

Važnost podrške na porodu

Buhin Cvek, Ana

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:122:450231>

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

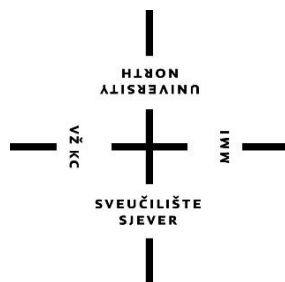
Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-22**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





Sveučilište Sjever

Završni rad br. 930/SS/2017

Važnost podrške na porodu

Ana Buhin Cvek, 0203/336

Varaždin, rujan 2017. Godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 930/SS/2017

Važnost podrške na porodu

Student

Ana Buhin Cvek, 0203/336

Mentor

Andreja Bogdan, prof.

Varaždin, rujan 2017. Godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Ana Buhin Cvek	MATIČNI BROJ	0203/336
DATUM	01.09.2017.	KOLEGIJ	Zdravstvena psihologija
NASLOV RADA	Važnost podrške na porodu		

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Importance of support during childbirth
-----------------------------	---

MENTOR	Andreja Bogdan, prof.	ZVANJE	viši predavač
--------	-----------------------	--------	---------------

ČLANOVI POVJERENSTVA	Melita Sajko, mag.med.techn., predsjednik
1.	Andreja Bogdan, prof., mentor
2.	Jurica Veronek, mag.med.techn., član
3.	Marijana Neuberger, mag.med.techn., zamjenski član
4.	
5.	

Zadatak završnog rada

BROJ	930/SS/2017
------	-------------

OPIS

Oblik i sama važnost podrške na porodu mijenjali su se kroz povijest. Od poroda u obiteljskim domovima uz pripomoć priučenih „babica“ i rodbine koje su bile većinom ženskog spola, dolazi do potpune dehumanizacije i institucionalizacije poroda smještajem poroda isključivo u bolničke ustanove dok je podršku na porodu pružati moglo isključivo bolničko osoblje.

Osamdesetih godina 20. stoljeća dolazi do pokreta vraćanja prirodnim oblicima poroda te omogućavanje da žena sama odabire kakvu podršku će imati na porodu i tko će tu podršku zapravo pružati. Taj pokret je uvjetovan željom za humanizacijom rađanja te poštivanjem prava pacijenata, kao sastavnici prava svakog čovjeka.

Cilj ovog rada je ispitati potrebe žena rodilja vezane za kontinuiranu podršku tijekom trudnoće i poroda. Za potrebe rada izraditi ću i primijeniti anketni upitnik na prigodnom uzorku, prikupljene podatke statistički obraditi, analizirati i interpretirati. Iz rezultata provedenog istraživanja izvesti ću zaključke i smjernice kojima se može poboljšati rad medicinske sestre u radu s ženama tijekom trudnoće i poroda.

Zadaci : - proučiti literaturu
- pripremiti i primijeniti anketni upitnik
- obraditi prikupljene podatke

ZADATAK URUČEN 12.09.2017



Zahvala

Zahvaljujem se mentorici Andreji Bogdan, klinički psiholog, koja mi je svojim savjetima i uputama pomogla oko oblikovanja završnog rada.

Zahvaljujem se i svojoj obitelji na pruženoj podršci i što su vjerovali u mene, a najviše mojoj Evi na strpljenju.

Sažetak

Trudnoća je razdoblje u ženinom životu u kojem dolazi do velikih i mnogobrojnih promjena. Da bi se trudnica lakše nosila sa fizičkim, psihičkim i hormonskim promjenama koje se zbivaju preporučeno je pripremati se prije trudnoće ili u ranoj trudnoći čitajući adekvatnu literaturu. Najnormalnija pojava koja se zbiva u trudnoći pa i od početka same trudnoće je razvoj straha prema nepoznatom. Strah od svih nepoznanica koje će se događati u trudnoći i budućem majčinstvu, pogotovo kod prvorođene. Opet, tu dolazi do izražaja educiranost i informiranost koja pomaže trudnicama da upoznaju i prihvate svoje stanje i ako je potrebno potraže pomoć.

Od početka razvoja sestrištva medicinska sestra je bila ta koja je pružala skrb trudnicama, roditeljama, majkama i djeci. Glavna područja djelovanja medicinskih sestara tijekom prenatalne skrbi su: unapređenje i održavanje zdravlja trudnica, otkrivanje visoko rizičnih trudnica, osobito onih koje su van sustava zdravstvene skrbi te ih povezati sa sustavom i pomaganje trudnicama u ostvarenju prenatalne zaštite.

Cilj ovog rada je ispitati potrebe žena roditelja vezane za kontinuiranu podršku tijekom trudnoće i poroda te analizirati postoje li razlike između roditelja koje su imale podršku na porodu i roditelja koje istu nisu imale. Za potrebe rada izrađen je i primijenjen anketni upitnik na uzorku od 226 roditelja (N=226). Prikupljene podaci statistički su obrađeni, analizirani i interpretirani. Iz rezultata provedenog istraživanja jasno je uočljivo da većina roditelja smatra da je podrška na porodu potrebna. U radu su prikazane i smjernice kojima se može poboljšati rad medicinske sestre u radu sa ženama tijekom trudnoće i poroda.

Ključne riječi: trudnoća, porod, strah, priprema, podrška, medicinska sestra

Abstract

Pregnancy is a period of a woman's life when so many changes occur. In order for the pregnant women to overcome this physical, psychological and hormonal changes that occur, it is recommended to prepare before pregnancy or at early pregnancy by reading adequate literature. The most normal occurrence that appears in pregnancy and since the beginning of pregnancy is the development of fear towards the unknown. Fear of all the unknowns that will occur in pregnancy and in future motherhood, especially can occur at childbirth. Again, there is a sense of education and information that helps pregnant women to get to know and accept their condition and if it is needed to seek help.

Since the beginning of the development modern nursing, nurse was the one who was providing care to pregnant women, mothers and children. The main areas of activity of nurses during prenatal care are: improving and maintaining the health of pregnant women, detection of high-risk pregnant women, especially those outside the health care system and connect them with the system and helping pregnant women in the realization of prenatal care.

The goal of this paper is to examine the needs of women and pregnant women related to continuous support during pregnancy and childbirth and to analyze whether there are differences between mothers who have had support during childbirth and mothers who did not have the same support. For the purpose of making this paper it has been made and administered questionnaire on a sample of 226 (N=226) women (mothers). The collected data were statistically processed, analyzed and interpreted. From the results of the study, clearly is showing that the most off mothers consider that the support on childbirth is necessary. This paper also presents the guidelines that can improve the performances of nurses which are working with women during their pregnancy and childbirth.

Key words: pregnancy, childbirth, fear, preparation, support, nurse

Popis korištenih kratica

SZO – Svjetska Zdravstvena Organizacija

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. Perinatalna zaštita.....	3
1.1.1. Priprema za porod.....	4
1.1.2. Uloga medicinske sestre u pripremi za porod.....	5
1.2. Porod.....	7
1.2.1. Prvo porođajno doba.....	7
1.2.2. Drugo porođajno doba.....	8
1.2.3. Treće porođajno doba.....	8
1.2.4. Četvrto porođajno doba.....	9
1.3. Podrška na porodu kroz povijest.....	10
1.4. Podrška na porodu - danas.....	13
1.4.1. Kontinuirana podrška.....	13
1.4.2. Podrška u određenim trenucima.....	13
1.4.4. Pratinja bliske osobe.....	14
1.4.5. Doula.....	14
1.4.6. Podrška primalje.....	15
1.4.7. Mogućnosti podrške na porodu u Hrvatskoj.....	16
2. Cilj istraživanja.....	17
3. Metode istraživanja i sudionici.....	18
4. Rezultati.....	20
5. Rasprava.....	27
6. Zaključak.....	32
7. Literatura.....	32
8. Prilozi.....	35

1.Uvod

Zaštita zdravlja majke i djeteta među prioriternim je zadacima zdravstvene zaštite. Zdrav početak od začeća, trudnoće, porođaja, prve godine života i nadalje bitan je za zdravlje i dobrobit budućeg naraštaja. Stoga, mjere promicanja i očuvanja ženina zdravlja osobito u fertilnom razdoblju te mjere promicanja i očuvanja zdravlja djeteta uvrštavaju ovu zaštitu u preventivu visokog stupnja. Zdravlje djece ima golemo zdravstveno, društveno i gospodarsko značenje. Dobra psihofizička kondicija, ispravno zdravstveno ponašanje, stavovi i navike stečeni u djetinjstvu jamstvo su dobrog zdravlja kasnije u životu. Stoga je ulaganje znanja, vremena i energije u zaštitu ove skupine višestruko isplativo. [1]

Danas je zdravlje majki i djece pod posebnom skrbi u skoro svim državama na Svijetu. Svi dokumenti Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) ističu značenje zaštite majke i djeteta, a svaka zemlja u sklopu svojih nacionalnih ciljeva i strategije određuje koji su njihovi prioriteti, stvara planove i odlučuje na koji će se način ostvariti planirano. Posebna se sredstva ulažu u edukaciju mladih o spolnom i reproduktivnom znanju. Ističe se važnost odgovornog spolnog ponašanja te samostalnog odlučivanja o najpovoljnijem razdoblju u životu za roditeljstvo. Planiranje obitelji jedno je od osnovnih ljudskih prava.

Još jedan od pojmova modernog doba je reproduktivno mentalno zdravlje što se odnosi na biopsihosocijalno zdravlje, razvoj i dobrobit tijekom svih razdoblja reproduktivne dobi žena, kao i njihove djece i partnera. Osnovni cilj je prevencija, identificiranje, razumijevanje te tretman različitih emocionalnih i psiholoških izazova kao i porodničkih i ginekoloških pitanja, od područja neplodnosti, preko trudnoće, poroda do menopauze. [2]

Trudnoća je period u ženinom životu kada dolazi do raznih promjena: fizičkih, psihičkih i hormonskih. Bez obzira na ženinu starost, obrazovanje, podrijetlo, ostvarene životne ambicije ili ne prije trudnoće, na činjenicu je li trudnoća bila planirana ili neplanirana ili je li žena prvorođakinja ili je već više puta rodila, svaka se žena na individualan način nosi sa promjenama koje se počinju događati. Zato se već u najranijoj trudnoći ili za vrijeme planiranja trudnoće preporuča čitanje stručne literature koja polagano uvodi ženu u novo razdoblje u njezinu životu.

Najnormalnija je pojava javljanje raznih strahova za vrijeme trudnoće. Strah od prekida trudnoće (javlja se u najranijim stadijima trudnoće), strah o djetetovom zdravlju, strah o možebitnim komplikacijama u trudnoći, strah od porođaja i svega vezanog uz porođaj, strah

od odgovornosti te strah od roditeljstva i promjena koje sa sobom donosi dolazak bebe na svijet. Jednim terminom, većina trudnica osjeća strah od nepoznatog.

Istraživanja su pokazala da je strah od porođaja jedan od najvećih i najjačih strahova koji se javljaju u trudnoći. U strah od porođaja ubraja se strah od bolova, strah od komplikacija, strah od ureza međice, strah od trajanja poroda, a neke od trudnica imaju i strah od smrti (djeteta ili majke) za vrijeme poroda. Strah ponekad toliko može „paralizirati“ ženu da trudnoća i porod postaju traumatično iskustvo. Način na koji se žene mogu boriti protiv strahova su različiti. Prva stepenica u toj borbi je priznanje i izgovaranje na glas onog čega se žena boji. Tek kad si žena prizna da postoji strah može si pomoći ili potražiti pomoć u suzbijanju istog. Vrlo bitna u savladavanju straha je adekvatna edukacija. Kroz trudnoću se lakše prolazi spreman, a i kroz porod isto. S obzirom na ulaganja u antenatalnu skrb, danas je ženama lakše doći do informacija koje im pomažu u tomu.

Od samog početka razvoja profesionalnog sestriinstva nalazimo podatke o medicinskim sestrama koje su provodile sestriinsku skrb majke i djeteta i svojim radom pridonijele smanjenju smrtnosti žene i djece, osobito u perinatalnom razdoblju i u dojenačkoj dobi. [1]

Žene do informacija o porodu dolaze čitanjem adekvatne literature, traženjem informacija na internetu, razgovorima sa ženama koje su već rodile, pohađajući trudničke tečajeve, razgovorom sa odabranim ginekologom te razgovorom sa patronažnom sestrom.

Strah je veliki neprijatelj prirodnog porođaja i različita istraživanja pokazuju da negativno utječe na spontanu porođajnu aktivnost. Rodilje koje su pripremljene na porod, smirene i u umirujućoj okolini, rađaju znatno lakše od rodilja koje se nalaze u grču zbog straha, užasa i neugode. Svaki porođaj je individualni događaj kao što je to i sama trudnoća i stoga žene na različite načine umanjuju nelagodu koju osjećaju u takvoj situaciji.

Za mnoge žene puno je lakše prebroditi iskustvo porođaja uz kontinuiranu podršku kroz porod. Kontinuirana podrška je ona koja se ženi pruža od dolaska u rodilište, kroz sva porođajna doba do smještaja na odjelu babinjača. Podršku na porodu može pružati otac djeteta, bliska osoba, doula ili primalja. Osamdesetih godina 20. stoljeća u Hrvatskoj počinje trend prisustva na porođaju koji raste iz godine u godinu što ranijih godina nije bilo moguće, niti se smatralo iznimno bitnim. [3]

1.1. Perinatalna zaštita

Perinatalna zaštita uključuje antenatalnu, partalnu i postpartalnu skrb. Program mjera perinatalne zaštite uključuje zdravstveni odgoj trudnice, sistematske i kontrolne preglede trudnice, praćenje rizične trudnoće, stručnu pomoć pri porođaju, prevenciju senzibilizacije Rh- negativnih majki, kontrolne preglede babinjača i zdravstveni odgoj babinjača. [1]

Antenatalna skrb uključuje sistematske preglede trudnica čija je učestalost jedan pregled u prvom tromjesečju trudnoće, tri kontrolna pregleda u drugom i četiri kontrolna pregleda u trećem tromjesečju trudnoće. U ovom razdoblju edukativni rad usmjeren je na poučavanje o prehrani i načinu života u trudnoći, izbjegavanje štetnih navika i potencijalnih opasnosti, načinu (samo)pomoći pri poteškoćama u normalnoj trudnoći, objašnjavaju se zakonska prava za vrijeme trudnoće, porođaja, babinja i tijekom prve godine života djeteta. Edukaciju provodi izabrani tim primarne zdravstvene zaštite i patronažna sestra. [1] Osnovna svrha edukacije i svih sistematskih i kontrolnih pregleda trudnice praćenje je zdravstvenog stanja kako bi se na vrijeme spriječili i otkrili čimbenici rizika za majku i dijete. U slučaju rizične trudnoće ili nekih patoloških promjena za vrijeme trudnoće nadzor se intenzivira.

U partalnu skrb ulazi stručna pomoć pri porodu. Bez obzira na mjesto odvijanja poroda: u kući trudnice, na putu do rodilišta ili u samom rodilištu. Skrb za vrijeme poroda odnosi se na aktivno vođenje poroda, kontinuiranu podršku za vrijeme poroda i aktivno uključivanje same roditelje u proces poroda. Partalna skrb još obuhvaća prevenciju senzibilizacije Rh- negativnih majki na način da se primjenjuje anti-D-serum u razdoblju od 72h nakon poroda. Prevencija senzibilizacije provodi se i kod Rh-negativnih žena nakon prekida trudnoće i kod Rh-negativnih trudnica nakon amniocenteze.

Nakon poroda dolazi period postpartalne skrbi koja obuhvaća kontrolne preglede babinjače za vrijeme boravka u rodilištu, kontrolne preglede babinjače pri izlasku iz rodilišta, kontrolni pregled babinjače 6 tjedana nakon porođaja, nadzor babinjače u njenom domu nakon izlaska iz rodilišta (nadzor obavlja zadužena patronažna sestra te kontrolira međicu, lohije, dojke i samo prihvaćanje majčinstva) te zdravstveni odgoj babinjače. Zdravstveni odgoj uključuje savjete o zdravom načinu života, promicanju dojenja, zaštiti i zdravlju spolnih organa, sprečavanju komplikacija i kontracepciji.

1.1.1. Priprema za porod

Priprema trudnice za porod obuhvaća fizičku pripremu jednako kao i psihičku. Postoje različiti programi pripreme trudnica za porod: programi individualne edukacije, trudnički tečajevi za trudnice i parove koji čekaju dijete i edukacije i vježbanje u posebnim skupinama.

Priprema tijela za porod tj. fizička priprema trudnice uključuje redovitu tjelovježbu uz pravilnu prehranu kojom se postiže optimalna tjelesna kondicija te zasebno vježbanje određenih skupina mišića koji su vrlo važni u samom procesu poroda.

Psihička priprema označuje postizanje adekvatne emocionalne prilagodbe trudnice za sam porod koja je ovisna o mnoštvu okolnosti i čimbenika iz života trudnice (zadovoljstvo trudnice, komplikacije tijekom trudnoće, uspješnost veze ili braka, prilagodba oca djeteta na trudnoću, prošla iskustva, emocionalna stabilnost trudnice i mnogi drugi).

Priprema trudnice za porod ima cilj ublažiti ili ukloniti strahove koje trudnica osjeća. Strah i zabrinutost glavni su negativni emocionalni čimbenici u trudnoći te se dobrom pripremom za porod može spriječiti njihova kulminacija za vrijeme samog poroda. Na taj način se sprječava nastanak sindroma strah-tenzija-bol tijekom poroda, olakšava samokontrola boli te olakšava i ubrzava porod. [1]

Postoje tri glavne komponente pripreme: edukacija o normalnom tijeku poroda, stjecanje znanja i tehnika ublažavanja boli, olakšavanja i ubrzanja poroda aktivnim sudjelovanjem i stvaranje i održavanje mirne i trudnici ugodne okoline. [1]

Priprema trudnica za porod postiže se organizacijom interdisciplinarnih stručnih tečajeva koje trudnica može polaziti od četvrtog mjeseca trudnoće, kako bi se postupno uvodila u određene oblike fizičke pripreme prema njenom trenutnom stanju. Stručni tečajevi sadrže nastavne programe ginekologa, medicinske sestre, primalje, fizioterapeuta, pedijatra i psihologa s određenim temama o trudnoći, porodu i poslijeporodnom dobu. Trajanje tečaja je mjesec dana (ukupno 12 sati). U prva četiri sata specijalist ginekologije objašnjava fiziologiju poroda i upoznaje trudnice s tijekom poroda i mogućnostima analgezije. Od četvrtog do osmog sata asistentica primalja i medicinska sestra objašnjavaju rođilji proceduru samog poroda i uspostavljaju pozitivnu komunikaciju. U posljednja četiri sata trudnica dobiva informacije od specijalista neonatologije o važnosti dojenja i postupanju s novorođenčetom. Kroz sva četiri dolaska trudnica se također susreće s fizioterapeutom koji educira trudnicu o tehnikama disanja i tehnikama relaksacije. [4] U Republici Hrvatskoj tečajevi su dostupni svim

trudnicama u sklopu obavezne zdravstvene zaštite. U timove su uključeni stručnjaci različitih specijalnosti sa završenim dodiplomskim studijem. Tečaj i prisustvo porodu su od 01. 01. 2015., sukladno nacionalnim smjernicama, besplatni ili bi bar trebali biti u svim rodilištima i patronažnim službama u Republici Hrvatskoj. Mogućnost pohađanja tečajeva za porod u Hrvatskoj je započela iza 1992. godine kada je formalno konstituirana mreža Zdravih gradova u sklopu čijih projekata se zalaže za povećanje svijesti o zdravlju, poticanje sudjelovanja zajednice, poticanje intersektorskog djelovanja, promicanje inovacija i osiguranje javne politike zdravlja. [5]

1.1.2. Uloga medicinske sestre u pripremi za porod

Od samog početka razvitka profesionalnog sestinstva nalazimo podatke o medicinskim sestrama koje su provodile sestrinsku skrb majke i djeteta i svojim radom pridonijele smanjenju smrtnosti žena i djece, osobito u perinatalnom razdoblju i u dojenačko doba. [1] O trudnici skrbe većinom sestre primarne zdravstvene zaštite, ukoliko ne postoje nikakve komplikacije te potreba za bolničkim liječenjem. Skrb pruža najviše patronažna služba tj. sestra kojoj pripada teren na kojem trudnica živi. Od samog početka razvoja patronažne službe patronaža je označavala posjećivanje i pružanje zaštite van zdravstvenih institucija tj. u kući korisnika službe te je prije svega preventivna djelatnost koja promiče unaprjeđenje zdravlja.

U Engleskoj medicinska sestra posjećuje sve buduće majke koje ne posjećuju porođajne klinike, a u Škotskoj primalje posjećuju svaku trudnicu kod kuće. U Švicarskoj se trudnicu posjećuje samo ako postoji rizik ili ako imaju osnovane razloge za traženje pomoći. U Belgiji medicinske sestre posjećuju trudnice najmanje 2 puta prije porođaja, a ako je trudnica u rizičnoj skupini i češće. U Irskoj su posjeti patronažne skrbi dostupni svakome bez posebne naplate, a prioritet imaju ranjive skupine (trudnice, novorođenčad, djeca i stariji ljudi). [1] U Hrvatskoj tradicionalno postoji dobra skrb za trudnice. Prve diplomirane medicinske sestre zapošljavaju se u Gradskom dječjem ambulatoriju u Zagrebu, gdje je 1930. godine odlukom Ministarstva socijalne politike i narodnog zdravlja otvoreno i Savjetovalište za zaštitu majki. Od 1960. tih godina medicinske sestre u dispanzerima za zaštitu zdravlja žena i patronažne sestre održavale su tečajeve „Majka i dijete“, namijenjene prije svega trudnicama koji su se u nešto izmijenjenom obliku zadržali do danas. [1]

Glavna područja djelovanja medicinskih sestara tijekom prenatalne skrbi su: unapređenje i održavanje zdravlja trudnica, otkrivanje visoko rizičnih trudnica, osobito onih koje su van sustava zdravstvene skrbi te ih povezati sa sustavom i pomaganje trudnicama u ostvarenju prenatalne zaštite.

Sestrinska skrb trudnice obuhvaća procjenu stanja trudnice (fizičko stanje, psihičko stanje, uvjeti u kojima živi...), planiranje i provedbu mjera i postupaka kojima se pruža pomoć trudnici i njezinoj obitelji u rješavanju procjenom otkrivenih problema te evaluacija ciljeva i postignuća tj. rezultata ostvarenja planiranih ciljeva i obavljenih postupaka. [1]

Podaci koje medicinska sestra skuplja procjenom trebaju omogućiti uvid u zdravstveno, psihičko, fizičko, ekonomsko i socijalno stanje trudnice, kakve su njezine mogućnosti te znanja i stavovi u odnosu na samu trudnoće te u odnosu na buduće majčinstvo. Stoga, sestra skuplja podatke o obitelji trudnice, o stanu, kući i okolišu u kojem trudnica boravi, podatke o samoj trudnici (opći podaci i konstitucija, osobna dotadašnja anamneza trudnice i obiteljska anamneza trudnice, anamneza prijašnjih trudnoća i poroda, anamneza trenutačne trudnoće, tjelesna procjena trudnice) vrši fizikalni pregled trudnice (bilježi tjelesnu težinu i njezino kretanje kroz trudnoću, nadzor vitalnih funkcija, procjena izgleda i nadzor pojedinih tjelesnih sustava temeljem anamneze, procjenjuje čimbenike ugroženosti), informira trudnicu o mogućim manjim smetnjama koje se događaju u urednoj trudnoći (npr. jutarnja mučnina i povraćanje, vrtoglavica, povremena epistaksa, zatvor stolice, žgaravica itd.) te educira trudnicu za samozbrinjavanje (mjerama promicanja i očuvanja zdravlja).

Suvremena sestrinska praksa je temeljena na znanjima i umijeću, humanističkim i etičkim načelima te filozofiji i načelima zdravstvene politike usmjerene zdravlju. Patronažne sestre u svojoj profesionalnoj praksi na najdosljedniji način prihvaćaju načela i filozofiju te zdravstvene politike i unutar sestrinstva ta politika ima u njoj najjače uporište. [5]

1.2. Porod

Porod je istiskivanje produkata začeća, za koji trebaju biti ispunjena dva uvjeta : gestacijska dob od 22 tjedna ili više tjedana ili porođajna težina ploda od 500 ili više grama . Porod je najčešće spontan i odvija se u vrijeme očekivanog termina porođaja, premda može uslijediti i prije navršenih 37 tjedana te je tada riječ o prijevremenom porođaju ili vrlo rijetko, do spontanog početka porođaja ne uslijedi ni do 42. tjedna trudnoće i tada govorimo o zakašnjelom porođaju. Porod se također može provocirati (inducirati) ako postoji medicinska indikacija za dovršenje trudnoće, a porođaj još nije spontano započeo. Trajanje poroda je individualno i ovisi o mnogo čimbenika. Najznačajniji je paritet roditelje tj. broj prethodnih porođaja. Tako u primipara (prvorotkinja) porod prosječno traje 10-12 sati, a u multipara (višerotkinja) 7-8 sati. [6]

Neposredno prije početka poroda postoje predznaci da se porod bliži. Događaj koji nagoviješta početak poroda je ispadanje tzv. sluzavog čepa. Iz vagine izlazi sluzavi iscjedak koji je često pomiješan sa oskudnom krvlju. Sluz potječe iz cervikalnog kanala dok je krv iz prekinutih sitnih krvnih žilica kod polaganog odljuštenja plodovih ovoja. To stanje uzrokuje neosjetljiva stezanja (kontraksije) maternice. Početkom porođaja smatramo kada trudovi dolaze redovito svakih 10 minuta. Jednom kad porod počne trudnica postaje roditelja. Jednako tako, smatra se da je porod počeo ako i bez ikakvih trudova počne curiti plodova voda. [7]

Porod se uobičajeno dijeli u 4 porođajna doba:

1. Prvo porođajno doba – doba dilatacije (širenja) ušća maternice
2. Drugo porođajno doba – doba ekspanzije (istiskivanja) djeteta
3. Treće porođajno doba – doba ekspanzije sekundina (posteljica i plodovi ovoji)
4. Četvrto porođajno doba – stadij ranog oporavka (u trajanju 2 sata)

1.2.1. Prvo porođajno doba

Postoje dva načina na koje može započeti porod tj. prvo porođajno doba. Jedan način je pojavom trudova koji se nazivaju prethodni ili pripravnici trudovi te su ispočetka rijetki, slabi, kratkotrajni i nisu jako bolni, a kako vrijeme odmiče pojačavaju se i u intenzitetu i u frekvenciji.

Drugi način na koji započne prvo porođajno doba je prsnuće vodenjaka i u većini slučajeva u roku od 2 sata od prsnuća započnu i trudovi. Ako do prsnuća vodenjaka nije došlo na početku

on većinom prsne kada je ušće maternice u potpunosti otvoreno (10 cm). Danas je većina poroda aktivno vođena te sam liječnik prokida vodenjak kada je ušće maternice otvoreno 4-5 cm i tim postupkom skraćuje se trajanje poroda 1-2 sata.

Dva su parametra na temelju kojih se vidi napredovanje poroda: širenje ušća maternice i spuštanje vodećeg dijela djeteta. Pri slabijem napredovanju porođaj se može potaknuti intravenskom infuzijom oksitocina („drip“).

Aktivno vođenje poroda omogućuje i prikladnu analgeziju i sedaciju što se postiže centralnim analgeticima (petidin), anksioliticima (diazepam) i spazmoliticima koji imaju i povoljan učinak na širenje ušća maternice. [6] Naravno, u odluku o primjeni analgezije ili sedacije je aktivno uključena i sama roditeljica te ona istu može i odbiti.

Cijelo vrijeme poroda fetalna srčana akcija je pod nadzorom kardiotokografa koji ujedno prati i intenzitet i frekvenciju trudova. Završetak prvog porođajnog doba obilježeno je potpuno otvorenim ušćem maternice i prsnutim vodenjakom.

1.2.2. Drugo porođajno doba

Doba ekspanzije djeteta ili drugo porođajno doba je dio poroda kada se trudovi pojavljuju svake 2 minute. Kod primipare drugo porođajno doba traje 1-2 sata, a kod multipare je to doba kraće i traje 30-40 minuta, a nekad završi i kroz 5-10 minuta.

Drugo porođajno doba se nekad skraćuje i urezom međice (epiziotomija) koji ujedno štiti meki porođajni kanal od razdora međice, ali i sprječava kasnije moguće posljedice kao što su slabost mišića dna zdjelice i statička inkontinencija. Urez međice roditeljica može odbiti te se roditeljica mora unaprijed informirati o postupku i njegovom izvođenju.

1.2.3. Treće porođajno doba

Trenutkom rođenja djeteta započinje treće porođajno doba, a završava porođajem posteljice. Većinom traje od pola sata do jedan sat.

Kada se dijete rodi, nakon 5-10 minuta maternica se počinje iznova kontrahirati te odiže posteljicu koja nije elastična i iz tog razloga se ne kontrahira sve dok se ona u potpunosti ne odljušti od stjenke maternice. Daljnjim kontrakcijama posteljica bude izbačena u donji uterini segment (rodnica).

Aktivno vođenje trećeg porođajnog doba označava intravenska primjena uterotonika koji izaziva dugotrajnu toničku kontrakciju maternice. Na taj se način ubrzava ljuštenje posteljice i reducira se nepotreban gubitak krvi i sprječava pojava tzv. atoničkog krvarenja. Sve navedeno omogućava brži oporavak roditelje.

1.2.4. Četvrto porođajno doba

Doba ranog oporavka roditelje koja se još uvijek nalazi u rađaonici obilježje je četvrtog porođajnog doba. U tom se razdoblju roditelja pomno prati da bi se na vrijeme moglo prepoznati krvarenje koje može biti i pogubno. Tijekom ovoga doba šiva se epiziotomija i zbrinjava se ruptura vrata maternice, rodnice ili međice.

Nakon četvrtog porođajnog doba nastupa babinje ili puerperij.

1.3.Podrška na porodu kroz povijest

Kroz povijest podrška na porodu kao termin se skoro pa i ne spominje tj. smatralo se da je žena u mogućnosti sama „odraditi porod“ jer je rađanje fiziološki proces kod sisavaca. Porod, koliko god bio fiziološki proces, ne rijetko može postati patološkim, a dolazak na svijet novoga bića je smatran svečanim ili čak mističnim. To je uvjetovalo da su pri porodu nazočile, još u staro doba, u faraonskom Egiptu, u Mezopotamiji, u staroindijskom porodništvu, posebno uvježbane ili školovane žene. Žene su rađale u ležećem ili sjedećem stavu, u nazočnosti dviju ili više pomoćnica. Pomoćnice su bile redovito žene, muškarci su nazočili kada je trebala fizička pomoć istiskivanja zaostaloga djeteta. [3] Otac djeteta nije bio prisutan za samog čina poroda. Čin poroda smatrao se ženskom stvari gdje za muškarca nema mjesta i njegovo prisustvo nije bilo moguće, a nije bilo ni željeno. Žena je rađala kod kuće, na selu pored ognjišta, dok je u gradovima postojala mogućnost poroda u tadašnjim rodilištima. Ni jedan muškarac nije bio u kući za vrijeme poroda pa tako ni sam otac djeteta. On je „pobjegao“ od kuće da ništa ne vidi i da ništa ne čuje. Najčešće bi otišao kod rodbine ili prijatelja i ne rijetko ublažavao uzbuđenje, strah, tugu ili radost alkoholom. Otac djeteta je imao ulogu tek kad bi se dijete rodilo obilježiti rođenje npr. pucnjem iz puške.

Razvoj današnjega porodništva počinje francuskom pariškom školom Louise Bourgeois (1564–1640), koja je osnovala školu za primalje, uvela redovitu obuku i ispite. Porod i nadzor trudnoće obavljale su primalje, a liječnik, obično onaj (tadašnje) opće medicine koji se posvetio porodništvu (chirurgien-accoucher, magister-obstetriciae) intervenirao je pri komplikacijama poroda. Žene su rađale ležeći na krevetu ili sjedeći na porodničkim stolcima. Da bi primalja ili porodničar mogli pružiti odgovarajuću pomoć roditelji (okret čeda, forceps, embriotomija) roditeljica je morala biti u odgovarajućem položaju: ležeći na leđima, s nogama raširenim u kukovima i pregibnutim u koljenima. [3]

Početak 20. stoljeća počinju u medicini specijalizacije iz pojedinih struka pa tako i porodništva. Sjedinjuje se porodništvo s ginekologijom u novu struku – specijalizaciju, u ginekologiju i opstetriciju, što je ostalo do današnjih dana. U prvoj polovici 20. stoljeća žene još rađaju kod kuće, u rodilišta dolaze samo žene sa kompliciranim porodima ili nezbrinute, obično neudate žene. I dalje je sam čin poroda rezerviran samo za žene, očevi, ali ni bilo kakva druga pratnja na porodu nije omogućena. Razvojem europskog i paralelno sjevernoameričkog porodništva, sve je više porodničkih intervencija, koje su bile prvenstveno

usmjerene na spašavanje života roditelja i tek sekundarno života djeteta. Na taj način je u Europi pa tako i u Hrvatskoj, sve više maha uzimalo rađanje u ležećem položaju, na leđima. Rutinsko rađanje u krevetu pripisuje se Mauriceaux-u i drugim francuskim porodničarima 17. stoljeća. [3] Podrške na porodu nema, može je pružati samo primalja i liječnik. Ne dopustivo je imati bilo kakvu pratnju na porodu. Vođenje poroda usmjereno je na fizički aspekt poroda, a psihički aspekt je u potpunosti zanemaren.

Od 50-ih godina 20. stoljeća porodništvo doživljava neslućeni razvoj. Počinje praksa poroda u ustanovama, istodobno s uvođenjem sustavne antenatalne skrbi. U bolničkim rodilištima glavnu ulogu u vođenju poroda preuzima liječnik specijalist, a zadaća primalje je umanjena. Od 60-ih godina uvodi se nova disciplina, perinatologija, a od 70–80-ih godina razvijaju se i nove subspecijalizacije: materno-fetalna medicina u ginekologiji i opstetriciji, te neonatologija u pedijatriji. [3] Žene sve češće rađaju u bolnicama nego kod kuće i tako je kontinuirana podrška tijekom poroda koju je žena imala od drugih žena iz obitelji ili babice kad je u povijesti rađala u svom domu postala vrlo rijetka, više iznimka, a ne pravilo. To je doprinijelo dehumanizaciji ženinog iskustva porođaja. Suvremena porodnička skrb često je podvrgavala žene rutinskim bolničkim postupcima što je imalo možebitne štetne i neželjene učinke na tijek poroda, na iskustvo poroda za ženu i na psihičko stanje žene nakon poroda koje su nekad porod smatrale i izrazito traumatičnim iskustvom.

Osamdesetih godina 20. stoljeća javlja se novi pokret, povratak „prirodnom porodu“. Taj pokret je uvjetovan željom za humanizacijom rađanja te naziranjem o pravu pacijenta, kao sastavnici prava čovjeka. Naime, pri rađanju u velikim ustanovama, s 10–20 poroda dnevno, osoblje rađaonice često nema vremena, a ne rijetko nema ni sklonosti posvetiti se pojedinačnoj roditelji. Porodi, doduše uz tehnološki i stručni nadzor, odvijaju se „kao na traci“. S druge strane, pokret za prava pacijenta zastupa gledište da svaki građanin, svaki pacijent, ima apsolutno pravo na informiranost o svojoj bolesti te na odluku o načinu liječenja. U porodništvu to znači odluka o nazočnosti supruga odnosno partnera i obitelji pri porodu, odluka o načinu rađanja (vaginalni, carski rez, epiziotomija), o položaju pri rađanju, o uporabi lijekova (analgetici, infuzija oksitocina) i o postupku s novorođenčetom (neposredno nakon rođenja kontakt koža na kožu, „rooming in“). [3] Na taj način pokušava se vratiti iskustvo poroda u kućnoj i opuštenoj atmosferi sa podrškom partnera ili bliskih osoba što u velikoj mjeri olakšava iskustvo poroda roditelji i omogućava joj da nakon poroda nema toliko negativnih iskustava koliko su ih imale žene koje su godinama rađale bez ikakve podrške.

U Hrvatskoj je praksa pratnje na porodu zaživjela tek devedesetih godina 20.stoljeća kada se javljaju i prvi trudnički tečajevi. Svake godine broj žena sa pratnjom na porodu je u porastu. Pratinja na porodu nije strogo otac djeteta već osoba uz koju se trudnica osjeća najugodnije, ona može biti doula, bliska osoba ili primalja. Bol koju roditelj osjeća za vrijeme poroda je psihološki fenomen i na njega se nedvojbeno može utjecati pratnjom na porodu. Danas i veliki broj očeva želi biti prisutno na porodu svog djeteta da samostalno doživi iskustvo rađanja djeteta.

U Švedskoj samo 1,8% žena rađa u odsutnosti partnera, u Velikoj Britaniji njih manje od 1%, u Francuskoj 1,4% žena, dok u istočnim zemljama poput Turske, Grčke, Makedonije, samo 10% ili manje žena rađa uz prisutnost partnera. Također, ističe se i važnost partnera pri porođaju i njegova podrška tijekom cijelog razdoblja trudnoće. [8]

1.4. Podrška na porodu - danas

Značaj podrške na porodu kroz povijest se itekako mijenjala. Od poroda uz kontinuiranu podršku u ugodnoj kućnoj atmosferi rodilje su dovedene u nepoznatu okolinu institucija bez ikakve osobne podrške dok su proživljavale jedan od najbolnijih trenutaka u životu. Danas je sukladno pravima pacijenta na odabir i sudjelovanje u liječenju i medicinskim postupcima svakoj trudnici omogućeno da odabere način na koji će roditi (naravno, ako to zdravstveno stanje nje i djeteta dopušta) te da odabere osobu koja će zajedno s njom prolaziti iskustvo poroda i biti joj podrška za to vrijeme. U daljnjem tekstu opisane su vrste podrške i mogućnosti pružanja podrške na porodu u Hrvatskoj tj. pružanje podrške za vrijeme poroda u odabranom rodilištu s obzirom da u Hrvatskoj porodi u kućnoj atmosferi nisu zakonski dozvoljeni, a posebne ustanove za porod kao što su porođajne klinike ne postoje.

1.4.1.Kontinuirana podrška

Kontinuirana podrška označava podršku rodilji od samog početka trudova, dolaska u rodilište, vremena provedenog u pripremi rodilje za porod (klizma,brijanje međice i tuširanje), vremena provedenog u predrađioni, vremena provedenog u rađioni sve do smještaja na odjelu babinjača. Rodilja cijelo vrijeme, kroz sva porođajna doba ima uza se osobu od povjerenja koja joj pomaže u svemu i vodi je kroz porod na načine koji su naučeni za vrijeme pripreme za porod, a koje rodilja možda u trenucima poroda ne može samostalno primijeniti.

1.4.2.Podrška u određenim trenucima

Podrška ne mora biti kontinuirana kroz sva porođajna doba. Može se pružati u trenucima kada rodilji to najviše odgovara i kada joj je najviše potrebno. Neka porođajna doba zbog svojeg trajanja i intenziteta iziskuju više pomoći nego druga doba. Prva faza porođaja uzrokovana je kontrakcijama maternice, skraćivanjem i otvaranjem cerviksa. Ujedno je to doba koje je najteže za prvorotkinje, jer traje duže, a obilježeno je i najjačom jačinom boli zbog jakih i dužih kontrakcija mišića. Prisutnost partnera je od velikog značenja većini rodilja, naročito u prvo porođajno doba kada je psihološka potpora najvažnija. Druga i treća faza porođaja odnose se na širenje porođajnog kanala i rodnice, dolazi do istiskivanja djeteta i započinje tzv. “pravi porođaj”. Drugo i treće porođajno doba traju kraće od prvog doba i ako su dobro vođeni te je rodilja dobro pripremljena i vođena kroz porođaj, može uvelike olakšati i ubrzati rađanje djeteta. Četvrta faza porođaja odnosi se samo na praćenje rodilje kako ne bi došlo do komplikacija. [8]

1.4.3. Uloga oca djeteta na porodu

Kakva je zapravo uloga oca na samom porodu? Da li je on tamo da bi ohrabrio roditelju i podržao je u jednom jako bolnom iskustvu koje u konačnici njih dvoje spoji u obitelj tek rođenim djetetom ili je njegova uloga biti prenosioc obavijesti ostatku obitelji i prijatelja i fotograf koji mora zabilježiti svaki dio ovog jedinstvenog čina? Ili je uloga partnera, nažalost, opće smetalo svom medicinskom osoblju koje pokušava raditi posao za koji su školovani, a na kraju provedu više vremena baveći se sa nervoznim i hiperventilirajućim ocem koji ne zna što ga je snašlo? Danas veliki broj očeva želi biti prisutno na porodu svog djeteta. Očevi većinom zajedno s trudnicom pohađaju tečajeve pripreme za porod pa budu upućeni i spremni na porod. Nazočnost oca može roditelji olakšati bolnost trudova. Bol je psihološki fenomen i na njega se nedvojbeno može utjecati. Otac djeteta bi trebao ženu ohrabrivati, držati je za ruku, masirati i podržavati ranije naučeno disanje za vrijeme trudova.

1.4.4. Pratlja bliske osobe

Nisu sve trudnice u mogućnosti, iz različitih razloga (sam otac ne želi, odnosi između partnera nisu adekvatni za međusobno pomaganje, roditelja se osjeća ugodnije uz neku drugu osobu) kao pratnju na porodu imati očeve djeteta kao što je to danas popularno i na neki način se pretpostavlja da će otac imati ulogu podrške na porodu. Podršku na porodu može pružati bilo koja bliska osoba trudnici: majka, sestra, prijateljica ili član rodbine. I dan danas većinom je uloga podrške dodijeljena osobi ženskog spola.

1.4.5. Doula

Riječ doula dolazi iz grčkoga jezika i znači - žena koja služi, a sada se taj naziv koristi za educiranu i iskusnu profesionalku koja pruža kontinuiranu emocionalnu, fizičku i informativnu potporu majci prije, tijekom i netom nakon poroda; ili koja pruža emocionalnu i praktičnu potporu tijekom razdoblja babinja. Porođajna doula prati ženu u trudovima pomažući joj osigurati sigurno i zadovoljavajuće iskustvo. Oslanja se na stručnu obuku, znanje i iskustvo kako bi pružila emocionalnu utjehu, fizičku potporu i, ako je potrebno, komunikaciju s osobljem, kako bi se uvjerila da roditelja i partner imaju dovoljno informacija za donošenje odluke. Može roditelji i partneru osigurati drugačiju perspektivu, davati prijedloge za unaprjeđenje trudova i pomoći u opuštanju, masaži, promjeni položaja i ostalim tehnikama

olakšavanja trudova. Neovisna je i sama svoj poslodavac. Doula radi za trudnicu, ne za pružatelja skrbi ili bolnicu. Doula ne izvodi bolničke zadatke poput mjerenja krvnog tlaka, fetalnih otkucaja srca, vaginalnih pregleda itd. Tamo je samo da bi osigurala fizički komfor i pružila emocionalnu potporu. Ne donosi odluke za roditelju. Pomoći će roditelji da dobije informacije kako bi mogla donositi odluke te će upozoriti roditelju ako postoje odstupanja od njenog plana poroda. Doula ne razgovora s osobljem u ime roditelje. S roditeljom će raspraviti njene brige i predložiti opcije, ali roditelja i njen partner razgovarat će izravno s osobljem. Zašto angažirati doulu? Brojne znanstvene studije pokazale su da prisutnost doule na porodu: dovodi da skraćenja trudova i manje komplikacija, smanjuje negativne osjećaje o porodu, smanjuje potrebu za dripom, vakuumom i carskim rezom, smanjuje broj zahtjeva za lijekovima protiv boli i epiduralnom anestezijom. Istraživanja su pokazala da se roditelji koji su imali potporu doule: osjećaju sigurnije i zbrinutije, bolje prilagođavaju novim obiteljskim uvjetima, imaju više uspjeha u dojenju, imaju veće samopouzdanje, manje obolijevaju od postporođajne depresije i imaju manje slučajeva zlostavljanja. [9]

1.4.6. Podrška primalje

Od trenutka primanja trudnice u rađaonicu primalja čini sve kako bi se buduća majka osjećala dobro i sigurno. Upoznaje ju s osobljem i odjelom te objašnjava što će se i kada raditi. Ona je cijelo vrijeme uz trudnicu. Pruža joj podršku i prati njezino stanje – disanje, puls, tlak, temperaturu te snagu, učestalost i trajanje trudova. Prati otkucaje srca nerođena djeteta i o svemu tome obavještava liječnika. Nadalje, primalja pomaže trudnici da se smjesti u što udobniji položaj, vlaži joj usta, pomaže joj pri mokrenju, potiče na pravilno disanje i opuštanje između trudova te poduzima i druge mjere kako bi ovo razdoblje ženu što manje iscrpilo. Vrlo je važno da joj tumači što se događa i daje potrebne obavijesti, kako bi smanjila tjeskobu zbog neizvjesnosti i pogrešnog razumijevanja događaja. Priprema za porođaj uključuje i pripremu spolovila, primjenu klizme, davanje injekcija i infuzija, uzimanje materijala za pretrage, pomoć pri posebnim postupcima za ublažavanje bolova itd. Tijekom samog porođaja djeteta i posteljice primalja osobito vodi računa o sprečavanju zaraze i pravodobnom prepoznavanju znakova krvarenja. Uloga primalje vrlo je važna i onda kada se primjenjuju posebna pomagala za dovršavanje porođaja, npr. negativni tlak ili kada se utvrdi potreba za carskim rezom. Ubrzo nakon izbacivanja posteljice i šivanja međice (ako je potrebno) žena se premješta na odjel. Tamo se primalje brinu za njezin odmor, prehranu, higijenu i psihičko stanje. [10] Nedostatak kod podrške primalje za vrijeme poroda je taj da

zbog malog broja primalja u rađaonici, a ponekad velikog broja roditelja u isto vrijeme, jedna se primalja ne može posvetiti u potpunosti samo jednoj roditelji i pružati joj kontinuiranu podršku.

1.4.7. Mogućnosti podrške na porodu u Hrvatskoj

Što se tiče pratnje na porodu, u Hrvatskoj tu ulogu većinom dobije otac djeteta. Rjeđe se događa da je pratnja na porodu netko iz obitelji, bliska osoba, prijatelj ili pak doula. Svako rodilište u Hrvatskoj ima svoja pravila oko uvjeta za pratnju koja će prisustvovati porodu. Ne postoji ni jedan podatak da ima rodilišta u Hrvatskoj koja strogo zabranjuju pratnju na porodu, ali ima rodilišta kojima je pratnja dozvoljena samo u rađaoni, a ne i u predrađaoni (Rodilište Zadar). Dok npr. rodilište u Splitu, KBC Split, dozvoljava pratnju i dviju osoba [11]. U nekim rodilištima postoje pisana pravila o pratnji na porodu koja su jasno istaknuta u samom rodilištu ili na njihovim stranicama, ali uz ta pisana pravila postoje i ona nepisana kojih se zapravo osoblje rodilišta pridržava. Jedno od tih pravila je npr. nemogućnost pratnje na porodu iza 20h te je pratnja u mogućnosti doći na porod tek ujutro iza 7h. Sve želje roditelja u mogućnosti je ispoštovati jedino privatno rodilište u Hrvatskoj, a to je rodilište u sklopu Poliklinike Podobnik. Neka rodilišta kao uvjet stavljaju pohađanje trudničkog tečaja dok neka rodilišta ne zahtijevaju nikakvu službenu pripremu za pratnju (Rodilište Sveti Duh, Rodilište Kliničke bolnice "SESTRE MILOSRDNICE" (Vinogradska bolnica), Rodilište u Vukovaru). Postoje i rodilišta koja inzistiraju na pohađanju tečaja koji sama bolnica organizira i ne prihvaćaju pohađanje nekog drugog tečaja (Opća bolnica Karlovac - Služba za ženske bolesti i porode). [11] Zatim, u nekim rodilištima trudnički se tečajevi plaćaju (od 200kn do 400kn), iako postoje smjernice da tečajevi trebaju biti besplatni za sve i svugdje u Hrvatskoj. Tečajevi se razlikuju i u opsegu predavanja i postoje razlike u temama koje se prolaze kroz predavanja. S obzirom na toliku raznolikost uvjeta koji su poznati kod pojedinih rodilišta ne začuđuje ni činjenica da se i dan danas u Hrvatskoj zapravo i razmatra da li je pratnja na porodu potrebna ili zapravo pratnje svojim prisustvom ometaju medicinsko osoblje.

2. Cilj istraživanja

Cilj ovog rada je ispitati potrebe žena roditelja vezane za kontinuiranu podršku tijekom trudnoće i poroda.

Ispitati postoje li razlike između roditelja koje su imale podršku na porodu i onih roditelja koje podršku nisu imale te u kojim trenucima dolazi do izražaja spomenuta razlika.

3. Metode istraživanja i sudionici

Podaci za ovo istraživanje prikupljeni su pomoću online ankete u vremenskom razdoblju od 15.07.2017. do 20.07.2017.godine. Anketa je bila u potpunosti anonimna i ispunile su je korisnice Facebook stranice „Mame na fejsu“ uz prethodno odobrenje administratora navedene stranice. Anketa je sastavljena od tri dijela i 11 pitanja osmišljenih od strane autora te se nalazi u Prilogu 1. Prvi dio ankete sadrži 3 općenita pitanja o dobi, broju djece i pitanje vezano uz prisutnost pratnje na porodu. Drugi dio ankete ispunjavale su samo sudionice koje su imale podršku na porodu njih 177 (N=177), a treći dio ankete su ispunjavale samo sudionice koje nisu imale nikakav oblik podrške na porodu njih 49 (N=49). Ukupan broj sudionika ankete je 226 (N=226). U opisu ankete (nalazi se na početku ankete) navedene su upute za ispunjavanje, svrha i cilj te vrijeme potrebno za ispunjavanje ankete (2-5 minuta).

Rezultati su prikazani tablično.

Zbog prirode same ankete ispunjavale su je samo sudionice ženskog spola.

Opći podaci – 1. dio ankete, ispunjavale sve sudionice.

		N	%
Koliko godina imate?	18-20	2	0,9%
	20-25	24	10,6%
	25-30	74	32,7%
	30-35	79	35,0%
	35-40	39	17,3%
	više od 40	8	3,5%
	Ukupno	226	100,0%

Tablica 3.1.Prikaz zastupljenosti sudionica po dobi

Izvor: autor A.B.C.

Podaci za dob sudionica prikazuju kako 2 (0,9%) sudionice imaju 18-20 godina, 24 (10,6%) sudionica imaju 20-25 godina, 74 (32,7%) sudionica ima 25-30 godina, 79 (35,0%) sudionica ima 30-35 godina, 39 (17,3%) sudionica ima 35-40 godina, dok 8 (3,5%) sudionica ima više od 40 g.

		N	%
Koliko djece imate?	1	94	41,6%
	2	93	41,2%
	3	34	15,0%
	4 i više	5	2,2%
	Ukupno	226	100,0%

Tablica 3.2. Prikaz broja djece

Izvor : autor A.B.C.

Podaci za broj djece prikazuju kako 94 (41,6%) sudionica ima jedno dijete, 93 (41,2%) sudionica ima dvoje djece, 34 (15,0%) sudionica ima troje djece, dok 5 (2,2%) sudionica ima 4 i više djece.

		N	%
Jeste li imali podršku za vrijeme poroda ?	Da	138	61,1%
	Ne	49	21,7%
	Da, ali ne kontinuiranu (od dolaska u rodilište do smještaja na odjelu babinjača)	39	17,3%
	Ukupno	226	100,0%

Tablica 3.3. Prikaz postojanja podrške na porodu

Izvor: autor A.B.C.

Podaci o postojanju podrške za vrijeme poroda prikazuju kako 138 (61,1%) sudionica navodi da je imala podršku, 49 (21,7%) sudionica navodi da nisu imale podršku za vrijeme poroda, dok 39 (17,3%) sudionica navodi da su imale podršku, ali ne kontinuiranu podršku (od dolaska u rodilište do smještaja na odjelu babinjača).

4. Rezultati

U obradu rezultata uvrštene su sve ankete koje su bile valjano ispunjene. Iz daljnje analize izbačene su nepravilno ili nepotpuno ispunjene ankete.

Na sljedećim stranicama prikazuju se rezultati 2. dijela ankete. Ispunjavale su samo sudionice koje su na pitanje *Jeste li imali podršku za vrijeme poroda?* odgovorile potvrdno tj. njih 177.

		N	%
Jeste li zadovoljni podrškom koju ste imali za vrijeme poroda?	Da, u potpunosti	143	82,2%
	Ne	4	2,3%
	Da, ali ne u potpunosti	27	15,5%
	Ukupno	174	100,0%

Tablica 4.1. Prikaz zadovoljstva pruženom podrškom

Izvor: autor A.B.C.

Na pitanje *Jeste li zadovoljni podrškom koju ste imali za vrijeme poroda?* 143 (2,2%) sudionica odgovorilo je da su u potpunosti zadovoljne podrškom koju su imale za vrijeme poroda, 4 (2,3%) sudionica odgovorilo je da nisu uopće zadovoljne podrškom, dok je 27 (15,5%) sudionica odgovorilo da su zadovoljne podrškom, ali ne u potpunosti.

		N	%
Tko je bio podrška na porodu ?	Otac djeteta	132	75,0%
	Bliska osoba (majka, sestra, prijateljica...)	9	5,1%
	Doula	2	1,1%
	Primalja/medicinsko osoblje	33	18,8%
	Ukupno	176	100,0%

Tablica 4.2. Prikaz tko je bio podrška na porodu

Izvor: autor A.B.C.

Na pitanje *Tko je bio podrška na porodu?* 132 (75,0%) sudionica odgovorilo je da je podršku pružao otac djeteta, 9 (5,1%) sudionica odgovorilo je da je podršku pružala bliska osoba (majka, sestra, prijateljica...), 2 (1,1%) sudionice odgovorile su da je podršku pružala doula, dok 33 (18,8%) sudionice odgovaraju da su podršku dobile od primalja/medicinsko osoblje.

		N	%
Je li podrška bila kontinuirana kroz cijeli porod ili samo u nekim određenim trenucima?	Kontinuirana podrška	127	77,4%
	U određenim trenucima	37	22,6%
	Ukupno	164	100,0%

Tablica 4.3. Prikaz vrste podrške za vrijeme poroda

Izvor: autor A.B.C.

Na pitanje *Je li podrška bila kontinuirana kroz cijeli porod ili samo u nekim određenim trenucima?* 127 (77,4%) sudionica odgovorilo je da je podrška bila kontinuirana, dok 37 (22,6%) sudionica odgovara da su podršku primile samo u nekim određenim trenucima.

Nadalje, u tablici 4.4. navedeni su odgovori sudionica na pitanje *U kojim je točno trenucima podrška bila prisutna?.*

U kojim je točno trenucima podrška bila prisutna?.	Broj
Do hitnog carskog je bio uz mene, na operaciji ne.	1
Do odlaska u OP salu.	1
Nije nikako.	1
Ostala u petak navečer, muž došao u subotu ujutro kad su mi dali drip i bio do rođenja.	1
Samo u boxu.	1
Samo u rađaoni.	1

Samo za vrijeme samog poroda, za vrijeme trudova muž nije mogao biti uz mene.	1
Suprug je bio prisutan dok nije odlučeno da moram na carski, tada je naravno morao van.	1
Za vrijeme: Tiskaj, tiskaj!.	1
Trudovi kod kuće, vožnja do bolnice, predrađona, dva sata nakon poroda u rađaoni.	1

Tablica 4.4. Prikaz trenutaka u kojima su žene imale podršku

Izvor: autor A.B.C.

		N	%
Jeste li tijekom poroda koristili lijekove za ublažavanje bolova?	Da	68	38,4%
	Ne	109	61,6%
	Ukupno	177	100,0%

Tablica 4.5. Prikaz korištenja lijekova za ublažavanje bolova

Izvor: Autor A.B.C.

Na pitanje *Jeste li tijekom poroda koristili lijekove za ublažavanje bolova?* 68 (38,4%) sudionica odgovorile je da su koristile lijekove za ublažavanje bolova, dok 109 (61,6%) sudionica odgovara da iste nije koristilo.

		N	%
Jeste li zadovoljni odnosom ostalog osoblja prema Vama za vrijeme poroda ?	Da	110	62,1%
	Ne	17	9,6%
	Da, ali ne u potpunosti	50	28,2%
	Ukupno	177	100,0%

Tablica 4.6. Prikaz zadovoljstva sa ostalim osobljem

Izvor: autor A.B.C.

Na pitanje *Jest li zadovoljni odnosom ostalog osoblja prema Vama za vrijeme poroda?* 110 (62,1%) sudionica odgovorilo je da su zadovoljne odnosom osoblja, 17 (9,6%) sudionica odgovorilo je da nisu zadovoljne odnosom osoblja, dok 50 (28,2%) sudionica odgovara da je zadovoljno odnosom osoblja, ali ne u potpunosti.

		N	%
Što je po Vama bit podrške?	Samo prisustvo osobe od povjerenje olakšava proces poroda	150	84,7%
	Oblik zblizavanja	9	5,1%
	Konkretna fizička pomoć	18	10,2%
	Ukupno	177	100,0%

Tablica 4.7. Prikaz biti podrške

Izvor: autor A.B.C.

Na pitanje *Što je po Vama bit podrške?* 150 (84,7%) sudionica odgovorilo je da već samo prisustvo osobe od povjerenje olakšava proces poroda, 9 (5,1%) sudionica odgovorilo je da je bit podrške oblik zblizavanja, dok 18 (10,2%) sudionica odgovara da je bit podrške na porodu konkretna fizička pomoć.

		N	%
Je li podrška na porodu uopće potrebna?	Da	176	99,4%
	Ne	1	0,6%
	Ukupno	177	100,0%

Tablica 4.8. Prikaz mišljenja o potrebnosti podrške za vrijeme poroda

Izvor: autor A.B.C.

Na pitanje *Je li podrška na porodu uopće potrebna?* 176 (99,4%) sudionica odgovorilo je da je podrška potrebna, dok samo 1 (0,6%) sudionica odgovara da podrška na porodu nije potrebna.

		N	%
Tko bi trebao imati ulogu podrške na porodu?	Otac djeteta	122	68,9%
	Doula (stručna osoba školovana za pratnju na porodu)	11	6,2%
	Bliska osoba	21	11,9%
	Primalja /medicinsko osoblje	23	13,0%
	Ukupno	177	100,0%

Tablica 4.9. Prikaz mišljenja o ulozi podrške na porodu

Izvor: autor A.B.C.

Na pitanje *Tko bi trebao imati ulogu podrške na porodu?* 122 (68,9%) sudionice odgovorile su da bi tu ulogu trebao imati otac djeteta, 11 (6,2%) sudionica odgovorilo je da bi doula (stručna osoba školovana za pratnju na porodu) trebala imati ulogu podrške, 21 (11,9%) sudionica odgovorila je da bliska osoba treba biti izvor pomoći, dok 23 (13,0%) sudionica odgovara kako bi ulogu podrške na porodu trebala imati primalja/medicinsko osoblje.

Na sljedećim stranicama prikazuju se rezultati 3. dijela ankete - ispunjavale su sudionice koje za vrijeme poroda nisu imale podršku. Taj dio ankete ispunilo je 49 sudionica.

		N	%
Jeste li tijekom poroda koristili lijekove za ublažavanje bolova?	Da	15	30,6%
	Ne	34	69,4%
	Ukupno	49	100,0%

Tablica 4.10. Prikaz korištenja lijekova za ublažavanje bolova

Izvor: autor A.B.C

Na pitanje *Jeste li tijekom poroda koristili lijekove za ublažavanje bolova?* 15 (30,6%) sudionica odgovorilo je da su koristile lijekove, dok je 34 (69,4%) sudionica odgovorilo da nisu koristile lijekove za ublažavanje bolova.

		N	%
Jeste li zadovoljni odnosom ostalog osoblja prema vama?	Da	15	30,6%
	Ne	12	24,5%
	Da, ali ne u potpunosti	22	44,9%
	Ukupno	49	100,0%

Tablica 4.11. Prikaz mišljenja o odnosu osoblja

Izvor: autor A.B.C.

Na pitanja *Jeste li zadovoljni odnosom ostalog osoblja prema Vama?* 15 (30,6%) sudionica odgovorilo je da je zadovoljno odnosom osoblja, 12 (24,5%) sudionica odgovorilo je da nije zadovoljno, a 22 (44,9%) sudionice odgovorile su da su bile zadovoljne odnosom osoblja, ali ne u potpunosti.

		N	%
Što je po Vama bit podrške?	Samo prisustvo osobe od povjerenja olakšava proces poroda	39	79,6%
	Oblik zbližavanja	3	6,1%
	Konkretna fizička pomoć	7	14,3%
	Ukupno	49	100,0%

Tablica 4.12. Prikaz biti podrške

Izvor: autor A.B.C.

Na pitanje *Što je po Vama bit podrške?* 39 (79,6%) sudionica odgovorilo je da već samo prisustvo osobe od povjerenja olakšava proces poroda, 3 (6,1%) sudionice odgovorile su da je bit podrške na porodu oblik zbližavanja, dok 7 (14,3%) sudionica odgovara da je bit podrške pružanje konkretne fizičke pomoći.

		N	%
Je li podrška na porodu uopće potrebna?	Da	44	89,8%
	Ne	5	10,2%
	Ukupno	49	100,0%

Tablica 4.13. Prikaz mišljenja o potrebi podrške na porodu

Izvor: autor A.B.C.

Na pitanje *Je li podrška na porodu uopće potrebna?* 44 (89,8%) sudionica odgovorilo je da je podrška na porodu potrebna, dok je 5 (10,2%) sudionica odgovorilo da podrška nije potrebna.

		N	%
Tko bi trebao imati ulogu podrške na porodu?	Otac djeteta	25	51,0%
	Doula (stručna osoba školovana za pratnju na porodu)	5	10,2%
	Bliska osoba	11	22,4%
	Primalja / medicinsko osoblje	8	16,3%
	Ukupno	49	100,0%

Tablica 4.14. Prikaz mišljenja o ulozi podrške na porodu

Izvor: autor A.B.C.

Na pitanje *Tko bi trebao imati ulogu podrške na porodu?* 25 (51,0%) sudionica odgovorilo je da bi tu ulogu trebao imati otac djeteta, 5 (10,2%) sudionica odgovorilo je da bi to trebala biti doula (stručna osoba školovana za pratnju na porodu), 11 (22,4%) sudionica odgovorilo je da bi to trebala biti bliska osoba, dok je 8 (16,3%) sudionica odgovorilo da bi to trebala biti primalja/medicinsko osoblje.

5. Rasprava

U provedenom istraživanju „Važnost podrške na porodu“ sudjelovalo je 226 (N= 226) sudionica. Iz općih podataka dobivenih istraživanjem zaključuje se da su sudionice najvećim dijelom u dobi od 30-35 godina njih 79 (35%), zatim slijede sudionice u dobi od 25-30 godina kojih je 74 (32,7%) dok je najmanji broj sudionica u dobnoj skupini od 18-20 godina, samo 2 sudionice (0,9%). Nadalje, podaci o broju djece prikazuju kako najviše sudionica 94 (41,6%) ima jedno dijete, njih 93 (41,2%) ima dvoje djece, 34 (15,0%) sudionice imaju troje i više djece, dok 5 (2,2%) sudionica ima 4 i više djece.

Na pitanje *Jeste li imali podršku za vrijeme poroda?* 138 (61,1%) sudionica odgovorilo je da je imalo podršku na porodu, 49 (21,7%) sudionica odgovorilo je da nije imala nikakvu podršku na porodu, dok 39 (17,3%) sudionica navodi da su imale podršku na porodu, ali ne kontinuiranu (od dolaska u rodilište do smještaja na odjelu babinjača), već samo u određenim trenucima. Podaci dobiveni istraživanjem nam ukazuju da iako većina sudionica je imala podršku na porodu, veliki broj sudionica, njih 49 (21,7%), na porodu nisu imale apsolutno nikakav oblik podrške, a 39 (17,3%) sudionica imalo je podršku na porodu samo u nekim određenim trenucima, a ne za vrijeme svih porođajnih doba. U Švedskoj samo 1,8% žena rađa u odsutnosti partnera, u Velikoj Britaniji njih manje od 1%, u Francuskoj 1,4% žena, dok u istočnim zemljama poput Turske, Grčke, Makedonije, samo 10% ili manje žena rađa uz prisutnost partnera.[8]

Pogledaju li se odgovori sudionica na pitanje *Jeste li zadovoljni podrškom koju ste imali za vrijeme poroda?* može se uočiti kako 143 (82,2%) sudionica navodi da su u potpunosti zadovoljne podrškom koju su imale za vrijeme poroda, 4 (2,3%) sudionica navodi da nisu uopće zadovoljne podrškom, dok 27 (15,5%) sudionica navodi da su zadovoljne podrškom, ali ne u potpunosti. Iz ovih podataka vidi se da su sudionice ankete uglavnom zadovoljne pruženom podrškom što možemo pripisati praksi hrvatskih rodilišta koja za nazočnost na porodu traže potvrdu o pohađanom tečaju te su osobe koje su pohađale tečaj ipak bile adekvatno pripremljene pružati podršku.

132 (75,0%) sudionica odgovorilo je na pitanje *Tko je bio podrška na porodu?* da je podršku pružao otac djeteta. 9 (5,1%) sudionica navodi da je podršku pružala bliska osoba tj. majka, sestra, prijateljica, a samo 2 (1,1%) sudionice navode da je podršku pružala doula, dok 33

(18,8%) sudionica navodi da su podršku dobile od primalja/medicinsko osoblje. Iz rezultata se zaključuje da je u Hrvatskoj i dalje prisutan trend da podršku na porodu pruža otac djeteta što ujedno i prikazuje da očevi u velikom broju žele biti prisutni u vrijeme rađanja djeteta te da žele pružati podršku svojim partnericama. Sljedeći najveći broj sudionica njih 33 (18,8%) navodi da su podršku primale od primalja/medicinskog osoblja što isto prikazuje da se i dalje mnoge žene u Hrvatskoj uzdaju u podršku koju će primiti u sklopu ustanove tj. rodilišta i da se podrška doista adekvatno pruža. Mali broj sudionica, njih 9 (5,1%) kao podršku su imale neku blisku osobu što opet potvrđuje pravilo da je otac djeteta u velikom broju podrška na porodu. Samo 2 (1,1%) sudionice su na porodu imale podršku doule što nije toliko začuđujući podatak s obzirom da je zanimanje doule postojano u novije vrijeme u Hrvatskoj i mnoge žene uopće nisu ni upoznate sa tom profesijom ili da ona postoji u našoj državi. Isto tako, doule nisu dostupne u svim dijelovima Hrvatske već samo u većim gradovima. Ne smije se ni umanjiti činjenica da se doula privatno plaća tj. plaća ju sama trudnica što je većini naših trudnica preskupo s obzirom na rođiljne i roditeljske potpore koje se primaju.

Na pitanje *Je li podrška bila kontinuirana kroz cijeli porod ili samo u nekim određenim trenucima?* može se uočiti kako 127 (77,4%) sudionica navodi da je podrška bila kontinuirana, dok 37 (22,6%) sudionica navodi da su podršku primile samo u nekim određenim trenucima. Na sljedećem pitanju sudionice su samostalno mogle navesti u kojem su to trenucima imale podršku. Odgovori su bili: Do Hitnog carskog je bio uz mene, na operaciji ne., Do odlaska u OP salu., Ostala u petak navečer, muž došao u subotu ujutro kad su mi dali drip i bio do rođenja., Samo u boxu., Samo u rađaoni., Samo za vrijeme samog poroda, Za vrijeme trudova muž nije mogao biti uz mene. Iz navedenih odgovora vidi se da se ne može u svakom rodilištu koristiti kontinuirana podrška i da postoje nepisana pravila o tome kada pratnja može biti uz rođilju na porodu. Uspoređujući rezultate dobivene istraživanjem i informacije iščitane iz strane literature vidi se velika razlika jer u većini razvijenih zemalja podrška na porodu je apsolutno kontinuirana i uz rođilju većinom može biti više osoba u isto vrijeme.

Pitanje *Jeste li tijekom poroda koristili lijekove za ublažavanje bolova?* koje je postavljeno sudionicama koje su imale podršku na porodu, prikazuje odgovore kako 68 (38,4%) sudionica odgovara da je koristilo lijekove za ublažavanje bolova, dok 109 (61,6%) sudionica odgovara da iste nije koristila. Nadalje, na pitanja *Jeste li tijekom poroda koristili lijekove za ublažavanje bolova?* postavljenog sudionicama koje na porodu nisu imale podršku, može se

uočiti kako 15 je (30,6%) sudionica odgovorilo da su koristile lijekove, dok je 34 (69,4%) sudionica odgovorilo da nije koristilo lijekove. Iz rezultata se vidi da sudionice koje su imale i sudionice koje nisu imale podršku na porodu u sličnom postotku koriste ili ne koriste lijekove za ublažavanje bolova. Čak su sudionice koje nisu imale podršku na porodu u nešto malo većem postotku odbile lijekove za ublažavanje bolova. Uspoređujući dobivene rezultate sa rezultatima Cochrane Colaboration istraživanja vidi se razlika. U njihovom istraživanju žene koje su imale podršku na porodu u puno manjem postotku koriste lijekove za ublažavanje bolova. [12]

Na pitanje *Jeste li zadovoljni odnosom ostalog osoblja prema Vama za vrijeme poroda?* postavljenog sudionicama koje su imale podršku na porodu, može se uočiti kako je 110 (62,1%) sudionica odgovorilo da je zadovoljno u potpunosti, 17 (9,6%) sudionica je odgovorilo da nije zadovoljno u potpunosti, dok 50 (28,2%) sudionica navodi da je zadovoljno, ali ne u potpunosti. Na pitanje *Jeste li zadovoljni odnosom ostalog osoblja prema vama?* postavljenog sudionicama koje nisu imale podršku na porodu, 15 (30,6%) sudionica odgovara da je zadovoljno u potpunosti, 12 (24,5%) sudionica odgovara da nije uopće zadovoljno, dok 22 (44,9%) sudionice odgovaraju da su zadovoljne odnosom osoblja, ali ne u potpunosti. Iz rezultata se zaključuje da je puno više sudionica koje su imale podrške na porodu u potpunosti zadovoljno odnosom ostalog osoblja prema njima 62,1% od sudionica koje podršku na porodu nisu imale 30,6%. Uspoređujući te rezultate sa rezultatima istraživanja Cochrane Colaboration mreže dolazi se do zaključka da su rezultati vrlo slični. [12] Žene koje imaju podršku na porodu u većem su postotku zadovoljne odnosom ostalog osoblja prema njima samima.

Što je po Vama bit podrške? pitanje postavljeno ženama koje su imale podršku na porodu prikazuje da 150 (84,7%) sudionica odgovara da je bit podrške samo prisustvo osobe od povjerenje te da ono olakšava proces poroda, 9 (5,1%) sudionica odgovara da je bit podrške oblik zbližavanja, dok 18 (10,2%) sudionica odgovara da je to konkretna fizička pomoć. Nadalje, na pitanje *Što je po vama bit podrške?* postavljenog drugoj skupini žena može se uočiti kako 39 (79,6%) sudionica navodi da samo prisustvo osobe od povjerenja olakšava proces poroda, 3 (6,1%) sudionice navode da je bit podrške oblik zbližavanja, dok 7 (14,3%) sudionica navodi da je to konkretna fizička pomoć. Slična su mišljenja kod sudionica koje su imale podršku na porodu i onih koje istu nisu imale kad se razmatra što je bit podrške na

porodu, gdje u velikoj većini i jedna i druga skupina sudionica smatra da je bit podrške samo prisustvo osobe od povjerenja.

Odgovori na pitanje *Je li podrška na porodu uopće potrebna?* postavljeno sudionicama koje su imale podršku na porodu pokazuju da 176 (99,4%) sudionica navodi da je podrška potrebna, dok samo 1 (0,6%) sudionica navodi da ista zapravo nije potrebna. Nadalje, na pitanje *Je li podrška na porodu uopće potrebna?* postavljeno sudionicama koje nisu imale podršku na porodu 44 (89,8%) sudionica izjašnjava se sa da tj. da je podrška potrebna, dok 5 (10,2%) sudionica navodi da podrška nije potrebna. Iz rezultata se vidi da sudionice koje su imale podršku na porodu u nešto većem postotku smatraju da je podrška potrebna iako obje skupine sudionica smatraju u velikom postotku da je podrška potrebna.

Tko bi trebao imati ulogu podrške na porodu? pitanje postavljeno sudionicama koje su imale podršku na porodu, donosi odgovore da 122 (68,9%) sudionice smatraju da bi tu ulogu trebao imati otac djeteta, 11 (6,2%) sudionica navodi doulu (stručna osoba školovana za pratnju na porodu) da bi trebala imati ulogu podrške, 21 (11,9%) sudionica navodi blisku osobu kao izvor pomoći, dok 23 (13,0%) sudionica navodi kako je to primalja/medicinsko osoblje. Isto pitanje *Tko bi trebao imati ulogu podrške na porodu?* postavljeno sudionicama koje nisu imale podršku na porodu, daje rezultate da 25 (51,0%) sudionica navodi da je to otac djeteta, 5 (10,2%) navodi doulu (stručna osoba školovana za pratnju na porodu), 11 (22,4%) sudionica navodi da bi to trebala biti bliska osoba, dok 8 (16,3%) sudionica navodi da je to uloga za primalju/medicinsko osoblje. Rezultati prikazuju da sudionice koje su imale podršku na porodu u većem postotku 68,9% smatraju da bi podršku na porodu trebao pružati otac djeteta od sudionica koje podršku nisu imale njih 51,0%. Sudionice koje su imale podršku na porodu većinom su kao podršku imale upravo oca djeteta i većinom su bile zadovoljne u potpunosti podrškom koja im je pružena što objašnjava zašto one smatraju da je to uloga upravo za oca djeteta. Istraživanje provedeno u Hrvatskoj prikazuje rezultate da je svaka žena kojoj je podrška bio partner procijenilo su to kao izuzetno pozitivno iskustvo. [8]

Istraživanje provedeno od strane Cochrane Colaboration mreže prikazuje suprotno od rezultata ovog istraživanja i njihovi rezultati prikazuju te oni navode u zaključku da ulogu osobe koja pruža podršku treba imati stručna osoba (doula ili primalja). [12]

Cilj ovog rada je ispitati potrebe žena roditelja vezane za kontinuiranu podršku tijekom trudnoće i poroda i iz rezultata je vidljivo da je podrška na porodu potrebna i da je višestruko korisna za roditelje.

Ispitano je postoje li razlike između roditelja koje su imale podršku na porodu i onih roditelja koje podršku nisu imale te u kojim trenucima dolazi do izražaja spomenuta razlika.

6. Zaključak

Provedenim istraživanjem i uspoređujući dobivene rezultate sa rezultatima drugih istraživanja dolazim do zaključka da je kontinuirana podrška na porodu svakako potrebna te uvelike olakšava roditelji porod, a time je podrška i korisna svom drugom medicinskom osoblju koje uz dobro pripremljen „duo“ profesionalnije i sigurnije može provesti svoje kompetencije u djelo.

Razlike roditelja koje su imale podršku na porodu i roditelja koje istu nisu imale najviše se očituju kod mišljenja roditelja je li podrška na porodu uopće potrebna, što je uopće bit te podrške i kome bi trebala pripasti uloga podrške na porodu.

Rezultati istraživanja prikazuju da Hrvatska prati razvijene zemlje što se tiče podrške na porodu. Naravno, prostora za napredak uvijek ima. Iako je zadovoljstvo primaljama i medicinskim osobljem vidljivo iz istraživanja trebalo bi se poraditi na prihvaćanju općih smjernica i primjeni istih te omogućiti da u svim Hrvatskim rodilištima svaka roditelja ima mogućnost na jednak tretman i da ima mogućnost na kontinuiranu podršku bez obzira na dan ili sat u kojem se porod odvija. Dodatna edukacija na tečajevima pripreme za porod te usklađenost tečajeva isto bi bila od velike pomoći. Smatram da bi isto tako pomogao i veći broj posjeta patronažne sestre trudnici prije samog poroda jer iako se u literaturi navodi da je patronažna sestra zadužena za posjete i brigu o trudnicama na svom terenu u praksi je to skoro pa uopće neprovođeno.

U Varaždinu, _____ 2017.

Potpis:

7. Literatura

1. Zorka Mojsović i suradnici: Sestrinstvo u zajednici, Priručnik za studij sestrinstva – drugi dio, Korisnici u zajednici, Zdravstveno veleučilište, Zagreb 2007.
2. <http://centarzareproduktivnomentalnozdravlje.hr/>, Što je reproduktivno mentalno zdravlje?, dostupno 05.09.2017.
3. Ante Dražančić: Alternativne metode rađanja, GynaecolPerinatol 2004;13(2):43–51, Zagreb 2004., preuzeto sa <http://hrcak.srce.hr/> , dostupno 21.08.2017.
4. Jadranka Ristić, Vesna Turuk, Ružica Mrkonjić: Procjena kvalitete edukacije medicinskih sestara u pripremi trudnice za porod, SG/NJ 2016;21:275-80, preuzeto sa <http://hrcak.srce.hr/>, dostupno 21.8.2017.
5. Zorka Mojsović i suradnici: Sestrinstvo u zajednici, Priručnik za studij sestrinstva – prvi dio, Visoka zdravstvena škola, Zagreb 2004.
6. Nikola Ljubojević: Ginekologija i porodništvo, Udžbenik za studij sestrinstva, Zdravstveno veleučilište, Zagreb 2005.
7. Vesna Turuk: Zdravstvena njega majke i novorođenčeta (nastavni tekstovi), Zdravstveno veleučilište, Studij sestrinstva, Zagreb 20014.
8. Havelka;Bilić;Bajer;Barišić;Kramarić: Psihološki čimbenici doživljaja boli pri porođaju, Klinička psihologija 1 (2008), 1-2, 91-108 ,Naklada Slap, 2008. , 91 Stručni članak - UDK 159.922.23 preuzeto sa <http://hrcak.srce.hr/> dostupno 21.8.2017.
9. <http://www.doula.hr/index.php> , Tko je doula?, dostupno 05.09.2017.
10. <https://www.komora-primalja.hr/> , Edukacija, dostupno 05.09.2017.

11. Hodnett ED. Gates S.Hofmeyr GJ. Srpanj, 2013.

<http://www.cochrane.org/hr/CD003766/kontinuirana-podrska-zenama-tijekom-poroda>
[dostupno 01.09.2017.](#)

12. Ellen D. Hodnett, Simon Gates, G.JustusHofmeyer, CarolSakala: Continuoussupport
for womenduringchildbirth, preuzeto sa

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4175537/?report=classic>, dostupno
22.08.2017.

8. Prilozi

ANKETA

Važnost podrške na porodu

Poštovani, ova anketa koristi se u svrhu istraživanja: "Važnost podrške na porodu".

Sudjelovanje u istraživanju je anonimno i dobrovoljno. Ispunjavanjem i predajom upitnika, dajete svoj pristanak da se podaci koriste u svrhu navedenog istraživanja.

Za popunjavanje upitnika potrebne su 2-5 minuta.

Unaprijed Vam zahvaljujem na Vašem doprinosu!

Koliko godina imate ?

- a) 18-20
- b) 20-25
- c) 25-30
- d) 35-40
- e) 40 ili više

Koliko djece imate ?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4 ili više

Jeste li imali podršku za vrijeme poroda ?

- a) Da
- b) Ne
- c) Da, ali ne kontinuirano.

2. dio upitnika – ispunjavaju žene koje su za vrijeme poroda imale podršku

Jeste li zadovoljni podrškom koju ste imali za vrijeme poroda?

- a) Da
- b) Ne
- c) Da, ali ne u potpunosti

Tko je bio podrška na porodu ?

- a) Otac djeteta
- b) Bliska osoba (majka, sestra, prijateljica...)
- c) Doula (educiranu i iskusnu profesionalku koja pruža kontinuiranu emocionalnu, fizičku i informativnu potporu majci prije, tijekom i netom nakon poroda)
- d) Primalja/Medicinsko osoblje

Je li podrška bila kontinuirana kroz cijeli porod ili samo u određenim trenucima?

- a) Da, kontinuirano
- b) Samo u određenim trenucima – navedite u kojim trenucima

Jeste li tijekom poroda koristili lijekove za ublažavanje bolova ?

- a) Da
- b) Ne

Jeste li zadovoljni odnosom ostalog osoblja prema Vama?

- a) a) Da
- b) b) Ne
- c) c) Da, ali ne u potpunosti

Što je po Vama bit podrške?

- a) Samo prisustvo osobe od povjerenja olakšava proces poroda
- b) Oblik zblizavanja
- c) Konkretna fizička pomoć

Je li podrška na porodu uopće potrebna?

- a) Da
- b) Ne

Tko bi trebao imati ulogu podrške na porodu?

- a) Otac djeteta
- b) Bliska osoba
- c) Doula
- d) Medicinsko osoblje

3. dio upitnika – ispunjavaju žene koje nisu imale podršku za vrijeme poroda

Jeste li tijekom poroda koristili lijekove za ublažavanje bolova ?

- a) Da
- b) Ne

Jeste li zadovoljni odnosom ostalog osoblja prema Vama?

- a) Da
- b) Ne
- c) Da, ali ne u potpunosti

Što je po Vama bit podrške?

- a) Samo prisustvo osobe od povjerenja olakšava proces poroda
- b) Oblik zblizavanja
- c) Konkretna fizička pomoć

Je li podrška na porodu uopće potrebna?

- a) Da
- b) Ne

Tko bi trebao imati ulogu podrške na porodu?

- a) Otac djeteta
- b) Bliska osoba
- c) Doula
- d) Medicinsko osoblje

Sveučilište Sjever

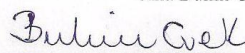
IZJAVA O AUTORSTVU I SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

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, Ana Buhin Cvek pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog rada pod naslovom "Važnost podrške na porodu" te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Studentica:

Ana Buhin Cvek



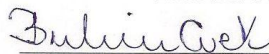
(vlastoručni potpis)

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, Ana Buhin Cvek neopozivo izjavljujem da sam suglasana s javnom objavom završnog rada pod naslovom "Važnost podrške na porodu" čiji sam autor/ica.

Student/ica:

Ana Buhin Cvek



(vlastoručni potpis)

