

EFEKTI ANKSIOZNOSTI NA DULJINU TRAJANJA PORODA

Kajba, Adriana

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:659092>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-19**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SMJER PRIMALJSTVO

Adriana Kajba

“EFEKTI ANKSIOZNOSTI NA DULJINU TRAJANJA PORODA”

Diplomski rad

Rijeka, 2021.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
GRADUATE UNIVERSITY STUDY OF
MIDWIFERY

Adriana Kajba

“EFFECTS OF ANXIETY ON THE DURATIO OF LABOR

Final thesis

Rijeka, 2021

Mentor rada: Prof.dr.sc.Sanja Smojver Ažić

Rad je obranjen dana _____ u/na _____ ,

Pod Povjerenstvom u sastavu:

1. _____

2. _____

3. _____

Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	Fakultet zdravstvenih studija
Studij	Primalistvo
Vrsta studentskog rada	diplomski rad
Ime i prezime studenta	Adriana Kaiba
JMBAG	351010695

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	EFEKTI ANKSIOZNOSTI NA DULJINU TRAJANJA PORODA
Ime i prezime mentora	Sanja Smoiver-Ažić
Datum zadavanja rada	22.5.2021.
Datum predaje rada	13.9.2021.
Identifikacijski br. podneska	1650553082
Datum provjere rada	17.9.2021.
Ime datoteke	IPLOMSKI RAD EFEKTI ANKSIOZ...
Veličina datoteke	196.55k
Broj znakova	100321
Broj riječi	17260
Broj stranica	71

Podudarnost studentskog rada:

PODUDARNOST	7%
-------------	----

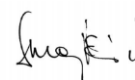
Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	17.9.2021.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	Rad zadovoljava uvjete, iz provjere su isključene bibliografske jedinice.

Datum

17.9.2021.

Potpis mentora



1.UVOD	10
1.1.Opća anksioznost.....	10
1.1.1.Simptomi anksioznosti	11
1.1.2.Fobični poremećaji.....	12
1.3.Ansioznost specifična za trudnoću.....	12
1.3.1 Stres i trudnoća	15
1.3.1. Efekti Covid pandemije na mentalno zdravlje trudnica	16
1.4. Anksioznost u porodu	18
1.4.1.Visoki stupanj anksioznosti i panični poremećaj.....	19
1.4.2. Trajanje poroda	20
1.4.3. .Produljeni porod kao posljedica anksioznosti	21
1.4.4..Prisustvo partnera na porodu.....	22
1.4.5. Tehnike opuštanja u porodu.....	23
2. CILJEVI RADA.....	28
2.1. Hipoteze istraživanja	28
3. ISPITANICI I METODE.....	29
3.1. Ispitanici	29
3.2. Statističke metode.....	29
3.3. Postupak.....	30
4.ETIČKI ASPEKTI ISTRAŽIVANJA	31
5. REZULTATI	32
5.2. Procjena anksioznosti ispitanica (STAI ljestvica anksioznosti)	33
5.3. Povezanost anksioznosti i prisustva partnera.....	38
5.4. Povezanost anksioznosti i pandemije Covid-19.....	41

5.5. Povezanost anksioznosti te doljine trajanja poroda.....	45
6.RASPRAVA.....	47
7.ZAKLJUČAK.....	53
LITERATURA	54
PRILOZI	64
ŽIVOTOPIS	70
ZAHVALA.....	71

POPIS KRATICA

FOC- Fear of childbirth

Strah od poroda

TA - Tjeskoba zbog osobina

SA - Tjeskoba zbog stanja

PSA - Anksioznost specifična za trudnoću

WHO - World Health Organization

(Svjetska zdravstvena organizacija)

SAŽETAK

UVOD: Anksioznost u trudnoći može uključivati opću anksioznost, anksioznost specifičnu za trudnoću ili strah od poroda. Anksioznost specifična za trudnoću ključni je prediktor nepovoljnih ishoda poroda. Anksioznost potiče aktivnost živčanog sustava i oslobađa hormone noradrenalina, kortizola i adrenalina koji povećavaju ozbiljnost porođajne boli, kao i trajanje poroda.

CILJ ISTRAŽIVANJA: Glavni cilj rada je bio ispitati razlike u stupnju anksioznosti kao trenutnog stanja obzirom na sociodemografska obilježja, obilježja trudnoće, efekte prisustva partnera na porodu, zabrinutost utjecajem Covid -19 pandemije na trudnoću i porod, te duljinu trajanja poroda.

ISPITANICI I METODE: Istraživanje se provodilo u Općoj bolnici Zabok i bolnici hrvatskih veterana gdje je sudjelovalo 87 roditelja koje su dobrovoljno ispunjavale anketu sa 4 kategorije pitanja. Istraživanje je trajalo tijekom lipnja i srpnja 2021. godine.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA: U skupini prvorođanke, bez anksioznosti je 18 (45 %) ispitanica, s umjerenom anksioznosti njih 9 (23 %), a s jako izraženom anksioznosti je 13 (33 %) ispitanica. Dok je u skupini višerođanke, bez anksioznosti je 27 (57 %) ispitanica, s umjerenom anksioznosti njih 6 (13 %), a s jako izraženom anksioznosti je 14 (30 %) ispitanica. U skupini prvorođanke i višerođanke s jako izraženom anksioznosti u prisustvu partnera roditelje su manje su smirene i manje se osjećaju opušteno. U skupini svih ispitanica, vezano za Covid pandemiju, one koje imaju jako izraženu anksioznost su više zabrinute da se ne zaraze u bolnici i značajno više smatraju da pandemija utječe na njihovo mentalno zdravlje u trudnoći. Kod prvorođanke s jako izraženom anksioznosti porod je trajao 6-8 sati, dok je kod višerođanke s izraženom anksioznosti porod trajao 3-5 sati.

ZAKLJUČAK: Anksioznije su prvorođanke u odnosu na višerođanke. Prisustvo partnera na porodu ne dovodi do bitnog smanjenja anksioznosti kod roditelja ukoliko su one izrazito anksiozne. Pandemija Covid -19 infekcija kod jako izraženih anksioznih roditelja izaziva zabrinutost za zarazu u bolnici, te roditelje imaju doživljaj da pandemija značajno utječe na njihovo mentalno zdravlje u trudnoći. Porod je prolongiran za dva sata za prvorođanke i višerođanke koje su izraženo anksiozne u odnosu na neanksiozne roditelje.

Ključne riječi: anksioznost, Covid pandemija, partner, prvoročke, višeročke, produljen porod.

SUMMERY

INTRODUCTION: Anxiety during pregnancy can be general anxiety, specific pregnancy anxiety or specific fear of labour. Specific pregnancy anxiety is the key predictor of unfavourable labour outcomes. Anxiety stimulates nervous system activity and releases hormones, like noradrenaline, cortisol and adrenaline that consequently increase the severity of the labour pain, and the duration of the labour.

RESEARCH GOAL: The main goal of this thesis was to test differences in anxiety levels in relation to sociodemographic features, pregnancy features, the effect of partners being present during the labour, worrying about the COVID-19 pandemic impact on pregnancy and the labour, and the duration of the labour.

RESEARCH SUBJECTS AND METHODS: The research was conducted in General hospital Zabok and Hospital of Croatian Veterans and included 87 labouring women who voluntarily filled in the questionnaire with questions divided in four categories. The research was being conducted during and July 2021.

THE RESULTS: In the primipara group, there were 18 women (45%) without anxiety, 9 women (23%) with mild anxiety, and 13 women (33%) with severe anxiety. In the multiparous group, there were 27 women (57%) without anxiety, 6 women (13%) with mild anxiety, and 14 women (30%) with severe anxiety. In the primipara group with severe anxiety, women, who had their partners present, were less calm and less relaxed, and the multiparous women with severe anxiety were significantly less calm, relaxed, and self-confident. In the group containing all research subjects, connected with COVID pandemic, those women who had severe anxiety were much more worried about getting infected in the hospital and considerably more women believed that the pandemic affected their mental health during the pregnancy. For primiparas who had severe anxiety the labour lasted 6-8 hours (extended for 2 hours), and for multiparous women with severe anxiety the labour lasted 3-5 hours.

CONCLUSION: Primiparas are more anxious than multiparous women. The presence of the partners during the labour does not lead to significantly lower anxiety in labouring woman if they are severely anxious. To the severely anxious women COVID – 19 infection causes worry that they will get infected in the hospital, and they have the impression that pandemic considerably affects their mental health during the pregnancy. The labour is extended for 2 hours for both primiparas and multiparous when they are severe anxiety and compared to women with no anxiety.

KEY WORDS: anxiety, COVID pandemic, partner, primipara, multiparous women, extended labour.

1.UVOD

Tjeskoba se na različite načine smatra uobičajenim (normalnim) dijelom života. Ona je temeljni životinjski mehanizam preživljavanja koji poručuje da je organizam izložen određenoj opasnosti ili prijetnji. Tjeskoba je sa sastavni dio učenja, odlučivanja i mijenjanja jer svaka od tih aktivnosti zahtijeva odustajanje od nečega kako bi se nešto drugo dobilo. Otežavajuća tjeskoba može biti uzrokom i posljedicom slabosti u području životnih vještina. Ljudi sa anksioznim poremećajima jako povećavaju vjerojatnost negativnih i umanjuju vjerojatnost pozitivnih ishoda umjesto da situacije procijene na realističan način uz optimalnu razinu tjeskobe (Nelson -Jones, 2003).

Anksioznost je osjećaj straha koji se javlja prilikom suočavanja s prijetećim ili stresnim situacijama. To je normalan odgovor suočavanja s opasnošću, ali ako je snažan ili osjećaj potraje, mogao bi se smatrati anksioznim poremećajem. Kraljevski koledž psihijatar kaže da anksiozni poremećaji, uključujući panični poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj i socijalni anksiozni poremećaj, utječu na otprilike jedan od deset ljudi (Dean, 2016).

1.1.Opća anksioznost

Anksiozni poremećaji čine najveću skupinu mentalnih poremećaja u većini zapadnih društava i vodeći su uzrok invaliditeta. Bitne značajke anksioznih poremećaja su pretjerani i trajni strah, tjeskoba ili izbjegavanje percipiranih prijetnji, a mogu uključivati i napade panike. Dok je strah

češće povezan s naletima autonomnog uzbuđenja, neophodnim za borbu ili bijeg, mislima o neposrednoj opasnosti i ponašanju u bijegu, anksioznost je češće povezana s napetošću mišića i budnošću u pripremi za buduću opasnost i opreznim načinom izbjegavanja.

1.1.1. Simptomi anksioznosti

Pretjerana zabrinutost fiziološki, psihološki i emocionalno proizvodi tjeskobu koja obuzima čitav organizam. Anksioznost tijelo dovodi u stanje stresa, a simptomi se mogu grupirati u kognitivne, emocionalne, bihevioralne i tjelesne (Filaković i sur., 2015).

- Kognitivni simptomi anksioznosti su: zabrinutost, teškoće u koncentraciji, teškoće u pamćenju, negativna očekivanja, negativna razmišljanja o sebi i trenutnoj situaciji, problemi s prisjećanjem, kognitivne konfuzije, zastrašujuće fantazije, netolerancija na nejasnoće.
- Emocionalni simptomi anksioznosti su: neugoda i nemir, neizvjesnost i iščekivanje, uplašenost, nervoza i napetost, prisutnost raznih strahova, strah od gubitka kontrole, depersonalizacija (osjećaj „kao da ja nisam ja“) osjećaj sputanosti, razdražljivost.
- Bihevioralni (ponašajni) simptomi anksioznosti su: izbjegavanja situacija i osoba koje izazivaju anksioznost, sramežljivost, povučenost i nesigurnost u socijalnim kontaktima, slaba koordinacija pokreta, izrazita aktivnost ili pasivnost.
- Tjelesni simptomi anksioznosti su: respiratorni (osjećaj gušenja i nedostatka zraka, ubrzano disanje), kardiovaskularni (ubrzani puls, osjećaj lupanja srca, povišen krvni tlak, crvenilo ili bljedilo), promjene na koži (promjene u temperaturi kože, crvene pjege), mišićni (tremor, mišićna tenzija, mišićni grčevi, drhtanje) te gastrointestinalni (bol u trbuhu, proljev, mučnina i povraćanje). (Filaković i sur., 2015).

Od ostalih simptoma mogu se javiti glavobolja, vrtoglavica i osjećaj nesvjestice, bolovi u prsima i iscrpljenost, nesanica i noćne more, kao i učestalo mokrenje.

Pojavnost određenih simptoma, njihov broj, intenzitet, trajanje i učestalost razlikuje se od osobe do osobe. Netko može imati samo nekoliko blagih simptoma, dok drugi može imati sve simptome anksioznosti i to vrlo snažnog intenziteta. (Filaković i sur., 2015).

1.1.2.Fobični poremećaji

Fobični poremećaji definirani su kao izraziti strah ili tjeskoba izazvani specifičnim situacijama (Hamm, 2020). U skladu s tim, fobični poremećaji se kategoriziraju ovisno o vrsti situacije. Fobični poremećaji uključuju specifičnu fobiju (strah ili tjeskobu zbog određenih objekata ili situacija, poput vrste životinje, visine itd.), socijalnu fobiju (strah ili tjeskoba zbog jedne ili više društvenih situacija u kojima je pojedinac izložen mogućem nadzoru od strane drugih, poput sudjelovanja u društvenim interakcijama, promatranja ili nastupa pred drugima) i agorafobije (Hamm,2020). Strah je emocija koja se razvije kada osoba procijeni neku opasnost u okolini te služi mobilizaciji snaga kako fizioloških (ubrzan rad srca, mišićna tenzija, otežano disanje), tako i psiholoških, a koje joj mogu pomoći u toj opasnosti.

Traumatska iskustva koja dovode do jakog narušavanja psihičkog integriteta osobe, mogu uzrokovati pojavu akutne reakcije na stres i posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) ukoliko se pravodobno ne intervenira (Filaković i sur., 2015).

Anksiozni poremećaji uzrok imaju pretežito u psihološkim čimbenicima, premda postoje dokazi i o genetskom utjecaju (osobito kod opsesivno-kompulzivnog poremećaja) i neurofiziološkoj podlozi. Sva naša dosadašnja emocionalna iskustva, slika koju imamo o sebi, mehanizmi kojima smo se naučili kroz život braniti od neugode, čine nas više ili manje podložnima za razvoj nekih od anksioznih poremećaja. Anksiozni poremećaji uzrok imaju pretežito u psihološkim čimbenicima, premda postoje dokazi i o genetskom utjecaju (osobito kod opsesivno-kompulzivnog poremećaja) i neurofiziološkoj podlozi. (Filaković i sur., 2015).

1.3.Anksioznost specifična za trudnoću

Anksioznost u trudnoći može uključivati opću anksioznost, anksioznost specifičnu za trudnoću ili specifičan strah od poroda-FOC (Slade i sur., 2021). Između ostalog prenatalna tjeskoba može se podijeliti na tri različite vrste: tjeskoba zbog osobina (TA), tjeskoba zbog stanja (SA) i anksioznost specifična za trudnoću (PSA). TA se odnosi na majčinu relativno stabilnu sklonost anksioznosti, dok se SA odnosi na privremeni anksiozni osjećaj koji majka razvija zbog stresnog

dogadaja, koji može biti povezan s njenom trudnoćom, ali ne mora. PSA se smatra mentalnim stanjem trudnice čija je zabrinutost specifična za samu trudnoću, poput strahova u vezi s trudnoćom, porođajem. Anksiozni poremećaj tijekom trudnoće jedan je od najjačih čimbenika rizika za postnatalnu depresiju (Vythilingum, 2008). Anksioznost nakon poroda je povezana sa smanjenjem samopouzdanje majke, a može i imati dugoročne negativne posljedice koje dovode do težeg mentalnog razvoja kod djece (Nakić Radoš, 2018). Anksioznost i trudnoća vezane za porod vrlo su česte kod trudnica. Podaci upućuju da svaka četvrta trudnica ima povišenu anksioznost ili neki oblik anksioznosti. Smatra se da anksioznost kao stanje je viša kod trudnica koje imaju povišenu anksioznost kao osobinu, koje su mlađe, te koje imaju komplikacije u trudnoći. Također je i percipirani stres značajan prediktor anksioznosti kao stanja. Anksioznost kao osobina predstavlja relativno stabilnu značajku ličnosti. Osobe koje imaju povišenu anksioznost kao osobinu, veliki broj podražaja opažaju kao prijeteće, pa doživljavaju veći stres, a također imaju tendenciju da na prijeteće podražaje reagiraju intenzivnijim anksioznim stanjem (Nakić i sur., 2009). Stanje anksioznosti, dakle, nastaje kao interakcija između osobine anksioznosti i neke prijeteće situacije. Međutim, anksioznost ne treba promatrati u potpuno negativnom svjetlu jer ona pobuđuje osobu, alarmira je da postoji nešto u okolini ili unutar nje same na što se treba usmjeriti na neki problem koji treba riješiti. Prema tome, određena razina anksioznosti može biti funkcionalna jer motivira osobu na rješavanje problema. Trudnice često znaju biti tjeskobne i zabrinute oko zdravlja svojega djeteta, hoće li porođaj proći dobro i sl., što ih zapravo aktivira da se za taj veliki događaj pripreme na najbolji mogući način. Primjerice, mogu prikupljati sve relevantne informacije te se pridržavati potrebnih zdravstvenih naputaka kako bi osigurale sve za najbolji ishod, porođaj zdravog djeteta. Dakle, anksioznost može biti pozitivna kada je unutar određenih granica, no kada postane glavna preokupacija te počne osobu sputavati u smislenom i funkcionalnom djelovanju, treba je shvatiti i tretirati kao problem, zbog već navedenih posljedica koje anksioznost u trudnoći može imati. Anksioznost specifična za trudnoću ključni je prediktor nepovoljnih ishoda poroda ukoliko je ona izrazita. U prilog tome govore i rezultati koji su dobiveni u jednoj studiji koju su provodili Nagata i Mori (2007) među 500 trudnica niskog rizika od 18 do 35 godina gdje je anksioznost mjerena pomoću državnog inventara anksioznosti i inventara anksioznosti specifičnih za trudnoću i zabilježenih poroda. Rezultati su pokazali da nepovoljni ishodi poroda, poput dugotrajnog poroda, prijevremenih porođaja, male porođajne težine i neplaniranog carskog reza bili povezani s visokom trudnoćom

specifičnom tjeskobom. Anksioznost kao stanje viša je kad su situacijske varijable nepovoljne, ali te iste varijable nisu povezane s dispozicijskom anksioznošću (Nakić i sur., 2009) iako je utvrđeno da je razina percipiranog stresa značajan prediktor stanja anksioznosti, te da je percipirani stres povezan s manjim suočavanjem usmjerenim na problem i većim izbjegavanjem, strategije suočavanja u hijerarhijskoj regresijskoj analizi nisu se pokazale dodatnim prediktorima anksioznosti. Dakle, na osnovi percipiranoga stresa donekle možemo predvidjeti hoće li trudnica biti anksiozna ili ne. Od stilova suočavanja, međusobno su pozitivno povezani na problem i emocije usmjereno suočavanje, navode Nakić i sur., (2009) te da na emocije usmjereno suočavanje pomaže osobi da se smiri te onda učinkovitije rješava vlastite probleme. Ranije se općenito u literaturi o stresu smatralo da je na problem usmjereno suočavanje jedino učinkovito suočavanje, međutim, unaprijed se ne može ni za jednu strategiju suočavanja reći da je dobra ili loša, već to ovisi o samoj situaciji (Nakić i sur., 2009). Na problem usmjereno suočavanje odgovara nastojanjima da se promijeni ponašanje koje održava problem ili da se promijene okolinski uvjeti, dok na emocije usmjereno suočavanje odgovara nastojanjima da se smanji emocionalna uzemirenost i održi zadovoljavajuće unutarnje stanje (Lazarus i Folkman, 2004). Dakle, na emocije usmjereno suočavanje uspostavlja unutarnju ravnotežu i smanjuje napetost, čime se oslobađaju kapaciteti osobe za rješavanje problema. Utvrđeno je da trudnice koriste različite stilove suočavanja u različitoj mjeri, odnosno izbjegavanje koriste značajno rjeđe nego na problem usmjereno suočavanje te na emocije usmjereno suočavanje (Nakić i sur., 2009). Lobel i Hamilton (2008) također su utvrdili da je izbjegavanje rjeđe u odnosu na druge aktivne strategije suočavanja. Međutim, važno je uočiti da anksiozne trudnice manje koriste suočavanje usmjereno na problem u odnosu na neanksiozne trudnice, te bi upravo ovo moglo biti smjernica za osmišljavanje intervencijskih postupaka u kojima bi se žene moglo poučavati kako aktivnije pristupiti rješavanju problema.

Analiza intervjua s trudnicama je pokazala da psihološke teškoće u trudnoći imaju različit utjecaj na život žena, od promjena u navikama hranjenja, smanjenoj energiji, učestalom plakanju sve do osjećaja panike (Furber i sur.,2009). Životni stil trudnica se može se promijeniti, a psihičke teškoće mogu imati velik utjecaj na socijalni život, posebno na odnose s bliskim ljudima, što može dodatno izazvati stres. Promjene u razini stresa tijekom trudnoće mogu imati negativan utjecaj na ishod porođaja. Glynn i suradnici (2008) su pokazali da je povećanje razine anksioznosti i stresa od drugog do trećeg tromjesečja rizični čimbenik za prijevremeni porođaj.

Kako je razdoblje trudnoće obilježeno fiziološkim, socijalnim i emocionalnim promjenama, povećanim financijskim zahtjevima te roditeljskim brigama, ovaj period može biti posebno stresan, te se smatra jednim od stresnijih životnih događaja.

1.3.1 Stres i trudnoća

Postoje dokazi da se trudnice pod visokim stresom slabije brinu o sebi i imati će veću vjerojatnost da će se uključiti u ponašanja koja narušavaju zdravlje, što može utjecati na zdravlje majke i djeteta. (Ng, DM i Jeffery, 2003; Nicoloso-SantaBarbara i sur. 2018).

Ključni hormoni koji su uključeni u trudnoću i stres su melatonin i kortizol. Važni su hormoni u trudnoći i mogu biti potencijalni čimbenici uključeni u međudjelovanje psiholoških i bioloških čimbenika. Melatonin sintetizira pinealna žlijezda s vrhom u noći (Claustrat i sur., 2005) ,a tijekom trudnoće proizvodi ga posteljica (Soliman i sur., 2015). Ključni je hormon za održavanje trudnoće zbog svojih pleiotropnih uloga (Gomes i sur., 2021) uključujući i izvanredne učinke kao antioksidans (Reiter i sur., 2014)). Pokazalo se da na dnevnu razinu melatonina utječu anksioznost i depresija (m Sundberg i sur., 2020) zbog smanjenja broja spavanja ,koji su izravno proporcionalni razinama melatonina u cirkulaciji (Abbott ., 2019).

Kortizol je važan hormone koji može utjecati na ishod trudnoće. Kortizol sintetizira osovina hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda i ima stanični katabolički učinak (Quax i sur., 2013) Izlučivanje je povezano sa stresnim stanjima, majčinskim raspoloženjem, pokazivajući povezanost s psihološkim stresom (Shelton i sur., 2015). anksioznošću (Sarkar i sur., 2008). Psihološki čimbenici utječu na ishode trudnoće povezani s promjenama melatonina i kortizola. Visoka razina melatonina u majci i zadovoljstvo životom mogli bi biti potencijalni zaštitni čimbenici protiv razvoja majčinskih komplikacija tijekom trudnoće. Niska razina anksioznosti i kortizola te smanjeni sukobi između posla i privatnog života mogli bi spriječiti fetalne komplikacije zaključci su Ramiro-Cortijo i suradnika (2021).

Kao i kod reaktivnosti na stres, dobro regulirani sustav oksitocina je anksiolitičan i pruža zaštitu od negativnog raspoloženja. Serotonin i dopamin su posrednici anksiolitičkog djelovanja oksitocina i glodavaca. Međutim teško je utvrditi da li intraportalni sintetski oksitocinima istu zaštitnu funkciju kao i endogeni oksitocin na mentalno zdravlje majke (Bell i sur., 2014).

1.3.1. Efekti Covid pandemije na mentalno zdravlje trudnica

U prosincu 2019. izbijanje nove koronavirusne upale pluća (COVID-19), nepoznate etiologije pojavilo se u Wuhanu, glavnom gradu provincije Hubei u Kini (Chen i sur.,2020) te je (SARS-CoV-2) proglašen je pandemijom od strane Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) 11. ožujka 2020 koje je dovelo je do raznih u načinu života stanovništva. kako u društvenim odnosima tako i u ograničavanju osobne slobode. Posebno su pogođene populacije trudnica koje su tijekom trudnoće pokazivale povećanje stresa, depresije i /ili tjeskobe. (Romero-Gonzalez i sur.,2021).

Prema rezultatima istraživanja skupina žena koje su bile trudne tijekom pandemije pokazivale su veće razine stresa od skupina žena koje su bile trudne prije pandemije. Neizvjesnost, visoka stopa zaraze, visoka stopa smrtnosti i, posljedično strah od zaraze bolešću koja će zajednički utjecati na majku i fetus mogu biti stresori koji su u osnovi povećanja razine u trudnica tijekom pandemije, u usporedbi s onima koji nisu bili trudni u razdoblju pandemije (Craske i Stein, 2016). Jedan ustavni pregled s metaanalizom Fan i suradnici (2021) nam otkrivaju da se anksioznost i depresija među trudnicama značajno povećala tijekom Covid19 epidemije. Trudnice su više zabrinute za druge nego za sebe tijekom COVID-19 i čini se da su mlađe trudnice sklonije anksioznosti, dok socijalna podrška i tjelesna aktivnost mogu smanjiti vjerojatnost anksioznosti i depresije. Trudnice se podvrgavaju suptilnim promjenama i psihički i fizički kako se njihove uloge mijenjaju od običnih žena do majki. Trudnice će vjerojatno biti više pogođene u ovom određenom razdoblju.

Ravaldi suradnici (2020) vezano za psihološke promjene koje se događaju u trudnica, otkrili su da se trudnice više brinu o drugima nego o sebi. Utvrđeno je da im je više stalo do njihove obitelji, partnera, djeteta i djetetove budućnosti nego do njihovog zdravlja. Trudnice više energije posvećuju brizi za druge što može dovesti do nedostatka pažnje prema sebi te zanemarivanja svog zdravlja. To bi mogao biti i jedan od razloga porasta mentalnih problema u trudnica tijekom COVID-19. Njihova istraživanja pokazuju da COVID-19 ozbiljno utječe na očekivanja trudnica u vezi porođaja i porođajskih odluka. Što se tiče iskustva rođenja, primarne emocije više od polovice trudnica prije COVID-19 bile su radost (63,0%), manje strah (7,5%) i gotovo nikakva tuga (0,5%). Nakon COVID-19, tuga (10,5%) i strah (49%) uvelike su povećani, dok radost (17%) je uvelike smanjena. Osim toga, iako se strah često koristi od strane trudnica kako bi

opisale očekivanja od porođaja prije i poslije COVID-19, pozitivne riječi (kao što su radost, sreća) povezani su sa vremenom prije COVID-19 i negativnim riječima (poput ograničenja, tuge, samoće, boli, tjeskobe i nesposobnosti) povezane su sa strahom nakon COVID-19

Istraživanje koje su provodili Lebel i suradnici (2020) utvrdili su značajno povišene simptome anksioznosti i depresije u usporedbi sa sličnim istraživanjima prije pandemije, pri čemu 37% prijavljuje klinički relevantne simptome depresije, a 57% klinički relevantne simptome tjeskobe. Simptomi depresije i anksioznosti bili su povezani s većom zabrinutošću prijetnjama COVID-19 životu majci i djetetu, kao i zabrinutosti oko dobivanja potrebne prenatalne skrbi, napetosti u odnosima i društvenim izolacijama zbog pandemije COVID-19. Viša razina percipirane socijalne podrške i učinkovitost podrške, kao i veća tjelesna aktivnost, bili su povezani s nižim psihološkim simptomima.

U istraživanju koji su provodili Lebel i suradnici (2020) dobili su podatke da većina sudionika (89%) prijavila promjene u prenatalnoj skrbi zbog pandemija, uključujući otkazane preglede (36%), ili je bilo nedopušteno dovesti osobu za podršku (90%). Ispitanice su promijenile svoj plan rođenja zbog pandemije, uključujući lokaciju (11%), osobe za podršku (25%) i brigu o djeci (11%). 74% je imalo problema s pristupom drugoj zdravstvenoj zaštiti tijekom trudnoći, 9% su izvijestili da ne mogu pristupiti psihološkom savjetovalištu.

Zaključci studije koje su provodili Ayaz i sur. (2020). je da izbijanje COVID-19 negativno utječe na mentalno zdravlje trudnica što dovodi do nepovoljnih ishoda porođaja.

Razina simptoma anksioznosti i depresije trudnica tijekom infekcije COVID-19 značajno se povećala. Pandemija COVID-19 bitno je promijenila svakodnevni život trudnica, u prevalenciji anksioznosti u usporedbi s studijama prije COVID-19 (38% naspram 15%). Infekcija COVID-19 tijekom trudnoće bila je povezana s povećanom razinom generaliziranih rezultata anksioznosti (Nowacka i sur., 2020).

S obzirom na ozbiljnu zdravstvenu prijetnju rastu i razvoju djeteta, prevenciju COVID-19 tijekom trudnoće treba smatrati visokim prioritetom (Naidu i sur., 2020).

1.4. Anksioznost u porodu

Porodaj je subjektivno i višedimenzionalno iskustvo na koje utječu različiti čimbenici uključujući strahove za dijete, medicinske intervencije i postupke medicinskog osoblja. Smatra se da porod ko traumatični događaj doživljava čak 48% žena i ima posljedice koji mogu utjecati na brigu i razvoj djeteta kao što su roditeljske poteškoće, poteškoće s interakcije majke i djeteta i stvaranja pozitivne vezanosti. Stoga, saznanje da je paritet možda ključni čimbenik porođajnih strahova pruža mogućnosti za intervenciju. Dakle, "strah od nepoznatog" mogao bi se umanjiti za prvoročke sa ciljanim informacijama o porodu, porođajnoj okolini i zdravstvenom osoblju. Među svim ženama, osjetljivost na anksioznost (dimenzija tjelesnih zabrinutosti) identificirana je kao važan čimbenik ranjivosti za FOC. Kliničari u prenatalnim uvjetima u budućih majki trebaju procijeniti razinu anksiozne osjetljivosti i eventualni strah ili očekivanja od boli. Nadalje, osjetljivost na anksioznost trebala bi biti važna meta za psihološke intervencije usmjerene na upravljanje FOC-om, navode autori rada.

Bhattia i suradnici (2012) su razmatrali razne hipoteze za objašnjavanje straha od poroda koji su uključivali poremećaj u neurohormonalnoj homeostazi (tj. poremećaj u mehanizmima koji reguliraju anksioznost), socijalnu komunikaciju (odnosi sa ženama koje su pretrpjele traumatična iskustva), strahove povezane s medicinskom skrbi (neučinkovita kontrola boli, strah od gubitka kontrole ili smrti i nedostatak povjerenja u tim koji pruža njegu), psihosocijalne čimbenike (npr. mlađa dob, niska naobrazba i socijalni nedostatak) i psihološke čimbenike (npr. nisko uvažavanje, smanjena osjetljivost na bol, oživljavanje traumatičnih sjećanja na djetinjstvo) ili psihijatrijske poremećaje, koji često rezultiraju anksioznošću i depresijom.

Dick -Read (2004), zagovornik „prirodnog poroda“, sugerirao je da strah i tjeskoba mogu izazvati napetost mišića, što rezultira povećanom percepcijom boli. Na primjer, anksioznost i strah od boli pozitivno su povezani s prijavljenom razinom boli tijekom poroda (Lowe, 2002). Nasuprot tome, manje je vjerojatno da će žene koristiti lijekove protiv bolova ako imaju stalnu podršku za porod, a povjerenje žena u njihovu sposobnost da se nose također je povezano sa smanjenom percepcijom boli (Hodnett 2013, Lowe 1989). Većina žena sa strahom traži podršku od supružnika, majki, sestara ili drugih članova obitelji, dok neke traže podršku prijatelja i kolega.

Visoke razine porođajnog straha utječu na pripremu za rođenje, opstetrijske ishode i emocionalnu dobrobit za otprilike jednu od pet žena koje žive u razvijenim zemljama (Fenwick i sur., 2015). U npr. Gani neke kulturne skupine označavaju žene slabih emocija kada nisu u stanju podnijeti porođajnu bol, te se žene osjećaju ponižene ako su drugi ljudi su znali da ne mogu podnijeti trudove. Porođajno ublažavanje boli je važan aspekt ženskog zdravlja koje je teoretski u zemljama u razvoju zanemarena. Većina roditelja je naučena radije podnositi bol nego uzimanje lijekova jer se na njih gleda kao simbol „vječnosti“ i osjećaj ponosa (Konlan i sur.,2021). U jednom istraživanju kojeg su provodili Toohill i suradnici (2014) naveli su kao značajne čimbenike paritet i način rođenja u prethodnoj trudnoći koji su povezani sa porođajnim strahom. Prvorotke su imale višu razinu straha od žena koje su prije rađale a prethodni carski rez izazivao je strah. Iskustvo s prethodnim prirodnim rođenjem štitio je strah od poroda. U istraživanju Hall i suradnici (2009) kod 25 % žena pronađena je visoka razina porođajnog straha, a 20,6% je spavalo manje od 6 sati po noći. Strah od poroda, umor, nedostatak sna i anksioznost pozitivno su bili povezani. Kod žena koje su pred kraj trudnoće, vjerojatnije je da će strah imati više svakodnevnih stresora, tjeskobe i umora. Viša razina anksioznosti predvodi višu razinu porođajnog straha .

1.4.1. Visoki stupanj anksioznosti i panični poremećaj

Jedna od kognitivnih varijabli koja bi mogla utjecati na razvoj paničnog poremećaja kod roditelja je samoefikasnost. Strah je jako povezan s niskom samoefikasnošću pri porodu (Schwartz i sur.,2015). Niske razine samoefikasnosti mogu pokrenuti panični ciklus tako da izazovu povećanje tjelesne pobuđenosti (Casey i sur.,2004). Također, visoke razine samoefikasnosti mogu promijeniti katastrofičnu interpretaciju tjelesnih osjeta te tako prekinuti panični krug i inhibirati panični napad (Casey i sur., 2004). Nekoliko je studija također pokazalo da pacijenti u panici imaju više katastrofalnih misli i vjerojatnije je da će pogrešno protumačiti tjelesne osjećaje.(Goldeberg, 2001). Kako bi se visoka razina straha spriječila bilo bi dobro primjeniti tehnike mišićne relaksacije , imaginacije relaksirajućih situacija te vježbe disanja koje pomažu u kontroli hiperventilacije tijekom paničnog napadaja (Filaković i sur.2015). Ono što je bitno da roditelje imaju osjećaj kontrole nad situacijama kako bi se strah smanjio. Kad žena izrazi snažni strah, primalja je mora saslušati, dati savjete i podržavati je, omogućujući joj da se nosi sa svojim strahom. Zahtjev za CS zbog FOC –a, prije svega treba tumačiti kao znak da joj je potrebna

pomoć (Striebich i sur., 2018). Neki autori su se usmjerili i na ulogu anksiozne osjetljivosti u nastanku paničnog poremećaja. Utvrđeno je i da su visoke razine anksiozne osjetljivosti povezane s većom vjerojatnošću paničnih napada. Traženje sigurnosti se odnosi na bilo koju kognitivnu i bihevioralnu strategiju čiji je cilj spriječiti ili minimizirati ishod kojeg se osoba boji. Jedan od primjera je traženje prisutnosti i pratnje članova obitelji, prijatelja ili osoba kojima se vjeruje gdje god se ide (Clark i Beck, 2011).

1.4.2. Trajanje poroda

Prema literaturi prva faza porođaja (latentna i aktivna) počinje kada trudovi započinju i završavaju punim širenjem vrata maternice do 10 centimetra. (Liao i sur., 2005). Iako precizno određivanje početka poroda može biti netočno, porod se općenito definira kao početak kada kontrakcije postanu jake i redovito razmahnute u razmaku od približno 3 do 5 min. (Liao i sur., 2005).

Friedman i suradnici bili su među prvima koji su proučavali napredak porođaja i definirali početak kada su žene osjećale značajne i redovite kontrakcije. (Zhang i sur., 2010). Ustanovio je da normalni porođaj ima tri faze. Prvo je pripremna latentna faza, koja je obilježena sporim širenjem od 0 do 6 cm, dok druga aktivna faza počinje od 6 cm do putpune dilatacije, znatno je kraća i brža. Treća je faza koja se odvija tijekom druge faze poroda (Liao i sur., 2005). Sedacija može povećati trajanje latentne faze (Zhang i sur., 2010). Cerviks se tipično širi brzinom od 1,2 do 1,5 centimetara na sat.

Multipare ili žene s anamnezom prethodnog vaginalnog poroda imaju tendenciju bržeg širenja vrata maternice. Dakle kod višerotki, koje su već rodile, tijela su prilagođena na rađanje djeteta, druga aktivna faza je kraća, dok za prvotke koje nisu rodile, ta faza traje dulje. Tipično trajanje druge faze poroda je kod prvotki manje od tri sata, a kod višerotki manje od dva sata. (Liao i sur., 2005). Odsutnost cervikalne promjene duže od 4 sata u prisutnosti odgovarajućih kontrakcija ili 6 sati sa neadekvatnim kontrakcijama smatra se prekidom poroda i može opravdati kliničku intervenciju (Zhang i sur., 2010). U tom slučaju poduzimaju se mjere kojima se porod obično završava carskim rezom, jer je očito došlo do komplikacije u porodu.

1.4.3. .Produljeni porod kao posljedica anksioznosti

Anksioznost potiče aktivnost živčanog sustava i oslobađa hormone poput noradrenalina, kortizola i adrenalina koji posljedično povećava ozbiljnost porođajne boli, kao i trajanje poroda . Psihijatrijska istraživanja u porodu koji su imali ozbiljnu disfunkciju su pokazali da je kod nekih od njih došlo do stanja od velike mentalne i emocionalne napetosti. Bol povezan s trudom opisan je kao jedan od najintenzivnijih oblika boli koji se može doživjeti (Melzack 1984), iako obrnuto neke žene ne osjećaju intenzivnu bol tijekom poroda.

Kad se loše upravlja, porođajna bol može dovesti do ozbiljnih posljedica za žene, poput produljenog poroda, što može povećati rizik od fetalnih tegoba, kompresije glave, intrauterine fetalne smrti, niske ocjene Apgar-a i tjelesnih ozljeda novorođenčadi što rezultira povećanim rizikom od carskog reza, induciranog poroda i potpomognutog poroda pomoću vakuma.

Studije su također izvijestile o negativnim mentalnim utjecajima na žene, ponekad čak i uključujući postnatalni posttraumatski stresni poremećaj, a kasnije i smanjenu kvalitetu života. Osjećaj tjeskobe često potječe od mogućih komplikacija pri porodu o kojima su trudnice čule i čitale, pa čak može rezultirati odbijanjem normalnog vaginalnog poroda i inzistiranjem na carskom rezu bez medicinskih indikacija. Stoga je važna pomoć zdravstvenih djelatnika u i edukacija budućih majki o liječenju porođajne boli. U latentnoj fazi poroda, žene traže savjet zdravstvenih djelatnika kako bi se riješila njihova potreba za informacijama o napretku njihovog poroda i uvjeravanju da ono što oni doživljavaju je normalno (Baljon i sur.,2020).

U istraživanju Nysted i suradnici (2014) došli su do zaključaka da su trudnice s dugotrajnim trudovima često izvijestile da su gotovo upale u paniku tijekom poroda te da ih je spasilo ublažavanje boli. Osim toga, također su se složili sa izjavama da je najgore bilo to što nisu mogli odlučiti o načinu rođenja i bojale se da će dijete biti ozlijeđeno tijekom poroda. Roditeljska samoefikasnost, paritet i dob neovisno su predviđali zabrinutost za djetete.

Rezultati anksioznosti vezani za trudnoću u odnosu na žene koje su prethodno rodile daju vrijedne podatke i uvid u skrb i potporu potrebnu majkama koje su prvi put rodile (Brunton i .sur, 2020).

1.4.4. Prisustvo partnera na porodu

Rezultati istraživanja su pokazali da trudnice koje su drugi put trudne imale su povećane izgleda za poticanje prisutnosti partnera pri rođenju u usporedbi sa trudnicama koje su prvi put bile trudne. Međutim, manje je vjerojatno da će žene koje su bile trudne treći put i one koje bile trudne četvrti put ili više poticati prisutnost partnera pri rođenju. Prethodni carski porođaj bio je značajno povezan s povećanim izgledima za ženu koja potiče prisutnost partnera pri porodu (Mohammed i sur.,2020).

Anksioznost privrženosti povezana je s većom percepcijom tjelesne boli, dok je socijalna podrška povezana s nižom percepcijom boli. Sigurnije vezane žene imaju koristi od emocionalne podrške u smislu smanjenja boli, dok žene koje izbjegavaju vezivanje prijavljuju veću bol kada su im bile pružene veće podrške. Dakle, zabrinutije vezane žene prijavile su veću bol, bez obzira na podršku partnera (Wilson i sur.,2016). Ovi rezultati nam pomažu u razumijevanju koje su žene najugroženije kod bolnog porođaja. Autori navode da žene koje dobivaju veću podršku od pružatelja podrške tijekom poroda koriste manje lijekova protiv bolova i analgetika pretpostavljajući da imaju manje bolno iskustvo.

Biaggi i suradnici (2016) navode da čimbenici koji su najviše povezani s prenatalnom anksioznosti ili depresijom uključuju nedostatak partnera ili socijalne podrške, štetne životne događaje i visoke razine percipiranog stresa. Podrška supruga ili partnera tijekom tranzicije u majčinstvo ima snažnu zaštitnu ulogu, što potvrđuju i neka longitudinalna ispitivanja u kojima se pokazalo da je doživljavanje partnera ili supružnika ili bliske osobe važan čimbenik za zdravo suočavanje sa stresom koji se javlja prilikom tranzicije u roditeljstvo (Priel i Besser, 2000). Važnost različitih vrsta podrške mijenja se s promjenjivim potrebama žena dok prelaze iz trudnoće u porod, a zatim u postporođajno razdoblje.

Tijekom trudnoće, emocionalna podrška koju pružaju supružnik i ostali povezani su s mentalnom dobrobiti buduće majke. Rodilje koje imaju podršku partnera tijekom porođaja imaju manje

porođajnih komplikacija i manje postporođajne depresije. Mentalno zdravlje majki nakon poroda povezano je s emocionalnom podrškom i praktičnom pomoći (npr. kućanski poslovi i briga o djeci) koju pružaju suprug i drugi (Gjerdingen i sur.,1991).

U istraživanjima koje su provodili Bohren i suradnici (2017) su dokazali da prisutnost osobe u pratnji povoljno utječe na: smanjenje učestalosti carskih rezova, blago smanjenje učestalosti epiziotomija, smanjenje trajanja porođaja, smanjenje upotrebe sredstava protiv bolova, smanjenje broja novorođenčadi s nižim Apgar zbrojem u 5. minuti, smanjenje broja žena s negativnim iskustvom rađanja te smanjenje učestalosti poslijeporođajne depresije.

Osim toga, istraživanja Bohren i suradnici (2019) dokazuju da žene tijekom rađanja jako vjeruju i privržene su nefarmakološkim metodama smanjivanja boli, poput umirujućeg dodira, držanja za ruke, masaže, tehnika disanja i opuštanja, zauzimanja alternativnih položaja pri rađanju, sjedenja na lopti i sl. , gdje suprug svojim aktivnostima oko partnerice može biti od pomoći. Navode da, podizanje samopouzdanja i ohrabrivanje žene da ustraje te ostvari osjećaj kontrole su važni u ostvarivanju njezinih ciljeva u trenutku porođaja. Neke roditelje mogle bi biti zabrinute da će kod njihovih partnera biti smanjena seksualna privlačnost prema njima ako su bili svjedoci rađanje. Isto tako, nekim muškarcima je tabu vidjeti svoju ženu kako rađa zbog rizika od gubitka spolnih odnosa. Žene se mogu osjećati posramljeno ili sramežljivo zbog prisutnosti svog partnera tijekom porođaja dok neke žene koje nemaju partnera pri porodu mogu na nedostatak podrške gledati kao na oblik patnje stresa i straha uslijed poroda te ga učiniti težim (Bohren i suradnici, 2019).

1.4.5. Tehnike opuštanja u porodu

Aspekti ponašanja pred porod i u porodu zahtijevaju fizičko i mentalno opuštanje. Savršena roditelja je ona koja ostaje mirna, spokojna i tiha tijekom prve faze, dobro se opušta između kontrakcija druge faze, slijedi upute i surađuje dobro u fazi izгона, pokazuje pozitivne majčinske emocije prema djetetu kako bi imala pozitivno iskustvo poroda. U drugoj krajnosti je roditelja koja vrišti i bori se i za vrijeme i između kontrakcija, te je nemirna i nesuradljiva tijekom druge faze poroda, i čija je reakcija na dijete, ako postoji, odbacivanje ili antipatija što je uzrok sve njezine patnje. Dok neke roditelje koje su u početku nemirne i strepe, u drugoj fazi porođaja izvrsno se ponašaju. Neke roditelje koje su bile mirne i fizički opuštena u prvoj fazi postale su nesuradljive u

drugoj fazi poroda. Stav roditelja mijenja se značajno s vremena na vrijeme tijekom poroda. Trudnica koja postiže osjećaj za sigurnost i povjerenje u trudnoći, vjerojatno je da će biti manje uplašena u porodu (Fenwick i sur.,2015).

Rodilje koje sudjeluju u odlukama oko poroda mogu imati pozitivniji psihološki stav o porodu. Imaju višu razinu samopouzdanja i trend smanjenja sukoba u odluci tijekom poroda. To može povećati osjećaj žena da budu aktivne u procesu donošenja odluka i time emocionalno zaštitničke. Pružanjem emocionalne podrške, informacije i savjeti, zagovaranje i pomaže ublažiti njihovu tjeskobu, strah i stres. Tako se mogu izbjeći nepotrebne opstetričke intervencije i poboljšati porodničke i neonatalne ishode. To je važno s obzirom na čvrstu vezu između simptoma traume rođenja, straha i zahtjeva za carski rez. Podrška i ohrabrenje, opuštanje ili upravljanje stresom tehnike mogu poboljšati sposobnost žena da se nose s porodom (Hodnett 1996).

Neke roditelje nalaze olakšanje u duhovnoj potpori, poput molitve ili čitanja religioznih tekstova. Sve im to pomaže da uspostave kontrolu pri rađanju te podignu vjeru u vlastitu sposobnost da rode. Podizanje samopouzdanja i ohrabivanje žene da ustraje te ostvari osjećaj kontrole važni su u ostvarivanju njezinih ciljeva u trenutku porođaja.

1.4.5.1. Specifične tehnike za poboljšanje prirodnog stanja opuštenosti

Protokol studije o komplementarnoj terapiji porođaja i poroda značajno je smanjio epiduralnu uporabu i carski rez(Levett i sur.,2016).

Tehnike koje su temeljene na dokazima pomoću kojih se proces rođenja može upravljati:

- Tehnike disanja

Tehnike disanja naziva se i psihoprofilaksa opuštanja kao uvjetovani odgovor na kontrakcije trudova zajedno s raznim osmišljenim tehnikama disanja s ciljem poboljšanja oksigenacije kako se ne bi ometao prijenos signala boli iz maternice u mozak za vrijeme poroda. Cilj je utjecati na porođaj smanjenjem stresa (Smith i sur., 2011).

Studije su otkrile da nefarmakološki pristupi, osobito vježbe disanja, imaju pozitivan utjecaj na ublažavanje porođajne boli, i anksioznosti u trudnica. To se posebno odnosi na Lamaze disanje, vježbe dubokog disanja, refleksoterapiju i masažu. Nefarmakološki pristupi povezani su s kraćim trajanjem poroda, i poboljšanjem ishoda novorođenčadi (Baljon i sur., 2020).

Fiziološki mehanizam disanja zaštitno je djelovanje jer je to refleks borbe ili bijega koji pokreće središnji živčani sustav. Fiziološki, duboko trbušno disanje potiče parasimpatički živčani sustav. Kao rezultat toga, cirkulacija krvi u trudnica potaknuti će oksigenaciju, koji će time omogućiti oslobađanje endorfina povezanih sa smanjenjem otkucaja srca i povećanjem osjećaja smirenosti. Istodobno, endorfini također mogu potisnuti simpatički sustav, što dovodi do smanjenja oslobađanja hormona stresa poput kortizola (Baljon i sur., 2020).

- Glazboterapija

Svjetska federacija glazbene terapije definira glazbenu terapiju kao uporabu glazbe i/ili glazbenih elemenata (zvuk, ritam, melodije ili harmonije) za olakšavanje i promicanje komunikacije, odnosa, učenja, kretanja, izražavanja, organizacije i drugih relevantnih terapijskih ciljeva rješavajući tako fizičke, emocionalne, mentalne, socijalne i kognitivne potrebe (Vink i Hanser, 2018). Učinci glazbene terapije proučavani su tijekom razdoblja trudnoće i poroda. Studije su pokazale obećavajuće rezultate smanjenja razine anksioznosti i stresa kod majke. Santiváñez-Acosta, Tapia-López, i Santero (2020) naglašavaju prednosti glazbene terapije u upravljanju razinama boli i anksioznosti, osobito u prvorotki, tijekom latentnih i aktivnih faza poroda. Teckenberg i suradnici (2019) su procjenjujući učinak ove intervencije na hospitalizirane trudnice pronašli značajne rezultate samo u pacijentica koje su imale visoku razinu anksioznosti prije intervencije.

- Kretanje

Meta-analiza Desseauve i suradnika koja obuhvatila 25 studija i 5218 žena, pokazala je smanjenje u trajanju prve faze poroda za žene u uspravnom položaju u usporedbi s vodoravnim pozicijama. Studija je klasificirala hodanje, korištenje jastuka za rođenje i sjedenje, stajanje i klečanje kao uspravne položaje, dok su ležeći, poluležeći i bočni položaji tretirani kao vodoravni. Smatra se da se uspravnim položajima u prosjeku smanjuje duljina poroda za jedan sat što može biti značajano te da bi uspravni položaji mogli skratiti drugu fazu poroda za približno 4 minute.

Također se smanjila učestalost operativnih vaginalnih poroda, koji nisu utjecali na carski rez tijekom ove faze porođaja (Desseauve i sur.,2017).

- Vizualizacija

Tehnika koja koristi vlastite sposobnosti uma da utječe na stanje osobe fizički, emocionalno ili duhovno i slike kao maštu te se koristi kao terapijsko oruđe (McCaffery, 1979). Slike su naučena tehnika pri kojoj se roditelj prisjeća na na veselo i opuštajuće iskustvo koje se koristi za smanjenje napetost boli ili nadomjestiti neugodan osjećaj. Glavna svrha ove tehnike je dočarati promijenjeno stanje u kojem se osoba nalazi i može stimulirati i koristiti značajne tjelesne funkcije i proizvode koje nam obično nisu dostupne (Schorn, 2009).

- Aromaterapija

Kao nefarmakološka i komplementarna i alternativna terapija, je primjena eteričnih ulja iz prirodnih usjeva na opuštanje i kontroliranje uma i tijela. Aromatični spojevi i eterična ulja imaju neurološke i fiziološke učinke. Korištenje aromaterapija u skrbi žena ima dugu povijest. Dokazi iz različitih zemljama navodi kako stopa korištenja aromaterapije u trudnica raste s 13% na 78%. Također, preporučuje se uporaba aromaterapije tijekom porođaja, bez značajnijih prijavljenih nuspojava u majke i novorođenčad (Tabatabaeichehr i Mortazavi ,2020).

- Masaža

Sustavni pregled koji su provodili Smith i suradnici (2018) otkrili su da je masaža korisna za ublažavanje porođajne boli, te je povezana s većom opuštenošću, višom razinom budnosti, poboljšano raspoloženje i smanjena razina hormona stresa (kortizola) i simptomi tjeskobe .

- Hipnoza

U kontekstu poroda, cilj je usredotočiti se na povećanje osjećaja sigurnosti, opuštenosti i ugone, preoblikovati iskustvo od boli do postignuća, kao i na potencijalno razvijajući osjećaj anestezije, poput otupljivanja. Postoje dvije glavne metode za pružanje intervencija hipnoze pri porodu: hipnoterapija koju osobno provodi liječnik; i samohipnozu, gdje praktičar poučava majku kako izazvati "stanje svijesti slično meditaciji koje rezultira neuspjehom da se normalno percipirana iskustva dosegnu do svjesnosti" (Cyna ,2004). Samohipnoza se može podučavati žene pojedinačno ili u skupinama, a može se nadopuniti audio zapisima za uporabu kod kuće.

Prednosti poučavanja žena samohipnozi prije poroda uključuju promicanje aktivnog sudjelovanja žena i jačanja osjećaja kontrole za upravljanje tjeskobom i nelagodnom(Martin, 2001). Samohipnoza je vještina koja se može naučiti, a u ovom kontekstu to je vještina koju je potrebno primijeniti u fizičkim i psihičkim izazovima porođaja (Madden, Middleton, Cyna i sur.,2016).

2. CILJEVI RADA

GLAVNI CILJ RADA

Ispitati razlike u stupnju anksioznosti kao trenutnog stanja roditelja obzirom na sociodemografska obilježja, obilježja trudnoće, duljine trajanja poroda, efekte prisustva partnera na porodu te zabrinutost povezanu sa Covid -19 pandemijom.

Specifični ciljevi rada usmjereni su na :

- Ispitati razlike u stupnju anksioznosti kao trenutnog stanja obzirom na sociodemografska obilježja između prvotki i višerotki.
- Ispitati efekte prisustva partnera na porodu u odnosu na roditeljske osjećaje i povezanost sa anksioznošću kod prvotki i višerotki
- Utvrditi postoje li razlike u stupnju anksioznosti ovisno o izloženosti Covid 19 pandemiji i strahu od moguće zaraze između prvotki i višerotki.
- Ispitati razlike u stupnju anksioznosti kao trenutnog stanja i duljine trajanja poroda između prvotki i višerotki.

2.1. Hipoteze istraživanja

1. *Hipoteza:* Anksioznije su prvotke u odnosu na višerotke.
2. *Hipoteza:* Prisustvo partnera na porodu ne smanjuje bitno anksioznost kod roditelja, ukoliko su izrazito anksiozni .
3. *Hipoteza:* Izrazito anksiozne ispitanice više su zabrinute da se ne zaraze u bolnici i doživljavajuće da pandemija Covid -19 jače utječe na njihovo mentalno zdravlje u trudnoći.
4. *Hipoteza:* Anksioznost kao trenutno stanje ima efekt na duljinu trajanja poroda , odnosno, produžen je porod kod prvotki i višerotki.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ispitanici

Ovo istraživanje provedeno je u OB Zabok i bolnici hrvatskih veterana na Odjelu ginekologije i porodništva tijekom 2021 godinu (u razdoblju od 05.6. do 30.07.) uz prethodno Etičko odobrenje Opće bolnice Zabok i bolnice hrvatskih veterana. U istraživanje je uključeno 87 ispitanica od 37 og do 42-og tjedna trudnoće u dobi od 18 do više od 35 godina.

Kriterij uključivanja u istraživanje su jednoplodne fiziološke trudnoće u stavu glavicom, gdje se računala duljina trajanja poroda za sve trudnice kod dilatacije cervikalnog kanala 4 - 5 cm , dvije kontrakcije u 10 minuta u trajanju od 1 minute, prema CTG zapisu. Rodilje su koristile neke od tehnika opuštanja prema svom odabiru.

Kriterij isključivanja psihičke bolesti u anamnezi, prijevremeni porod, prezentacija zadtkom, blizanačka trudnoća, stanje iza carskog reza, trudnoće završene carskim rezom, intrauterini zastoj rasta ploda, dijabete mellitus, hipertenzije u trudnoći i RVP.

3.2. Statističke metode

Istraživanje je ustrojeno kao presječno istraživanje (Marušić i sur.,2008).

Kategorijski podatci su predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. razlike u kategorijskim varijablama testirane su Fisherovim egzaktnim testom. Normalnost raspodjele kontinuiranih varijabli testirana je Shapiro - Wilkovim testom. Zbog raspodjele kontinuiranih varijabli koje ne slijede normalnu razdiobu kontinuirani podatci opisani su medijanom i granicama interkvartilnog raspona, a za testiranja su korištene neparametrijske metode. Razlike numeričkih varijabli između dviju skupina testirane su Mann Whitneyevim U testom (uz 95% interval pouzdanosti), a između tri i više nezavisnih skupina Kruskal Wallisovim testom. Jačina povezanosti iskazana je Spearmanovim koeficijentom korelacije Rho. Unutarnja pouzdanost skale ocijenjena je koeficijentom Cronbach Alpha (Ivanković i sur.,1988).

Sve P vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti je postavljena na $\alpha = 0,05$.

Odgovori koji su dobiveni iz anketa prvo su se unášali u Microsoft Exel 2010 program, te potom u statistiĉki program za statistiĉku analizu.

Za statistiĉku analizu korišten je statistiĉki program MedCalc® Statistical Software version 20.009 (*MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2021*) i IBM SPSS ver. 23 (*IBM Corp.Released 2015. IBM SPSS, Ver. 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.*).

3.3. Postupak

Metoda koja se koristila u istraživanju bila je papir-olovka odnosno, anketa koja je obuhvaćala 4 kategorije pitanja. Prve tri kategorije pitanja popunjavane su prije poroda, a zadnja, vezana za prisustvo oca na porodu, nakon poroda kada je i unešen podatak o vremenu poroda. Prije sudjelovanja u istraživanju potpisan je informirani pristanak sa svim objašnjenjima o cilju istraživanja. Anketa je bila anonimna i popunjavana u predrađaonici ili neposredno prije ulaska u rađaoanicu, a završena poslije poroda.

Prva kategorija pitanja u anketi sastojala su se od socijalno-demografskih podatka (dob trudnica, stupanj obrazovanja, radni status i braĉni status), tjedana trudnoće, pariteta, duljine trajanja poroda.

Druga kategorija je bilo ispitivanje stupnja anksioznosti gdje je korištena ljestvica anksioznosti kao stanja (STAI). “Ljestvicom stanja anksioznosti (S-ljestvica) procjenjuje se prolazna anksiozna stanja odnosno kako se ispitanik trenutno osjeća, no moţe se koristiti i za procjenu kako se osjeća u određenom trenutku u donedavnoj prošlosti, kako oĉekuje da će se osjećati u određenoj situaciji koju oĉekuje u budućnosti ili u različitim zamišljenim situacijama. Odgovori na svaku tvrdnju Upitnika boduju se bodovima od 1-4, pri tom je tvrdnja 1- UOPĆE NE, 2 - MALO, 3 – UMJERENO, 4 - JAKO, a ukupan rezultat za pojedinu ljestvicu dobiva se zbrajanjem bodova uz svih 20 tvrdnji ljestvice, tako da teoretski raspon bodova moţe biti od 20-80” (Spilberg, 1968).

Treća kategorija ankete bila su pitanja kojom se ispitivao mogući efekt Covid pandemije, a sastojao se od 6 pitanja u upitniku pripremljenom za potrebe ovog istraživanja temeljem

podataka iz literature, s odgovorima na te su tvrdnje od 1- 4 gdje je 1- UOPĆE NE, 2 - MALO, 3 - UMJERENO, 4 - JAKO.

Četvrta kategorija se odnosila na prisustvo partnera na porodu, odnosno uloga partnera na rođiljne osjećaje temeljem njene samoprocjene vezanih uz sigurnost, smirenost, opuštenost te vlastitu samopuzdanost dok je partner uz nju, a odgovori su bili na skali od 1-4 gdje je

1-NIMALO smireno, sigurno, opušteno, samopuzdano,

2 - MALO smireno, sigurno, opušten, samopuzdano,

3 - UMJERENO smireno, sigurno, opušteno, samopuzdano,

4 - JAKO smireno, sigurno, opušteno, samopuzdano.

Rodilje su se nakon poroda putem ljestvice samoprocjene izjašnjavale odgovorima na razini od 1-4 ovisno o doživljaju partnera na njihove osjećaje te pružanje njegove podrške. Nakon toga odgovori su mjerili prema ljestvici anksioznosti, te su dobiveni rezultati koji govore koliko je bio pozitivan učinak podrške obzirom na njihovu anksioznost.

Na kraju ankete bilo je pitanje provedeno u rađaonici, odnosno, u aktivnoj fazi poroda (ginekološki nalaz 4-5 cm dilatacije) pa do samog rođenja djeteta, kako bi dobili vrijeme trajanja poroda obzirom na njihovu anksioznost. Rodilje su same evidentirale vrijeme u anketu, kako se nebi dovelo u pitanje anonimost ostalih odgovora. Vrijeme računanja bio im je objašnjeno.

4. ETIČKI ASPEKTI ISTRAŽIVANJA

Istraživanje se provodilo u Općoj bolnici Zabok i bolnici hrvatskih veterana koje je odobrilo Etičko povjerenstvo Opće bolnice Zabok i bolnice hrvatskih veterana.

Prije samog popunavanja ankete rodilje su pročitale i potpisale informirani pristanak gdje im je bio objašnjen cilj istraživačkog rada. Rodilje koje su sudjelovale u ovom istraživanju dale su svoj pristanak na istraživanje. Prikupljeni podaci su se arhivirali za to predviđeno mjesto i služili isključivo za izradu ovog diplomskog rada. Istraživanje je provedeno sukladno etičkim i ljudskim pravima te je poštivana anonimnost svih sudonika u istraživanju.

5. REZULTATI

5.1. Socio demografska obilježja ispitanica i obilježja trudnoće

U istraživanju je sudjelovalo 87 ispitanica, od kojih je 41 (47,1 %) u dobi od 31 – 35 godina. S obzirom na razinu obrazovanja, najviše ispitanica, njih 50 (57,5 %) srednje stručne sprema, a prema radnom statusu zaposleno je 76 (87,4 %) ispitanica. U braku su 66 (75,9 %) ispitanice, podjednak broj je neudatih ili onih koje žive u izvanbračnoj zajednici, a samo jedna ispitanica je rastavljena (Tablica 1).

Tablica 1. Ispitanice prema sociodemografskim obilježjima

Obilježja	Broj (%) ispitanica
Dob ispitanica	
18 – 25 godina	4 (4,6)
26 – 30 godina	28 (32,2)
31 – 35 godina	41 (47,1)
više od 35 godina	14 (16,1)
Razina obrazovanja	
Osnovna škola	1 (1,1)
Srednja stručna sprema	50 (57,5)
Viša stručna sprema	11 (12,6)
Visoka stručna sprema	25 (28,7)
Radni status	
Zaposlena	76 (87,4)
Nezaposlena	10 (11,5)
Povremeno zaposlena	1 (1,1)
Bračni status	

Udata	66 (75,9)
Neudata	11 (12,6)
Rastavljena	1 (1,1)
Izvanbračna zajednica	9 (10,3)
Ukupno	87 (100)

U 38 (43,7 %) slučajeva radi se o drugom porodu, a u 12 (13,8 %) slučajeva o trećem ili višem porodu. Najviše ispitanica, njih 47 (54 %) je rodilo u 37 – 40 tjednu trudnoće (Tablica 2).

Tablica 2. Ispitanice prema obilježjima trudnoće

Obilježja	Broj (%) ispitanica
Broj poroda	
Prvi	37 (42,5)
Drugi	38 (43,7)
Treći i više	12 (13,8)
Tjedni trudnoće	
37 – 40	47 (54)
41 – 42	40 (46)

5.2. Procjena anksioznosti ispitanica (STAI ljestvica anksioznosti)

Procjena anksioznosti se provela putem STAI ljestvice (Spielberger, 2000). Ljestvica sadrži 20 tvrdnji za koje ispitanici na skali od 1 do 4 (uopće ne do jako) procjenjuju kako se trenutno osjećaju. Unutarnja pouzdanost cijele skale Cronbach Alpha je 0,94 što znači da je ljestvica dobar alat za procjenu anksioznosti na našem uzorku.

Po 13 (14,9 %) ispitanica navodi da se osjećaju jako napeto ili da su jako pod pritiskom, dok ih se 11 (12,6 %) osjeća jako zabrinuto zbog nevolja koje bi se mogle dogoditi. Uplašeno je jako 7

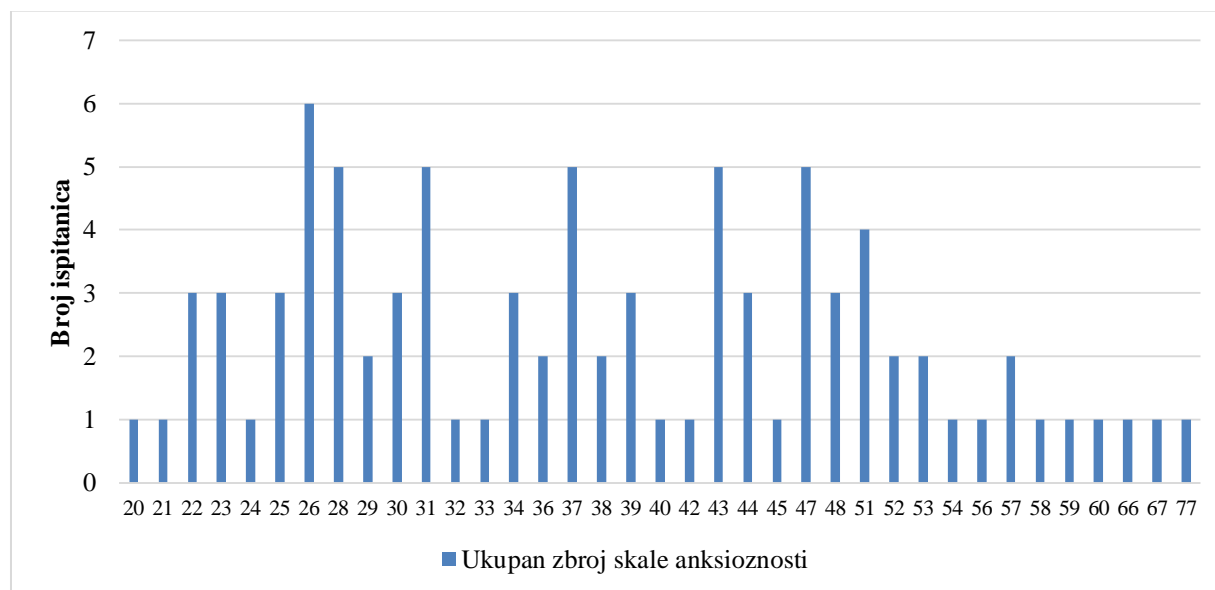
(8 %) ispitanica, a 10 (11,5 %) ih je jako zabrinuto, a njih 11 (12,6 %) se osjeća nimalo staloženo. Nimalo nije sigurno u sebe 19 (21,8 %) ispitanica.

Nimalo nije uplašeno 43 (49,4 %) ispitanica, nije uopće nervozno 49 (56,3 %) , a nimalo zbunjeno nije 48 (55,2 %) ispitanica (Tablica 3).

Tablica 3. Deskriptivni podaci (relativna vrijednost) i koeficijent pouzdanosti na ljetvici anksioznosti

	Broj čestica	Raspon rezultata	M	SD	Cronbach α
STAI	20	20-77	38.8	12.4	0.94

Medijan ukupne skale anksioznosti je 37 (interkvartilnog raspona od 28 do 47) u rasponu od najmanje 20 do najviše 77. Raspodjela prema ukupnom zbroju prikazana je Slikom 1.



Slika 1. Raspodjela ispitanica prema ukupnom zbroju skale anksioznosti

S obzirom na ukupne vrijednosti ispitanice smo podijelili na one koje su bez ili imaju nisku razinu anksioznosti (zbroj od 20 do 37), one koje imaju umjereno izraženu anksioznosti (zbroj od 38 do 44), te ispitanice s jako izraženom anksioznosti (zbroj od 45 do 80). Bez anksioznosti je 45 (51,7 %) ispitanica, s umjereno izraženom anksioznosti 15 (17,2 %) ispitanika, dok su s jako

izraženom anksioznosti 27 (31 %) ispitanice. Nema značajnih razlika u izraženosti anksioznosti u odnosu na osnovna obilježja svih ispitanica (Tablica 4).

Tablica 4. Socio demografska obilježja svih ispitanica u odnosu na izraženost anksioznosti

Sve ispitanice	Broj (%) ispitanica			Ukupno	P*
	Bez Anksioznosti	Umjereno izražena	Jako izražena		
Dob ispitanica					
18 – 25 godina	3 (6,7)	0	1 (3,7)	4 (4,6)	0,30
26 – 30 godina	11 (24,4)	5 (33,3)	12 (44,4)	28 (32,2)	
31 – 35 godina	20 (44,4)	9 (60)	12 (44,4)	41 (47,1)	
više od 35 godina	11 (24,4)	1 (6,7)	2 (7,4)	14 (16,1)	
Razina obrazovanja					
Osnovna škola	0	0	1 (3,7)	1 (1,1)	0,45
Srednja stručna sprema	27 (60)	9 (60)	14 (51,9)	50 (57,5)	
Viša stručna sprema	7 (15,6)	0	4 (14,8)	11 (12,6)	
Visoka stručna sprema	11 (24,4)	6 (40)	8 (29,6)	25 (28,7)	
Radni status					
Zaposlena	39 (86,7)	14 (93,3)	23 (85,2)	76 (87,4)	0,73
Nezaposlena	6 (13,3)	1 (6,7)	3 (11,1)	10 (11,5)	
Povremeno zaposlena	0	0	1 (3,7)	1 (1,1)	
Bračni status					
Udata	32 (71,1)	11 (73,3)	23 (85,2)	66 (75,9)	0,15
Neudata	7 (15,6)	1 (6,7)	3 (11,1)	11 (12,6)	
Rastavljena	0	0	1 (3,7)	1 (1,1)	
Izvanbračna zajednica	6 (13,3)	3 (20)	0	9 (10,3)	
Broj poroda					
Prvorotka	18 (40)	9 (60)	13 (48,1)	40 (46)	0,40

Višerotka	27 (60)	6 (40)	14 (51,9)	47 (54)	
<hr/>					
Tjedni trudnoće					
37 – 40	28 (62,2)	7 (46,7)	12 (44,4)	47 (54)	0,31
41 – 42	17 (37,8)	8 (53,3)	15 (55,6)	40 (46)	
<hr/>					
Partner na porodu					
Ne	19 (44,2)	7 (50)	11 (42,3)	37 (44,6)	0,91
Da	24 (55,8)	7 (50)	15 (57,7)	46 (55,4)	

*Fisherov egzakti test

U skupini prvorotki, bez anksioznosti je 18 (45 %) ispitanica, s umjerenom anksioznosti njih 9 (23 %), a s jako izraženom anksioznosti je 13 (33 %) ispitanica. Nema značajnih razlika između osnovnim obilježja i izraženosti anksioznosti u skupini prvorotki (Tablica 5).

Tablica 5. Socio demografska obilježja prvorotki u odnosu na izraženost anksioznosti

Prvorotke	Broj (%) ispitanica prema anksioznosti			Ukupno	P*
	Bez Anksioznosti	Umjereno izražena	Jako Izražena		
<hr/>					
Dob ispitanica					
18 – 25 godina	3 (16,7)	0 (0)	1 (7,7)	4 (10)	0,31
26 – 30 godina	5 (27,8)	3 (33,3)	4 (30,8)	12 (30)	
31 – 35 godina	5 (27,8)	6 (66,7)	7 (53,8)	18 (45)	
više od 35 godina	5 (27,8)	0	1 (7,7)	6 (15)	
<hr/>					
Razina obrazovanja					
Osnovna škola					
Srednja stručna sprema	14 (77,8)	5 (55,6)	8 (61,5)	27 (67,5)	0,23
Viša stručna sprema	1 (5,6)	0 (0)	3 (23,1)	4 (10)	
Visoka stručna sprema	3 (16,7)	4 (44,4)	2 (15,4)	9 (22,5)	

Radni status					
Zaposlena	15 (83,3)	9 (100)	13 (100)	37 (92,5)	0,30
Nezaposlena	3 (16,7)	0	0	3 (7,5)	
Bračni status					
Udata	8 (44,4)	6 (66,7)	10 (76,9)	24 (60)	0,20
Neudata	5 (27,8)	1 (11,1)	3 (23,1)	9 (22,5)	
Rastavljena	5 (27,8)	2 (22,2)	0	7 (17,5)	
Izvanbračna zajednica	8 (44,4)	6 (66,7)	10 (76,9)	24 (60)	
Tjedni trudnoće					
37 – 40	13 (72,2)	3 (33,3)	6 (46,2)	22 (55)	0,14
41 – 42	5 (27,8)	6 (66,7)	7 (53,8)	18 (45)	
Partner na porodu					
Ne	10 (62,5)	6 (66,7)	3 (23,1)	19 (50)	0,07
Da	6 (37,5)	3 (33,3)	10 (76,9)	19 (50)	

*Fisherov egzaktni test

U skupini višerotki, bez anksioznosti je 27 (57 %) ispitanica, s umjerenom anksioznosti njih 6 (13 %), a s jako izraženom anksioznosti je 14 (30 %) ispitanica. Nema značajnih razlika između osnovnih obilježja i izraženosti anksioznosti u u skupini višerotki (Tablica 6).

Tablica 6. Osnovna obilježja višerotki u odnosu na izraženost anksioznosti

Višerotke	Broj (%) ispitanica prema anksioznosti				P*
	Bez anksioznosti	Umjerenom izražena	Jako Izražena	Ukupno	
Dob ispitanica					
26 – 30 godina	6 (22,2)	2 (33,3)	8 (57,1)	16 (34)	0,26
31 – 35 godina	15 (56)	3 (50)	5 (36)	23 (49)	
više od 35 godina	6 (22)	1 (17)	1 (7)	8 (17)	

Razina obrazovanja					
Osnovna škola	0	0	1 (7,1)	1 (2,1)	0,54
Srednja stručna sprema	13 (48,1)	4 (66,7)	6 (42,9)	23 (48,9)	
Viša stručna sprema	6 (22)	0	1 (7)	7 (15)	
Visoka stručna sprema	8 (30)	2 (33)	6 (43)	16 (34)	
Radni status					
Zaposlena	24 (88,9)	5 (83,3)	10 (71,4)	39 (83)	0,45
Nezaposlena	3 (11,1)	1 (16,7)	3 (21,4)	7 (14,9)	
Povremeno zaposlena	0	0	1 (7,1)	1 (2,1)	
Bračni status					
Udata	24 (88,9)	5 (83,3)	13 (92,9)	42 (89,4)	0,35
Neudata	2 (7,4)	0	0	2 (4,3)	
Rastavljena	0	0	1 (7)	1 (2)	
Izvanbračna zajednica	1 (4)	1 (17)	0	2 (4)	
Tjedni trudnoće					
37 – 40	15 (55,6)	4 (66,7)	6 (42,9)	25 (53,2)	0,65
41 – 42	12 (44,4)	2 (33,3)	8 (57,1)	22 (46,8)	
Ukupno	27 (100)	6 (100)	14 (100)	47 (100)	
Partner na porodu					
Ne	9 (33,3)	1 (20)	8 (61,5)	18 (40)	0,24
Da	18 (66,7)	4 (80)	5 (38,5)	27 (60)	
Ukupno	27 (100)	5 (100)	13 (100)	45 (100)	

*Fisherov egzaktni test

5.3. Povezanost anksioznosti i prisustva partnera

Partner je bio prisutan kod poroda kod 37 (42,5 %) ispitanica, od ukupno 87 ispitanica (Tablica 7).

Tablica 7. Raspodjela ispitanica prema tome je li im partner bio prisutan kod poroda

Obilježja	Broj (%) ispitanica
Prisutan partner na porodu	
Da	37 (44,6)
Ne	46 (55,4)

Od 37 ispitanica kojima je partner prisustvovao porodu, kod njih 27 (64 %) prisustvo partnera je djelovalo tako da se osjećala jako smireno a, sigurno njih 39 (%), jako opušteno 12 (55 %) ispitanica, a njih 22 (52 %) navode da su se uz prisustvo partnera osjećale jako samopouzdana (Tablica 8).

Tablica 8. Raspodjela ispitanica prema tome kako je djelovalo na njih prisustvo partnera na porodu

	Broj (%) ispitanica				Ukupno	Medijan (interkvartilni raspon)
	Nimalo (1)	Malo (2)	Dosta (3)	Jako (4)		
Osjećala sam se smireno	0	0	12 (32)	25 (68)	37 (100)	4 (3 – 4)
Osjećala sam se sigurno	0	0	2 (5)	35 (95)	37 (100)	4 (4 – 4)
Osjećala sam se opušteno	1 (3)	2 (5)	13 (35)	21 (57)	37 (100)	4 (3 – 4)
Osjećala sam se samopouzdana	0	3 (8)	16 (43)	18 (21)	37 (100)	3 (3 – 4)

Spearmanovim koeficijentom korelacije ocijenili smo povezanost ukupnog zbroja skale anksioznosti sa osjećajima vezanim uz prisustvo partnera na porodu. Ako gledamo skupinu svih ispitanica značajna je negativna povezanost ukupne skale s osjećajem smirenosti, opuštenosti ili sigurnosti, odnosno što je jača anksioznost ispitanice su se manje osjećale smireno ($Rho = -0,698$), ili opušteno ($Rho = -0,732$). U skupini prvorotki, ukoliko je veća anksioznost manje su se osjećale smireno ($Rho = -0,661$) ili opušteno ($Rho = -0,620$), dok se kod višerotki povećanjem anksioznosti smanjuje osjećaj smirenosti ($Rho = -0,733$), opuštenosti ($Rho = -0,846$) i manje se osjećaju samopouzdana ($Rho = -0,625$) (Tablica 9).

Tablica 9. Povezanost jačine anksioznosti s osjećajima vezanim uz prisustvo partnera pri porodu

	Spearmanov koeficijent korelacije Rho (P vrijednost)		
	ukupnog zbroja skale anksioznosti		
	Sve ispitanice	Prvorotke	Višerotke
Osjećala sam se smireno	-0,698 (<0,001)	-0,661 (0,002)	-0,733 (0,001)
Osjećala sam se sigurno	-0,325 (0,05)	-	-0,443 (0,07)
Osjećala sam se opušteno	-0,732 (<0,001)	-0,620 (0,005)	-0,846 (<0,001)
Osjećala sam se samopouzdana	-0,316 (0,06)	0,146 (0,55)	-0,625 (0,006)

Kod svih ispitanica s jako izraženom anksioznošću značajno su se ispitanice manje osjećale smireno (Kruskal Wallis test, $P < 0,001$) i opušteno (Kruskal Wallis test, $P < 0,001$). Također, i u skupini prvorotki, one ispitanice s jako izraženom anksioznošću su manje smirene (Kruskal Wallis test, $P = 0,001$) i manje se osjećaju opušteno (Kruskal Wallis test, $P = 0,003$). Kod višerotki, ispitanice s jako izraženom anksioznošću se osjećaju značajno manje smireno (Mann Whitney U test, $P = 0,009$) i manje se osjećaju opušteno (Mann Whitney U test, $P = 0,002$) (Tablica 10).

Tablica 10. Povezanost jačine anksioznosti s osjećajima vezanim uz prisustvo partnera pri porodu, kod svih ispitanica i prema tome jesu li prvorotke ili višerotke

	Medijan (interkvartilni raspon) prema izraženosti anksioznosti			P*
	Bez anksioznosti (1)	Umjereno izražena (2)	Jako izražena (3)	
Sve ispitanice				
Osjećala sam se smireno	4 (4 - 4)	4 (3 - 4)	3 (3 - 3)	<0,001[‡]
Osjećala sam se sigurno	4 (4 - 4)	4 (4 - 4)	4 (4 - 4)	0,09
Osjećala sam se opušteno	4 (4 - 4)	3 (3 - 3)	3 (2 - 3)	<0,001[§]
Osjećala sam se samopouzđano	4 (3 - 4)	3 (3 - 4)	3 (3 - 4)	0,21
Prvorotke				
Osjećala sam se smireno	4 (4 - 4)	4 (4 - 4)	3 (3 - 3)	0,001[‡]
Osjećala sam se sigurno	4 (4 - 4)	4 (4 - 4)	4 (4 - 4)	>0,99
Osjećala sam se opušteno	4 (4 - 4)	3 (3 - 3)	3 (2 - 4)	0,003[§]
Osjećala sam se samopouzđano	4 (3 - 4)	3 (3 - 3)	4 (3 - 4)	0,29
Višerotke				
Osjećala sam se smireno	4 (4 - 4)	3 (n = 1)	3 (3 - 4)	0,009[†]
Osjećala sam se sigurno	4 (4 - 4)	4 (n = 1)	4 (3 - 4)	0,12 [†]
Osjećala sam se opušteno	4 (4 - 4)	3 (n = 1)	3 (2 - 3)	0,002[†]
Osjećala sam se samopouzđano	4 (3 - 4)	4 (n = 1)	3 (2 - 4)	0,06 [†]

*Kruskal Wallis test (Post hoc Conover); [†]Mann Whitney U test

[‡]na razini P<0,05 značajne su razlike (1) vs. (3); (2) vs. (3)

[§]na razini P<0,05 značajne su razlike (1) vs. (2); (1) vs. (3)

^{||}na razini P<0,05 značajne su razlike (1) vs. (3)

5.4. Povezanost anksioznosti i pandemije Covid-19

Covid-19 infekciju preboljelo je 11 (12,6 %) ispitanica, a netko od njihovih ukućana je prebolio kod 26 (29,9 %) ispitanica (Tablica 11).

Tablica 11. Raspodjela ispitanica prema tome jesu li oni ili član obitelji prebolili Covid-19 infekciju

Obilježja	Broj (%) ispitanica
Jeste li preboljeli Covid-19 infekciju	
Da	11 (12,6)
Ne	76 (87,4)
Je li netko od ukućana prebolio Covid-19 infekciju	
Da	26 (29,9)
Ne	61 (70,1)

Umjereno ili jako su zabrinute zbog moguće zaraze 22 (26 %) ispitanice, njih 14 (16 %) je umjereno i jako zabrinuto da se ne zaraze u bolnici, a njih 11 (13 %) je jako ili umjereno zabrinuto da neće imati niti oni, a niti dijete dovoljno dobru skrb u slučaju zaraze Covid-19 infekcijom. Njih 14 (17 %) smatra umjereno ili jako da pandemija utječe na njihovo mentalno zdravlje u trudnoći (Tablica 12).

Tablica 12. Samoprocjena zabrinutosti zbog Covid-19 infekcije

	Broj (%) ispitanica				Ukupno	Medijan (interkvartilni raspon)
	Upće ne (1)	Malo (2)	Umjereno (3)	Jako (4)		
Zabrinuti ste zbog moguće zaraze	31 (36)	34 (39)	12 (14)	10 (12)	87 (100)	2 (1 – 3)
Zabrinuti ste da se ne zarazite u bolnici	38 (44)	35 (40)	7 (8)	7 (8)	87 (100)	2 (1 – 2)
Zabrinuti ste da nećete	53 (61)	23 (26)	7 (8)	4 (5)	87 (100)	1 (1 – 2)

imati vi i dijete dovoljno dobru skrb u slučaju zaraze Covid-19 infekcijom							
Smatrate li da pandemija utječe na Vaše mentalno zdravlje u trudnoći	49 (56)	24 (28)	10 (12)	4 (5)	87 (100)	1 (1 – 2)	

U skupini svih ispitanica, one koje imaju jako izraženu anksioznost su više zabrinute da se ne zaraze u bolnici (Kruskal Wallis test, $P = 0,01$) i značajno više smatraju da pandemija utječe na njihovo mentalno zdravlje u trudnoći (Kruskal Wallis test, $P < 0,001$). U skupini prvorođki, također, one koje su jako anksiozne više smatraju da pandemija utječe na njihovo mentalno zdravlje (Kruskal Wallis test, $P = 0,02$). Kod višerotki, samo je značajna razlika kod jako anksioznih u tome da one procjenjuju velik utjecaj pandemije na njihovo mentalno zdravlje tijekom trudnoće (Kruskal Wallis test, $P = 0,004$) (Tablica 13).

Tablica 13. Razlike u zabrinutosti zbog pandemije Covid-19 u odnosu na izraženost anksioznosti

	Medijan (interkvartilni raspon) prema izraženosti anksioznosti			P*
	Bez anksioznosti (1)	Umjereno izražena (2)	Jako izražena (3)	
Sve ispitanice				
Zabrinuti ste zbog moguće zaraze	2 (1 - 2)	2 (1 - 3)	2 (1 - 3)	0,10

Zabrinuti ste da se ne zarazite u bolnici	1 (1 - 2)	2 (1 - 2)	2 (1 - 3)	0,01[†]
Zabrinuti ste da nećete imati vi i dijete dovoljno dobru skrb u slučaju zaraze Covid-19 infekcijom	1 (1 - 2)	1 (1 - 2)	1 (1 - 2)	0,39
Smatrate li da pandemija utječe na Vaše mentalno zdravlje u trudnoći	1 (1 - 2)	1 (1 - 2)	1 (1 - 3)	<0,001[‡]
Prvorotke				
Zabrinuti ste zbog moguće zaraze	2 (1 - 2)	2 (2 - 4)	2 (1 - 4)	0,21
Zabrinuti ste da se ne zarazite u bolnici	1 (1 - 2)	2 (2 - 2)	2 (1 - 3)	0,07 [†]
Zabrinuti ste da nećete imati vi i dijete dovoljno dobru skrb u slučaju zaraze Covid-19 infekcijom	2 (1 - 2)	1 (1 - 2)	1 (1 - 2)	0,21
Smatrate li da pandemija utječe na Vaše mentalno zdravlje u trudnoći	1 (1 - 2)	1 (1 - 2)	2 (1 - 3)	0,02[‡]
Višerotke				
Zabrinuti ste zbog moguće zaraze	2 (1 - 2)	2 (1 - 2)	2 (2 - 3)	0,15
Zabrinuti ste da se ne zarazite u bolnici	1 (1 - 2)	2 (1 - 2)	2 (1 - 3)	0,14
Zabrinuti ste da nećete imati vi i dijete dovoljno dobru skrb u slučaju zaraze Covid-19 infekcijom	1 (1 - 2)	1 (1 - 2)	2 (1 - 2)	0,47
Smatrate li da pandemija utječe na Vaše mentalno zdravlje u trudnoći	1 (1 - 2)	1 (1 - 2)	2 (2 - 3)	0,004[‡]

*Kruskal Wallis test (Post hoc Conover);

[†]na razini $P < 0,05$ značajne su razlike (1) vs. (2); (1) vs. (3)

[‡]na razini $P < 0,05$ značajne su razlike (1) vs. (3)

Spearmanovim koeficijentom korelacije ocijenili smo povezanost ukupnog zbroja skale anksioznosti s ocjenom zabrinutosti zbog Covid-19 pandemije, i uočavamo da kod svih ispitanica što je veća anksioznost veća je i zabrinutost da se ne zaraze u bolnici ($Rho = 0,260$) i pandemija više utječe na njihovo mentalno zdravlje u trudnoći ($Rho = 0,431$). U skupini prvorotki

($Rho = 0,436$) i u skupini višerotki ($Rho = 0,441$) samo je značajna povezanost izraženosti anksioznosti s doživljajem utjecaja pandemije na mentalno zdravlje tijekom trudnoće (Tablica 14).

Tablica 14. Povezanost anksioznosti sa ocjenom zabrinutosti zbog Covid-19 pandemije

	Spearmanov koeficijent korelacije Rho (P vrijednost) ukupnog zbroja skale anksioznosti		
	Sve Ispitanice	Prvorotke	Višerotke
Zabrinuti ste zbog moguće zaraze	0,193 (0,07)	0,178 (0,27)	0,201 (0,18)
Zbrinuti ste da se ne zarazite u bolnici	-0,260 (0,02)	0,245 (0,13)	0,284 (0,05)
Zbrinuti ste da nećete imati vi i dijete dovoljno dobru skrb u slučaju zaraze Covid-19 infekcijom	-0,032 (0,77)	-0,264 (0,09)	0,142 (0,34)
Smatrate li da pandemija utječe na Vaše mentalno zdravlje u trudnoći	0,431 (<0,001)	0,436 (0,005)	0,441 (0,002)

5.5. Povezanost anksioznosti te duljine trajanja poroda

Značajno su manje sati provele u rađaonici ispitanice koje su višerotke od prvorotkih, medijana 3 sata (interkvartilnog raspona od 2 do 3 sata) (Mann Whitney U test, $P < 0,001$) (Tablica 3).

Tablica 15. Razlika u ukupnom broju sati provedenih u rađaonici kod prvorotki i višerotki

Ukupan broj sati provedenih u rađaonici	Medijan (interkvartilni raspon)	Razlika (95% raspon pouzdanosti)	P*

Prvorotka	5 (4 – 6)	-2 (-3 do -1)	<0,001
Višerotka	3 (2 – 3)		

*Mann Whitney U test (Hodges-Lehmannova razlika medijana)

U skupini prvorotki, one ispitanice koje imaju jako izraženu anksioznost, imaju i značajno najdulje trajanje poroda izraženo u satima, medijana 6 sati (interkvartilnog raspona od 6 do 8 sati) u odnosu na one bez anksioznosti, kojima je medijan trajanja poroda 4 sata (interkvartilnog raspona od 3 do 5 sati) , ili na one s umjerenom anksioznosti (Kruskal Wallis test, $P < 0,001$).

Višerotke, iako imaju kraće trajanje poroda u odnosu na prvorotke, imaju i značajno najdulje trajanje poroda izraženo u satima ukoliko imaju i jako izraženu anksioznost, medijana 4 sata (interkvartilnog raspona od 3 do 5 sati) u odnosu na one bez anksioznosti, kojima je medijan trajanja poroda 2 sata (interkvartilnog raspona od 2 do 3 sati) ili na one višerotke koje imaju umjereno izraženu anksioznost (Kruskal Wallis test, $P < 0,001$) (Tablica 16).

Tablica 16. Razlike u trajanju poroda (sati) s obzirom na izraženost anksioznosti i na to jesu li ispitanice prvorotke ili višerotke

	Medijan (interkvartilni raspon) trajanja poroda (sati) prema izraženosti anksioznosti			P*
	Bez anksioznosti	Umjereno izražena	Jako izražena	
Prvorotke	4 (3 – 5)	5 (4 – 6)	6 (6 – 8)	<0,001 [†]
Višerotke	2 (2 – 3)	3 (3 – 3)	4 (3 – 5)	<0,001 [†]

*Kruskal Wallis test (Post hoc Conover)

[†]na razini $P < 0,05$ značajne su razlike bez anksioznosti vs. umjereni; bez anksioznosti vs. jako izražena; umjereni vs. jako izražena

6.RASPRAVA

U ovom istraživanju glavni cilj rada je bio ispitati razlike u stupnju anksioznosti kao trenutnog stanja obzirom na sociodemografska obilježja, obilježja trudnoće, efekte prisustva partnera na porodu te efekte izloženosti Covid pandemiji na mentalno stanje roditelja, te duljinu trajanja poroda.

Ispitivajući sociodemografska obilježja, od 87 ispitanica, najviše je bilo u dobi od 31 do 35 godina, njih 41 najmanje je dobi od 18 do 25, njih 4, a potom, u dobi iznad 35 godina, njih 14. Ti rezultati idu u prilog podacima da je sve veći je trend da žene odgađaju trudnoću do 35 godina. Što zbog ekonomske situacije, što zbog želje za karijerom, dok drugima neke druge životne okolnosti nedaju priliku za trudnoću u vremenu kada bi to one htjele. Ono što je značajno da žene starije dobi mogu percipirati veće rizike za trudnoću i za sebe i za svoje dijete koji se mogu očitovati kao da imaju više zabrinutosti za dijete. Dakle povećana dob predviđa veću zabrinutost. Dok suprotno tome, žene koje su rodile prije svoje 20. godine, pokazale su višu razinu depresije i anksioznosti nego žene koje rađaju kasnije (Sezgin i Punamaki,2020), iako mi nismo imali u svom istraživanju tu dobnu skupinu. Najviše sudionica istraživanja, njih 50 (57,5%) srednje je stručne spreme, 1 ispitanica sa osnovnim obrazovanjem, ostalih 36 sa višim ili višim obrazovanjem što nam daje uvid u rezultate koje bi isle u prilog većoj tjeskobi ako uzmemo u obzir istraživanje koje su provodili Bjelland i suradnici (2008). Njihov je cilj bio ispitati štiti li viša obrazovna razina od anksioznosti i / ili depresije, te da li se ova zaštita nakuplja ili umanjuje s godinama ili vremenom. Došli su do zaključka da je niska razina obrazovanja bila značajno povezana s anksioznosti i depresijom. Koeficijenti su se smanjivali s porastom dobi a, viša obrazovna razina ima zaštitni učinak protiv anksioznosti i depresije, koja se nakuplja tijekom života (Bjelland i sur.,2008). Prema radnom odnosu zaposleno je 76(87,4%) ispitanica što u ovom slučaju nebi trebalo biti povezano sa anksioznošću ako držimo navoda literature da su anksioznost, depresija, nezadovoljstvo životom, napetost, sniženo samopoštovanje, osjećaj beznada i druga emocionalna stanja, mjere istraživane u radu Fryer i Payne (1986), pokazane kao jače izraženima kod nezaposlenih ispitanika u odnosu na zaposlene. Uspoređujući zaposlene s nezaposlenima, dobiveni su podatci o većoj socijalnoj izolaciji nezaposlenih kao i njihovoj nižoj razini dnevne aktivnosti (Fryer i Payne, 1986), što za posljedicu ima nastanak mentalnih

poteškoća koje smo naveli. U braku su 66 ispitanica (75,9%), podjednak je broj neudatih ili one koje žive u izvanbračnoj zajednici, jedna ispitanica je rastavljena. U ovom istraživanju prema dobivenim rezultatima prema skali anksioznosti vezano za sociodemografske podatke i povezanost sa anksioznošću unutar skupine prvorotki i višerotki, nije bilo statističke značajnosti.

Ispitivajući obilježja trudnoće, odnosno, broj trudnoća, dobili smo podatak da se od ukupno njih 87 u najvećem broju slučajeva radi se drugom porodu, prvi porod je bio kod njih 37, dok je treće i više put bilo najmanje. S obzirom na ukupne vrijednosti prema skali anksioznosti dobiveni su rezultati da je bez anksioznosti 45 ispitanica, dok je sa određenim stupnjem anksioznosti 42 ispitanice. Pošto nismo ispitivali razloge njihove zabrinutosti, ne možemo znati zbog čega su u tolikoj mjeri anksiozne. Unatoč većem broju višerotki, veći stupanj anksioznosti obzirom na dob, su imale prvorotke. U skupini prvorotki, bez anksioznosti je manje ispitanica, dok je s umjerenom i jako izraženom anksioznošću manje ispitanica. Dok je u skupini višerotki, bez anksioznosti više ispitanica, s umjerenom anksioznošću i jako izraženom anksioznošću manje ispitanica. U skupini prvorotki najizraženiji stupanj anksioznosti je u dobi od 31-35 godina, moguće jer ih je bilo najviše, dok je u skupini višerotki u dobi od 26-30 godina. Ovo pokazuje da su starije prvorotke izloženije anksioznošću i tjeskobi. Dok nam istraživanje Fann i suradnici (2021) otkriva da što je starija trudnica, to je manja vjerojatnost da će iskusiti anksioznost i depresiju, a što je žena mlađa, veća je anksioznost u vezi s porođajem. Rezultati istraživanja koji su provodili Jokić-Begić i suradnici (2014) strah od poroda je bio viši među trudnicama koje nisu rodile, a razina straha isto nije bila povezana s drugim demografskim varijablama. Većina trudnica sposobna je nositi se sa strahom i strepnjama u trudnoći. Kod višerotki osigurava se zaštitni faktor za porođajne probleme s pozitivnim prethodnim iskustvom koje povećava znanje, očekivanja i samoeфикаsnost za rađanje kako navode Brunton, Simpson i Dryer (2020). Suprotno tome, kada je porod prvi put, strah od nepoznatog vjerojatno bi bio veći. Uz to, nalaz da je paritet jači prediktor kao i roditeljska samoeфикаsnost, s obzirom na to da prvorotke nemaju iskustva s roditeljstvom i stoga bi imali ograničeno znanje da bi zasnivali svoje roditeljska očekivanja samoeфикаsnosti. "Strah od nepoznatog" mogao bi se umanjiti za prvorotke sa ciljanim informacijama o porodu, porođajnoj okolini i zdravstvenom osoblju. Stoga, saznanje da je paritet možda ključni čimbenik porođajnih strahova pruža mogućnosti za intervencije. Informacije o anksioznošću vezano za trudnoću u odnosu na žene koje su prethodno rodile daju vrijedne podatke uvid u skrb i potporu potrebnu majkama koje prvi put idu rađati, navode Brunton, Simpson i Dryer (2020). Studija o strahovima

od poroda koji su provodili Alehagen i suradnici (2001) nam nalaže kako bi porođajno osoblje trebalo uzeti u obzir strah žena tijekom poroda i obratiti pozornost posebno na povećani rizik prvorođanke od veće razine straha u ranoj fazi aktivnog poroda, u usporedbi s višerođankama. Izazov za osoblje porođajnog odjela je podržati porođilju na način koji smanjuje strah, što bi zauzvrat moglo smanjiti ženinu potrebu za ublažavanjem boli. Što se tiče tjeđana trudnoće, najviše ispitanica rodilo je između 37 i 40 tjeđna. U ovom istraživanju nismo uključivali prijevremene porode, odnosno, nismo uzimali u obzir tjeđne manje od 37, gdje bi pretpostavljamo dobili i veći broj anksioznih rođilja koje su povezane sa prijevremenim porođima. Dakle, tjeđne trudnoće koji su ispitivani ne možemo povezati sa anksioznošću prema dobivenim rezultatima. Nekoliko studija navodi da majčina tjeskoba može biti povezana s negativnim ishodima trudnoće. Iako anksioznost ili pretjerana zabrinutost nisu uzrok svih slučajeva prijevremenih poroda, rezultati koji su dobili Orr, Reiter i Blazer (2007) navode da je važan i relativno čest faktor rizika. Razvijeni su i teoretski modeli koji objašnjavaju biološki učinak prenatalnih problema mentalnog zdravlja majke, poput fiziološkog stresa reakcije osi hipotalamus-hipofiza (HPA) regulirane hormonom koji oslobađa kortikotropin (CRH). Putovi kojima problemi mentalnog zdravlja majke započinju fiziološki slijed događaja, a koji promiču rani porod, ipak ostaju nepoznati (Rose i sur.,2016). Ipak, dvije široke narativne recenzije o pretpostavljenim i poznatim učincima stresa na prijevremeni porod zaključile su da je najjači prediktor prijevremenog poroda bila anksioznost specifična za trudnoću (Rose i sur.,2016).

Prisustvo partnera na porodu daje nam rezultate koji govore da njegovo prisustvo kao podrška djeluje pozitivno na rođilje, tj.od njih 37 ispitanice koje su imale prisutnog partnera na porod Najčešće su se izjasnile da su se sigurnije osjećale uz partnera, njih 39 (93%) ispitanica, smireno 27 (64%), jako opušteno 12 (55%), a njih 22 (52%) navode da su se zbog prisutnosti svog partnera tijekom porođaja osjećale jako samopuzdano. Međutim, isto tako ovo istraživanje daje rezultate da iako je bio prisutan partner na porodu što je rođilja bila više anksiozna manje se osjećala smireno i opušteno. U skupini prvorođanke s jako izraženom anksioznošću manje su smirene i manje se osjećaju opušteno, a kod višerođanke s jako izraženom anksioznošću značajno manje smireno, opušteno i samopouzdan. Iz dobivenih rezultata, ispitanice iako su se izjasnile pozitivno u vezano za iskustvo prisustva partnera na porodu, zaključujemo da što je rođilja anksioznija teže se smiruje, osjeća se manje opušteno i samopouzdan unatoč prisustvu partnera. Wilson i suradnici (2016) u svom istraživačkom radu također navode kako tjeskobne rođilje

slabije reagiraju na podršku partnera. Oni su pretpostavili da anksioznost i izbjegavanje vezanosti roditelja neće smanjiti trudove i porođajne boli, ali bi privrženost i podrška partnera mogla ublažiti o percepciji boli roditelja tijekom poroda. Otkrili su da su roditelje s većom tjeskobom najmanje reagirale na partnerovu podršku, prijavljujući višu razinu ukupne i minimalne boli tijekom poroda, te su roditelje bile zapravo neovisne o podršci partnera. Nasuprot tome, bol i percepcije roditelje koje su imale niži rezultat u anksioznosti (i izbjegavanju) varirale su u ovisnosti o podršci tijekom poroda. Ono što je važno, učinci na ukupnu bol za vrlo anksiozne roditelje su se i dalje pojavljivale kada su statistički kontrolirala partnerova privrženost, i bez obzira jesu li percepcije žena o podršci ocjenjivale. Vjerojatno zbog njihove uporabe hiperaktivacije i suočavanja usmjerenog na emocije koje povećavaju izvore zabrinutosti (Mikulincer i Shaver, 2007.), vrlo zabrinute žene nisu mogle imati koristi od ljubavi svog partnera koji pokušava pružiti utjehu i podršku.

U istraživanju smo analizirali efekte Covid pandemije na zabrinutost roditelja obzirom da je to specifičan stresor za trudnoću u ovo vrijeme i kao takav može utjecati te pojačati anksioznost u trudnoći i porodu. Zbog ograničenja kretanja povezana sa Covid 19 bilo je onemogućeno polaziti razne tečajeva pripreme za trudnoću i porod te je time uskraćen nedostatak relevantnih informacija, a posljedica toga i veća zabrinutost. U kontekstu COVID -19, trudnice mogu doživjeti dodatne psihološka poteškoće zbog brige za svoje nerođeno dijete. Posebno zato što nema jasnog zaključka o vertikalnom prijenosu COVID-19, što može povećati psihološki teret trudnice. U ovom istraživanju rezultati nam pokazuju da kod svih ispitanica, i prvotki i višerotki, što je jača anksioznost, pandemija više pojačava doživljaj utjecaja na njihovo mentalno zdravlje u trudnoći, te je kod izrazite anksioznosti veća zabrinutost da se roditelje ne zaraze u bolnici. Vanjska istraživanja nalažu da poduzimanje odgovarajućih mjera može ublažiti štetne mentalne reakcije trudnica. Isto tako, trudnice koje su dobivale veću socijalnu potporu rjeđe su doživjele probleme (Yue i sur., 2020). Potrebno je udovoljiti i antenatalnim medicinskim potrebama trudnica u vrijeme pandemije, što je više moguće npr. redovitim telefonskim razgovorima liječnika. Važno je staviti naglasak na pružanje psihološke podrške trudnicama i roditeljama tijekom epidemije radi ublažavanja štetnih psiholoških učinaka COVID -19 koje smo već prethodno opisali.

Na kraju kada uzmemo u obzir sve prethodne elemente koje utječu na anksioznost (zajedno sa Covid pandemijom i efektima partnera), vidimo u kojoj mjeri anksioznost utječe na ishod poroda, rezultat svega imamo produljen porod. Rezultati nam kažu da je porod trajao kod prvorođanke oko 5 sati (raspon 4-6 sati), a u višerođanke, oko 3 sata (raspon 2-3 sati). Kada smo statistički obrađivali ispitanice putem skale anksioznosti dobili smo slijedeće rezultate. Jako izraženu anksioznost ima njih 13 (33%) prvorođanke, a porod je trajao 6-8 sati (produžen za 2 sata) dok je kod višerođanke sa izraženom anksioznošću, njih 14 (30%), porod je trajao 3-5 sati (produžen također za 2 sata). Naši rezultati govore što je veći stupanj anksioznosti porod je trajao dulje i kod prvorođanke i višerođanke što govori da je razlika u duljini trajanja poroda povezana ovisno o tome da li su rođilje bile anksiozne ili nisu. .

Dakle, ono što dovodi u pitanje produljenog poroda je rođiljno psihološko uzbuđenje koje uključuje povećanu proizvodnju stresa koji mogu biti popraćeni hiperaktivnim kao i hipoaktivnim porođajem. Kada se osoba suočava sa strahom, emocije i fiziološko uzbuđenje postaje intenzivno, javlja se tremor, pažnja se sužava, koncentracija na podražaje povezani su s prijetnjom. Ako je rođilja pod povećanim, stresom strahom i tjeskobom dovodi do, kako smo naveli u uvodnom dijelu, poremećaja u lučenju hormona. Žene u latentnoj prvoj fazi mogu osjećati uznemireno i izgubiti samopouzdanje (Kobayashi i sur., 2017). Pokreće se lučenje kateholamina koji djeluje suprotno učinku oksitocina (Simkin, 2011) i usporiti napredak poroda (Alehagen i sur., 2005). Stoga, majčina tjeskoba može biti povezana s produljenjem latentne i aktivne faze porođaja. Isto tako emocionalna nevolja u latentnoj fazi povećava vjerojatnost instrumentalnog vaginalnog rođenja, a kod žena s višim razinama boli u latentnoj fazi manja je vjerojatnost da će doći do spontanog poroda (Wuitchik, 1989).

Obzirom da su ispitivane samo fiziološke trudnoće, bez patologije, gdje komplikacije u trudnoći kao takve pojačavaju i zabrinutost i stres, kako smo u uvodnom dijelu opisivali, dobili smo relativno velik broj zabrinutih, odnosno, anksioznih rođilja i to prvorođanke što možemo najviše prepisati strahu od nepoznatog i strahu od poroda. Potrebno je provoditi edukaciju i savjete putem trudničkih tečajeva koje obuhvaćaju teme iz psihologije, odnosno, tragati za rođiljnim strahovima i zabrinutostima. Pripremiti ih na ono što ih očekuje u rodilištu. Savjetovati im da pričaju što one očekuju od poroda gdje bi i plan poroda nudio način kontrole nad situacijom. Dakle, moramo podići samopouzdanje kod rođilja, koji je najači ženski biljeg u porodu kako bi

imali vjere u sebe i svoje tijelo. Iz svega navedenog, možemo zaključiti da psihologija porođaja ima širok aspekt utjecaja koja je iziskuje zaista puno rada sa roditeljama kako bi porod kao takav ostao u pozitivnom sjećanju i time omogućio bolju prilagodbu na daljnje izazove roditeljstva nakon poroda za oba roditelja.

Nedostaci ovog istraživanja je to što je vremenski i financijski zahtjevno , te iziskuje određen angažman. Drugi nedostatak su okolnosti koje se teško kontroliraju. Konkretno u ovom slučaju potrebno je bilo roditelje sve ujednačiti. Jedan od elemenata kontrole je računanje vremena ulaska u porod pa do rođenja djeteta. Rodilje su trebale same unašati u ankete vrijeme trajanja poroda, za što su dobile upute od primalja što zahtjeva i angažman roditelja i praćenje toka poroda. Nadalje, potrebno je imati prethodni uvid u njihove ginekološke i osobne anamneze u smislu da li su nisko ili visokorizične trudnoće, kao i pratiti faktore uključivanja i isključivanja. Uglavnom, u relativno kratko vrijeme potrebno je bilo skupiti dovoljno broj zainteresiranih ispitanica koji zadovoljavaju sve aspekte i uvjete ovog rada, a da se ne naruši njegova svrha i dignitet.

Prednosti istraživanja je da su sve sudionice u istraživanju svega imale ujednačene kriterije uključivanja i isključenja. Jedna od je i prednosti ovog istraživačkog rada je i to što nema mnogo radova i istraživanja na tu temu u Hrvatskoj i na taj način, koje daju točan uvid u psihološko stanje, odnosno, razinu tjeskobe roditelja pred sam porod, obzirom da li su prvorotke ili višerotke zajedno sa ostalim obilježjima koja su ispitivana putem psihološkog dijagnostičkog testa. Istraživanje iako je zahtjevno, potiče na traženje odgovora koje su nam se nametnuli prilikom izrade rada. Pošto prilikom ispitivanja prisustva partnera nismo ispitivali zašto pojedini partneri ne žele prisustvovati porodu, to može biti jedan je od prijedloga za buduće istraživanje. Ideja za istraživanje mogla bi biti i ispitati iskustva u porodu i nakon poroda, odnosno, zadovoljstvo roditelja porodom, gdje bi mogli dobiti zanimljive rezultate. Isto tako bilo bi zanimljivo istražiti stupanj anksioznosti kod roditelja nakon što pandemija prođe, budući da je istraživanje provedeno u vrijeme Covid pandemije.

7.ZAKLJUČAK

Na uzorku od 87 roditelja u Krapinsko - Zagorskoj županiji koje se provodilo putem ankete u Općoj Bolnici Zabok i bolnici hrvatskih veterana, dobili smo slijedeće rezultate.

U 42 slučaja roditelja imalo je određeni stupanj tjeskobe pred porodom. Nisku razinu anksioznosti ili izostanak simptoma bio je kod 45 ispitanica.

Anksioznije su prvoročke u odnosu na višeročke, čime je potvrđena prva hipoteza.

Prisustvo partnera na porodu ne dovodi do bitnog smanjenja anksioznosti kod roditelja ukoliko su one izrazito anksiozne. Kod manje od polovine ispitanica partner nije prisustvovao porodu, a one koje su ga imale i bile izrazito anksiozne prema rezultatima STAI ljestvice, znatno teže su se smirivale i bile opuštenije što se slaže sa navodima literature, te je time druga hipoteza potvrđena.

Podaci vezani za Covid pandemiju pokazuju da što je veća anksioznost veća je i zabrinutost da se roditelje ne zaraze u bolnici, te njihov doživljaj kako pandemija utječe na mentalno zdravlje u trudnoći, čime je treća i hipoteza potvrđena.

Testiranjem četvrte hipoteze, dobili smo da anksioznost utječe na duljinu trajanja poroda, odnosno, porod je trajao dulje kod onih s izrazitim stupnjem anksioznosti u odnosu na ne anksiozne ispitanice, te je i time zadnja hipoteza potvrđena. Porod je produljen kod izrazito anksioznih roditelja, kod prvoročke i višeročke za dva sata.

LITERATURA

1. Abbott S. M. (2019). Non-24-hour Sleep-Wake Rhythm Disorder. *Neurologic clinics*, 37(3), 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2019.03.002>
2. Alehagen, S., Wijma, B., Lundberg, U., & Wijma, K. (2005). Fear, pain and stress hormones during childbirth. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 26(3), 153–165. <https://doi.org/10.1080/01443610400023072>
3. Alehagen, S., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Fear during labor. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 80(4), 315–320. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2001.080004315.x>
4. Ayaz, R., Hocoğlu, M., Günay, T., Yardımcı, O. D., Turgut, A., & Karateke, A. (2020). Anxiety and depression symptoms in the same pregnant women before and during the COVID-19 pandemic. *Journal of perinatal medicine*, 48(9), 965–970. <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0380>
5. Baljon, K. J., Romli, M. H., Ismail, A. H., Khuan, L., & Chew, B. H. (2020). Effectiveness of breathing exercises, foot reflexology and back massage (BRM) on labour pain, anxiety, duration, satisfaction, stress hormones and newborn outcomes among primigravidae during the first stage of labour in Saudi Arabia: a study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ open*, 10(6), e033844. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033844>
6. Bell, A. F., Erickson, E. N., & Carter, C. S. (2014). Beyond labor: the role of natural and synthetic oxytocin in the transition to motherhood. *Journal of midwifery & women's health*, 59(1), 35–108. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12101>
7. Bhatia, M. S., & Jhanjee, A. (2012). Tokophobia: A dread of pregnancy. *Industrial psychiatry journal*, 21(2), 158–159. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.1196498>
8. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM.(2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord*;191:62-77. doi: 10.16/j.jad.2015.11.014. Epub 2015 Nov 18. PMID: 26650969; PMCID: PMC4879174.

9. Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A. A., Tell, G. S., & Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1334–1345. doi:10.1016/j.socscimed.2007.12.019
10. Brunton, R., Simpson, N., & Dryer, R. (2020). Pregnancy-Related Anxiety, Perceived Parental Self-Efficacy and the Influence of Parity and Age. *International Journal of environmental research and public health*, 17(18), 6709. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186709>
11. Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
12. Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD012449. DOI: 10.1002/14651858.CD012449.pub2. Accessed 03 July 2021.
13. Casey, L. M., Oei, T. P. S., Newcombe, P. A., & Kenardy, J. (2004). The role of catastrophic misinterpretation of bodily sensations and panic self-efficacy in predicting panic severity. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(3), 325–340. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00257-8](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00257-8)
14. Chen, H. X., Chen, Z. H., & Shen, H. H. (2020). Structure of SARS-CoV-2 and treatment of COVID-19. *Sheng li xue bao: Acta Physiologica Sinica*, 72(5), 617-630.
15. Craske, M. G., & Stein, M. B. (2016). Anxiety. *Lancet* (London, England), 388(10063), 3048–3059. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6)
16. Claustrat, B., Brun, J., & Chazot, G. (2005). The basic physiology and pathophysiology of melatonin. *Sleep medicine reviews*, 9(1), 11–24. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2004.08.001>
17. Dean E. (2016). Anxiety. *Nursing standard* (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987), 30(46), 15. <https://doi.org/10.7748/ns.30.46.15.s17>
18. Desseauve, D., Fradet, L., Lacouture, P., & Pierre, F. (2017). Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 208, 46–54. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.006>

19. Fan, S., Guan, J., Cao, L., Wang, M., Zhao, H., Chen, L., & Yan, L. (2021). Psychological effects caused by COVID-19 pandemic on pregnant women: A systematic review with meta-analysis. *Asian journal of psychiatry*, 56, 102533. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102533>
20. Fenwick, J., Toohill, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., Sneddon, A., Scuffham, P. A., & Ryding, E. L. (2015). Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC pregnancy and childbirth*, 15, 284. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0721-y>
21. Filaković P., i suradnici (2015). *Psihijatrija*, Osijek: Medicinski fakultet.
22. Fryer, D. & Payne, R. (1986). Being unemployed: A review of the literature on the psychological experience of unemployment. U: C. L. Cooper & I. Robertson (Eds.). *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 235-278). Chichester: John Wiley & Sons.
23. Furber, C. M., Garrod, D., Maloney, E., Lovell, K., & McGowan, L. (2009). A qualitative study of mild to moderate psychological distress during pregnancy. *International journal of Hamm A. O.* (2020). Fear, anxiety, and their disorders from the perspective of psychophysiology. *Psychophysiology*, 57(2), e13474. <https://doi.org/10.1111/psyp.13474>
24. Gjerdingen, D. K., Froberg, D. G., & Fontaine, P. (1991). The effects of social support on women's health during pregnancy, labor and delivery, and the postpartum period. *Family medicine*, 23(5), 370–375.
25. Glynn, L. M., Schetter, C. D., Hobel, C. J., & Sandman, C. A. (2008). Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology*, 27(1), 43–51. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.1.43>
26. Goldberg, C. (2001). Cognitive Processes in Panic Disorder: An Extension of Current Models. *Psychological Reports*, 88(1), 139–159. doi:10.2466/pr0.2001.88.1.139
27. Gomes, P., Motta-Teixeira, L. C., Gallo, C. C., Carmo Buonfiglio, D. D., Camargo, L. S., Quintela, T., Reiter, R. J., Amaral, F., & Cipolla-Neto, J. (2021). Maternal pineal melatonin in

gestation and lactation physiology, and in fetal development and programming. *General and comparative endocrinology*, 300, 113633. <https://doi.org/10.1016/j.ygcen.2020.113633>

28.Hall, W. A., Hauck, Y. L., Carty, E. M., Hutton, E. K., Fenwick, J., & Stoll, K. (2009). Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 38(5), 567–576. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01054.x>

29.Hodnett E. (1996). Nursing support of the laboring woman. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 25(3), 257–264. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1996.tb02434.x>

30.Ivanković D. i sur. (1988). *Osnove statističke analize za medicinare*. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu;

31.Jokić-Begić, N., Zigić, L., & Nakić Radoš, S. (2014). Anxiety and anxiety sensitivity as predictors of fear of childbirth: different patterns for nulliparous and parous women. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 35(1), 22–28. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2013.866647>

32.Kobayashi, S., Hanada, N., Matsuzaki, M., Takehara, K., Ota, E., Sasaki, H., Nagata, C., & Mori, R. (2017). Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD011516. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011516.pub2>

33.Konlan, K.D., Afaya, A., Mensah, E. et al.(2021) .Non-pharmacological interventions of pain management used during labour; an exploratory descriptive qualitative study of puerperal women in Adidome Government Hospital of the Volta Region, Ghana. *Reprod Health* 18, 86 <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01141-8>

34.Lazarus, R.S. i Folkman, S. (2004.). *Stres procjena i suočavanje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

35.Lebel, C., MacKinnon, A., Bagshawe, M., Tomfohr-Madsen, L., & Giesbrecht, G. (2020). Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of affective disorders*, 277, 5–13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.126>

36. Levett, K. M., Smith, C. A., Bensoussan, A., & Dahlen, H. G. (2016). Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. *BMJ open*, 6(7), e010691. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010691>
37. Liao, J. B., Buhimschi, C. S., & Norwitz, E. R. (2005). Normal labor: mechanism and duration. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 32(2), 145–vii. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2005.01.001>
38. Lobel, M., Hamilton, J. G., & Cannella, D. T. (2008). Psychosocial Perspectives on Pregnancy: Prenatal Maternal Stress and Coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(4), 1600–1623. doi:10.1111/j.1751-9004.2008.00119.x
39. Madden, K., Middleton, P., Cyna, A. M., Matthewson, M., & Jones, L. (2016). Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews*, (5), CD009356. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009356.pub3>
40. Marušić M. i sur. (2008). *Uvod u znanstveni rad u medicini*. 4. izd. Zagreb: Medicinska naklada;
41. Melzack R. (1984). The myth of painless childbirth (the John J. Bonica lecture). *Pain*, 19(4), 321–337. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(84\)90079-4](https://doi.org/10.1016/0304-3959(84)90079-4)
42. Matešić K. i Pinjušić K. (2007). *Hrvatske norme za STAI, STAIC i STAIX -2*. Jastrebarsko: Naklada Slap
43. Martin, A. A., Schauble, P. G., Rai, S. H., & Curry, R. W., Jr (2001). The effects of hypnosis on the labor processes and birth outcomes of pregnant adolescents. *The Journal of family practice*, 50(5), 441–443.
44. Mohammed, S., Yakubu, I., & Awal, I. (2020). Sociodemographic Factors Associated with Women's Perspectives on Male Involvement in Antenatal Care, Labour, and Childbirth. *Journal of pregnancy*, 2020, 6421617. <https://doi.org/10.1155/2020/6421617>

45. Naidu, S., Clemens, R. A., Pressman, P., Zaigham, M., Kadkhoda, K., Davies, K., & Naidu, A. S. (2020). COVID-19 during Pregnancy and Postpartum. *Journal of dietary supplements*, 1–28. <https://doi.org/10.1080/19390211.2020.1834049>
46. Nakić, S., Tadinac, M., Herman, R. (2009). Uloga percipiranog stresa stilova suočavanja nastanku predporodajne anksioznosti, *Klinička psihologija* 2, 7-21.
47. Nakić Radoš, S. (2018). Anxiety During Pregnancy and Postpartum: Course, Predictors and Comorbidity with Postpartum Depression. *Acta Clinica Croatica*, 57(1), 39–51. doi:10.20471/acc.2018.57.01.05
48. Nelson-Jones R., 2007., *Praktične vještine u psihološkom savjetovanju i pomaganju*, Jastrebarsko: Naklada Slap
49. Nicolero-SantaBarbara, J., Busso, C., Moyer, A., & Lobel, M. (2018). Just relax and you'll get pregnant? Meta-analysis examining women's emotional distress and the outcome of assisted reproductive technology. *Social science & medicine*, 213, 54–62. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.033>
50. Ng, D. M., & Jeffery, R. W. (2003). Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 22(6), 638–642. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.22.6.638>
51. Nowacka, U., Kozłowski, S., Januszewski, M., Sierdzinski, J., Jakimiuk, A., & Issat, T. (2021). COVID-19 Pandemic-Related Anxiety in Pregnant Women. *International journal of environmental research and public health*, 18(14), 7221. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147221>
52. Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2014). Diverse definitions of prolonged labour and its consequences with sometimes subsequent inappropriate treatment. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 233. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-233>
53. Orr, S. T., Reiter, J. P., Blazer, D. G., & James, S. A. (2007). Maternal prenatal pregnancy-related anxiety and spontaneous preterm birth in Baltimore, Maryland. *Psychosomatic medicine*, 69(6), 566–570. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3180cac25d>

54.Priel, B., & Besser, A. (2000). Adult attachment styles, early relationships, antenatal attachment, and perceptions of infant temperament: A study of first-time mothers. *Personal Relationships*, 7(3), 291–310. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2000.tb00018>.

<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.06.014>

55.Romero-Gonzalez, B., Puertas-Gonzalez, J. A., Mariño-Narvaez, C., & Peralta-Ramirez, M. I. (2021). Confinement variables by COVID-19 predictors of anxious and depressive symptoms in pregnant women. Variables del confinamiento por COVID-19 predictoras de sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres embarazadas. *Medicina clinica*, 156(4), 172–176. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.10.002>

56..Rose, M. S., Pana, G., & Premji, S. (2016). Prenatal Maternal Anxiety as a Risk Factor for Preterm Birth and the Effects of Heterogeneity on This Relationship: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BioMed research international*, 8312158. <https://doi.org/10.1155/2016/8312158>

57.Santiváñez-Acosta, R., Tapia-López, E., & Santero, M. (2020). Music Therapy in Pain and Anxiety Management during Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 56(10), 526. <https://doi.org/10.3390/medicina56100526>

58.Ravaldi, C., Wilson, A., Ricca, V., Homer, C., & Vannacci, A. (2021). Pregnant women voice their concerns and birth expectations during the COVID-19 pandemic in Italy. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 34(4), 335–343. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.07.002>

59.Reiter, R. J., Tamura, H., Tan, D. X., & Xu, X. Y. (2014). Melatonin and the circadian system: contributions to successful female reproduction. *Fertility and sterility*, 102(2), 321–328.

60.Sarkar, P., Bergman, K., O'Connor, T. G., & Glover, V. (2008). Maternal antenatal anxiety and amniotic fluid cortisol and testosterone: possible implications for foetal programming. *Journal of neuroendocrinology*, 20(4), 489–496. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2826.2008.01659.x>

61. Schwartz, L., Toohill, J., Creedy, D. K., Baird, K., Gamble, J., & Fenwick, J. (2015). Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. *BMC pregnancy and childbirth*, 15, 29. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0465-8>
62. Sezgin, A. U., & Punamäki, R. L. (2020). Impacts of early marriage and adolescent pregnancy on mental and somatic health: the role of partner violence. *Archives of women's mental health*, 23(2), 155–166. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00960-w>
63. Simkin, P. (2011). Pain, Suffering, and Trauma in Labor and Prevention of Subsequent Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Perinatal Education*, 20(3), 166–176. doi:10.1891/1058-1243.20.3.166
64. Shelton, M. M., Schminkey, D. L., & Groer, M. W. (2015). Relationships among prenatal depression, plasma cortisol, and inflammatory cytokines. *Biological research for nursing*, 17(3), 295–302. <https://doi.org/10.1177/1099800414543821>
65. Slade, P., Sheen, K., Weeks, A., Wray, S., De Pascalis, L., Lunt, K., Bedwell, C., Thompson, B., Hill, J., & Sharp, H. (2021). Do stress and anxiety in early pregnancy affect the progress of labor: Evidence from the Wirral Child Health and Development Study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 100(7), 1288–1296. <https://doi.org/10.1111/aogs.14063>
66. Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Dahlen, H. G., Ee, C. C., & Sukanuma, M. (2018). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD009290. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009290.pub3>.
67. Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., & Crowther, C. A. (2011). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd009514
68. Soliman, A., Lacasse, A. A., Lanoix, D., Sagrillo-Fagundes, L., Boulard, V., & Vaillancourt, C. (2015). Placental melatonin system is present throughout pregnancy and regulates villous trophoblast differentiation. *Journal of pineal research*, 59(1), 38–46. <https://doi.org/10.1111/jpi.12236>

69. Striebich, S., Mattern, E., & Ayerle, G. M. (2018). Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia - A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*, 61, 97–115. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.013>
70. Spielberger, C.D. (2000). Priručnik za upitnik anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti (STAI). Jastrebarsko: Naklada Slap
71. Sundberg, I., Rasmusson, A. J., Ramklint, M., Just, D., Ekselius, L., & Cunningham, J. L. (2020). Daytime melatonin levels in saliva are associated with inflammatory markers and anxiety disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 112, 104514. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.104514>
72. Tabatabaeichehr, M., & Mortazavi, H. (2020). The Effectiveness of Aromatherapy in the Management of Labor Pain and Anxiety: A Systematic Review. *Ethiopian journal of health sciences*, 30(3), 449–458. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v30i3.16>
73. Teckenberg-Jansson P., Turunen S., Pölkki T., Lauri-Haikala M.-J., Lipsanen J., Henelius A., Aitokallio-Tallberg A., Pakarinen S., Leinikka M., Huotilainen M. (2019). Effects of live music therapy on heart rate variability and self-reported stress and anxiety among hospitalized pregnant women: A randomized controlled trial. *Nord. J. Music. Ther.* 28:7–26. doi: 10.1080/08098131.2018.1546223.
74. Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., & Creedy, D. K. (2014). Prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 275. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-275>
75. Vink, A., & Hanser, S. (2018). Music-Based Therapeutic Interventions for People with Dementia: A Mini-Review. *Medicines (Basel, Switzerland)*, 5(4), 109. <https://doi.org/10.3390/medicines5040109>
76. Vythilingum B. (2008). Anxiety disorders in pregnancy. *Current psychiatry reports*, 10(4), 61.331–335. <https://doi.org/10.1007/s11920-008-0053-y>
77. Zhang, J., Landy, H. J., Ware Branch, D., Burkman, R., Haberman, S., Gregory, K. D., Hatjis, C. G., Ramirez, M. M., Bailit, J. L., Gonzalez-Quintero, V. H., Hibbard, J. U., Hoffman, M. K.,

78. Kominiarek, M., Learman, L. A., Van Veldhuisen, P., Troendle, J., Reddy, U. M., & Consortium on Safe Labor (2010). Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstetrics and gynecology*, *116*(6), 1281–1287. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e>
79. Zhang, J., Troendle, J., Mikolajczyk, R., Sundaram, R., Beaver, J., & Fraser, W. (2010). The natural history of the normal first stage of labor. *Obstetrics and gynecology*, *115*(4), 705–710. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181d55925>
80. Wilson, C. L., & Simpson, J. A. (2016). Childbirth Pain, Attachment Orientations, and Romantic Partner Support During Labor and Delivery. *Personal Relationships*, *23*(4), 622–644. <https://doi.org/10.1111/pere.12157>
81. Wuitchik, M., Bakal, D., & Lipshitz, J. (1989). The clinical significance of pain and cognitive activity in latent labor. *Obstetrics and gynecology*, *73*(1), 35–42.
82. Yue, H., Zhang, M., Xing, L., Wang, K., Rao, X., Liu, H., Tian, J., Zhou, P., Deng, Y., & Shang, J. (2020). The epidemiology and clinical characteristics of co-infection of SARS-CoV-2 and influenza viruses in patients during COVID-19 outbreak. *Journal of medical virology*, *92*(11), 2870–2873. <https://doi.org/10.1002/jmv.26163>
83. Quax, R. A., Manenschijn, L., Koper, J. W., Hazes, J. M., Lamberts, S. W., van Rossum, E. F., & Feelders, R. A. (2013). Glucocorticoid sensitivity in health and disease. *Nature reviews. Endocrinology*, *9*(11), 670–686. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2013.183>

PRILOZI

Privitak A: Popis ilustracija

Tablica 1. Socio demografska obilježja ispitanica

Tablica 2. Ispitanice prema obilježja trudnoće

Tablica 3. Deskriptivni podaci i koeficijent pouzdanosti na ljetvici anksioznosti

Tablica 4. Socio demografska obilježja svih ispitanica u odnosu na izraženost anksioznosti

Tablica 5. Socio demografska obilježja prvorođki u odnosu na izraženost anksioznosti

Tablica 6. Sociodemografska obilježja višerođki u odnosu na izraženost anksioznosti

Tablica 7. Raspodjela ispitanica prema tome je li im partner bio prisutan kod poroda

Tablica 8. Raspodjela ispitanica prema tome kako je djelovalo na njih prisustvo partnera na porodu

Tablica 9. Povezanost jačine anksioznosti s osjećajima vezanim uz prisustvo partnera pri porodu

Tablica 10. Povezanost jačine anksioznosti s osjećajima vezanim uz prisustvo partnera pri porodu, kod svih ispitanica i prema tome jesu li prvorođke ili višerođke

Tablica 11. Raspodjela ispitanica prema tome jesu li oni ili član obitelji prebolili Covid-19 infekciju

Tablica 12. Samoprocjena zabrinutosti zbog Covid-19 infekcije

Tablica 13. Razlike u zabrinutosti zbog pandemije Covid-19 u odnosu na izraženost anksioznosti

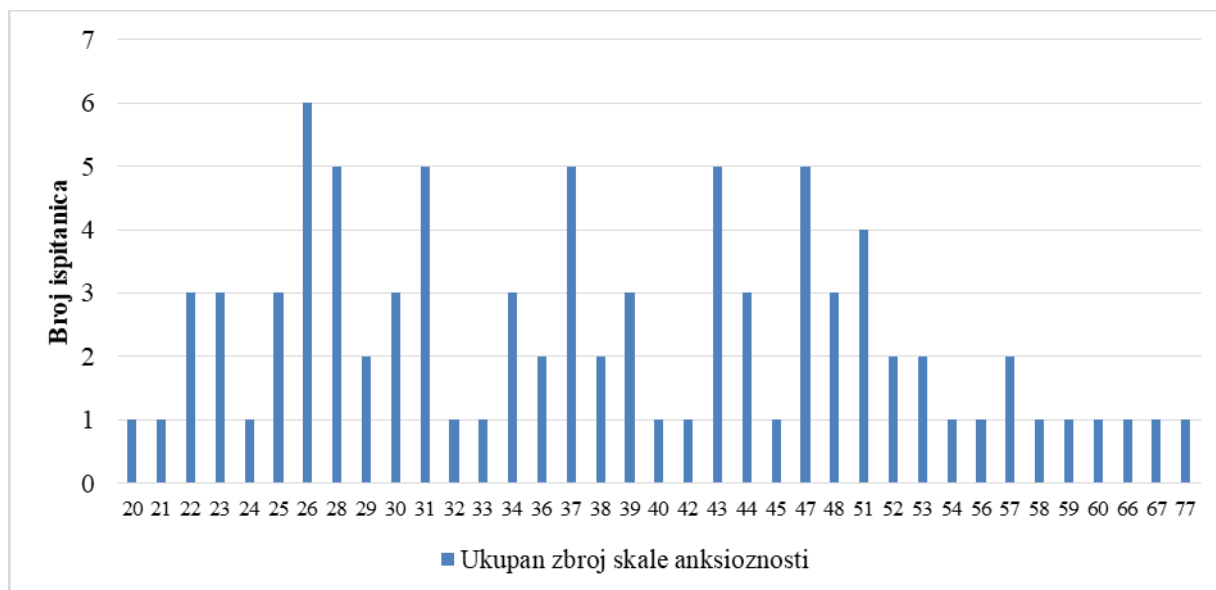
Tablica 14. Povezanost anksioznosti sa ocjenom zabrinutosti zbog Covid-19 pandemije

Tablica 15. Razlika u ukupnom broju sati provedenih u rađaonici kod prvorođki i višerođki

Tablica 16. Razlike u trajanju poroda (sati) s obzirom na izraženost anksioznosti i na to jesu li ispitanice prvorođke ili višerođke

Slike

Slika 1. Raspodjela ispitanica prema ukupnom zbroju skale anksioznosti



ANKETA "EFEKTI ANKSIOZNOSTI NA DULJINU TRAJANJA PORODA"

Poštovane roditelje,

molim Vas za sudjelovanje u anketi kako bi se uspješno provelo istraživanje na temu "Efekti anksioznosti na duljinu trajanja poroda". Istraživanje se provodi za potrebe diplomskog rada na Sveučilištu u Rijeci - smjer Primaljstvo. Sastoji se od 2 dijela (prije i poslje poroda) te 5 kategorija pitanja. Potrebno vrijeme ispunjavanja je 10 min, a obuhvaća 35 pitanja Vašeg trenutnog stanja zabrinutosti vezano za porod. Ovaj upitnik je anonim i u svakom trenutku možete odustati od istog, bez objašnjenja. Unaprijed hvala na trudu i izdvojenom vremenu.

1. KATEGORIJA PITANJA - SOCIJALNO DEMOGRAFSKI PODACI

DOB 18 -25 26-30 31 -35 >35

OBRAZOVANJE OŠ SSS VŠS VSS
(završeni stupanj)

RADNI STATUS Zaposlena Nezaposlena Povremeno zaposlena

BRAČNI STATUS Udata Neudata Rastavljena
 Izvanbračna zajednica Samohrani roditelj

- PITANJA O TRUDNOĆI

BROJ PORODA Prvi Drugi Treći i više

TJEDNI TRUDNOĆE 37-40 41-42

2.KATEGORIJA PITANJA -PITANJA POVEZANA SA COVID PANDEMIJOM

Pretpostavka je da Covid-19 infekcija utječe na zabrinutost kod trudnica/rodilja pa Vas molim da u nastavku odgovorite na par pitanja povezana sa COVID INFEKCIJOM.

Odgovori su **da/ne** (molim da zaokružite)

,te odgovori koja se rangiraju **od 1-4** (kao u prethodnom dijelu ankete) pri tom je :

	I1- NIMALOI	I 2- MALOI	I3-UMJERNOI	I4 - JAKOI		
1.Jeste li preboljeli Covid-19 infekciju?			DA	NE		
2.Je li netko od ukućana prebolio Covid-19 infekciju?			DA	NE		
3.Zabrinuti ste zbog moguće zaraze?			1	2	3	4
4.Zabrinuti ste da se ne zarazite u bolnici ?			1	2	3	4
5.Zabrinuti ste da nećete imati Vi i dijete dovoljno dobru skrb u slučaju zaraze Covid-19 infekcijom?			1	2	3	4
6.Smatrate li da pandemija utječe na Vaše mentalno zdravlje u trudnoći?			1	2	3	4

INFORMIRANI PRISTANAK ZA ISTRAŽIVANJE

Poštovane roditelje,

Pozivamo Vas da u svojstvu ispitanika sudjelujete u znanstvenom istraživanju u kojem se ispituju **“Efekti anksioznosti(zabrinutosti) na duljinu trajanja poroda.”**

Cilj rada je ispitati razlike u stupnju anksioznosti kao trenutnog stanja obzirom na sociodemografska obilježja, obilježja trudnoće, efekte prisustva partnera na porodu, zabrinutost utjecajem Covid -19 pandemije na trudnoću i porod, te duljinu trajanja poroda. Ispitanica, a rezultati istraživanja bit će korišteni za izradu diplomskog rada(primaljstvo)sa sjedištem u Rijeci.

Pošto ste Vi (trudnice/roditelje) ciljana skupina, potrebno je dati ankete upravo Vama kako bi se napravilo istraživanje koje će se provoditi kroz 2 mjeseca kako bih skupilo oko 100 roditelja koje su zainteresirane za sudjelovanje u istraživanju.

Anketa/Upitnik koji bi ispunjavale se sastoji od 2 djela, PRIJE i POSLIJE PORODA, kako bi se statistički obradile razlike efekata anksioznosti na duljinu trajanja poroda. Pitanja u anketi su kratka, jasna i nedosmislena, te je potrebno izdvojiti 10 min (35 pitanja-30 pitanja prije poroda, 5 nakon poroda.). Anketa je anonimna, te nakon ispunjavanja pohranjivat će se u za to predviđeno mjesto, dostupno samo autoru rada.

Sudjelovanje u ovome istraživanju je u potpunosti dobrovoljno. Vaša odluka o tome da li želite ili ne želite sudjelovati u ovom istraživanju ni na koji način neće utjecati na način, postupke i tijek Vaše skrbi. Ukoliko se odlučite sudjelovati u istraživanju, možete u bilo kojem trenutku prekinuti svoje sudjelovanje u njemu. Odluka o prekidanju sudjelovanja u istraživanju ni na koji način neće utjecati na način, postupke i tijek Vašeg liječenja.

Istraživanje je odobrilo Etičko povjerenstvo Opće Bolnice Zabok i bolnice hrvatskih veterana.

Za dodatna pitanja o samom istraživanju možete se obratiti osobno Adriana Kajba, *bacc.primaljstva (rađaonica) ili mob.099 301 83 73*

Svojim potpisom potvrđujem da sam informiran/a o ciljevima, prednostima i rizicima ovog istraživanja i pristajem u njemu sudjelovati.

U Bračku, 31.05.2021.

Potpis sudionika

Adriana Kajba, *bacc.primaljstva*

Potpis voditelja istraživanja

ŽIVOTOPIS

Zovem se Adriana Kajba, rođena sam 21.08.1981. godine u Brežicama. Živim u Desiniću. Udata sam i majka sam troje djece. Osnovnu školu sam pohađala u Kumrovcu u razdoblju od 1988.–1996.godine. Iste godine upisujem Srednju školu za primalje u Zagrebu koju završavam 2000.godine. Srednju medicinsku školu za medicinske sestre Mlinarska upisujem 2002.godine, u svrhu prekvalifikacije, u trajanju od jedne godine, nakon čega ponovno stažiram godinu dana u Općoj bolnici Zabok.

Od 2003.godine zaposlena sam kao primalja u Općoj bolnici Zabok i bolnici hrvatskih veteran te radim na Odjelu ginekologije i porodništva, odnosno, u rađaonici. Preddiplomski studij primaljstva završila sam na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci u razdoblju od 2008.-2011. te stekla zvanje prvostupnica primaljstva.

Poznajem rad na računalu (Microsoft Word, Power Point, Microsoft Excel, Internet), te posjedujem relativno dobro znanje iz engleskog jezika.

ZAHVALA

Zahvala

Zahvaljujem svojoj mentorici, prof.dr.sc.Smojver- Ažić Sanji, na ukazanom povjerenju, prijedlozima i savjetima u izradi diplomskog rada.

Hvala kolegicama u rađaonici na podršci i pomoći oko prikupljanja anketa, te ginekologinji prim.dr.sc. Šanjug na stručnoj pomoći.

Ovaj rad posveiujem svojoj obitelji koji su me pratili tokom studiranja i bez čije podrške i razumjevanja ne bih uspjela.