

Uloga medicinske sestre pri prijemu roditelje i partnerov doživljaj poroda

Papeš, Martina

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:047876>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-20**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PRIJEMU
RODILJE I PARTNEROV DOŽIVLJAJ PORODA**

Završni rad br.60/SES/2018

Martina Papeš

Bjelovar, rujan 2018.



Veleučilište u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Papeš Martina**

Datum: 06.07.2018.

Matični broj: 001294

JMBAG: 0314012199

Kolegij: **OSNOVE ZDRAVSTVENE NJEGE 1**

Naslov rada (tema): **Uloga medicinske sestre pri prijemu roditelja i partnerov
doživljaj poroda**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Ksenija Eljuga, dipl.med.techn.**

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Mirna Žulec, dipl.med.techn., predsjednik**
2. **Ksenija Eljuga, dipl.med.techn., mentor**
3. **Goranka Rafaj, mag.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 60/SES/2018

Studentica će u ovome završnom radu prikazati prijem roditelja u rađaonicu i sve postupke koji se odnose na prvo porođajno doba. Objasniti će protokol, ustroj rađaonice i ulogu medicinske sestre kod pregleda i zdravstvenu njegu u prvom porođajnom dobu. U drugom dijelu završnog rada prikazati će se istraživanje koje je uključilo anketiranje očeva koji su prisustvovali porodu te će se prikazati rezultati koji se odnose na njihovo emocionalno iskustvo.

Zadatak uručen: 06.07.2018.

Mentor: **Ksenija Eljuga, dipl.med.techn.**



Veliku zahvalnost, u prvom redu, dugujem svojoj mentorici Kseniji Eljugi, dipl. med. techn., na razumijevanju i stručnim savjetima pri izradi ovog završnog rada. Također zahvaljujem i članovima komisije Mirni Žulec, dipl. med. techn., i Goranki Rafaj, mag. med. techn., na njihovu trudu. Posebnu zahvalnost iskazujem cijeloj svojoj obitelji koja me je uvijek podržavala. I na kraju, najveću zaslugu za ono što sam postigla pripisujem svojoj strpljivoj i dobroj djeci. .

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Rađanje kroz povijest	2
1.2. Antenatalna skrb	3
1.2.1. Određivanje termina porođaja	3
1.3. Nadzor trudnoće	6
1.3.1. Laboratorijske pretrage u trudnoći	6
1.3.2. Genitalni pregled trudnice	8
1.3.3. Opći pregled trudnice	9
1.3.4. Ultrazvučni pregled trudnice	9
1.3.5. Prekonceptijska skrb	10
1.4. Rodilja	11
1.4.1. Edukacija roditelja	11
1.4.2. Prijem roditelja	12
1.4.3. Fizička priprema roditelja	13
1.4.4. Psihička priprema roditelja	13
1.4.5. Podrška na porodu – danas	14
1.5. Porod i porodna doba	15
1.5.1. Prvo porodno doba	16
1.5.2. Porođajne snage – trudovi	17
1.5.3. Nadzor fetusa – Kardiotokografija	18
1.5.4. Drugo porodno doba	19
1.5.5. Treće porodno doba	19
1.5.6. Četvrto porodno doba	19
1.6. Porođaj (spontani ili izazvani)	20

2. CILJ RADA	21
3. ISPITANICI I METODE	22
4. REZULTATI	23
4.1. Prikaz emocija koje opisuju trenutno partnerovo stanje pri porodu	23
4.2. Demografski podaci o ispitanicima	25
4.3. Rezultati pojavnosti između informiranosti, doživljaja žene i traumatičnosti partnera u porodu	30
5. RASPRAVA	39
6. ZAKLJUČAK	43
7. LITERATURA	44
8. OZNAKE I KRATICE	46
9. SAŽETAK	47
10. SUMMARY	48
11. PRILOZI	49

1. UVOD

Trudnoća i rađanje najveći su misterij i čarolija prirode povezani s puno emocija. Žena do svoje reproduktivne dobi dolazi spolnim sazrijevanjem. Reproductivno razdoblje ima dvije komponente. Jednu u kojoj se tijelo žene priprema za moguću trudnoću i drugu u koju ubrajamo razdoblje trudnoće sve do porođaja. U svim zemljama napori medicinske struke i njezinih djelatnika kreću se u smjeru očuvanja dobrobiti trudnica i nataliteta jer je to pitanje budućnosti te zajednice.

U cjelokupnom zbrinjavanju trudnoće edukacija je prvi korak. Antenatalna zdravstvena zaštita žena obuhvaća sve mjere koje se provode tijekom trudnoće s ciljem očuvanja zdravlja, sprječavanja pobola majke i rađanja zdravog i za život sposobnog djeteta. Edukaciju je potrebno provoditi na svim razinama zdravstvene zaštite (2). Perinatalna zaštita majke i djeteta period je skrbi od začeća do sedam dana nakon poroda. Perinatalna skrb trudnice obuhvaća: zdravstveni odgoj trudnice, pregled trudnice, praćenje rizične trudnoće, stručnu pomoć pri porođaju, kontrolni pregled i zdravstveni odgoj babinjače (2). Porođaj predstavlja važan događaj, ali i početak novog razdoblja u životu žene. Vaginalni pregled ostaje zlatni standard za praćenje trudnoće i napredovanja porođaja, a ultrazvučni pregled trebao bi pomoći u objektivizaciji vaginalnog pregleda.

Za vođenje porođaja potrebno je poznavati fiziologiju i patofiziologiju trudnoće i porođaja. Tako se može odvojiti normalno od patološkog i na vrijeme prevenirati neželjene komplikacije. Početak porođaja mogu predstavljati redovite kontrakcije maternice, pojava takozvanog sluznog čepa i sukrvice praćene stezanjem kao znakom početka „otvaranja“. Početak poroda individualan je svakoj trudnici, ali koliko god bio u samom činu jednak, postoje nijanse koje svaki porođaj čine različitim. Najčešća je briga s kojom se roditelji suočavaju hoće li u pravom trenutku prepoznati znakove i simptome koji joj ukazuju na to da mora krenuti u rodilište.

1.1. RAĐANJE KROZ POVIJEST

Društveni stavovi prema ženama, seksualnosti ili poštovanje određenih pravila oduvijek su bili odraz pristupa rađanju i njegovoj praksi.

Od prapovijesti pa do antičkog doba žene su bile one koje su davale život te su blisko povezane božanstvom i s majkom prirodom.

Žene su rađale u više položaja, ovisno o svom stanju: čučajući, stojeći, klečeći i sjedeći.

U ranom kršćanstvu velik utjecaj crkve postavio je žene u drugi plan. Da se žene moraju izolirati tijekom poroda i ostavljati da rađaju same, propisivala su ondašnja pravila. U ranom kršćanstvu zbog pogrešnih prijevoda i tumačenja Biblije uvriježilo se mišljenje da je rađanje kazna za Evin iskonski grijeh (1).

Od srednjeg vijeka do sedamnaestoga stoljeća većina poroda obavljala se uz prisutnost starijih, iskusnijih žena (1). Zatvaranjem ključanica, prozora, navlačenjem teških zavjesa i paljenjem svijeća kuće bi se pripremale za porod. Vjerovalo se da zamračeno okruženje štiti ženu od nadnaravnih sila. Rađanje ispred ognjišta dobilo je novu dimenziju u korištenju položaja, a spori trudovi ubrzavali bi se pomoću pripravaka od različitih trava.

Sve popularnija znanost u 18. stoljeću rezultira opasnijim uvjetima rađanja (1).. Liječnici su sve prisutniji prilikom porođaja. Mračne i pregrijane prostorije zamjenjuju svijetlim i prozračnim jer vjeruju da će tako spriječiti infekcije.

U devetnaestom stoljeću ženi je dodijeljena uloga brige za kuću. Liječnici muškog spola prihvaćeni su u cijeloj Europi, a njihova se popularnost proširila i među američkim društvom.

Rađanje u bolnicama, ležeći položaj i primjena anestetika obilježili su sredinu 19. stoljeća (1).

U 20. stoljeću svi su se porodi obavljali u zdravstvenim ustanovama (1). Elektroničko doba donosi bolju zdravstvenu zaštitu te rađanje postaje sigurno i kontrolirano. Uloga moderne tehnologije i iskustvo liječnika promijenili su sve navedeno i izbrisala tragove povijesti.

1.2 ANTENATALNA SKRB

Napredak medicine, primaljstva i sestrinske skrbi o trudnicama i roditeljama, uz poboljšanje općih životnih uvjeta, smanjuje rizik i za majku i za dijete u tolikoj mjeri da već godine 1933. M. Kerr tvrdi kako antenatalna skrb sigurno pridonosi smanjenju perinatalne smrtnosti, pobola majki i djece te trajnih oštećenja (4).

Praćenje zdravstvenog stanja trudnice kako bi se na vrijeme spriječili čimbenici rizika za majku i dijete zadaća je edukacije i svih kontrolnih i sistematskih pregleda trudnice (2).

Sistemske preglede trudnica uključuju skrb o pregledima u sva tri tromjesečja trudnoće. Prvo tromjesečje uključuje jedan pregled, drugo tromjesečje tri kontrolna pregleda, a treće tromjesečje četiri kontrolna pregleda (3). U ovom razdoblju edukacija je usmjerena na poučavanje o načinu života u trudnoći, o prehrani, izbjegavanju štetnih navika i važnosti provedenih pretraga. Edukaciju provodi izabrani tim sastavljen od patronažne sestre i primarne zdravstvene zaštite.

Cilj je antenatalne zaštite provođenje preventivnih i kurativnih mjera da bi se osiguralo zdravlje trudnice i da bi se trudnoća završila rođenjem donošenoga, živoga i zdravoga djeteta (2).

1.2.1. ODREĐIVANJE TERMINA POROĐAJA

Trudnoća traje 40 tjedana, 280 dana, 9 kalendarskih mjeseci ili 10 lunarnih mjeseci (2). Anamnestičke metode zasnivaju se na određivanju gestacijske dobi prema nekom od anamnestičkih podataka dobivenih od trudnice, bilo da je riječ o datumu zadnje menstruacije, ovulacije, oplodnog koitusa ili prvom micanju čeda (3). I ove su metode, kao i sve metode koje se zasnivaju na anamnestičkim podacima, podložne subjektivnoj procjeni trudnice, što u određenom broju slučajeva predstavlja potencijalni izvor pogreške.

Termin poroda može se odrediti na temelju:

- datuma prvog dana posljednje menstruacije
- datuma prvog pokreta ploda (fetusa)
- dana zanošenja (konceptije)
- visine dna maternice (fundusa uterusa)
- ultrazvučnih mjerenja (4).

U metodi određenja termina poroda prema datumu prvog dana posljednje menstruacije koristi se Naegelovo pravilo u kojem se datumu prvog dana posljednje menstruacije doda sedam dana, a zatim oduzmu tri mjeseca(5).

Medicinska sestra ovu metodu može koristiti samo kod onih trudnica koje imaju redovit menstrualni ciklus i pouzdano znaju datum zadnje menstruacije.

Kada se termin poroda određuje prema prvom micanju djeteta, nepouzdan je u određivanju gestacijske dobi jer predstavlja subjektivan osjećaj trudnice. Prvorodilja osjeti micanje čeda krajem 20. tjedna trudnoće, tj. krajem 5. mjeseca, a višerodilje krajem 18. tjedna trudnoće, tj. u sredini između 4. i 5. kalendarskog mjeseca (6). Na ovaj parametar utječu i faktori poput psihološke motiviranosti za trudnoću do jačine fetalnih pokreta.

Pri određivanju termina porođaja prema danu zanošenja, od dana koncepcije oduzmu se tri kalendarska mjeseca i dobije se termin porođaja (ako je u vrijeme ovulacije žena imala samo jedan spolni odnos - coitus) (5). Ovu metodu dobivanja podataka medicinska sestra koristi u vrlo rijetkim slučajevima.

Kliničke ili fizikalne metode određivanja gestacijske dobi zasnivaju se na mjerenju veličine uterusa (4). Mjereći veličinu maternice (uterusa), medicinska sestra uspoređuje visinu fundusa uterusa u odnosu na određene točke na trbuhu trudnice kao što su simfiza, pupak i ksifoidni nastavak (4). Takvim mjerenjem visine fundusa uterusa u odnosu na referentne točke možemo odrediti gestacijsku dob u rasponu od četiri tjedna, dok mjerenjem udaljenosti fundus - simfiza dobivamo nešto bolje rezultate (4).

Primjena ultrazvuka u opstetriciji omogućila je vizualizaciju maternice i svih struktura koje se mogu izmjeriti, a samim time i određivanje gestacijske dobi. Različite ultrazvučne metode za određivanje gestacijske dobi predložene su tijekom niza godina, a odnose se uglavnom na mjerenje uterusa, embrija, odnosno pojedinih fetalnih veličina.

Robinson je 1973. godine opisao metodu procjene gestacijske dobi u prvom trimestru trudnoće mjereći udaljenost od tjemena do trtice ploda (embriometrija) u razdoblju od 7. do 14. tjedna trudnoće (4,5).

Na ultrazvučnoj slici prikažu se oba kraja ploda, a duljina se mjeri kada su glavica i tijelo u istom pravcu. U protivnom se dobiju lažno manje vrijednosti, što onda uzrokuje pogrešnu procjenu

gestacijske dobi. Točnost određivanja gestacijske dobi tom metodom procijenjena je na $\pm 4,7$ dana (6). Može se zaključiti da među svim navedenim kliničkim metodama za određivanje termina porođaja, ultrazvučna metoda omogućuje pouzdano određivanje gestacijske dobi unutar manje od tjedan dana (5).

1.3. NADZOR TRUDNOĆE

Trudnoća je fiziološko stanje ženskog organizma koje odgovara ženinim anatomskim i funkcionalnim osobinama (8).

Edukacija medicinske sestre te davanje uputa od velike su važnosti za redovito praćenje trudnoće. Otkrije li se neki od rizičnih faktora ili posumnja na njegov mogući nastanak, kontrole treba provoditi češće s ciljem izbjegavanja ugroženosti majke i ploda.

1.3.1. LABORATORIJSKE PRETRAGE U TRUDNOĆI

Trudnoća nikada nije bila tako sigurna kao danas zahvaljujući suvremenoj medicini. Podatak koji nam pokazuje da roditeljica odgovorno i savjesno sudjeluje u svim fazama svoje trudnoće laboratorijski su testovi.

Medicinska sestra dužna je obratiti osobitu pozornost na provedene pretrage i njihove vrijednosti kako bi što ranije prepoznala nepravilnosti trudnoće i na to upozorila liječnika.

Pretrage se izvode prema preporuci liječnika i sukladno tjednima trudnoće.

Laboratorijski testovi koji se rade na početku trudnoće su krvna slika s vrijednostima hemoglobina jer kod prisutne anemije propisuje se terapija preparatima željeza.

Vrijednost glukoze u krvi (GUK) ne bi smjela prelaziti referentnu vrijednost jer se u protivnom govori o trudničkom (gestacijskom) dijabetesu. Normalne vrijednosti glukoze natašte kod trudnica su do 5,1 mmol/L (5).

Vrijednosti jetrenih enzima trudnoćom se blago snižavaju, a njihov značajan porast služi u praćenju hipertenzije u trudnoći.

Kompletni pregled urina (KPU) i urinokultura otkrivaju infekcije bez ili sa simptomima koje je potrebno liječiti. TSH otkriva poremećaj u radu štitne žlijezde koja posljedično može poremetiti funkciju živčanog sustava i osjetila kod fetusa.

Krvnu grupu i Rh-faktor treba odrediti što prije radi uvijek vjerojatne opasnosti od krvarenja i potrebe za nadoknadom krvi.

U drugom tromjesečju, između 24. i 28. tjedna potrebno je učiniti oralni test opterećenja glukozom (OGTT) (6). Test se provodi mjerenjem vrijednosti šećera u krvi natašte, 60 i 120 minuta nakon uzimanja šećernog napitka (75 grama šećera otopljenog u 250 ml vode) (6). Ako su vrijednosti povišene, govorimo o gestacijskom dijabetesu.

Citološki obrisak s vrata maternice (Papa test) uzima se odmah na početku trudnoće ako nije uzet unatrag godinu dana.

Cervikalnim brisevima (iz cervikalnog kanala vrata maternice) kontroliraju se spolno prenosive bolesti. Preporuka je učiniti ih između 12. i 16. tjedna trudnoće (6).

Obrisak rodnice i perineuma na beta hemolitički streptokok uzima se između 35. i 37. tjedna trudnoće (6). U slučaju pozitivnog nalaza u liječenju se koriste antibiotici, ali je još važnije naglasiti da se trudnici tijekom poroda daje takozvana intrapartalna profilaksa (intravenska doza antibiotika - Ampicilin 4 g) kako bi se spriječio prijelaz bakterije na fetus.

Rana neinvazivna dijagnostika fetalnih nakaznosti i plodova s potencijalnom nasljednom bolešću zahvaljujući trodimenzionalnom ultrazvuku danas može otkriti do 95 % bolesti već u 12. tjednu trudnoće (6,8).

Amniocenteza je pretraga punktata plodove vode. Punkcija se najčešće obavlja preko trbuha trudnice punkcijskom iglom uz pomoć ultrazvuka. Punktat plodove vode služi za genetska ispitivanja, a njezina je najčešća indikacija visok rizik za kromosomske abnormalnosti ploda. Idealno vrijeme za amniocentezu oko 16. je tjedna trudnoće, a rizik pobačaja nakon amniocenteze iznosi otprilike 0,5 % (8).

S ciljem postizanja točne dijagnoze i ispravnog liječenja, navedeni nalazi usmjerit će daljnje laboratorijske pretrage i preglede suvremenim spoznajama.

1.3.2. GENITALNI PREGLED TRUDNICE

Do osmog tjedna trudnoće svaka bi trudnica trebala obaviti prvi pregled. U zdravih trudnica s neugroženom trudnoćom pregledi se obavljaju do 28. tjedna u razmacima od mjesec dana, do 37. tjedna u razmacima od tri tjedna, a zatim jednom tjedno (9). Tijekom cijele trudnoće trudnica bi trebala biti na minimalno deset pregleda.

Profesionalna i savjesna medicinska sestra trebala bi poznavati metode koje se koriste pri genitalnim pregledima u trudnoći. Ovisno o tjednima trudnoće pregledi se obavljaju pomoću spekula i bimanualnom palpacijom (pregled dvjema rukama).

Spekuli su metalni instrumenti u obliku cijevi, pačjeg kljuna ili žlijeba, a danas se većinom upotrebljavaju žljebasta zrcala (spekuli), a razlikujemo prednje i stražnje zrcalo (8).

Zadaća je medicinske sestre psihički i fizički pripremiti trudnicu za genitalni pregled. Da bi pregled bio što bezbolniji, objasni joj se da tijekom ležanja na ginekološkom stolu opusti mišiće natkoljenice, čime se opuste i mišići dna zdjelice, pa će uvođenje spekuluma, kasnije i bimanualni pregled biti bezbolni.

Medicinska sestra, ako je potrebno, asistira liječniku pri ginekološkom pregledu kako bi ocijenio izgled vanjskog spolovila, rodnice te materničnog vrata.

Pregledom u spekulima dobije se uvid u količinu i izgled vaginalnog iscjetka te se uzimaju obrisci za mikrobiološku analizu. Bimanualnom palpacijom unutarnjih genitalnih organa određuje se veličina maternice, otvorenost vanjskog ušća maternice, skraćenoš cerviksa, koliko je otvoren cervikalni kanal i koji dio ploda prednjači, a izvodi se jednom rukom u rodnici, dok je druga na donjem dijelu trbušne stijenke.

1.3.3. OPĆI PREGLED TRUDNICE

Redovni pregled tijekom cijele trudnoće uključuje:

1. mjerenje krvnog tlaka, određivanje bjelančevina u mokraći i tjelesne težine
2. slušanje otkucaja srca fetusa kardiokografom, doplerskim aparatom ili opstetričkom slušalicom.
3. pregled u spekulima kojim se orijentira o iscjetku u rodnici, eventualnim promjenama u odnosu na ranije nalaze)
4. palpiranje vrata maternice (bimanualni pregled) – u žena koje nisu rađale vrat maternice je potpuno zatvoren ili uloživ za vršak prsta sve do 36 tjedna, a kod žena koje su rađale može biti uloživ za vršak ili jagodicu prsta već u prvom tromjesečju (8).

1.3.4. ULTRAZVUČNI PREGLED TRUDNICE

„Znamo da znanost počinje tamo gdje počinju mjerenja, a upravo ponavljana ultrazvučna mjerenja fetalnih dimenzija predstavljaju dragocjene parametre u procjeni starosti ploda, njegovu rastu, težini i dužini“ (9). Ultrazvučni se pregledi dijele u dvije temeljne skupine.

Redoviti (probirni) pregledi tijekom nadzora trudnoće čine prvu skupinu i provode se kod svih trudnica. Odabrani ili ciljani pregledi čine drugu skupinu i provode se kod trudnica s povišenim rizikom i opterećenom anamnezom. Tri ultrazvučna pregleda tijekom trudnoće podrazumijevaju redoviti ili probirni pregled. Raspoređeni su ovim slijedom: prvi pregled između 10. i 14. tjedna trudnoće, drugi pregled između 18. i 22. tjedna trudnoće te treći pregled između 30. i 34. tjedna trudnoće (11).

1.3.5. PREKONCEPCIJSKA SKRB

Predstavlja li trudnoća rizik bilo na temelju osobne ili obiteljske anamneze, prošlih ili sadašnjih ginekoloških oboljenja, partnerima se predlaže prekonceptijska obrada koja im omogućuje da uz pomoć liječnika i medicinske sestre dobiju preporuke o daljnjim postupcima i spolnom ponašanju.

1.4. RODILJA

Rodilja (lat. parturiens) je trudnica s navršenih 22 tjedna trudnoće i plodom težim od 500 grama ako dobije trudove koji ne reagiraju na tokolitike ili joj curi plodova voda (10). Tokolitici su kemijska sredstva koja smanjuju osjetljivost (senzibilitet) uterusa i zaustavljaju nastanak trudova. Sprječavanje uterinih kontrakcija koristi se u terapijske svrhe i kod prevencije neželjenih trudova, a kad u trudnoći postoje određene komplikacije koje mogu izazvati prijevremeni porođaj i ugroziti život fetusa.

1.4.1. EDUKACIJA RODILJE

Priprema trudnice za porod ima cilj ukloniti ili ublažiti strahove koje trudnica osjeća (7,10). Emocionalni čimbenici u trudnoći kao zabrinutost i strah označuju glavne negativne faktore koji se dobrom pripremom za porod mogu spriječiti (11). Tako se olakšava samokontrola boli, sprječava nastanak sindroma strah - bol te olakšava i ubrzava porod.

Postoje tri glavne komponente pripreme: edukacija o normalnom tijeku poroda, stjecanje znanja i tehnika ublažavanja boli te stvaranje i održavanje mirne i ugodne okoline za trudnicu (11). Interdisciplinarni stručni tečajevi koje trudnica već od četvrtog mjeseca trudnoće može polaziti sa svojim partnerom organiziraju se radi pripreme trudnice za porod (10). Stručni tečajevi sadrže nastavne programe ginekologa, primalje, medicinske sestre, neonatologa, anesteziologa i psihologa. Trudnički tečaj pruža saznanja o određenim temama o trudnoći i porodu, a vremensko trajanje tečaja ovisi o ustanovi u kojoj se izvodi. Trudnice se na tečaju susreću s medicinskim sestrama i primaljama koje im objašnjavaju proceduru samog poroda, neonatolozi ih informiraju o važnosti dojenja i postupanju s novorođenččetom, a anesteziolozi o postupku obezboljavanja poroda. U Hrvatskoj je nakon 1992. godine započela mogućnost pohađanja tečajeva za porod i tada je formalno konstituirana mreža Zdravih gradova u sklopu čijih projekata se zalaže za povećanje svijesti o zdravlju te promicanje inovacija i osiguranje javne politike zdravlja (10).

1.4.2. PRIJEM RODILJE

Rodilja dolazi u rodilište najčešće tijekom 1. porodnog doba. Uzimanje anamneze medicinska sestra mora pretvoriti u ugodan razgovor kako bi od trudnice dobila željene informacije. Profesionalan pristup te uspješna verbalna i neverbalna komunikacija dovode do ozračja uzajamnog povjerenja koje je bitno za daljnji odnos s roditeljom. Medicinska sestra uzima podatke počevši od osobne anamneze koja podrazumijeva ime, prezime, datum i mjesto rođenja, adresu stanovanja, podatke o zanimanju i radnom odnosu, podatak o bračnom odnosu i kontakt-broj telefona.

Podatak o gestacijskoj dobi (starosti trudnoće), kao i paritet trudnice bitni su faktori za daljnji tijek i skrb roditelje te spadaju u dio reproduktivne anamneze.

Nakon uzete anamneze slijedi opći pregled kod liječnika, a nakon toga genitalni i ultrazvučni pregled u kojima mu asistira medicinska sestra i priprema roditelju.

Medicinska sestra tijekom prijema verbalnu komunikaciju pretvara u uzimanje sestrične anamneze te prikuplja podatke o zdravstvenom stanju, obiteljskim i socijalnim prilikama trudnice. Upisuje roditelju u ambulantni protokol. Podaci o gestacijskoj dobi (starosti trudnoće), broju prijašnjih trudnoća te načinu dovršenja prijašnjih trudnoća pomoći će joj u daljnjem postupku s roditeljom. Tijekom prijema roditelji se izmjeri krvni tlak i uzima uzorak urina za određivanje proteina u mokraći.

Uloga je medicinske sestre procijeniti potrebe trudnice i znati sve postupke kako bi je na vrijeme mogla pripremiti za određenu pretragu. Ako roditelja ostaje u bolnici, potrebno je otvoriti temperaturnu listu, povijest bolesti i na temelju informiranog pristanka dobiti suglasnost za hospitalizaciju. Medicinska sestra treba pokazati empatiju i razumijevanje za eventualne strahove i teškoće roditelje.

1.4.3. FIZIČKA PRIPREMA RODILJE

Fizička priprema roditelja podrazumijeva asistiranje medicinske sestre pri pregledu bilo da je riječ o bimanualnom pregledu ili o pregledu u speculima. Na temelju cervikalnog nalaza i broja prijašnjih porođaja liječnik određuje hoće li roditelj dobiti klizmu ili ne. Danas roditelj može odbiti taj postupak, kao i ostale postupke tijekom porođaja, ali uz potpisanu suglasnost o odbijanju. Roditelji se izmjeri krvni tlak, daje uzorak urina za određivanje bjelancevina i odredi joj se tjelesna težina. Liječnik uzima osobnu anamnezu od roditelja o prijašnjim bolestima, prijašnjim trudnoćama te tijekom sadašnje trudnoće. Roditelji se postavi kardiotokografska (CTG) sonda radi praćenja kucaja srca fetusa te joj se, prema potrebi, izmjeri tjelesna temperatura. Ako je roditelj prihvatila primjenu klizme, daje joj se klizma i priprema područje mogućeg ureza međice - brijanje. Klizma omogućuje ispražnjenje ampule rekti jer pun mokraćni mjehur i ampula rekti refleksno koče trudove i onemogućuju ulaz vodeće česti u malu zdjelicu. Nakon svega roditelj se istušira te odlazi u rađaonicu.

1.4.4. PSIHIČKA PRIPREMA RODILJE

Medicinska sestra osoba je koja svojim znanjem i iskustvom treba prepoznati fiziologiju normalne trudnoće od patofiziologije kako bi na vrijeme mogla postaviti sestričnu dijagnozu i odvojiti normalno od patološkog. Komunikacija medicinske sestre i roditelja kompleksan je verbalni i neverbalni proces u kojem se razvija terapijski odnos, pri čemu je jako važan empatijski pristup u kojem medicinska sestra procjenjuje potrebe roditelja, pruža joj potrebne informacije i daje mogućnost izbora u cjelokupnoj skrbi. Pri dolasku u rađaonicu roditelj ne smije osjećati strah i napetost. Vrsta i jačina straha u uskoj su vezi s prijašnjim iskustvima, odgojem i društvenom tradicijom sredine u kojoj su roditelj odrasle, pa je posljedično tome i doživljaj straha modificiran psihološkim i socijalnim čimbenicima koji iz njih proizlaze. Najveće je značenje psihičke pripreme roditelja dobra suradnja s liječnikom i medicinskom sestrom. Trudnicu treba hrabriti da vjeruje svojim instinktima, da sluša svoje tijelo i da verbalizira osjećaje kako bi dobila podršku i pomoć koja joj je potrebna. U 21. stoljeću u rodilištima su sve češće prisutni očevi kako u zemljama u razvoju, tako i u siromašnijim zemljama svijeta (10). U početku je to bilo sporadično, a danas je pri normalnim porođajima otac prisutan tijekom cijelog procesa rađanja.

1.4.5. PODRŠKA NA PORODU – DANAS

Kroz povijest se značaj podrške na porodu itekako mijenjao. 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 najboljih trenutaka u životu. Danas je sukladno pravima pacijenta na odabir i sudjelovanje u liječenju i medicinskim postupcima svakoj trudnici omogućeno da odabere osobu (partnera, blisku osobu) koja će s njom prolaziti iskustvo porođaja i biti joj podrška.

Prisutnost partnera od velikog je značenja većini roditelja jer time pridonosi aktualnoj i budućoj čvrstoći veze roditelja. Je li on tamo da bi ohrabrio roditelju i podržao je u jednom jako bolnom iskustvu ili je njegova uloga stvaranje vlastitog stava o tome koliko je porođaj pozitivan događaj u njegovu životu? Danas sve više očeva želi biti prisutno na porodu svog djeteta te osjeća zahvalnost, poštovanje i divljenje prema svojim partnericama.

U Hrvatskoj je praksa pratnje na porodu zaživjela tek devedesetih godina 20. stoljeća (11). Svake je godine broj partnera na porodu u porastu U Švedskoj samo 1,8 % partnera nije prisutno pri porodu, u Francuskoj 1,4 %, u Velikoj Britaniji manje od 1 %, dok je u zemljama poput Makedonije, Turske i Grčke samo 10 % partnera prisutno na porodu (7,11). Većini roditelja prisutnost partnera na porodu od velikog je značaja, osobito u prvom porodnom dobu kada joj je psihološka potpora najvažnija, a prisutnost partnera na porodu i njemu omogućuje doživljaj iskustva rađanja djeteta.

1.5. POROD I PORODNA DOBA

„Porod je niz mehaničkih i fizioloških zbivanja kojima se roditelj oslobađa svih pet elemenata ploda (ploda, posteljice, pupkovine, plodovih ovoja i plodove vode) vaginalnim putem“ (2).

Normalni porođaj je porođaj donošenog i zrelog djeteta sposobnog za samostalni život u gestacijskoj dobi od navršenog 37. do 42. tjedna s porođajnom masom od 10. do 90. centile za dob i spol (12). U fiziološkom je porođaju plod uzdužno položen (lat. situs longitudinalis), s glavicom na ulazu u malu zdjelicu, a točka vodilja je mala fontanela (13).

Na trajanje normalnog porođaja najveći utjecaj imaju porođajne snage (trudovi) i paritet roditelje. Trudovi se razlikuju prema vremenu kada se javljaju i prema učinku. Kreću se od prethodnih trudova (trudova spuštanja) te prelaze u pripravne trudove koje trudnica osjeti u posljednjim danima trudnoće. Pravi porođajni trudovi (trudovi otvaranja) omogućuju otvaranje ušća maternice i prolaz glavice kroz malu zdjelicu. Pravi porođajni trudovi u početku su rjeđi (svakih 15 - 10 minuta), a kasnije su češći i dolaze svakih 5 minuta (13).

Porođajni kanal, porođajni objekt i trudovi glavni su elementi uspješnog porođaja (12).

Trudnicu se savjetuje da pokuša pričekati nekoliko sati od početka javljanja trudova i da se nakon toga odluči na odlazak u rodilište. Trajanje porođaja ovisi o paritetu roditelje.

Svaka sumnja na prsnuće vodenjaka bez obzira na to u kojem je tjednu gestacije trudnica znak je da odmah krene u rodilište. Prvorotkinje rađaju u vremenskom razmaku od 12 do 18 sati, a višerotkinje znatno brže (13). Dolaskom u rodilište liječnik - ginekolog pregledava roditelju te odlučuje o daljnjem postupku. Tijek poroda podijeljen je na četiri porodna doba.

1.5.1. PRVO PORODNO DOBA

Doba otvaranja materničnog ušća naziva se prvo porodno doba (13).

Prvo porodno doba počinje prvim trudovima koji dovode do nestajanja vrata maternice ili prsnućem vodenjaka, a završava potpunim otvaranjem materničnog ušća. Dijeli se u dvije faze : latentnu i aktivnu. Pod pojmom latentne faze misli se na sazrijevanje cerviksa, a aktivna faza označava otvaranje materničnog ušća. „U donošenog djeteta maternično se ušće otvara do promjera od 10 centimetara“ (14).

Nestajanje vrata maternice i otvaranje ušća različito je kod prvorodilja u odnosu na višerodilje. Kod prvorodilja vrat maternice nestaje prvi, a zatim se otvara ušće u vremenskom razdoblju od 8 do 10 sati (13). Istovremeno otvaranje ušća i nestajanje vrata maternice karakteristično je za višerodilje i traje od 5 do 7 sati (13). Porod može započeti ispadanjem sluznog čepa, trudovima, prsnućem vodenjaka ili svime navedenim.

Početak prvog porodnog doba obilježavaju trudovi koji su u početku rijetki, slabi i kratkotrajni, a postupno se pojačavaju i sve su češći. Trudovi se u prvom porodnom dobu nadziru kardiotokografijom (CTG-om).

1.5.2. PORODAJNE SNAGE - TRUDOVI

Trudovi (dolores) su ritmična stezanja maternice.

Prilikom posjeta ambulanti najtočniju dijagnozu postavlja, obično na osnovi bolnih trudova, trudnica sama.

Njezina dijagnoza, osobito kod prvorodilje (primipara), katkada je pogrešna, premda iznenađuje koliko je puta pravilna.

Ako trudnica zbog trudova dođe u rodilište, potrebno je pregledom utvrditi njezino stanje i ako je potrebno, hospitalizirati je.

„Sljedeća pogreška je ako postavimo dijagnozu porođaja samo na osnovi bolnih trudova, koji su sinkroni s kontrakcijama maternice“ (15).

Kod roditelja s niskim pragom za bol trudove u trudnoći nekad teško raspoznajemo od pravih trudova.

„Na senzibilizaciju maternice u prvom redu djeluje pad razine progesterona, korionskog gonadotropina, te povišene razine estrogena, prostaglandina i oksitocina. Ove promjene dovode do ritmičnoga stezanja maternice, što je znak da je porođaj počeo“ (13).

Tijekom cijele trudnoće maternica se kontrahira, ali klinički neuočljivo i neznatno.

Bolne kontrakcije koje se pojavljuju češće, ali dolaze neredovito i u velikim razmacima javljaju se fiziološki potkraj trudnoće.

Kako bi medicinska sestra utvrdila pravo vrijeme početka porođaja, mora razlikovati lažni od početka pravog porođaja.

Svakoj trudnici nakon 35. tjedna trudnoće potrebno je učiniti kardiokografiju (CTG) (14). Ako je riječ o trudnoći manje gestacijske dobi od navedenoga, kardiokografija se snima ako za nju postoji indikacija.

1.5.3. NADZOR FETUSA - KARDIOTOKOGRAFIJA

Kardiotokografija je dijagnostička metoda kojom ultrazvučnim sondama istovremeno na CTG-zapisu registriramo otkucaje srca fetusa te jačinu i trajanje kontrakcija maternice. Ova metoda nezamjenjiva je u rutinskom nadzoru ploda u trudnoći i porođaju. Svrha je nadzora procjena oksigenacije fetusa kako bi se poremećaji oksigenacije na vrijeme otkrili i trudnoća dovršila prije nastupa nepovratnih oštećenja. Vanjske CTG-sonde uz pomoć se poveza vežu oko trbuha roditelje te se spajaju na monitor na kojem se očitava nalaz.

Uloga je medicinske sestre objasniti trudnici svrhu snimanja CTG-zapisa. Pretraga je bezbolna, a prilikom snimanja trudnica mora biti potpuno mirna.

Kod temeljne srčane frekvencije koja pokazuje prosječan broj otkucaja srca fetusa u jedinici vremena razlikujemo: normalnu (121 – 160/min), blagu tahikardiju (161 – 180/min), izraženu tahikardiju (> 180/min), blagu bradikardiju (100 – 120/min) i izraženu bradikardiju (< 100/min)(14).

1.5.4. DRUGO PORODNO DOBA

Drugo porodno doba je doba rađanja djeteta i obuhvaća vrijeme od potpunog otvorenog materničnog ušća i završava rađanjem.

U prvorodilje traje od 2 do 3 sata, a u višerodilje od pola sata do sata (15). Istiskivanje djeteta omogućuju trudovi izgona te pritisak poprečnoprugastih mišića trbušne stjenke (15).

1.5.5. TREĆE PORODNO DOBA

Treće porodno doba je doba rađanja posteljice i traje od djetetova rođenja do rođenja posteljice. Ovo razdoblje traje do trideset minuta (16). Treće porodno doba podrazumijeva primjenu lijekova (oksitocina i uterotonika) kako bi se vremenski skratilo i prevenirale se komplikacije.

1.5.6. ČETVRTO PORODNO DOBA

Četvrto porodno doba je doba hemostaze.

Započinje rođenjem posteljice i traje do dva sata nakon poroda (15). „U to vrijeme nastaje retrakcija (skraćenje materničnih mišića) i kontrakcija (stezanje maternice)“ (15).

1.6. PORODAJ (spontani ili izazvani)

O uzrocima početka spontanog porođaja postoje brojne teorije kojima su se pokušavali ili se pokušavaju objasniti događaji koji prethode početku spontanog porođaja. „Općenito se može reći da sve teorije koje su manje ili više prihvatljive upućuju na to da trudnica, fetus i placenta zajednički doprinose mehanizmu kojim se održava trudnoća pa promjene u bilo kojem od ovih sustava mogu dovesti do pojave uterinih kontrakcija čiji je konačni ishod porođaj“ (13,16).

Izazvani ili inducirani porođaj počinje stimulacijom uterinih kontrakcija prije početka spontanog porođaja. Indukcija porođaja je opstetrička intervencija koja se treba koristiti kada je elektivni porođaj koristan za majku i dijete. Svrha je indukcije potaknuti porođaj djeteta. Uspjeh indukcije ovisi o adekvatnim kontrakcijama koje dovode do progresivne dilatacije cerviksa (15). Postupak je uspješniji kada je cerviks zreo. Definicija indukcije porođaja uključuje i stimulaciju kontrakcija kod rupturiranog vodenjaka, a indicirana je kada je korist za majku i dijete veća od nastavka trudnoće te je povezana sa sljedećim čimbenicima:

a) materalni čimbenici:

- prolongirana ili prenešena trudnoća
- hipertenzija, preeklampsija
- dijabetes mellitus
- prijevremeno prsnuće vodenjaka
- medicinske indikacije.

b) fetalni čimbenici:

- suspektno ugroženo dijete
- intrauterini zastoj rasta
- smanjena pokretljivost fetusa
- abnormalan protok krvi kroz umbilikalnu arteriju
- intrauterina smrt.

Kod nekomplikiranih trudnoća korisna metoda indukcije može biti odljušćivanje plodovih ovoja. Kada se liječnik odluči za jednu od metoda indukcije, porođaj započinje. Medicinska sestra fizički i psihički priprema rođilju te joj pomaže savladati tehniku dirigitiranog disanja.

2. CILJ RADA

Cilj je ovog rada ispitati partnerov doživljaj porođaja te postoje li razlike između dobnih skupina partnera koji su prisustvovali porodu, u njihovu stupnju obrazovanja, načinu informiranosti o porođaju te utječe li njihovo iskustvo u porođaju na doživljaj partnerice.

S tom svrhom provedeno je anketiranje partnera koji su prisustvovali porodu uz postavljene osnovne ciljeve:

1. analizirati partnerov emocionalni doživljaj poroda u trenutku koji najbolje opisuje kako se „sada“ osjeća za vrijeme poroda
2. analizirati postoji li razlika u pojavnosti pojedinih formi s obzirom na bračni status, starost ispitanika, stupanj obrazovanja, broj djece, planiranost trudnoće i utječe li to na njihov doživljaj žene u porodu i traumatičnost poroda.

3. ISPITANICI I METODE

Podaci za ovo istraživanje pod nazivom „Anksioznost i stres u trudnoći, porodu i postporođajnom periodu visokorizičnih trudnica, roditelja i babinjača te utjecaj muzikoterapije u smanjenju anksioznosti i stresa u trudnoći, porodu i poslije porođajnom razdoblju“ prikupljeni su u razdoblju od 1. lipnja 2018. do 1. kolovoza 2018.godine pomoću upitnika kojeg je odobrilo etičko povjerenstvo u Kliničkom bolničkom centru „Sestre Milosrdnice“. Upitnik je bio u potpunosti anonim i namijenjen partnerima koji su bili prisutni na porođaju. Vrijeme potrebno za ispunjavanje upitnika bilo je od 5 do 10 minuta. Upitnik je sastavljen od dva dijela. Prvi dio upitnika sadrži 40 pitanja vezanih za pozitivne i negativne emocije partnera prisutnog na porođaju. Na pitanja koja opisuju „izraze“ kako se osjećaju „sada, u ovom trenutku“ i kako se „općenito osjećaju“ ponuđena su četiri odgovora u rasponu od onih emocija koje nisu prisutne uopće do jako prisutnih emocija. Drugi dio sastavljen je od upitnika s 20 pitanja o bračnom statusu, dobi, stupnju obrazovanja, mjestu stanovanja, kroničnim bolestima, broju djece te pitanjima o trudnoći, informiranosti i doživljaju porođaja. Za ovo istraživanje uzet je dio prvog (deset izraza) i dio drugog dijela upitnika (devet pitanja) koji je autorica ovog istraživanja, dr. sc. dr. med. specijalist ginekologije i porodništva, uži specijalist fetalne medicine Vesna Gall, sama izradila. Ukupan broj sudionika ankete je 100 (N=100). Rezultati su deskriptivno i tabelarno objašnjeni grafikonima izrađenim u MS Office 2010.

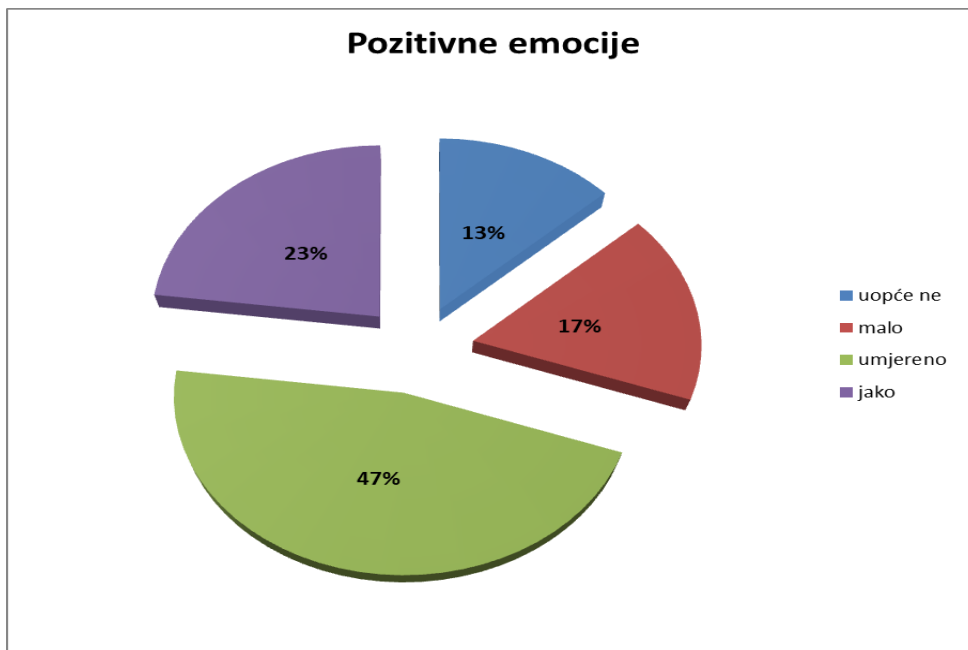
Nominalna obilježja prikazana su kao broj i postotak.

4. REZULTATI

Upitnik je proveden u Klinici za ženske bolesti i porodništvo KBC-a „Sestre Milosrdnice“ i od ukupno sto odabranih ispitanika kojima je upitnik bio ponuđen, svih sto ispitanika u potpunosti ga je ispunilo.

4.1. Prikaz emocija koje opisuju partnerovo trenutačno stanje pri porođaju

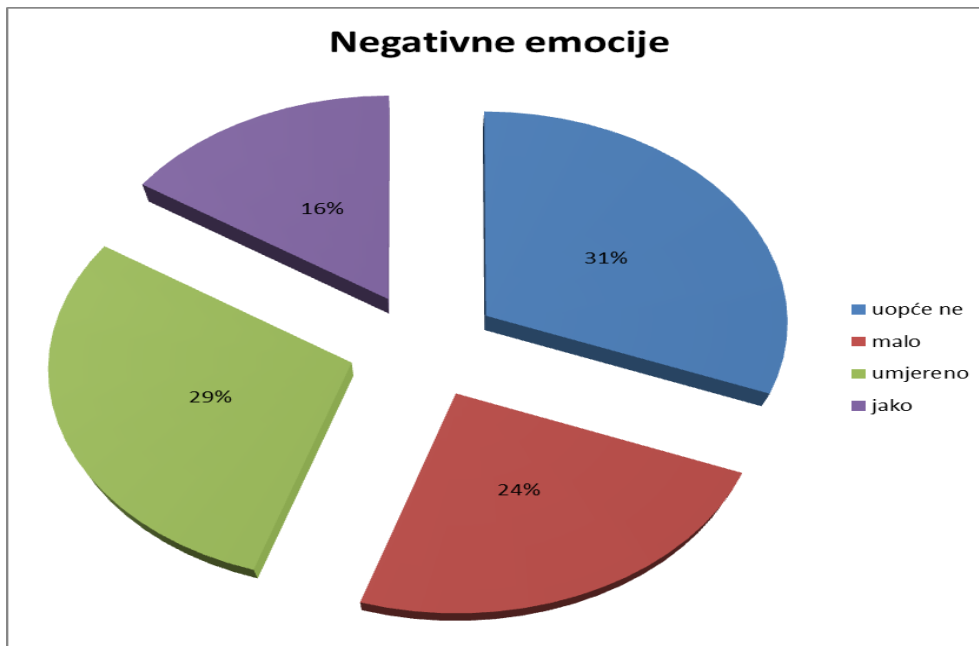
Rezultati o pozitivnim emocijama ispitanika s obzirom na ponuđene tvrdnje prikazani su u Grafikonu 1.



Grafikon 1. Raspodjela partnerovih pozitivnih emocija

Od 100 ispitanika njih 13 % nije se osjećalo smireno, zadovoljno, dobro, opušteno i ugodno tijekom prisustvovanja porodu. Ukupno 17 % ispitanika od njih 100 osjećalo se malo smirenije, zadovoljnije, bolje, opuštenije i ugodnije u trenutku prisustvovanja porodu, 47 % osjećalo se umjereno smireno, umjereno zadovoljno, umjereno dobro, umjereno opušteno i umjereno ugodno. Jako smireno, zadovoljno, jako dobro, opušteno i jako ugodno osjećalo se 23 % ispitanika.

Rezultati o negativnim emocijama ispitanika s obzirom na ponuđene tvrdnje prikazani su u Grafikonu 2.

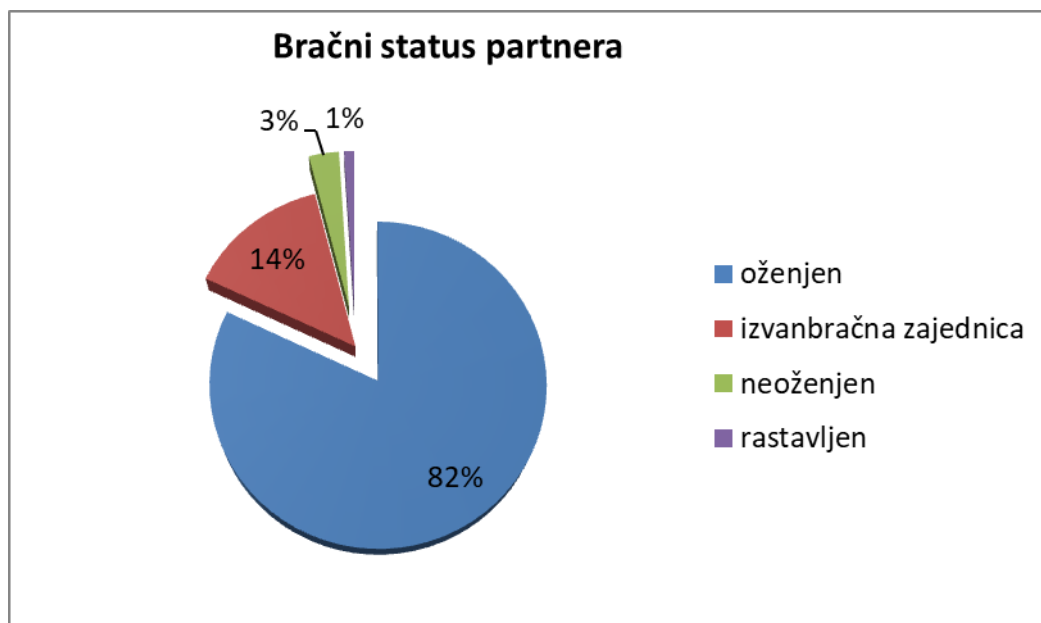


Grafikon 2. Raspodjela partnerovih negativnih emocija

Na pitanje kako se osjećaju sada, u ovom trenutku, od 100 ispitanika njih 31 % nije se osjećalo napeto, uplašeno, nervozno, zabrinuto i zbunjeno u trenutku prisustvovanja porodu; 24 % ispitanika u tom se trenutku osjećalo malo napeto, malo uplašeno, malo nervozno, malo zabrinuto i malo zbunjeno; kod 29 % ispitanika napetost, uplašenost, nervoza, zabrinutost i zbunjenost osjećala se umjerenim intenzitetom, a 16 % ispitanika bilo je jako napeto, uplašeno, nervozno, zabrinuto i zbunjeno u trenutku prisustvovanja porodu.

4.2. Demografski podaci o ispitanicima

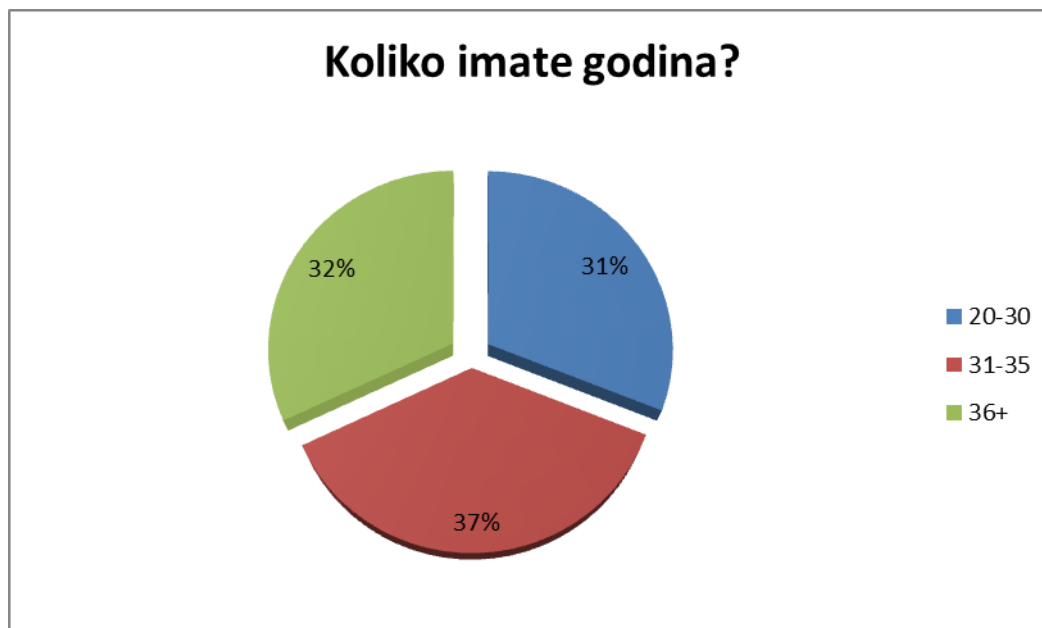
Rezultati o izjašnjavanju ispitanika u kojoj vrsti zajednice žive prikazani su u Grafikonu 3.



Grafikon 3. Raspodjela ispitanika s obzirom na status veze

Od ukupno 100 ispitanika najveći broj ispitanika je oženjen. njih 82 %. Nakon toga slijede ispitanici koji su u izvanbračnoj zajednici, njih 14 %. Ispitanika koji su neoženjeni bilo je 3 %, a 1 % rastavljenih.

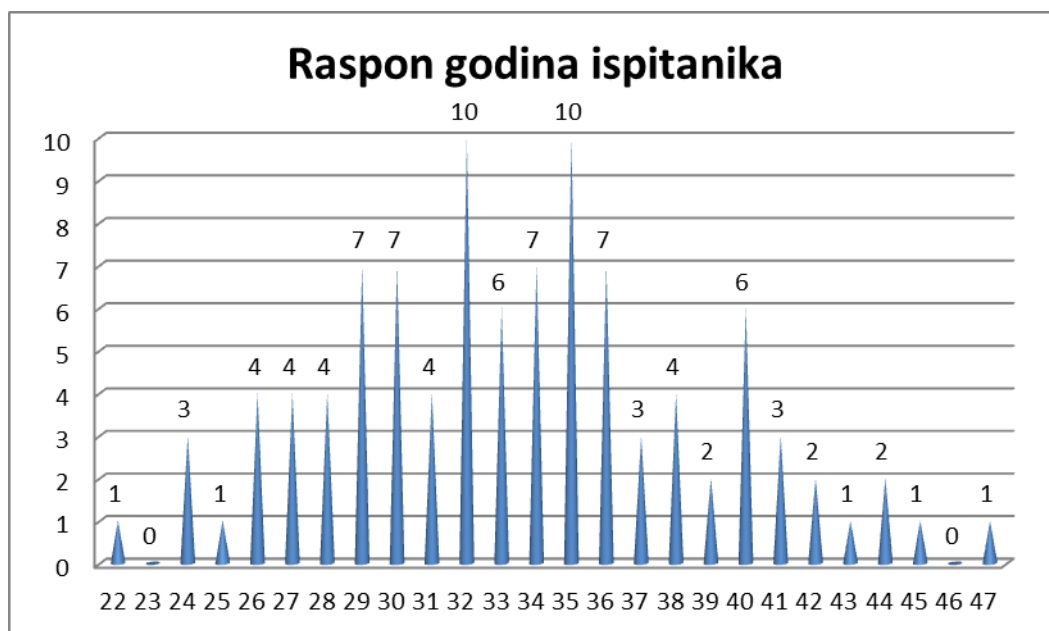
Starosna struktura ispitanika prikazana je u Grafikonu 4.



Grafikon 4. Raspodjela ispitanika s obzirom na dob

Raspon godina ispitanika iznosio je od 22 do 47 godina. Najveći broj ispitanika u skupini je od 31 do 35 godina, njih 37 %. Ispitanika u skupini od 20 do 30 godina je 31 %, a ostalih 32 %.

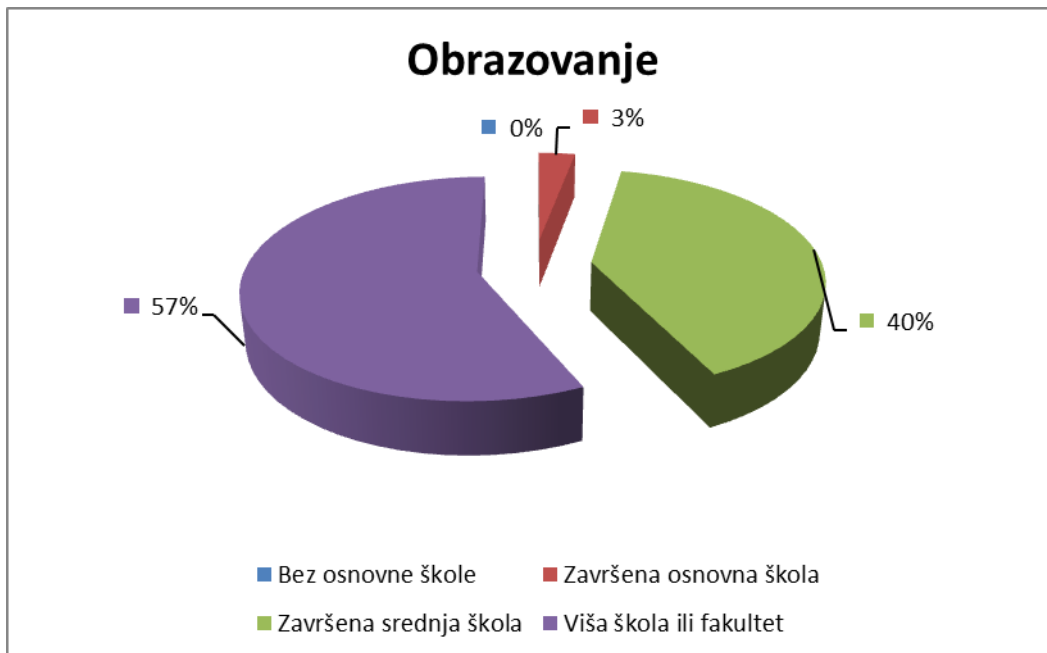
Raspon godina ispitanika prikazana je u Grafikonu 5.



Grafikon 5. Prikaz raspona ispitanikove starosne strukture

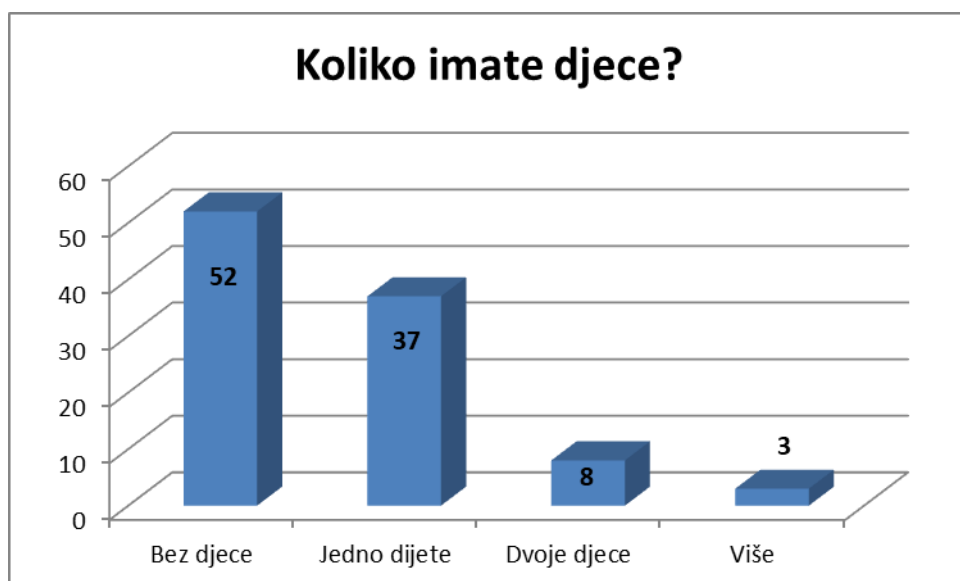
Od 100 ispitanika u rasponu starosne strukture od 22 do 47 godina, najviše je ispitanika starosne dobi od 29 do 36 godina, njih 58. Najmanje je ispitanika u rasponu od 22 do 28 godina, njih 17, dok je u rasponu starosne strukture od 37 do 47 godina ukupno 25 ispitanika.

Stupanj obrazovanja ispitanika prikazan je u Grafikonu 6.



Grafikon 6. Prikaz ispitanikove obrazovne strukture

Od 100 ispitanika svi su imali određeni stupanj obrazovanja. Bez osnovne škole nije bio nijedan ispitanik. Završenu osnovnu školu imalo je 3 % ispitanika, a 40 % ispitanika imalo je srednjoškolsko obrazovanje. Najviše ispitanika, njih 57 %, imalo je završenu višu školu ili fakultet.

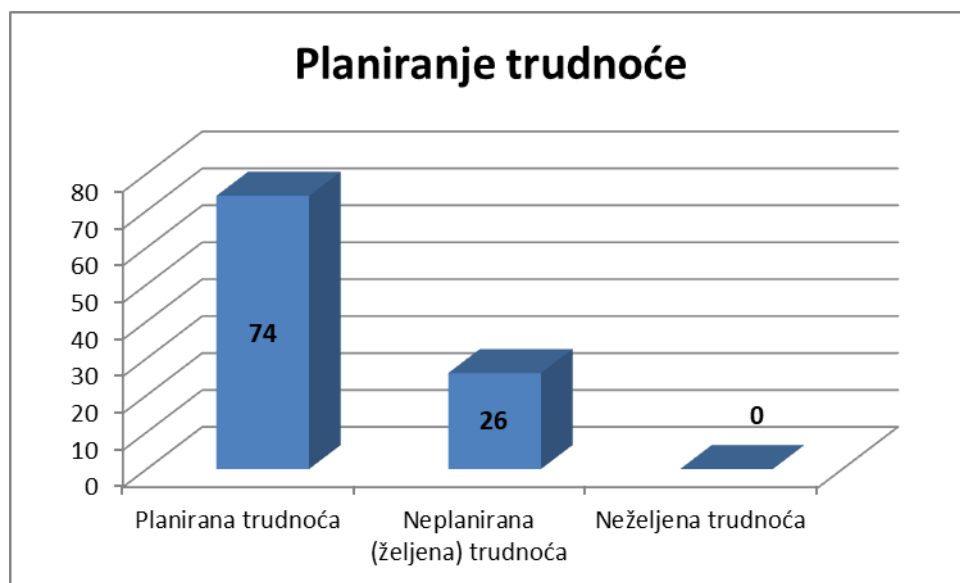


Grafikon 7. Prikaz broja djece

Na pitanje *Koliko imate djece?* 52 ispitanika odgovorilo je da nema djecu. Ispitanika s jednim djetetom bilo je 37, a s dvoje djece 8. Najmanji broj ispitanika, samo njih trojica, odgovorio je da imaju više od dvoje djece.

4.3. Rezultati pojavnosti između informiranosti, doživljaja žene i traumatičnosti partnera u porodu

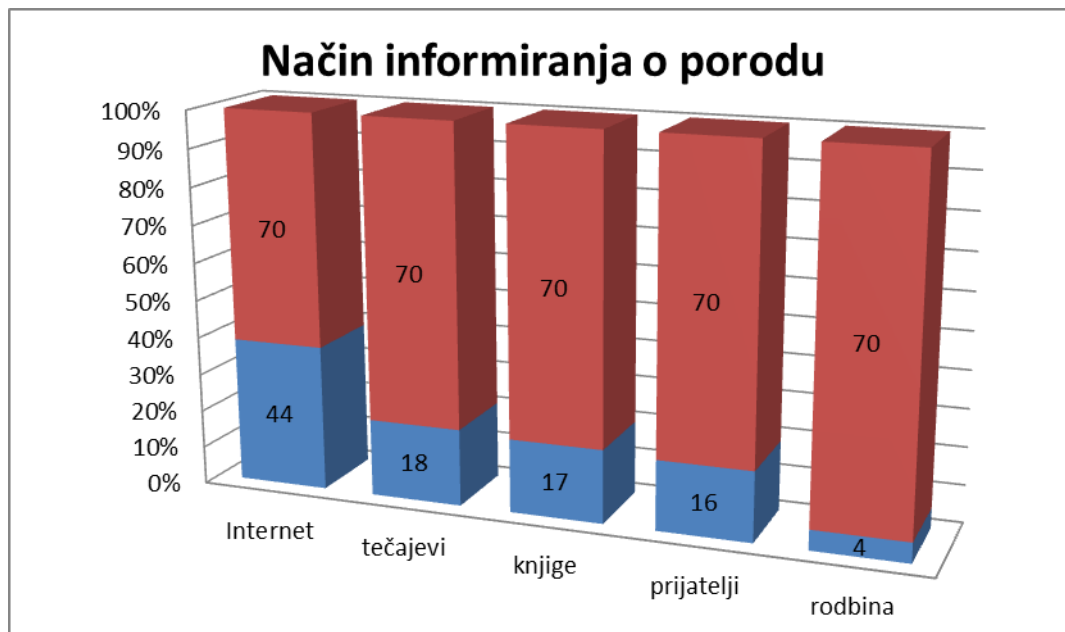
Struktura planiranosti trudnoće prikazana je u Grafikonu 8.



Grafikon 8. Prikaz planiranja / neplaniranja / željenosti trudnoće

Na pitanje *Je li ova trudnoća bila planirana, neplanirana / željena ili neželjena?* od 100 ispitanika 74 odgovorilo je potvrdno, dok 26 ispitanika nije planiralo trudnoću, ali ju je željelo. Da je ova trudnoća neželjena, nijedan ispitanik nije pozitivno odgovorio, što nam govori da su sve bile željene.

Struktura načina informiranja o porodu prikazana je u Grafikonu 9.



Grafikon 9. Prikaz partnerovog načina informiranja o porodu

Na pitanje *Jeste li se informirali o porodu i ako da, kako?* od 100 ispitanika njih 70 informiralo se o porodu. Od 70 informiranih ispitanika njih 44 informaciju je dobilo putem interneta, 18 ih se informiralo putem trudničkih tečajeva, 17 ispitanika informaciju je potražilo u knjigama, 16 ispitanika informirali su se kod prijatelja, a samo 4 kod rodbine.

Struktura ispitanikove traumatičnosti poroda prikazana je u Grafikonu 10.



Grafikon 10. Prikaz poroda kao partnerovo traumatično iskustvo

Od 100 ispitanika njih 20 % porod je doživjelo kao traumatično iskustvo, a ispitanika koji porod nisu smatrali traumatičnim bilo je 80 %.

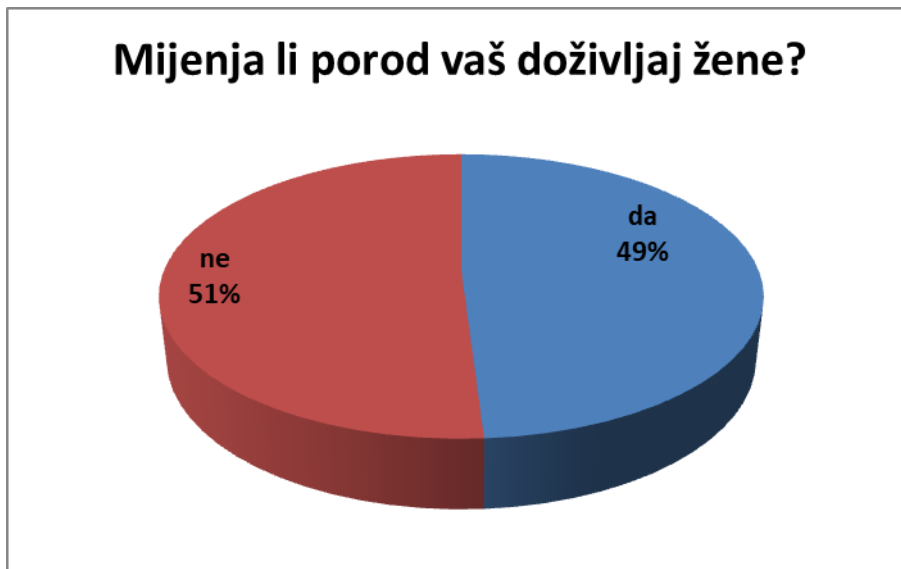
Raspodjela ispitanika koji bi ponovili iskustvo na porodu prikazana je u Grafikonu 11.



Grafikon 11. Prikaz ispitanika koji bi ponovili iskustvo

Na pitanje *Imajući ovo iskustvo, biste li opet odlučili prisustvovati na porodu?* od 100 ispitanika njih 91 % ponovilo bi prisutnost na porodu dok 9 % ispitanika ne bi ponovilo to iskustvo.

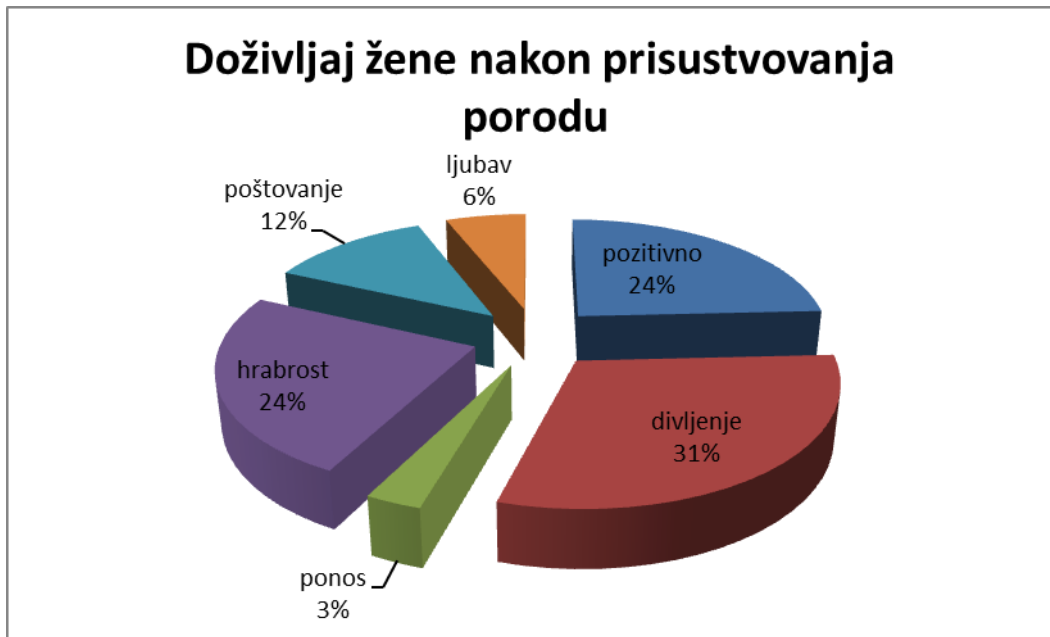
Raspodjela ispitanika s obzirom na promjenu doživljaja žene u porodu prikazana je u Grafikonu 12.



Grafikon 12. Prikaz partnerovog doživljaja žene nakon prisustvovanja porodu

Na pitanje *Mijenja li porod Vaš doživljaj žene?* od 100 ispitanika njih 51 % odgovorilo je da porod ne mijenja njihov doživljaj žene, a 49 % ispitanika odgovorilo je da porod mijenja njihov doživljaj žene.

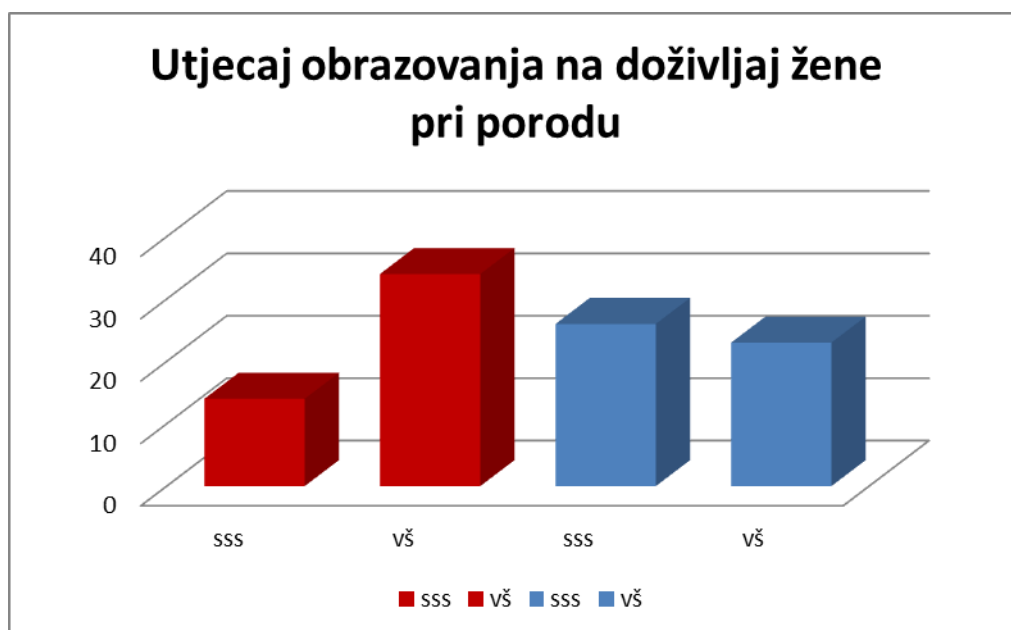
Raspodjela ispitanika s obzirom na način doživljaja žene u porodu prikazana je u Grafikonu 13.



Grafikon 13. Prikaz partnerovog doživljaja žene prema emocionalnom izrazu

Na pitanje *Kako porod mijenja Vaš doživljaj žene?* 31 % ispitanika prema ženi osjeća divljenje, 24 % odaje im hrabrost, 12 % ispitanika osjeća poštovanje, 6 % izjavljuje ljubav, 3 % ponos, a 24 % ima pozitivno mišljenje.

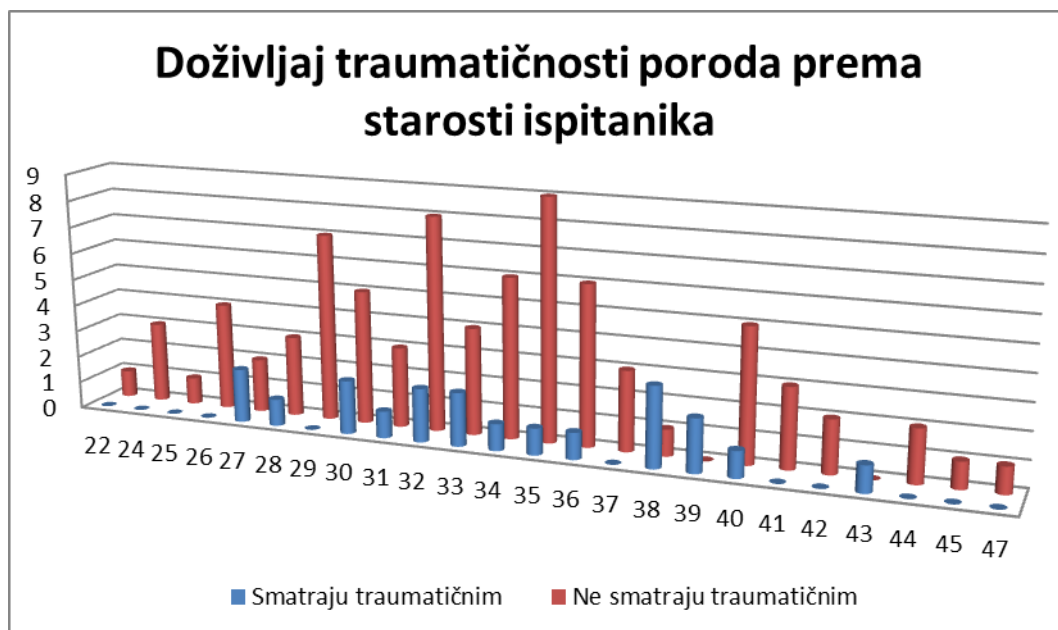
Prikaz utjecaja ispitanikove obrazovne struke na doživljaj žene u porodu prikazana je u Grafikonu 14.



Grafikon 14. Prikaz utjecaja obrazovanja na doživljaj žene u porodu

Od 100 ispitanika, oni s višom stručnom spremom imali su više pozitivan doživljaj žene u porodu u odnosu na ispitanike sa srednjom stručnom spremom, dok su ispitanici sa srednjom stručnom spremom prednjačili u negativnom doživljaju žene u porodu u odnosu na ispitanike s višom stručnom spremom.

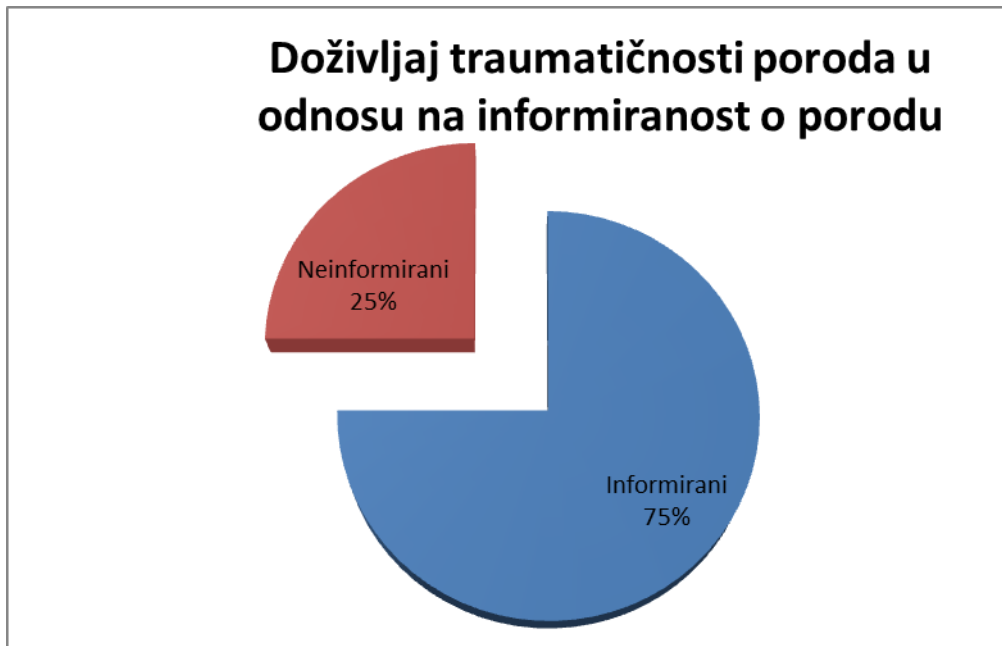
Raspodjela ispitanika po starosnoj strukturi na doživljaj traumatičnosti poroda prikazana je u Grafikonu 15.



Grafikon 15. Prikaz doživljaja traumatičnosti poroda prema starosnoj strukturi ispitanika

Od ukupnog broja ispitanika N=100, ispitanici koji porođaj ne smatraju traumatičnim nalaze se u rasponu dobne skupine od 22 do 26 godina i u rasponu od 41 do 47 godina. Pozitivniji stav prema porođaju imaju ispitanici u dobnoj skupini od 29 do 36 godina.

Raspodjela ispitanika u odnosu na informiranost i traumatičan doživljaj porođaja prikazana je u Grafikonu 16.



Grafikon 16. Prikaz korelacije traumatičnosti i informiranosti u porodu

Od ukupne količine ispitanika koji su prisutnost na porodu doživjeli kao traumatično iskustvo, njih 75 % unaprijed se informiralo o porodu, a 25 % ispitanika bilo je neinformirano, što nam govori da su ispitanici koji su bili informirani češće doživjeli sam porod traumatičnije od onih neinformiranih.

5. RASPRAVA

Danas većina partnera želi biti prisutna na porođaju svog djeteta kako bi samostalno doživjeli iskustvo rađanja djeteta. U Hrvatskoj je svake godine broj prisutnih partnera na porođaju u porastu. U zemljama svijeta poput Velike Britanije, Švedske i Francuske prisutnost partnera na porodu čini gotovo 98 % svih porođaja (7,18). Partnerova prisutnost na porođaju nedvojbeno utječe na njegovu emocionalnu i psihološku komponentu u vidu pozitivnih i negativnih emocija, traumatičnosti porođaja, doživljaja partnerice tijekom porođaja. Prisutnost partnera od velikog je značaja većini roditelja, naročito zbog psihološke potpore. U Poljskoj je jedan od glavnih razloga partnerovog prisustvovanja porođaju njegova želja da iskustvo porođaja podijeli sa svojom partnericom (20).

U provedenom istraživanju „Anksioznost i stres u trudnoći, porodu i postporođajnom periodu visokorizičnih trudnica, roditelja i babinjača te utjecaj muzikoterapije u smanjenju anksioznosti i stresa u trudnoći, porodu i poslije porođajnom razdoblju“ sudjelovalo je 100 ispitanika muškog spola.

Od ukupnog broja ispitanika, njih 100, utvrđeno je da su svi ispitanici upitnika u potpunosti odgovorili na postavljena pitanja. Najmlađi ispitanik imao je 22 godine, a najstariji 47 godina.

Rezultati pozitivnih emocija ispitanika koji sadrže izraze kako se osjećaju u „ovom trenutku“ na porođaju djeteta govore nam da se od 100 ispitanika njih 13 % nije osjećalo smireno, zadovoljno, dobro, opušteno i ugodno. Malo smirenije, zadovoljnije, bolje, opuštenije i ugodnije osjećalo se 17 % ispitanika. Umjereno smireno, zadovoljno, dobro, opušteno i umjereno ugodno osjećalo ih se 47 %, dok 23 % ispitanika svoju pozitivnu emociju opisuju izrazom jake smirenosti, zadovoljstva, opuštenosti i ugone. U Švedskoj je provedeno istraživanje pod nazivom „Porođaj - jako zahtjevno emocionalno iskustvo za očeve“ u kojem 74 % partnera prisutnih na porođaju imaju pozitivno ili jako pozitivno iskustvo (18). Iz ovih podataka vidi se da pozitivne partnerove emocije kod nas (70 %) ukorak prate postotak (74 %) ispitanika u Švedskoj (18).

Rezultati negativnih emocija ispitanika koji sadrže izraze osjećaja „u ovom trenutku“ pri prisustvovanju porođaju govore nam da se od 100 sudionika njih 31 % nije osjećalo napeto, uplašeno, nervozno, zabrinuto i zbunjeno. Ispitanika koji su se u tom trenutku osjećali malo napeto, uplašeno, nervozno, zabrinuto i malo zbunjeno bilo je 24 %. Kod 29 % ispitanika napetost, uplašenost, nervoza, zabrinutost i zbunjenost osjećala se umjereno dok je jako napetih, uplašanih, nervoznih, zabrinutih i zbunjenih ispitanika bilo 16 %. Iz ovih podataka vidi se da je od ukupnog broja ispitanika njih 45% imalo umjereno do jako izražene negativne emocije.

Na pitanje o bračnom statusu od ukupno 100 ispitanika njih 82 % bilo je oženjeno, a svega 3 % neoženjeno. U izvanbračnoj zajednici bilo je 14 % ispitanika, a neoženjenih 3 %.

Iz općih podataka dobivenim istraživanjem zaključuje se da su ispitanici najvećim dijelom u dobi od 31 do 35 godina, njih 37 %; zatim slijede ispitanici u dobi od 36 godina i više, dok je najmanji broj ispitanika u dobnoj skupini od 20 do 30 godina, njih 31 %.

Prema podacima dobivenim istraživanjem o rasponu godina ispitanika koji se kreće od 22 do 47 godina, najviše je ispitanika starosne dobi od 29 do 36 godina, njih 58. U rasponu godina ispitanika najmanje je onih od 22. do 28. godine života, njih 17, a 25 ispitanika ima između 37 i 47 godina života.

Na pitanje *Koji je Vaš stupanj obrazovanja?* od 100 ispitanika svi su imali određeni stupanj obrazovanja. Završenu osnovnu školu imalo je 3 % ispitanika, a srednjoškolsko obrazovanje njih 40 %. Visokoškolsko obrazovanje i završeni fakultet imalo je 57 % ispitanika ankete.

Opći podaci o broju djece pokazuju da od 100 ispitanika njih 52 nema djecu. Ispitanika s jednim djetetom bilo je 37, a s dvoje djece 8. Trojica ispitanika, najmanji broj njih, odgovorila su da imaju više od dvoje djece.

Pogledaju li se odgovori ispitanika na pitanje o planiranosti trudnoće može se uočiti kako je 74 ispitanika ovu trudnoću planiralo. Ispitanika koji nisu planirali trudnoću, ali su je željeli bilo je 26, dok odgovor o neželjenoj trudnoći nije dao nijedan ispitanik.

Analizom zastupljenosti pojedine forme informiranosti o porođaju i načina informiranja 70 ispitanika od ukupno 100 informiralo se o porođaju. Današnje vrijeme modernizacije i dostupnosti informacija potvrđuje kako se partneri sve više zanimaju za porođaj i njegov tijek. Od 70 informiranih ispitanika njih 44 informaciju je zatražilo putem internetskih stranica. Trudnički tečajevi koji su sve češće zastupljeni u današnjem društvu ne predstavljaju glavni izvor informiranosti o porođaju. Informaciju je putem tečaja dobilo 18 ispitanika ankete, knjige i raznu literaturu koristilo je 17 ispitanika, njih 16 informaciju o porođaju dobilo je od prijatelja, a samo njih 4 putem rodbinskih veza. Prema stručnoj literaturi, belgijski očevi s višim stupnjem obrazovanja trebaju manju informiranost o porodu od onih partnera niže stručne spreme, što govori da su njihove socio-demografske varijable poput obrazovanja, broja djece i bračnog statusa povezane s partnerovom potrebom za informiranošću (21).

Na pitanje *Smatrate li porod traumatičnim iskustvom?* 80 % ispitanika nije porod smatralo traumatičnim, dok je za njih 20 % porođaj bio traumatičan. Uspoređujući rezultate dobivene istraživanjem i informacije iščitane iz strane literatura, ne vidi se bitna razlika doživljaja traumatičnosti porođaja kod nas i u razvijenim zemljama. Iskustva partnera iz Nepala opisuju prisustvovanje na porođaju kao neodoljiv emocionalni doživljaj (19).

Imajući ovo iskustvo biste li opet odlučili prisustvovati na porođaju? pitanje je na koje je 91 % ispitanika odgovorilo da bi opet odlučili isto, a samo 9 % partnera ne bi ponovno prisustvovalo porođaju. Tradicionalna uloga muškarca počinje se mijenjati te muškarci postaju samouvjereni i sigurni u svoju biološku ulogu.

Na pitanje *Mijenja li porod vaš doživljaj žene i ako da, kako?* od 100 ispitanika njih 51 % odgovorilo je da porođaj ne mijenja njihov doživljaj žene, dok kod 49 % ispitanika porođaj mijenja doživljaj žene. Način na koji porođaj mijenja njihov doživljaj partnerice u porodu osjećajem divljenja opisuje 31 % ispitanik, 24 % za taj čin odaje im hrabrost, 12 % ispitanika prema svojim partnericama osjeća poštovanje, 6 % njih izjavljuje ljubav, 3% je ponosno na svoje partnerice, a 24 % ispitanika ima samo pozitivno mišljenje. Iz rezultata se može zaključiti da su partneri čija prisutnost na porođaju ne mijenja doživljaj žene u većem postotku zadovoljni svojim odnosom i emocijama prema partnerici.

Daljnjom analizom evidentiran je utjecaj partnerovog stupnja obrazovanja na doživljaj žene pri porođaju. Naime, analizom dviju obrazovnih kategorija, srednje stručne spreme i višeg obrazovanja, ustanovljeno je da su oni s višim stupnjem obrazovanja imali pozitivniji doživljaj žene u porođaju u odnosu na ispitanike sa srednjom stručnom spremom. U negativnom doživljaju žene prednjačili su ispitanici sa srednjom stručnom spremom u odnosu na ispitanike s visokim obrazovanjem.

Tijekom ispitivanja starosne strukture i doživljaja traumatičnosti također su ustanovljene razlike. Od ukupnog broja ispitanika N=100 traumatičnost porođaja prikazana je ovisno o starosnoj strukturi. Raspon godina kretao se od 22 do 47 godina. Ispitanici koji su porođaj doživjeli najmanje traumatično bili su u rasponu godina od 22 do 26 godine i od 41 do 47 godine. Uspoređujući dobivene rezultate s istraživanjem provedenim u Švedskoj na istu temu, evidentirana je značajna razlika. U Švedskoj partneri u dobnoj skupini od 28 do 33 godine i stariji od 34 godine traumatičnost porođaja doživljavaju u postotku od 84 % ispitanika prisutnih na porođaju, dok ispitanici mlađi od 27 godina doživljavaju traumatičnost porođaja u puno blažem obliku (17).

Analizom informiranosti o porođaju koja utječe na doživljaj traumatičnosti poroda vidljiva je razlika između informiranih i neinformiranih ispitanika koji su prisustvovali porodu. Od ukupne količine ispitanika, 75 % ispitanika koji su porođaj doživjeli kao traumatično iskustvo za porođaj se unaprijed pripremalo nekom vrstom informacije, a 25 % ispitanika bilo je potpuno neinformirano, što nam ukazuje na to da su informirani partneri porođaj puno jače doživjeli kao traumatično iskustvo od neinformiranih.

Provedeno istraživanje prikazuje autentično iskustvo partnerovog doživljaja poroda i žene tijekom poroda. Većini partnera porođaj je prirodan čin i vrlo važna komponenta u njihovu životu koja im daje nove mogućnosti poimanja očinstva i partnerstva.

6. ZAKLJUČAK

Trudnoća predstavlja fiziološko stanje ženskog organizma koje završava rođenjem donesenog i zdravog djeteta. Antenatalna zdravstvena zaštita žena obuhvaća sve mjere koje se provode u toku trudnoće u cilju očuvanja zdravlja, sprečavanja bolesti majke i rađanja zdravog i za život sposobnog djeteta. Svakoј trudnici potrebno je odrediti termin porođaja još u prvom trimestru trudnoće, a do osmog tjedna prvi pregled. Pretrage i pregledi provode se s ciljem sprečavanja abnormalnosti trudnoće. Rodilja najčešće dolazi u rodilište zbog prisutnih kontrakcija. U rodilištu ju pregledava liječnik koji će utvrditi radi li se doista o početku porođaja. Medicinska sestra profesionalnim pristupom, empatijom i uspješnom komunikacijom stvara daljnji odnos s rođiljom te joj pomaže savladati prisutan strah od poroda i boli.

Ljudi su emocionalna bića od rođenja do smrti. Roditeljstvo je kompleksan pojam i osobno putovanje kroz život kako majke, tako i njezina partnera. Dok fizičke i psihičke promjene tijekom trudnoće utječu na oba roditelja, partneri su ipak indirektno prepušteni svojim emocionalnim strahovima. U današnjoj praksi prisutnost i doživljaj partnera na porođaju svladava sve dileme i stigme te zaslužuje puno pažnje, čemu u prilog ide i podatak da istraživanje ovog tipa do sada nije bilo provedeno u Republici Hrvatskoј.

Provedenim istraživanjem i uspoređujući dobivene rezultate s rezultatima drugih istraživanja, dolazimo do zaključka da partnerova prisutnost u rađaonici predstavlja izazov za njih same i za medicinsko osoblje. Očinstvo postaje zanimljivije suverenom muškarcu te on stvara vlastiti stav o tome koliko je porođaj pozitivan događaj u njegovu životu. Emocije, očekivanja, znanje i stavovi partnera utječu na raznolikost traumatičnosti prilikom prisutnosti porođaju.

Provedeno istraživanje pokušalo je utvrditi vezu između emocionalnih čimbenika i partnerovog traumatičnog doživljaja pri porođaju. Budući da je dosadašnja praksa istaknula važnost trudničkog tečaja kao bitne pripreme partnera za porođaj, naše istraživanje pokazalo je da informacije dobivene elektroničkim putem, primjerice internetom, prednjače u odnosu na pohađanje trudničkih tečajeva i drugih izvora informacija. Razlog tome je velika dostupnost literature na elektronskim stranicama koja nema medicinsku osnovu i samim čitanjem kod partnera izaziva zbunjenost i strah.

7. LITERATURA

1. Habek D. Povijest medicine uz razvoj primaljstva, porodništva i ginekologije. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
2. Pecigoš-Kljuković K. Zdravstvena njega trudnice, roditelje i babinjače: udžbenik za primaljske škole, Zagreb, Školska knjiga, 12/2004.
3. Kurjak A. i suradnici. Ginekologija i perinatologija II. Varaždinske toplice: Nakladnička kuća Tonimir; 2003.
4. Kuvačić I, Kurjak A, Đelmiš J. i suradnici. Porodništvo. Medicinska naklada: Zagreb; 2009.
5. Dražančić A. Nazivlje u ginekologiji i porodništvu. Naklada Ljevak: Zagreb; 2001.
6. Dražančić A, Blajić J. Anamneza i pregled u porodništvu. U: Dražančić A. i sur. Porodništvo. Školska knjiga: Zagreb; 1999.
7. Havelka Meštović A, Bilić M, Bajer Frlan A, Barišić I, Kramarić M. Psihološki čimbenici doživljaja boli pri porođaju. 2008. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/158404>. (12.08.2018.)
8. Ljubojević N. Ginekologija i porodništvo, Udžbenik za studij sestrinstva. Zdravstveno veleučilište: Zagreb; 2005.
9. Vnuk M. Porod (završni rad). Varaždin: Sveučilišni centar Varaždin; 2016. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:795061>. (12.08.2018.).
10. Buhin Cvek A. (završni rad). Varaždin: Sveučilišni centar Varaždin; 2017. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:450231>. (15.08.2018).
11. Mojsović Z. i suradnici. Sestrinstvo u zajednici, Priručnik za studij sestrinstva-drugi dio, Korisnici u zajednici. Zdravstveno veleučilište: Zagreb; 2007.
12. Habek D. Ginekologija i porodništvo. Medicinska naklada: Zagreb; 2013.
13. Đelmiš J, Orešković S. i suradnici. Fetalna medicina i opstetricija. Medicinska naklada: Zagreb; 2013.
14. Košec V, Kuna K. Intrapartalni nadzor. Medicinska naklada: Zagreb; 2017.
15. Švaljug D. Aktivni porod i aktivno vođenje poroda, nastavni tekstovi;7;13;14;22.
16. Mojsović S. i suradnici. Sestrinstvo u zajednici, Priručnik za studij sestrinstva-prvi dio. Visoka zdravstvena škola: Zagreb; 2004.
17. Schytt E, Bergstrom M. First time fathers expectations and experiences of childbirth in relation to age. Midwifery. 2014 Jan 1;30(1):82-8. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. (02.09.2018).

18. Johansson M, Rubertsson C, Radestad I, Hildingsson I. Childbirth-an emotionally demanding experience for fathers. *Sexual&Reproductive Healthcare*. 2012Mar 1;3(1):11-20. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. (02.09.2018).
19. Sapkota S, Kobayashi T, Takase M. Husbands experience of supporting their wives during childbirth in Nepal. *Midwifery*. 2012 Feb 1;28(1):45-51. Dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/pii>. (11.09.2018).
20. Swaitkowska-Freund M, Kawaik D, Preis K. Advantages of fathers assistance at the delivery. *Ginekologia polska*. 2007;78(6). Dostupno na: <https://journals.viamedica.pl/view>. (11.09.2018).
21. Eggermont K, Beekman D, Van Hecke A, Delbaere I, Vearhaeghe S. Needs of fathers during labour and childbirth. A cross-sectional study. *Woman and Birth*. 2017 Aug 1;30(4):e188-97. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. (12.09.2018).

8. OZNAKE I KRATICE

GUK – glukoza u krvi

KPU – kompletni pregled urina

TSH – tiroidni stimulirajući hormon

OGTT – oralni test tolerancije na glukozu

CTG - kardiokografija

9. SAŽETAK

Sama trudnoća predstavlja fiziološki proces, a porođaj završetak trudnoće i kao takvom bi mu trebalo pristupiti. Nekada nam stanja roditelja ili ploda ne dopuštaju prirodan tijek već zahtijevaju medicinsku skrb uz smanjenje rizika i za majku i za dijete. Zdravstveno stanje trudnice, tako i roditelja zadaća je antenatalne skrbi i edukacije kroz sva tri tromjesečja trudnoće. Da bi se mogle prepoznati nepravilnosti i komplikacije u porođaju, prvotno je potrebno poznavati fiziologiju porođaja kako bi se reagiralo na svako odstupanje od normalnog. Pritom se služimo raznim metodama nadzora trudnoće i porođaja, a time i roditelja i ploda. Kod roditelja se prate njene vitalne funkcije, provode se sistemski pregledi i nadzire se fetus pomoću ultrazvuka ili kardiotokografa. Edukacija je usmjerena na provođenje preventivnih mjera kako bi se osiguralo zdravlje trudnice i da bi se trudnoća završila rođenjem donošenoga, živoga i zdravog djeteta.

Uz sve navedeno cilj rada bio je i prikazati partnerov doživljaj porođaja i analizirati njegov emocionalni status u trenutku prisustvovanja porodu. Istraživanje je provedeno u Klinici za ženske bolesti i porodništvo KBC-a „Sestre Milosrdnice“. Analizirano je ukupno 100 ispitanika koji su bili prisutni na porodu. Slijedeći strukturu ankete, ispitana je pojavnost pojedinih formi s obzirom na bračni status ispitanika, njegovu starosnu dob, stupanj obrazovanja, broj djece, planiranost trudnoće te utjecaj na njihov doživljaj žene u porodu i traumatičnost iskustva. Utvrđena je statistički značajna razlika kod ispitanika u pojedinim izrazima pozitivnih i negativnih emocija, a iz odgovora ispitanika koji su pristupili anketi može se zaključiti da je prisutnost partnera na porodu i njegov doživljaj psihološki važan za njega samog, njegovu osobnost i poimanje očinstva.

KLJUČNE RIJEČI: porođaj, antenatalna skrb, traumatičnost

10. SUMMARY

Pregnancy represents the physiological process and the birth represents the end of the pregnancy and should be treated and accessed in that manner. Sometimes the state of pregnant woman and fetus do not allow natural course which require medical attention in attempt to reduce the potential risk both for mother and child. Health of the pregnant woman is a task of antenatal care and education through the all of three trimesters of pregnancy. In order to recognize abnormalities and complications in delivery it is essential to know the birth physiology so that we can respond promptly to any deviation from normal therefore, we are using different methods of controlling pregnancy and childbirth, fetus, maternity and maternity care. Maternity care is monitored by vital functions systemic examination and surveillance of the fetus by ultrasound and cardiotocography. The education is directed to the implementation of preventive measures order to ensure pregnancy health and to end pregnancy by the birth of a given, living and a healthy child. Main aim of this paper was to present the partners birth experience and to analyze his emotional status at the time of attendance to the childbirth. The study was conducted at the Womens Disease and Pediatric Clinic in Clinical Hospital Centre“ Sestre Milosrdnice“. A total of 100 examinees who were present at the childbirth were analyzed. The following survey was conducted as the appearance of individual forms in terms of marital status of participants, age, education, number of children, planning pregnancy, their emotional experience of woman during childbirth and also traumatic experiences. A statistically significant difference has been established among respondents in certain expressions of positive and negative emotions. In this survey we may conclude that the presence of a partner during childbirth and its psychological important experience for him personally as well as paternity perception.

Key words: childbirth, antenatal care, traumaticity

11. PRILOZI

Prilog 1: Anketni upitnik

UPUTA : Dolje su navedene tvrdnje pomoću kojih se možete opisati.

Pročitajte svaku tvrdnju i zaokružite jedan od četiri predložena broja ispod izraza koji najbolje opisuje kako se sada, u ovom trenutku, osjećate. Ovdje nema točnih i netočnih odgovora. Pri odgovaranju nemojte predugo razmišljati, već izaberite odgovor koji najbolje opisuje Vaše trenutačno stanje.

	Uopće ne	Malo	Umjereno	Jako
1. Osjećam se smireno	1	2	3	4
2. Napet sam	1	2	3	4
3. Zadovoljan sam	1	2	3	4
4. Uplašen sam	1	2	3	4
5. Osjećam se dobro	1	2	3	4
6. Nervozan sam	1	2	3	4
7. Opušten sam	1	2	3	4
8. Zabrinut sam	1	2	3	4
9. Osjećam se zbunjeno	1	2	3	4
10. Osjećam se ugodno	1	2	3	4

1. Bračni status (zaokružite jedan odgovor):

- a) oženjen
- b) izvanbračna zajednica
- c) neoženjen
- d) drugo:.....

2. Koliko imate godina?

3. Vaš stupanj obrazovanja:

- a) bez osnovne škole
- b) završena osnovna škola
- c) završena srednja škola
- d) završena viša škola ili fakultet

4. Koliko imate djece?

5. Ova trudnoća je bila:

- a) planirana
- b) neplanirana, ali željena
- c) neželjena

6. Jeste li se informirali o porodu?

Ako da kako

7. Smatrate li porod traumatičnim iskustvom?

- a) da b) ne

8. Imajući ovo iskustvo biste li opet odlučili prisustvovati na porodu?

- a) da b) ne

9. Mijenja li porod Vaš doživljaj žene?

Ako da, kako.....

Martina Papeš

Radno mjesto: KBC Sestre Milosrdnice,

Klinika za ženske bolesti i porodništvo

Studentica na Veleučilištu u Bjelovaru

Prediplomski stručni studij sestrinstvoestrinstvo

Zagreb, 01. 07.2018.

SUGLASNOST

Molim da mi se odobri korištenje dijela podataka iz istraživanja pod nazivom: *Anksioznost i stres u trudnoći, porodu i postporodajnom periodu visokorizičnih trudnica, roditelja i babinjača te utjecaj muzikoterapije u smanjenju anksioznosti i stresa u trudnoći, porodu i poslije porodajnom razdoblju*, autora i nositelja istraživanja dr.sc. Vesne Gall, dr.med.,specijalistice ginekologije i porodništva, užege specijalista fetalne medicine i opstetricije (Klinika za ženske bolesti i porodništvo, KBC Sestre Milosrdnice, Zagreb). Provođenje istraživanja odobrilo je Etičko povjerenstvo KBC Sestre Milosrdnice.

Podatke ću koristiti isključivo za izradu završnog rada na Veleučilištu u Bjelovaru, smjer Sestrinstvo, čiji je naslov: *Uloga medicinske sestre pri prijemu roditelja i partnerov doživljaj poroda*, pod mentorstvom Ksenije Eljuga, dipl.med.techn.,pred. i u druge svrhe se neće koristiti.

Svojim potpisom autor provedenog istraživanja daje suglasnost za korištenje podataka.


Dr.sc.dr.med.Vesna Gall
specijalist ginekologije i opstetricije
i fetalne medicine i opstetricij

Dr.sc. Vesna Gall, dr.med., spec.ginekologije i porodništva



Martina Papeš, med.sestra

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>15.09.2018</u>	MARTINA PAPER [✓]	<i>Martina Paper</i>

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

MARTINA PAPERŠ

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 15.09. 2018

Martina Paperš
potpis studenta/ice