paze na šećer u krvi, naime 74,1% sudionica izjasnilo se kako kontrolira šećer u krvi. S obzirom na niz negativnih posljedica koje ova bolest može imati, te unatoč činjenici da se radi o podatku koji ulijeva optimizam, dodatnom edukacijom trudnica ovaj bi postotak mogao biti i veći. Postotak pojave dijabetesa kod trudnica obuhvaćenih ovim istraživanjem iznosi 4,09%. Slične podatke iznosi Erjavec u svom radu (2016): prevalencija gestacijskog dijabetesa u Hrvatskoj je 4,67%, a u Europi 2-6%. Za usporedbu prevalencija gestacijskog dijabetesa u nekim je dijelovima Indije visokih 13,9%, u Kini 8,1-9,3%, a u SAD-u 9,3%. [6]

Grujić i Milašinović u radu (2006) iznose podatak kako se hipertenzivni sindrom javlja kod 6-10% trudnica. [7] U ovom su istraživanju dobiveni nešto drugačiji podaci. U čitavom uzorku od 1900 žena hipertenzivni sindrom imalo je njih 39 odnosno 2,05%. No, u uzorku od 440 žena koje su imale komplikacije u trudnoći, njih 39 (8,86%) imalo je visoki tlak, preeklamsiju ili eklamsiju, što je ujedno i druga najčešća komplikacija kod sudionica istraživanja.

Za ranu detekciju hipertenzivne trudnoće nužna su mjerenja krvnog tlaka, tjelesne težine, evidencija edema i pregled urina na proteine. Kod trudnica koje pripadaju nisko rizičnoj skupini klinički se pregled preporučuje 9-12 puta tijekom trudnoće, uz 3-4 ultrazvučna pregleda i 3-4 hematološke i biokemijske analize. Kod trudnica čija je trudnoća visoko rizična, preporučuje se obaviti klinički pregled 12-15 puta, a najmanje 5-6 puta ultrazvučnu kontrolu i u isto vrijeme napraviti hematološke i biokemijske analize. Rizici za razvoj hipertenzije, preeklamsije i eklamsije u trudnoći su: nuliparitet, hipertenzija, preeklamsija i eklamsija u obitelji, hipertenzija u prethodnoj trudnoći, godine starosti (trudnice mlađe od 18 i starije od 35 godina, pretilost, dijabetes, dijabetes melitus i dr.). [7]

Na pitanje koja je normalna vrijednost krvnog tlaka u trudnoći nešto više od polovine sudionica istraživanja, odnosno njih 976 (51,37%) odgovorilo je točno, odnosno da je to 140/90 mmHg. No, zabrinjavajuće je kako je čak 898 (47,26%) žena odgovorilo da je to do 100/80 mmHg, a njih 26 (1,37%) kako je normalna vrijednost krvnog tlaka u trudnoći do 150/90 mmHg. S druge strane žene obuhvaćene istraživanjem su dobro informirane o utjecaju povišenih vrijednosti krvnog tlaka na trudnoću i njezin ishod, što dokazuje podatak da njih 1464 (77,1%) smatra kako povišene vrijednosti krvnog tlaka imaju utjecaj na trudnoću i njezin ishod.

Leppéeetal. u svom istraživačkom radu (2008) bavili su se štetnim navikama u trudnoći, odnosno utjecajem ksenobiotika (alkohol, cigarete i opojne droge) na razvoj fetusa i novorođenčadi, te su došli do sljedećih podataka: 12,2% trudnica koristilo je alkohol, cigarete i opojne droge u trudnoći. Alkohol je koristila 21 (0,3%), cigarete 829 (11,8%), a opojne droge 5 (0,01%) trudnica. Rezultati istraživanja pokazali su da su malformacije pronađene u 105 (12,3%) fetusa i novorođenčadi. Autori zaključuju: „Na osnovi ovih rezultata ne možemo sa sigurnošću tvrditi što je pravi uzrok nađenih malformacija, jer plod obično nije izložen djelovanju samo jednog izoliranog teratogenog faktora, ali primjenu alkohola, nikotina i opojnih droga tijekom trudnoće u svakom slučaju treba izbjegavati“. Dio istraživanja koji se provodio u Zagrebu dao je zanimljive podatke. Naime, 235 (26,3%) trudnica izjasnilo se da su rijetko konzumirale alkohol u trudnoći, a njih 639 (71,6%) izjasnilo se da uopće nije konzumiralo alkohol u trudnoći.[13]

Frković i Katalinić u svom radu (2006) navode kako se uzimanje jednog pića na dan ili više povezuje s povećanim rizikom za spontani pobačaj, intrauterini zastoj rasta i manju porodnu težinu te prijevremeni porod. U najtežim slučajevima može nastati fetalni alkoholni sindrom čija su obilježja zastoj rasta, kardiovaskularne abnormalnosti, abnormalnosti lica, disfunkcija središnjeg živčanog sustava i mentalna retardacija. [14] Općenito se smatra da ukoliko žena u trudnoći prestane uzimati alkohol, prestaje i opasnost od njegovog štetnog djelovanja na plod. U usporedbi s rezultatima istraživanja provedenog u svrhu ovog završnog rada pušiti i konzumirati alkoholna pića u trudnoći prestalo je 44% (836) žena, 17,6% (334) sudionica izjasnilo se kako su prestale konzumirati alkohol u trudnoći, a njih 17,4% (330) prestalo je pušiti u trudnoći. Svaka peta trudnica (21%) pušila je i pila u trudnoći. Brojne su studije u svijetu provedene na ovu temu te se primjerice došlo do zaključaka da je pušenje tijekom trudnoće odgovorno za embrio-fetotoksične efekte. Pušenje u trudnoći dovodi do učestalih spontanih pobačaja, rađanja djece s manjom težinom te povećava perinatalni mortalitet. Stoga

je ovaj podatak zabrinjavajući i upućuje na činjenicu da bi se trudnice trebalo bolje upoznati s lošim utjecajem cigareta i alkohola na dijete kako bi se ovaj postotak smanjio.

Pravilna prehrana osobito je važna od strane buduće majke te prevenira pojavu čitavog niza oboljenja koja se vežu uz nepravilnu prehranu. Osim toga, veliki broj žena u trudnoći smanjuje fizičku aktivnost u odnosu na razdoblje prije trudnoće, a u tom slučaju energetske potrebe tijekom trudnoće mogu biti i manje nego prije trudnoće. Trudnicama tokom redovnih ginekoloških pregleda treba kontrolirati i težinu, a sva veća odstupanja od prekomjernih potrebno je shvatiti ozbiljno. Kod trudnica s prekomjernom težinom češća je pojava hipertenzije (preeklampsija, eklampsija). Trudnicama koje su prije trudnoće bile pothranjene ( $BMI \leq 18,5$ ) preporučuje se veći porast težine do kraja trudnoće, od 13-18 kilograma. Pretilim trudnicama preporučuje se porast težine od oko 7 kilograma, mada su preporuke za pretilu trudnice još uvijek predmet rasprave. U normalnoj trudnoći očekivano povećanje trudnoće je 9-11 kilograma. Dakle, dozvoljeni porast tjelesne mase u trudnoći ovisi o uhranjenosti majke prije trudnoće. [8]

Na pitanje koliki je normalan prirast u trudnoći najveći broj sudionica istraživanja, 1273 (67%) odgovorilo je da je to 13 kilograma, njih 407 (21,42%) da je to 9 kilograma, a njih 220 (11,58%) da je to 18 kilograma. Dolić u svom radu (2014) navodi kako preporučena vrijednost porasta težine tijekom trudnoće za trudnicu koja je prije trudnoće imala normalnu težinu ( $BMI 18,5-24,9$ ) iznosi 11,5-16 kilograma, pa se točnim odgovorom može smatrati 13 kilograma, iz čega proizlazi da je točno odgovorilo više od 2/3 žena, odnosno 67%. Budući da 33% žena ne zna točan podatak o normalnom prirastu težine u trudnoći, to bi također moglo ukazivati na potrebu za boljom edukacijom trudnica.

U zadnjih dvadesetak godina promjenio se stav stručnjaka o tjelovježbi u trudnoći. Naime, ne tako davno smatralo se da je trudnoća stanje u kojem žena treba mirovati, no brojni znanstveni dokazi idu u prilog tome da vježbanje ima pozitivan učinak tijekom trudnoće. Posljednje preporuke navode da i trudnice koje su ranije bile sedatorne započnu s tjelesnom aktivnošću, a da žene koje su prije trudnoće bile fizički aktivne nastave s aktivnošću na razini umjerenog intenziteta 30-45 minuta dnevno, što više dana u tjednu. Fizička aktivnost i vježbanje u trudnoći su preporučljivi svim trudnicama s urednim tijekom trudnoće, a pozitivni učinci mogu dovesti i do smanjenja broja nastalih komplikacija u trudnoći (preeklampsija, hipertenzija, gestacijski dijabetes). Također, do sada nisu zabilježeni negativni učinci vježbanja na ishod trudnoće niti na razvoj djeteta. [16]

Tomić et al. u svom radu (2016) navodi da je svijest o pozitivnim aspektima vježbanja u trudnoći, kao i o preporučljivosti istog, u zapadnoj civilizaciji razvijena u 50-60% trudnica, no u Hrvatskoj je svega 3-5% trudnica fizički aktivno. Unatoč podatku koji iznose Tomić et al. da je u Hrvatskoj 3-5% trudnica fizički aktivno, ovo istraživanje je pokazalo da velika većina trudnica, odnosno njih 1794 (94,42%) zna da fizička aktivnost pozitivno utječe na trudnoću i njezin ishod. U usporedbi s drugim pitanjima koja su ispitivala znanje žena o primjerice krvnom tlaku, normalnom prirastu težine u trudnoći, godinama starosti iznad kojih se javlja rizik za trudnoću, na ovo je pitanje značajno veći broj sudionica točno odgovorilo.

Tečajevi za pripremu trudnica za porod povećavaju svijest i sposobnost trudnih žena u prevladavanju straha i tjeskobe, kao i u prevladavanju boli pri porodu. Otagaraetal u svom istraživanju (2017) navode kako su po pitanju tjeskobe i straha od poroda sudionici uvjerenja da nedostatak znanja i strah od nepoznatog kod majki dovode do straha i tjeskobe. Trudnice se u toku tečaja upoznaju s informacijama o trudnoći, vježbama disanja i opuštanja te samim procesom rađanja. Osim toga, kroz tečaj se posjećuje i rodilište. Nakon toga trudnice su bolje pripremljene, lakše kontroliraju tjeskobu te su osposobljene za prevladavanje trudnoće i poroda sa što manje komplikacija. Trudnice su također ohrabrene da izaberu prirodni porod. Otagaraetal. nadalje navode kako smanjenje tjeskobe te učenje metoda za smanjenje boli nestaje i strah od vaginalnog poroda što je osobito važno jer se u zadnjih nekoliko desetljeća dogodio značajan porast interesa za carskim rezom u situacijama kada nema nikakvih medicinskih indikacija za to. Sudionici ovog istraživanja također su naveli kako je prednost tečajeva stvaranje jačih i boljih veza između majke i bolničkog osoblja što rezultira boljom suradnjom na porodu. [17]

Massoumietal su u svom radu (2016) istraživali utjecaj edukacijskih programa na strah žena od vaginalnog porođaja. Zanimljivosti ovog istraživanja je da su određena pitanja bila postavljena istim trudnicama prije pohađanja tečaja te nakon pohađanja tečaja za pripremu trudnica za porod. Žene obuhvaćene istraživanjem svoj su strah od poroda mogle opisati kao niski, umjereni ili veliki. Prije pohađanja tečajeva njih 7 (9,3%) izjasnilo se da ima nisku razinu straha, njih 38 (50,7%) imalo je umjeren strah, a njih 30 (40%) visoki strah od poroda. Nakon pohađanja tečaja njih 16 (21,3%) izjasnilo se da ima nisku razinu straha, njih 36 (48%) imalo je umjeren strah, a njih 23 (30,7%) visoki strah od poroda. Rezultati studije pokazali su kako se veliki broj trudnica boji poroda, a jedan od razloga za strah je nedostatak informacija o samom procesu rađanja, kao i strah od oštećenja fetusa. Također, rezultati studije su pokazali da priprema trudnica za porod u značajnoj mjeri smanjuje strah od prirodnog



poroda.[18] Stoga zabrinjava podatak da je od 1900 žena obuhvaćenih ovim istraživanjem, tek njih 434 (22,8 %) pohađalo takve tečajeve. To bi mogao biti jedan od razloga zbog kojeg je razina straha od poroda kod  $\frac{3}{4}$  žena (75,8%) obuhvaćenih ispitivanjem umjerena ili visoka. Odgovornost za to leži na cjelokupnom zdravstvenom sustavu koji ovakve tečajeve treba popularizirati i približiti trudnicama.

Medicinska sestra u svom radu s trudnicama, a osobito kada se radi o onima s visokorizičnom trudnoćom, trebala bi imati dobre komunikacijske vještine te u razgovoru s trudnicom biti jasna, konkretna i razumljiva i odgovoriti trudnici na sva njezina pitanja. S druge strane primalje koje sudjeluju u organizaciji tečajeva za pripremu trudnica za porod imaju za glavni zadatak, uz ostale članove tima, objasniti proceduru samog poroda te uspostaviti pozitivnu komunikaciju. Ristić et al. u svom su radu (2017) istraživali korisnost tečajeva za pripremu trudnica. Educiranost medicinske sestetrudnice koje su pohađale tečaj ocijenile su prosječnom ocijenom 4,37, no iako je medicinska sestra dobila vrlo dobru ocijenu, više od polovine ispitanih izjasnilo se kako ih je medicinska sestra na tečaju mogla bolje informirati o nekim situacijama koje ih očekuju nakon samog poroda. Navedeno upućuje na potrebu za boljom edukacijom medicinskih sestara, ali i potrebu za radom na poboljšanju komunikacijskih vještina.

## 6. Zaključak

Cilj je ovog istraživačkog rada bio ispitati upućenost trudnica o rizicima u trudnoći upotrebom anketnog upitnika od 22 pitanja. Rezultati istraživanja pokazali su kako su trudnice dobro upućene u rizike u trudnoći, no ipak je potrebno raditi na dodatnoj edukaciji. Visoku razinu znanja o pojedinim faktorima rizika pokazuju sljedeći podaci: više od  $\frac{3}{4}$  ispitivanih trudnica smatralo je da povišene vrijednosti krvnog tlaka u tječu na trudnoću i njezin ishod; gotovo 95% trudnica smatralo je kako fizička aktivnost pozitivno utječe na organizam u trudnoći; gotovo  $\frac{2}{3}$  trudnica smatralo je kako se rizik za trudnoću javlja iznad 35 godine starosti;  $\frac{2}{3}$  trudnica smatralo je kako je normalan prirast težine u trudnoći 13 kilograma; a gotovo  $\frac{3}{4}$  trudnica kontroliralo je razinu šećera u trudnoći.

Odgovori na pojedina pitanja upućuju na to da je dodatna edukacija potrebna, što se osobito odnosi na pojedine navike, bilo da one utječu pozitivno ili negativno na trudnoću. Tako više od polovine sudionica istraživanja, oko 60% nije pazilo na prehranu u trudnoći. Voditi računa o prehrani u trudnoći nije samo bitno za trudnice čija je trudnoća visokorizična, već i za sve trudnice kako bi prirast težine u trudnoći bio u dozvoljenim okvirima. Osim toga, pravilna prehrana prevenira pojavu čitavog niza oboljenja koja se vežu uz nepravilnu prehranu te smanjuje rizik za pojavu komplikacija. Trudnice su nešto nižu razinu znanja pokazale i na pitanju o normalnoj vrijednosti krvnog tlaka u trudnoći na koje je točno odgovorilo tek nešto više od polovine ispitanih. S obzirom na teške posljedice koje može uzrokovati hipertenzivni sindrom u trudnoći, zabrinjavajuće je kako gotovo polovina trudnica nezna dovoljno o tome.

No, pitanje koje pobuđuje najveću zabrinutost jest pitanje o konzumaciji alkohola i cigareta u trudnoći na koje je 21% žena odgovorilo kako su u trudnoći nastavile konzumirati alkohol i cigarete. Brojne su studije provedene na ovu temu te se došlo do zaključaka da pušenje tijekom trudnoće dovodi do učestalih spontanih pobačaja, rađanja djece s manjom težinom i povećanja perinatalnog mortaliteta. U odnosu na alkohol, istraživanja su pokazala kako se uzimanje jednog pića na dan ili više povezuje s povećanim rizikom za spontani pobačaj, zastoj rasta djeteta te prijevremeni porod. Stoga je na ovom području nužna bolja edukacija trudnica.

Na potrebu za boljom edukacijom trudnica upućuje i podatak kako tek 24,21% njih ima niski strah od poroda. S druge strane gotovo 40% trudnica ima umjereni strah od poroda, a oko

36% trudnica ima visoki strah od poroda. Pojedina su istraživanja pokazala kako se visoki strah od poroda može umanjiti pohađanjem tečajeva za pripremu trudnica. Općenito visoki strah od poroda jedan je od glavnih razloga povećanja broja poroda koji završavaju carskim rezom, kada to nije medicinski neophodno, u posljednjih nekoliko desetljeća. No, ovo istraživanje nije dalo takve podatke te je broj poroda koji su završili carskim rezom izrazito malen u usporedbi s drugim istraživanjima, bez obzira na prevladavanje umjerenog, odnosno visokog straha od poroda. Tečajevi za pripremu trudnica za porod daju trudnicama alate za prevladavanje straha i tjeskobe te ih uče vježbama disanja i opuštanja. Osim toga, kroz tečaj se posjećuje i rodilište te trudnice mogu vidjeti gdje će biti smještene, a i upoznati se s liječnicima, medicinskim sestrama i primaljama koje će o njima brinuti. Možda je i najveća prednost ovakvih tečajeva uspostava komunikacije i odnosa povjerenja između trudnice i zdravstvenih djelatnika zbog čega bi pohađanje ovakvih tečajeva bilo preporučljivo upravo za trudnice čija je trudnoća visokorizična. Ovo je istraživanje pokazalo da je oko 23% žena pohađalo ove tečajeve, što je zasigurno jedan od razloga zbog kojeg je razina straha od poroda kod  $\frac{3}{4}$  žena umjereni ili visoki. Budući da su ovakvi tečajevi u Hrvatskoj pokriveni obveznim zdravstvenim osiguranjem, zaista je prava šteta da više trudnica ne iskoristi tu mogućnost.

IZJAVA O AUTORSTVU  
I  
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Jaković Mihaela (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Važnost komunikacije i empatije kod žena (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)

Jaković Mihaela  
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Jaković Mihaela (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Važnost komunikacije i empatije kod žena (upisati naslov) čiji sam autor/ica. o visokom obrazovanju

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)

Jaković Mihaela  
(vlastoručni potpis)

## 7. Literatura

[1] <http://www.mojezdravlje.net/Bolesti/80/trudnoca/Visokorizicna-trudnoca.aspx>(29.07.2017.)

[2] <https://www.drbalic.ba/index.php/usluge/15-usluge-pocetna/28-visokorizicna-trudnoca>  
(29.07.2017.)

[3] D. Habek: Ginekologija i porodništvo, Medicinska naklada, Zagreb, 2017.

[4] I. Kuvačić i dr.: Porodništvo, Medicinska naklada, zagreb, 2009.

[5] <http://www.demetra.rs/index.php/zdravlje/kontracepcija/41-zdravlje-trudnice/528-trudnoa-visokog-rizika>(29.07.2017.)

[6] K. Erjavec: Prevalencijagestacijskog dijabetesa u Hrvatskoj, Hrvatski časopis za javno zdravstvo Vol 12, Broj 46, 7. travnja 2016., str. 10-14.

[7] I. Grujić, Lj. Milašinović: Hipertenzija, preeklampsija i eklampsija - kontrola i ishod trudnoće, MedPregl 2006; LIX (11-12), Novi Sad: novembar-decembar, str. 556-559.

[8] G. Dolić: Ishrana u trudnoći – preventivni aspekt, Apollinem medicum et aesculapium, Vol. 12 - Broj 3 jul-septembar/2014., str. 20-24., <http://www.sld-leskovac.com/pdf/2014/2014-3.pdf> (12.08.2017.)

[9] <http://www.djecjaposla.com/neprocjenjiva-uloga-primalje-na-porodu-od-podrske-do-brige-za-majku-i-dijete/> (12.08.2017.)

[10] <http://ordinacija.vecernji.hr/zdravlje/zdravlje-zene/kako-izbjeci-traumatican-porod/>  
(12.08.2017.)

[11] J. Ristić i dr.: Procjena kvalitete edukacije medicinskih sestara u pripremi trudnice za porod, Sestrinski glasnik, Vol.22 No.2 Rujan 2017., str. 159-164.

[12] Hrvatski zavod za javno zdravstvo: Porodi u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj 2015. godine, Zagreb, 2016., dostupno na: [https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2016/10/Porodi\\_2015.pdf](https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2016/10/Porodi_2015.pdf) (29.07.2017.)

[13] T. Sušanji dr.: Ishod trudnoća i poroda u mladih i starih prvorotkinja, *Medicina Fluminensis: Medicina Fluminensis*, Vol.44 No.3-4 Prosinac 2008., str. 303-306.

[14] M. Leppée i dr.: Štetne navike u trudnoći, *Gynaecologiaetperinatologia: journal for gynaecology, perinatology, reproductive medicine andultrasonicdiagnostics*, Vol.17 No.3 Rujan 2008., str. 142-149.

[15] A. Frković, S. Katalinić: Pušenje i alkohol u trudnoći, *Gynaecologiaetperinatologia : journal for gynaecology, perinatology, reproductive medicine andultrasonicdiagnostics*, Vol.15 No.3 Rujan 2006., str. 166-171.

[16] J. Tomić i dr.: Vježbanje u trudnoći – spoznaje, preporuke i individualan pristup, dostupno na: [http://www.hrks.hr/skole/19\\_ljetna\\_skola/5-Tomic.pdf](http://www.hrks.hr/skole/19_ljetna_skola/5-Tomic.pdf) (07.08.2017.)

[17] M. Otogara, i dr.: Exploring perceptions of instructors about childbirth preparation training courses: A qualitative study, *Electronic Physician*, April 2017, Volume: 9, Issue: 4, Pages: 4215-4224.

[18] Seyedeh Zahra Masoumi i dr.: Effect of Training Preparation for Childbirth on Fear of Normal Vaginal Delivery and Choosing the Type of Delivery Among Pregnant Women in Hamadan, Iran: A Randomized Controlled Trial, *Journal of Family and Reproductive Health* Vol. 10, No. 3, September 2016.

## 8. Popis tablica i grafikona

TABLICA 2.1.1. FAKTORI ZBOG KOJIH DOLAZI DO VISOKORIZIČNE TRUDNOĆE. ....	4
IZVOR: <a href="http://www.demetra.rs/index.php/zdravlje/kontracepcija/41-zdravlje-trudnice/528-trudnoa-visokog-rizika">HTTP://WWW.DEMETRA.RS/INDEX.PHP/ZDRAVLJE/KONTRACEPCIJA/41-ZDRAVLJE-TRUDNICE/528 TRUDNOA-VISOKOG-RIZIKA</a> .....	4
TABLICA 2.1.2. PRIKAZ PORASTA TJELESNE MASE U 20. I 40. TJEDNU TRUDNOĆE. IZVOR: DOLIĆ, G.: ISHRANA U TRUDNOĆI – PREVENTIVNI ASPEKT, APOLLINEM MEDICUM ET AESCULAPIUM, VOL. 12 - BROJ 3 JUL-SEPTEMBAR/2014., STR. 21. ....	7
TABLICA 3.1. DOB IZVOR: AUTOR .....	11
TABLICA 4.1. PRIKAZ FREKVENCije I POSTOTKA SUDIONICA PREMA REDNOM BROJU TRUDNOĆE. IZVOR: AUTOR .....	12
TABLICA 4.2. GODINE PRVOG PORODA. IZVOR: AUTOR .....	14
TABLICA 4.3. PRIKAZ FREKVENCija I POSTOTKA SUDIONICA S I BEZ KOMPLIKACija TIJEKOM TRUDNOĆE. IZVOR: AUTOR .....	14
TABLICA 4.4. FREKVENCija I POSTOTAK SUDIONICA U POJEDINOJ KATEGORiji KOMPLIKACija TIJEKOM TRUDNOĆE. IZVOR: AUTOR .....	16
TABLICA 4.5. PRIKAZ FREKVENCija I POSTOTKA SUDIONICA S I BEZ KOMPLIKACija TIJEKOM PORODA. IZVOR: AUTOR .....	16
TABLICA 4.6. VRSTE KOMPLIKACija TIJEKOM PORODA. IZVOR: AUTOR.....	18
TABLICA 4.7. POSTOTAK I FREKVENCija SUDIONICA KOJE KONZUMIRAJU ILI NE KONZUMIRAJU ALKOHOL I CIGARETE. IZVOR: AUTOR.....	19
TABLICA 4.8. FREKVENCija I POSTOTAK SUDIONICA ZA POJEDINU KATEGORiju KONZUMACije ALKOHOLA I CIGARETA. IZVOR: AUTOR .....	20
TABLICA 4.9. FREKVENCija I POSTOTAK SUDIONICA KOJE KONTROLIRAJU ILI NE KONTROLIRAJU ŠEĆER U TRUDNOĆI. IZVOR: AUTOR .....	21
TABLICA 4.10. FREKVENCija I POSTOTAK SUDIONICA KOJE PAZE ILI NE PAZE NA PREHRANU U TRUDNOĆI. IZVOR: AUTOR .....	22
TABLICA 4.11. FREKVENCija I POSTOTAK SUDIONICA S OBZIROM NA SMATRANI NORMALAN PRIRAST TEŽINE U TRUDNOĆI. IZVOR: AUTOR .....	23
TABLICA 4.12. FREKVENCija I POSTOTAK SUDIONICA OBZIROM NA SMATRANE GODINE STAROSTI U KOJIMA SE JAVLJA RIZIK ZA TRUDNOĆI. IZVOR: AUTOR .....	24
TABLICA 4.13. FREKVENCija I POSTOTAK SUDIONICA OBZIROM NA SMATRANU NORMALNU VRIJEDNOST TLAKA U TRUDNOĆI. IZVOR: AUTOR .....	25

TABLICA 4.14. FREKVENCIJA I POSTOTAK SUDIONICA OBZIROM NA SMATRANI UTJECAJ POVIŠENIH VRIJEDNOSTI KRVNOG TLAKA NA TRUDNOĆU I NJEZIN ISHOD. IZVOR: AUTOR ..	26
TABLICA 4.15. FREKVENCIJA I POSTOTAK SUDIONICA OBZIROM NA SMATRANI UTJECAJ FIZIČKE AKTIVNOSTI U TRUDNOĆI. IZVOR: AUTOR .....	27
TABLICA 4.16. FREKVENCIJA I POSTOTAK SUDIONICA KOJE ŽELE I NE ŽELE PRISUTNOST PARTNERA ZA VRIJEME PORODA. IZVOR: AUTOR .....	28
TABLICA 4.17. FREKVENCIJA I POSTOTAK SUDIONICA S OBZIROM NA TO ODLAZE LI NA PRIPREMU TRUDNICA ZA POROD. IZVOR: AUTOR .....	29
TABLICA 4.18. FREKVENCIJA I POSTOTAK SUDIONICA S OBZIROM NA TO ZNAJU LI SPOL DJETETA. IZVOR: AUTOR .....	30
TABLICA 4.19. FREKVENCIJA I POSTOTAK SUDIONICA S OBZIROM NA ODABRANO ŽELJENO MJESTO PORODA. IZVOR: AUTOR.....	31
TABLICA 4.20. FREKVENCIJA I POSTOTAK SUDIONICA KOJE SE NE BOJE/NISU BOJALE I KOJE SE BOJE/KOJE SU SE BOJALE PORODA. IZVOR: AUTOR .....	32
TABLICA 4.21. FREKVENCIJA I POSTOTAK SUDIONICA ZA POJEDINU KATEGORIJU JAČINE STRAHA OD PORODA. IZVOR: AUTOR .....	33
GRAFIKON 3.1. DOB. IZVOR: AUTOR.....	11
GRAFIKON 4.1. GRAFIČKI PRIKAZ POSTOTKA SUDIONICA PREMA REDNOM BROJU TRUDNOĆE. IZVOR: AUTOR .....	13
GRAFIKON 4.2. GRAFIČKI PRIKAZ POSTOTKA SUDIONICA S I BEZ KOMPLIKACIJA TIJEKOM TRUDNOĆE. IZVOR: AUTOR .....	14
GRAFIKON 4.3. GRAFIČKI PRIKAZ POSTOTKA SUDIONICA S I BEZ KOMPLIKACIJA TIJEKOM PORODA. IZVOR: AUTOR .....	17
GRAFIKON 4.4. GRAFIČKI PRIKAZ POSTOTKA SUDIONICA KOJE KONZUMIRAJU ILI NE KONZUMIRAJU ALKOHOL I CIGARETE. IZVOR: AUTOR .....	19
GRAFIKON 4.5. GRAFIČKI PRIKAZ SUDIONICA ZA POJEDINU KATEGORIJU KONZUMACIJE ALKOHOLA I CIGARETA. IZVOR: AUTOR .....	20
GRAFIKON 4.6. GRAFIČKI PRIKAZ POSTOTKA SUDIONICA KOJE KONTROLIRAJU ILI NE KONTROLIRAJU ŠEĆER U TRUDNOĆI. IZVOR: AUTOR .....	21
GRAFIKON 4.7. GRAFIČKI PRIKAZ POSTOTKA SUDIONICA KOJE PAZE ILI NE PAZE NA PREHRANU U TRUDNOĆI. IZVOR: AUTOR .....	22



GRAFIKON 4.8. GRAFIČKI PRIKAZ POSTOTKA SUDIONICA S OBZIROM NA SMATRANI NORMALAN PRIRAST TEŽINE U TRUDNOĆI. IZVOR: AUTOR .....	23
GRAFIKON 4.9. GRAFIČKI PRIKAZ POSTOTKA SUDIONICA OBZIROM NA SMATRANE GODINE STAROSTI U KOJIMA SE JAVLJA RIZIK ZA TRUDNOĆU. IZVOR: AUTOR .....	24
GRAFIKON 4.10. GRAFIČKI PRIKAZ POSTOTKA SUDIONICA S OBZIROM NA SMATRANU NORMALNU VRIJEDNOST TLAKA U TRUDNOĆI. IZVOR: AUTOR .....	25
GRAFIKON 4.11. GRAFIČKI PRIKAZ POSTOTKA SUDIONICA OBZIROM NA SMATRANI UTJECAJ POVIŠENIH VRIJEDNOSTI KRVNOG TLAKA NA TRUDNOĆU I NJEZIN ISHOD. IZVOR: AUTOR ..	26
GRAFIKON 4.12. GRAFIČKI PRIKAZ POSTOTKA SUDIONICA OBZIROM NA SMATRANI UTJECAJ FIZIČKE AKTIVNOSTI U TRUDNOĆI. IZVOR: AUTOR .....	27
GRAFIKON 4.13. GRAFIČKI PRIKAZ POSTOTKA SUDIONICA KOJE ŽELE I NE ŽELE PRISUTNOST PARTNERA ZA VRIJEME PORODA. IZVOR: AUTOR.....	28
GRAFIKON 4.14. GRAFIČKI PRIKAZ POSTOTKA SUDIONICA S OBZIROM NA TO ODLAZE LI NA PRIPREMU TRUDNICA ZA POROD. IZVOR: AUTOR .....	29
GRAFIKON 4.15. GRAFIČKI PRIKAZ POSTOTKA SUDIONICA S OBZIROM NA TO ZNAJU LI SPOL DJETETA. IZVOR: AUTOR.....	30
GRAFIKON 4.16. GRAFIČKI PRIKAZ POSTOTKA SUDIONICA S OBZIROM NA ODABRANO ŽELJENO MJESTO PORODA. IZVOR: AUTOR.....	31
GRAFIKON 4.17. GRAFIČKI PRIKAZ POSTOTKA SUDIONICA KOJE SE NE BOJE/NISU BOJALE I KOJE SE BOJE/KOJE SU SE BOJALE PORODA. IZVOR: AUTOR.....	32

## 9. Prilog – anketa

1. Dob: 18-25  
25-35  
35-40  
40 i više
2. Koja Vam je trudnoća po redu? \_\_\_\_\_
3. S koliko godina ste prvi puta rodili? \_\_\_\_\_
4. Jeste li imali komplikacija tijekom trudnoće?
5. Ako ste imali komplikacija tijekom trudnoće, navedite koje? \_\_\_\_\_
6. Jeste li imali komplikacija tijekom poroda?
7. Ako ste imali komplikacija tijekom trudnoće, navedite koje? \_\_\_\_\_
8. Konzumirate li alkohol ili cigarete?
  - a) DA, SAMO ALKOHOL
  - b) DA, SAMO CIGARETE
  - c) OBOJE
  - d) NE
9. Jeste li konzumirali alkohol ili pušili tijekom trudnoće?
  - a) DA, JEDNAKO KAO I PRIJE TRUDNOĆE
  - b) DA, ALI SAM SMANJILA KONZUMACIJU ALKOHOA I BROJ POPUŠENIH CIGARETA
  - c) PRESTALA SAM PUŠITI
  - d) PRESTALA SAM KONZUMIRATI ALKOHOLNA PIĆA
  - e) PRESTALA SAM I PUŠITI I PITI ALKOHOLNA PIĆA
10. Kontrolirate li šećer u trudnoći? DA NE
11. Pazite li na prehranu u trudnoći? DA NE
12. Koliki je prirast težine u trudnoći?
13. Iznad koje godine starosti se javlja rizik za trudnoću?
  - a) 25
  - b) 35
  - c) 40

14. Koja je normalna vrijednost krvnog tlaka u trudnoći?
- a) do 100/80
  - b) do 140/90
  - c) do 150/90
15. Mislite li da povišene vrijednosti krvnog tlaka utječu na trudnoću i njezin ishod?
- a) DA
  - b) NE
  - c) NE ZNAM
16. Fizička aktivnost utječe pozitivno ili negativno u trudnoći?
- a) POZITIVNO
  - b) NEGATIVNO
  - c) NE ZNAM
17. Da li biste željeli da i Vaš partner bude prisutan za vrijeme poroda? DA NE
18. Odlazite li na tečajeve za pripremu trudnica za porod?
- a) DA, SA PARTNEROM
  - b) DA, SAMA
  - c) NE ODLAZIM
19. Zna li spol djeteta?
- a) DA
  - b) NE
  - c) NE ŽELIM ZNATI
  - d) JOŠ JE PRERANO, ALI ŽELIM ZNATI
20. Kada bi postojala zakonska mogućnost da rodite u svom domu, što biste odabrali?
- a) POROD U SVOM DOMU
  - b) POROD U BOLNICI
21. Bojite li se poroda, ako ste rodili, da li Vas je bio strah? DA NE
22. Na ljestvici od 1-10 procijene jačinu straha od poroda?