

UTJECAJ PRATNJE NA POROĐAJU NA ISHODE POROĐAJA

Zmiša, Monika

Undergraduate thesis / Završni 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:184:546994>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-11**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ PRIMALJSTVA

Monika Zmiša

UTJECAJ PRATNJE NA POROĐAJU NA ISHODE POROĐAJA

Završni rad

Rijeka, 2021.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
UNDERGRADUATE STUDY OF MIDWIFERY

Monika Zmiša

THE INFLUENCE OF SUPPORT PERSON DURING CHILDBIRTH ON BIRTH
OUTCOMES

Final work/Final thesis

Rijeka, 2021

Mentor rada: Magdalena Kurbanović, mag. med. techn., predavač, Katedra za Primaljstvo

Završni rad obranjen je dana _____ u/ na _____.

Pod povjerenstvom u sastavu:

1. _____
2. _____
3. _____

Izvješće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada.

Popis kratica

FIGO	Međunarodno udruženje ginekologa i porodničara
UNICEF	Ured Fonda Ujedinjenih naroda za djecu
WHO	Svjetska zdravstvena organizacija

Sažetak i ključne riječi na hrvatskom jeziku

Uvod: Porođaj je poseban fiziološki proces koji će žena pamtiti cijelog života. Žene su oduvijek rađale uz kontinuiranu podršku poznatih osoba, uglavnom žena. Muškarcima u smislu pratnje nije bilo mjesto na porođaju, pogotovo kada se porođaj tek počeo odvijati u bolničkim uvjetima., što je pridonijelo dehumanizaciji porođaja. Činjenica da još uvijek nije dopušteno prisustvo pratnje u svim rodilištima Hrvatske govori o tome da još treba poraditi na humanizaciji porođaja. Pratnja na porođaju je dio tima kojem je cilj rodilji priuštiti čim bolje iskustvo porođaja. Pratnja pruža rodilji emocionalnu, psihičku, fizičku i komunikacijsku podršku.

Cilj: Istražiti utjecaj prisutnosti pratnje na porođaju na ishode porođaja.

Metode i ispitanici: Podaci za izradu istraživanja su prikupljeni iz knjige protokola i knjige statistike za pratnju na porođaju na Klinici za ginekologiju i porodništvo Kliničkog bolničkog centra Rijeka. Prikupljeno je 669 ispitanika koji odgovaraju zadanim kriterijima.

Rezultati: Analiza podataka pokazala je kako prisustvo pratnje na porođaju smanjuje broj vaginalnih porođaja. Pratnja na porođaju povećava učestalost korištenja epiduralne analgezije, vjerojatnost urezivanja epiziotomije i nastanka traume međice u porođaju.

Zaključak: Bez obzira na rezultate ovog istraživanja, pratnju na porođaju ne treba zabraniti. Pratnju koja želi prisustvovati na porođaju treba bolje educirati. S obzirom na dobivene rezultate potrebna su daljnja istraživanja.

KLJUČNE RIJEČI:

porođaj, pratnja na porođaju, kontinuirana podrška, ishodi porođaja

Sažetak i ključne riječi na engleskom jeziku

Introduction: Childbirth is a special physiological process that a woman will remember for as long as she lives. Women have always had continued support from familiar persons while giving birth, mostly by another women. Men as a support person had no place in childbirth, especially since childbirth began to take place in a hospital setting which contributed to the dehumanization of childbirth. The fact that the presence of the support person is still not allowed in all Croatian maternity hospitals shows that work still needs to be done on the humanization of childbirth. The support person at the birth is part of a team whose goal is to give the best possible experience of childbirth to the person who is giving birth. The support person provides emotional, psychological, physical and communication support.

The aim: To investigate the influence of the presence of the support person during childbirth on birth outcomes.

Methods and examinees: Data for its preparation were collected from the book of protocols and the book of statistics for presence of support person during childbirth, at the Clinic for Gynecology and Obstetrics of the Clinical Hospital Center Rijeka. 669 cases that meet the given criteria were collected..

Findings: Analysis of the data showed that the presence of the support person at delivery reduced the number of vaginal deliveries. The presence of support person at birth increases the frequency of use of epidural analgesia, the likelihood of incision of the episiotomy and the occurrence of peritoneal trauma in childbirth.

Conclusion: Regardless of the results of this research, the presence of support person should not be prohibited. The support person that wants to be present at the childbirth needs to be better educated. Considering the results of this research further research is needed.

KEY WORDS:

childbirth, support person, continued support, birth outcomes

Sadržaj

1. UVOD.....	1
1.1. Kontinuirana podrška.....	3
1.2. Uloga pratnje na porođaju.....	4
1.3. Tko može biti pratnja na porođaju.....	5
1.3.1. Suprug/ partner kao pratnja na porođaju.....	5
1.3.1.1. Tečajevi za trudnice i partnera.....	6
1.3.1.2. Iskustva očeva i roditelja s porođaja.....	7
1.3.2. Doula kao pratnja na porođaju.....	8
1.3.2.1. Iskustva roditelja i doula s porođaja.....	9
1.4. Uredan tijek porođaja.....	10
1.4.1. Carski rez.....	13
1.4.2. Instrumentalni dovršetak porođaja.....	14
1.4.3. Bol u porođaju.....	14
1.5. Poteškoće u svezi s prisutnošću pratnje.....	16
1.5.1. Odnos zdravstvenih djelatnika prema osobama u pratnji.....	16
1.5.2. Prisutnost pratnje za vrijeme COVID-19 pandemije.....	17
2. CILJ ISTRAŽIVANJA I HIPOTEZE.....	19
3. MATERIJALI I METODE.....	20
3.1. Metode istraživanja.....	20
3.2. Uzorak ispitanika.....	20
3.3. Statistička obrada.....	20
4. REZULTATI.....	21
5. RASPRAVA.....	36
6. ZAKLJUČAK.....	39
7. LITERATURA.....	41
8. PRILOZI.....	46
8.1. Popis slika.....	46
8.2. Popis tablica.....	47
9. ŽIVOTOPIS.....	48

1. Uvod

Primaljstvo je drevni poziv. Skulpture primalja koje sudjeluju na porođaju datiraju unatrag osam tisuća godina (1). Još iz doba faraonskog Egipta i Mezopotamije, kao i iz razdoblja stare Grčke i Rimskog Carstva, postoje zapisi i slike koje svjedoče o tome da su primalje i druge žene pomagale roditeljama tijekom porođaja (2,3).

Postoji malo podataka o europskim primaljama prije 16. stoljeća jer su roditeljama uglavnom pomagale druge žene iz zajednice. Bile su to samouke primalje srednje životne dobi ili starije, udane ili udovice te su i same rodile. To su bili glavni uvjeti da bi se žena mogla nazvati primaljom u tom razdoblju. Osim primalje porođaju su prisustvovala i druge žene kao što su majka roditelje, članovi obitelji te susjede. One su pomagale roditelji da hoda u prvom porođajnom dobu kako bi se to razdoblje ubrzalo te da zauzme njoj odgovarajući položaj za rađanje (1).

Kroz 17. stoljeće situacija je nepromijenjena. Porođaj je bio društveni kućni događaj ukorijenjen u ženskoj domeni. Muškarcima je pristup bio zabranjen. Za roditelje su brinule primalje bez formalnog obrazovanja. Za zvanje primalje i dalje su glavni uvjeti bili da je žena zrelije dobi, udana te da ona sama ima iskustvo rađanja. One su, osim tijekom porođaja, pružale ženama podršku i šest tjedana nakon porođaja, obavljajući njihove kućanske poslove (4).



Slika 1. – Povijest primaljstva

Izvor: Reynolds L. The evolution of childbirth revealed. (dailymail.co.uk.). Associated Newspapers Ltd; ožujak 2015.

Pomagati ženi u porođaju do ranog modernog doba bila je uloga isključivo žena. Muškarci, u svojstvu kirurga, zvali bi se na porođaj kada bi za dovršetak istoga bila potrebna velika sila, što

je uglavnom uvijek značilo komplikacije. Zbog toga se prisustvo muškarca na porođaju povezivalo sa smrću majke i/ili djeteta. To se nakratko mijenja s otkrićem forcepsa jer je pravo na njegovu upotrebu pripalo muškarcima. Kako je forceps bio potencijalan spas majke i djeteta u slučaju nekih komplikacija, koji su prije tog otkrića u istim situacijama bili osuđeni na smrt, muškarci su sve više počeli voditi porođaje i primalje su pale u sporedni plan. No, muškarci koji bi vodili porođaj su počeli koristiti neopravdane razloge za upotrebu forcepsa i na taj način od prirodnog procesa su napravili mehanički. Kao posljedica toga umjesto smanjenja mortaliteta majki i novorođenčad isti se povećao.

Nakon toga primijećena je povećana potreba za školovanim primaljama. U tu svrhu otvaraju se male bolnice za rađanje u kojima su radile i školovale se primalje. U tim bolnicama nije bila dozvoljena pratnja, a ženama se ukida i pravo da izaberu položaj za rađanje i nameće im se polu-ležeći u krevetu (1).

Dok se u Europi škole za primalje otvaraju već krajem 16. stoljeća, u Hrvatskoj se to događa tek krajem 18. stoljeća (2). Prve školovane primalje na područja današnje Republike Hrvatske dolaze sredinom 18. stoljeća. Njihov djelokrug rada bio je najčešće u gradovima, dok u okolnim selima porođajima prisustvuju samouke te priučene žene. Od 1840-ih do 1920-ih broj školovanih primalja se povećava, te one počinju voditi ne samo gradske kućne porode već i one u okolnim selima. Međutim u nekim seoskim sredinama taj posao i dalje obavljaju primalje bez formalnog obrazovanja. U bolnicama se odvijaju samo patološki porođaji. Sredinom 20. stoljeća otvaranjem rodilišta povećava se broj bolničkih porođaja (5).

Kao što je vidljivo iz prethodno navedenog, žene su rađale uz kontinuiranu podršku njima poznatih osoba sve do početka odvijanja porođaja u bolničkim uvjetima. Žena koja rađa u tim uvjetima okružena je zdravstvenim djelatnicima koje, u pravilu, prvi put upoznaje. Nedostatak kontinuirane skrbi pridonio je dehumanizaciji iskustva rađanja (6).

To se počelo mijenjati dopuštanjem očevima da prisustvuju porođaju. U Engleskoj se ta promjena počela događati u razdoblju od 1960-ih do 1970-ih. U tom razdoblju je i BBC televizija prikazala snimke muža koji pruža podršku svojoj supruzi tijekom porođaja, što je utjecalo na mišljenja javnosti (7). U Americi je očevima u potpunosti dozvoljeno da budu prisutni rođenju svog djeteta tek 1980-ih (8).

Pokret povratka prirodnom porodu, temeljen na pravima pacijenata, javlja se 1980-ih. Prema pravima pacijenta svaki pacijent ima pravo na informiranost i odlučivanje o metodi liječenja. U porodništvu to znači da svaka žena ima pravo odlučiti hoće li itko, i tko, prisustvovati njenom

porođaju, na koji će način i u kojem položaju rađati, o upotrebi lijekova i postupcima s novorođenčecom (3).

U cilju humanizacije porođaja nastale su smjernice Međunarodnog udruženja ginekologa i porodničara (FIGO) „Deset koraka za rodilište prijatelj majki“ iz 2015. godine, na temelju kojih je nastala inicijativa „Rodilište- prijatelj majki i djece“ pokrenuta od strane Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske u suradnji s Uredom Fonda Ujedinjenih naroda za djecu (UNICEF). Smjernice govore o zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba tijekom porođaja, nediskriminaciji, porođaju kao obiteljskom događaju, pa tako i o važnosti omogućavanja roditelji prisutnost barem jedne osobe u pratnji po njenom izboru (9). Izuzetno velik poticaj na humanizaciju porođaja u Hrvatskoj trebala bi imati i činjenica da ne postoji mogućnost prisustva pratnje u svim hrvatskim rodilištima (10).

1.1.Kontinuirana podrška

Kontinuirana podrška se može staviti u više vremenskih kalupa, od kontinuirano kao „bez prekida“, ili „minimalno 80% vremena“, pa do „kontinuirano koliko je moguće“ (6).

Kontinuirana podrška obuhvaća čitav tijek porođaja pa tako i sve postupke i radnje upućene prema roditelji, dakle roditelja je centar kontinuirane skrbi i sva njena uvjerenja, želje i stavovi se trebaju cijeniti i uvažavati. Takva podrška djeluje kao prepreka za stres, pomaže u suočavanju s različitim situacijama, može utjecati na suradljivost, a samim time i na trajanje porođaja i percepciju boli (11).

Dobra i učinkovita kontinuirana podrška ovisi o dobrom timskom radu. Tim je mali broj ljudi s komplementarnim vještinama i znanjem koji su posvećeni zajedničkom cilju. U porodništvu taj cilj je najbolji ishod porođaja za majku i dijete. Bitno je znati da su roditelja i pratnja po njenom izboru također dio tima, te ih treba kao takve prihvatiti (12).



Slika 2. – Dobar tim

Izvor: Breese E. The story of why women give birth on their backs is blowing up on TikTok, but is it true. (metro.co.uk). Associated Newspapers Limited; prosinac 2020.

Primalje često nisu u mogućnosti pružiti kontinuiranu podršku jer trebaju motriti i brinuti o više roditelja u isto vrijeme. Značajan dio njihovog radnog vremena provode ispunjavajući dokumentaciju i obavljajući ostale administrativne poslove. Također sama organizacija radnog vremena predstavlja prepreku u pružanju kontinuirane podrške. Primalje najčešće imaju smjensko radno vrijeme čije se trajanje rijetko preklapa s trajanjem porođaja žena u rađaonici, pa primalje često, zbog kraja smjene odlaze usred porođaja i dolaze nove kolegice koje preuzimaju pružanje skrbi. Zbog toga je otežano stjecanje povjerenja i uspostave komunikacije između primalja i roditelja. Dolazi do nedostatka kontinuirane podrške i lošijeg iskustva porođaja (6).

1.2. Uloga pratnje na porođaju

Tijekom porođaja roditelje su posebno podložne stresnim utjecajima okoline, te kad im medicinski djelatnici predlože neku intervenciju (koja se provodi rutinski, možda nepotrebno) roditelje ih prihvate „bez razmišljanja“. Prisutnost pratnje mogla bi utjecati na njihov odgovor i smanjiti učestalost rutinskih postupaka (6).

Žene za pratnju biraju osobe u koje imaju povjerenja i koje suosjećaju s njima (13).

Uloga pratnje se može podijeliti na psihološku, to jest emocionalnu, fizičku i komunikacijsku (6).

Emocionalna i psihološka podrška može biti u obliku tople i brižne veze ili druženja i spremnosti na slušanje. Njihov cilj je pomoći rodilji da stvori osjećaj kontrole nad svojim porođajem te jačanje rodiljinog pouzdanja kroz pohvale, podršku, poticanje i kontinuiranu podršku (11, 13).

Fizička podrška pratnje se proteže od najjednostavnijeg stiska ruke, pomoći kod ustajanja ili okretanja, dodavanja stvari, do masaža koje bi mogle umanjiti bol (6).

Rodilja treba biti okružena ljudima kojima vjeruje i pored kojih se osjeća ugodno, poput svoje pratnje. Za komunikaciju je posebno bitno da se rodilja osjeća cijenjenom, slušanom i da ju se razumije, a znatnu ulogu ima i povjerenje (14, 15). Zbog toga pratnja po izboru ima veliku ulogu u poboljšavanju komunikacije između rodilje i zdravstvenih djelatnika. Također pomaže rodilji da izrazi svoje želje i stavove, jer je moguće da rodilja ima više povjerenja u pratnju nego u zdravstvene djelatnike i da će se svojoj pratnji prije povjeriti nego zdravstvenim djelatnicima (6).

1.3. Tko može biti pratnja na porođaju

Svakoj ženi treba bezuvjetno dozvoliti prisustvo pratnje na porođaju ukoliko to želi. Njen izbor treba poštivati, ali isto tako treba poštivati njen izbor ukoliko ne želi imati pratnju. Kulturološka uvjerenja rodilje značajno utječu na njen izbor osobe u pratnji. Rodilji treba dozvoliti da pratnja bude bilo tko iz njezinog izbora, bio to otac djeteta, suprug, sestra, majka, susjeda ili profesionalna pratnja na porođaju. Iz obiteljskog okruženja to su najčešće partner/ suprug, sestra ili majka, a iz socijalnog okruženja najčešće je to vrlo draga prijateljica.

Pratnji bi trebalo biti dozvoljeno prisustvo i vaginalnom porođaju i carskom rezu. Pratnji se treba objasniti što se od nje očekuje i kakvo ponašanje kućni red ustanove dozvoljava, tj. ne dozvoljava. Dok zdravstvene djelatnike treba educirati o dobroj komunikaciji s pratnjom (9).

1.3.1. Suprug/ partner kao pratnja na porođaju

Suprug/ partner je među najčešćim izborima za pratnju na porođaju iz obiteljskog okruženja (9).

Rodilja može imati u potpunosti normalan tijek poroda bez komplikacija, ali neki partneri ga svejedno mogu smatrati uznemirujućim i izrazito stresnim, čak do te mjere da kao posljedicu toga razviju posttraumatski stresni poremećaj. Dok drugi ukoliko ne prisustvuju porođaju osjećaju jaku isključenost što može utjecati na njihov odnos s djetetom. Uzevši to u obzir,

koliko god da je žena glavna u odlučivanju o pitanjima svog porođaja, prisustvo partnera bi trebalo biti stvar dogovora između budućih roditelja (4).

U obitelji porođaj je vrlo važan događaj, pogotovo za buduće roditelje. Uzevši to u obzir logično je da se prisutnost supruga/ partnera doživljava kao jedan od glavnih čimbenika koji pomažu stvaranju osjećaja sigurnosti i smanjenju anksioznosti roditelja (16).

Kada je u pitanju bol u prvom porođajnom dobu, roditeljama je od velikog značenja prisutnost njihovog partnera. Najvjerojatniji razlog tome je partnerova prisutnost, suosjećajnost i podrška tijekom cijele trudnoće. Računajući da će isto biti i tijekom porođaja, automatski se osjećaju ugodnije i sigurnije, što umanjuje percepciju boli. (17).



Slika 3. – Prisustvo partnera na porođaju

Izvor: Booth J. 24 Birth Photos Of Dads Meeting Their New Babies That'll Make You Sob. (romper.com). Romper; ožujak 2020.

1.3.1.1. Tečajevi za trudnice i partnera

Edukacija roditelja trebala bi se provoditi kroz cijeli život jer je sredstvo kojim se pomaže roditeljima da shvate socijalno, emocionalno i psihološko stanje sebe i svog djeteta. Trudnoća i prva godina života djeteta su jedan od najvažnijih perioda u životu roditelja i djeteta. To razdoblje je idealno za edukaciju roditelja jer su oni tada najotvoreniji prema učenju, isprobavanju novih stvari i promjenama (19).

Trudnica i partner koji pohađaju tečaj za trudnice trebali bi dobiti uravnotežene i realne informacije kako bi znali što očekivati. Trebali bi naučiti vještine koje će im pomoći nositi se sa samim porođajem (11).

Tečajevi koji se odnose uglavnom na pripremu za porođaj su namijenjeni većinom samo trudnicama, iako postoje dokazi kako bi tečajevi za roditelje, znači i za oca, bili efektivniji. No, čak i kad su prisutni na tečajevima teško pronalaze svoju ulogu u porođaju. Rijetki su tečajevi koji se fokusiraju na to, što može rezultirati osjećajem bespomoćnosti i isključenosti (19).

U Velikoj Britaniji već nekoliko godina postoji antenatalna edukacija naziva „Obrazovanje roditelja“ kao dio pružanja antenatalne skrbi. Na toj edukaciji roditelji uglavnom dobivaju informacije o položajima za rađanje, tehnikama disanja i načinima obezbojavanja porođaja (18).

Provođenje tečajeva u Hrvatskoj varira od županije do županije, na primjer u Zagrebu se tečajevi održavaju svaki mjesec na više lokacija i iz različitih izvora, dok se u Bjelovarsko-bilogorskoj županiji tečajevi provode samo šest puta godišnje (20).

Istraživanje „Trudnički tečaj- edukacija budućih roditelja“, koje je provedeno u Hrvatskoj, pokazalo je da 50% trudnica i njihovih partnera pohađaju tečaj zbog prisustva partnera na porođaju (21).

1.3.1.2. Iskustva očeva i roditelja s porođaja

Događaji samog porođaja izazivaju intenzivne emocije koje očevi pamte cijeli život.

„Osjećaji se ne mogu opisati, to je nešto savršeno“, napisao je jedan otac. Kod većine se javljaju pomiješani osjećaji. Od onih ugodnih poput sreće, ljubavi, uzbuđenosti i euforije, do onih manje ugodnih poput straha, nervoze, iščekivanja i bespomoćnosti (22).

Većina je primijetila kako se nisu osjećali spremnima za rađanje, nisu znali što ih tamo očekuje, „Pitao sam hoće li to biti kao u filmovima,...“, ni što oni mogu raditi, no neki su pronašli svoju ulogu: „... pa sam joj svako malo brisao usta vlažnom krpicom i potajno davao vode jer babice nisu dale“ (22).

Muška pratnja (partner, suprug), uglavnom smatra da je njihovo prisustvo imalo pozitivan utjecaj na njih same, na roditelja, na njihov međusobni odnos, kao i na njihov odnos s novorođenčeta. Neki su ipak priznali da su se osjećali tjeskobno nakon susreta s bolovima kroz koje je njihova partnerica prolazila u procesu rađanja (13).



Slika 4 – Iskustvo oca na porođaju

Izvor: Booth J. 24 Birth Photos Of Dads Meeting Their New Babies That'll Make You Sob. (romper.com). Romper; ožujak 2020.

Ženama je bitno prisustvo njihovog partnera na porodu i tvrde da nisu sigurne kako bi preživjele taj događaj bez svojih partnera. Kako je rođenje djeteta obiteljski događaj, prisustvo partnera na porođaju može produbiti već postojeću vezu među roditeljima: „Nikad u životu nismo zajedno plakali od sreće, ali jesmo ta tri puta“ (23).

1.3.2. *Doula kao pratnja na porođaju*

Izraz „doula“ potiče iz antičke grčke i znači „žena koja služi“. Odnosi se na osobu, najčešće ženu, koja je obučena i ima iskustva u pomaganju trudnicama, roditeljama i babinjačama. Važno je naglasiti budućim roditeljama kako je uloga doule isključivo savjetodavna i potporna. Doula nije primalja, ni zdravstveni djelatnik i ne pruža medicinsku skrb. Ona ne može samostalno, bez prisustva zdravstvenih djelatnika voditi porod jer to nije dio njene edukacije (9, 11).

U Hrvatskoj djeluje više različitih udruga doula. Za rad u sklopu jedne od njih osoba treba proći „Temeljnu obuku“ i dobiti certifikat. Certifikat se dobiva učlanjenjem u DONA International organizaciju i prisustvovanjem na barem tri porođaja s potpisanim formularima o procjeni. Formulari su dio paketa za certifikaciju koji je prethodno potrebno kupiti (26).

Doula upoznaje roditelju još tijekom trudnoće, nalaze se više puta i kroz razgovor gradi odnos pun povjerenja. Doula pruža podršku i surađuje, ne samo sa roditeljom, već sa njenim partnerom i obitelji što svima njima daje veći osjećaj sigurnosti, kontrole i informiranosti. Doula u porodu,

obzirom da više nije stranac roditelji, smiruje roditelju samim svojim prisustvom, a pomažu joj i vještine koje je stekla na svojoj obuci. Te vještine su zapravo način komunikacije s roditeljom, pomoć pri kretanju i zauzimanju raznih položaja, razne metode opuštanja uz masaže i druge nefarmakološke metode otklanjanja i smanjenja boli.

Doula pruža emocionalnu podršku kroz razgovor i slušanje roditelje što dodatno pomaže smanjenju boli. Ona roditelji daje informacije koje su u njejoj domeni kako bi roditelja lakše razumjela kroz što prolazi u procesu porođaja i osjećala veću kontrolu nad tim istim procesom. Također, ona popunjava eventualne nedostatke komunikacije i olakšava komunikaciju s primaljom i ostalim zdravstvenim djelatnicima. Doula ne razgovara izravno sa zdravstvenim djelatnicima umjesto roditelje, već primjećuje i osvještava zabrinutost i strahove roditelje, koje potom roditelja sama iznosi zdravstvenim djelatnicima kako bi ih raspravili i pokušali riješiti.

Doula bodri i osnažuje roditelju sukladno njenim željama, stavovima i potrebama. Ona ne donosi odluke umjesto roditelje, nego joj pomaže izboriti se za vlastite racionalne odluke pružanjem dodatnih informacija. Takav odnos s doulom roditelji daje veći osjećaj kontrole nad porođajem (9).

Doule su ocjenjene kao korisne u pružanju kontinuirane podrške, pogotovo u porođaju, iako nisu često prisutne na porođajima u Engleskoj (11).

U Hrvatskoj se doule pojavljuju u dva vala. Prvi je bio 2010. godine, a drugi 2013. godine. Ubrzo nakon drugog vala, u rujnu 2013. godine, osnovana je Hrvatska udruga doula. Hrvatska udruga doula ima preko 30 članova koji dolaze iz svih krajeva Hrvatske. Njihov rad i briga za roditelje je značajan, što dokazuje pokretanje građanske akcije 2015. godine pod nazivom „Ljudska prava u porodu“. Akcija se pretvorila u radionice za trudnice koje se i dalje održavaju. Cilj tih radionica je upoznati roditelje s njihovim pravima na porođaju i osnažiti ih da zauzmu ravnopravno mjesto u komunikaciji sa zdravstvenim djelatnicima, naučiti ih što su emocionalne ucjene i kako da ne podliježu istima (24, 25).

1.3.2.1. Iskustva roditelja i doula s porođaja

Roditelje prisustvo doule na svom porođaju opisuju kako neprocjenjivo iskustvo. Sviđa im se što je doula pristupačna i nenametljiva, a opet podrška u svakom trenutku. Roditelje umiruje činjenica da imaju podršku prije tijekom i nakon porođaja od nekoga tko je obučen za pružanje takve specifične podrške (27).

Doule nisu baš zadovoljne javnim trudničkim tečajevima (29).

Douli je drago kada im se žene otvore i ispričaju im što ih tišti, kako bi im mogle pomoći procesuirati njihove strahove i riješiti ih se. Doula pomaže ženi organizirati podršku kod kuće tako da sve bude spremno kada se žena vrti iz rodilišta, i nerijetko radi toga dobiva pozitivne povratne informacije (28).

Doule se sa svojom klijenticom sastaje najmanje tri puta, i kažu da im je bitno naučiti žene komunicirati sa zdravstvenim djelatnicima, a jako puno pričaju i o ženim osjećajima i strahovima (29).

Doule se nerijetko susreću s nerazumijevanjem i predrasudama zdravstvenih djelatnika: „...osoblje misli da su doule neka vrsta modernih vještica koje dolaze s nekim svojim uljima i mirisima,...“. Žene su im znale pričati kako ih je osoblje propitkivalo zašto žele imati neku nepoznatu osobu na svom porođaju (28). Nalaze se i u situacijama gdje se predstavljaju kao prijateljica roditelja, jer rodilišta ne dozvoljavaju prisustvo doule (29).

„...nevjerojatno količina muškaraca koji smatra da može odlučivati o detaljima i postupcima na porodu, uopće ne uzimajući želje i potrebe žene koja zapravo rađa“, rekla je jedna doula (28).

1.4. Uredan tijek porođaja

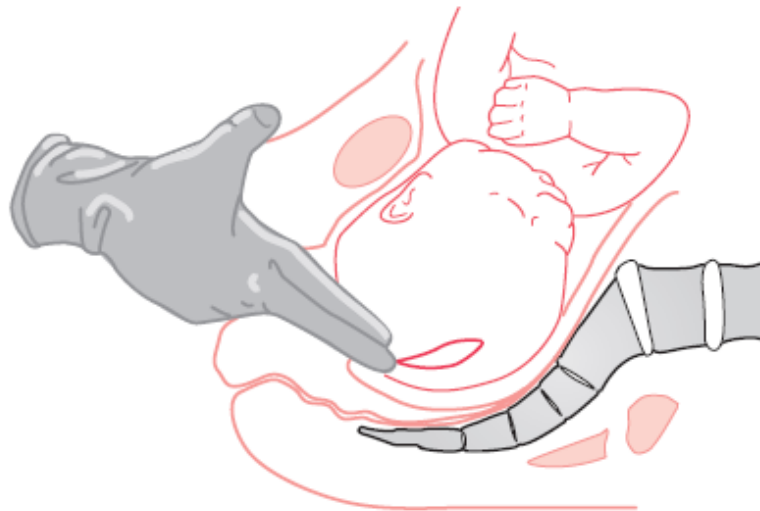
Porođaj je fiziološki proces kojim se fetus, placenta i plodovi ovojni izbacuju iz maternice kroz porođajni kanal uz pomoć porođajnih sila. Normalan terminski porođaj je onaj koji je spontano započeo između 37. i 42. tjedna trudnoće. Porođaj može biti nisko-rizičan i visoko-rizičan. Nisko-rizičan porođaj podrazumijeva zdravu roditelju bez komplikacija i bolesti u trudnoći, s terminskom jednoplodnom trudnoćom i bez bolesti i stanja koja su postojeća od prije začecja, a koja bi mogla otežati porođaj. Porođaj se dijeli na četiri porođajna doba (30).

Prvo porođajno doba započinje pravilnim kontrakcijama maternice ili spontanom puknućem vodenjaka, a završava potpunom otvorenosću ušća. Kod žena koje prvi puta rađaju prvo porođajno doba traje dulje nego kod žena koje su već rodile zbog drugačijeg mehanizma otvaranja ušća. Vrat maternice se treba skratiti i širiti, kod žena koje prvi put rađaju se ti mehanizmi odvijaju jedan po jedan, dok se kod žena koje su već rodile ti procesi odvijaju istovremeno. Ušće se normalnim tempom otvara za minimalno dva centimetra u 4 sata (30).

Napredak otvaranja ušća može se procijeniti vaginalnim pregledom. Žena se udobno smjesti u poluležeći položaj raširenih nogu. Uz korištenje lubrikacije u vaginu se polako i nježno umetnu

prsti kojima se izvodi pregled. Vaginalnim pregledom se osim otvorenosti ušća procjenjuju i pozicija, duljina i konzistencija vrata maternice, te angažiranost glavice (31).

Napredak otvaranja ušća može se procijeniti i promatranjem ponašanja roditelje. Kada je ušće zatvoreno ili otvoreno do tri centimetra roditelj ima neregulirane trudove koji su kraći od 30 sekundi, s razmakom javljanja većim od pet minuta, ali ih se javlja više od četiri u sat vremena. Bolnost tih trudova varira od bezbolnih do jake nelagode. Rodilja u tom periodu može biti nervozna, sretna ili uzbuđena, ali priča tijekom trudova i ima interakciju sa ljudima oko sebe. Rodilja se želi čim više kretati tijekom trudova i van njih (32).



Slika 5. – Izvođenje vaginalnog pregleda

Izvor: Macdonald S, Magill-Cuerden J, ur. *Mayes' Midwifery*. 14. izd. Baillière Tindall, an imprint of Elsevier Ltd; 2011.

Kada je otvorenost ušća između tri i četiri centimetara trudovi se javljaju svakih pet minuta, pravilniji su, trajanja 30-40 sekundi. Bol se pojačava no roditelj se uz potporu može nositi s njom. Rodilja i dalje ima interakciju s ljudima oko sebe, razgovara se i u trudu, a javljaju se pomiješane emocije. Rodilja se može i želi kretati van truda i tijekom truda (32).

Kada je otvorenost ušća od četiri do sedam centimetara trudovi su pravilni, javljaju se svakih tri do četiri minute i traju 40- 60 sekundi. Bol se pojačava, ali je podnošljiva uz podršku. Rodilja postaje manje socijalna, povlači se u sebe i započinje sa različitim strategijama smanjenja boli. Kreće se, ali tijekom truda mora zastati (32).

Kad je ušće otvoreno sedam do devet centimetara trudovi traju 60 sekundi i javljaju se svakih dvije do tri minute. Bol je intenzivna. Rodilja vokalizira trudove, može plakati i vikati, iritabilna je. Tijekom truda paše joj ljuljati se ili hvatati za trbuh (32).

Kada je ušće otvoreno devet do deset centimetara trudovi se s dvije do tri minute počinju javljati svaku minutu, s tim da se može javiti fiziološko usporenje neposredno prije potpune otvorenosti ušća. Bol postaje nepodnošljiva. Rodilja vokalizira trud, počinje stenjati i duboko diše. Može ju uhvatiti panika i ne reagirati na okolinu. U trudu ima potrebu uhvatiti se za nešto, a van truda se manje kreće i zatvara oči (32).

Rodilji u prvom porođajnom dobu treba dozvoliti da uzima laganu hranu i tekućinu i da se čim više kreće i mijenja položaje. Kod nisko-rizičnih porođaja rodilja ne mora i ne bi trebala biti stalno spojena na kardiokografski uređaj (30).

Drugo porođajno doba počinje potpunom otvorenošću ušća, a završava rođenjem djeteta. Dijeli se na pasivnu i aktivnu fazu. U pasivnoj fazi ušće je potpuno otvoreno, no rodilja ne osjeća napone. U aktivnoj fazi ušće je potpuno otvoreno, javljaju se naponi i rađa se dijete. U drugom porođajnom dobu trudovi su češći, intenzivniji i bolniji. Rodilje često izgube kontrolu i osjećaju kako ne mogu više izdržati, pa počnu vikati, najčešće tražeći epiduralnu ili da se dijete izvadi iz njih. Rodilja počinje osjećati potrebu za tiskanjem (30).

U normalnom porođaju fetus se nalazi u uzdužnom položaju i dorzoanteriornom stavu glavom. Mehanizam porođaja je niz pasivnih pokreta koje fetus čini tijekom porođaja. Te kretnje omogućuju fetusu da se prilagodi porođajnom kanalu. Prva kretnja, spuštanje glavice, se može početi odvijati i prije početka samog porođaja. Druga kretnja je fleksija glavice, fetus primiče bradicu prsima. To je prirodni stav fetusa na ulazu u malu zdjelicu, a kako porođaj napreduje tako fleksija postaje sve izraženija. Unutarnja rotacija je treći pokret. Događa se kada okciput susretne otpor dna zdjelice pa se zarotira za osminu kruga, tako da je najdulji promjer glave u uzdužnom promjeru izlaza iz zdjelice. Zatiljak se sada nalazi ispod simfize i glavica se počinje kruniti. Glavica se rađa pokretom ekstenzije, tako da se preko međice prvo rađa čelo, pa lice i na kraju bradica. Zatim se radi vanjska rotacija glavice ovisno o namještaju fetusa, a paralelno s time se odvija unutarnja rotacija ramena. Prednje rame se postavlja pod simfizu i rađa, pa se rađa stražnje rame, a ostatak tijela ih prati (30).



Slika 6. – Rađanje glavice pokretom ekstenzije

Izvor: : Medforth J, Ball L, Walker A, Battersby S, Stables S. Oxford Handbook of Midwifery. 3. izd. Oxford University Press; 2017.

Treće porođajno doba počinje rođenjem djeteta, a završava rođenjem posteljice, pupkovine i plodovih ovoja. Treće porođajno doba je najrizičnije za ženu, jer postoji najveća opasnost od krvarenja. Preporuča se aktivno vođenje trećeg porođajnog doba, što podrazumijeva upotrebu sintetskog oksitocina i njemu sličnih lijekova i porađanje posteljice uz kontrolirano povlačenje pupkovine. U trećem porođajnom dobu ostvaruje se kontakt „koža na kožu“ i prvi podoj (15).

1.4.1. *Carski rez*

Carski rez je operacija kojom se dovršava trudnoća. On može biti planirani/ elektivni ili hitni. Planirani carski rez se izvodi jer je njegov rizik za majku i dijete manji od rizika koje nosi vaginalni porođaj. Neke takve situacije su: malprezentacije u jedноплодних trudnoća, blizanačke trudnoće sa komplikacijama položaja i stava, placenta previa, HIV pozitivna majka koja ne uzima terapiju, aktivni genitalni herpes (33).

Hitni carski rez se izvodi kada dođe do komplikacija u trudnoći ili porođaju te su majka i/ili dijete ugroženi. Neke takve situacije bi bile: prolaps pupkovine, fetalni distress, ruptura uterusa, abrupcija placente uz dokaz da je dijete još uvijek živo (33).

Postoje četiri stupnja hitnosti carskog reza. Prvi stupanj znači trenutnu životnu ugroženost majke i/ili djeteta i carski rez se treba izvesti unutar 30 minuta. Drugi stupanj znači da postoji rizik za majku i/ili dijete, ali ni jedno nije životno ugroženo. Carski rez se treba izvesti unutar 60 minuta. Treći stupanj znači da se carski rez izvodi na zahtjev majke, ali ne postoji stvarna ugroženost majke i/ili djeteta. Četvrti stupanj označava elektivni carski rez i on je planiran tako da odgovara i ženi i zdravstvenim djelatnicima (33).

Komplikacije carskog reza su: pojačano krvarenje koje može rezultirati šokom, povećan rizik od duboke venske tromboze, oštećenje abdominalnih organa, rizik od infekcije, komplikacije opće anestezije (33).

1.4.2. *Instrumentalno dovršenje porođaja*

Instrumentalno dovršenje porođaja podrazumijeva korištenje forcepsa i vakuum ekstraktora. Takav način dovršetka porođaja ima potencijal za spašavanje majke i/ili djeteta iz za njih opasnih stanja. Međutim, s njima se povezuju najviše stope trauma na porođaju (34).



Slika 7. – Forceps

Izvor: Langdon K. Forceps Delivery Injury. (birthinjuryguide.org). A Comprehensive Resource from Experts Who Care; 2021.

Posljedice za novorođenče su: hipoksija, niže Apgar ocjene, potreba za reanimacijom, oštećenja i/ili modrice po licu i vlasištu, kefalhematom, povećan rizik od novorođenačke žutice, paraliza lica, intrakranijalna krvarenja, konvulzije (34).

Posljedice za majku: razdori vrata maternice, rodnice i međice, hematomi, rektalne laceracije, ozljede mokraćnog mjehura, povećan rizik od krvarenja, psihička trauma (34).

1.4.3. *Bol u porođaju*

Bol je složen doživljaj. Na doživljaj boli utječu fiziološki, psihološki i socijalni čimbenici. Uloga živčanog sustava u procesu nastajanja doživljaja boli ima neosporivo važnu ulogu. No, na fiziološke mehanizme živčanog sustava utječu ponajprije psihička i emocionalna stanja, ali i socijalno značenje boli. Socijalni čimbenici koji utječu na bol povezani su upravo s menstrualnom i porođajnom boli. Gotovo svaka roditeljica neposredno prije porođaja osjeća strah

od boli. Jaka bol tijekom porođaja može imati negativne posljedice na majku i/ili dijete. Bol je zbog toga potrebno ublažiti najučinkovitijim metodama (17).

Nefarmakološke metode ublažavanja porođajne boli kreću od najjednostavnijeg, dozvoliti rođilji da se kreće i zauzima njoj ugodne položaje. To ne djeluje samo fizički na njen doživljaj boli, već i psihički. Rodilju se stoga treba poticati na pokretljivost, šetnje i kreativnost kod zauzimanja položaja. Neka koristi zidove, namještaj, loptu i partnera kako bi joj bilo što ugodnije (30).

Injekcije sterilne vode se primjenjuju u kožu u postranične kutove Michaellesovog romba. Za taj postupak su potrebne dvije primalje, jer je potrebno istovremeno aplicirati sterilnu vodu u oba kuta. Sterilna voda se aplicira u trudu (30).

Masaže donjeg djela leđa tijekom truda mogu umanjiti osjećaj boli i pritiska. Mogu se koristiti ulja ili kreme kako bi masaža bila ugodnija. Rodilju može masirati njena pratnja ili primalja (30).

Različite tehnike disanja na neki način tjeraju rođilju da se koncentrira na svoje disanje i na taj način joj zapravo skreću pažnju s bola. Tehnike disanja također su dobre za sprječavanje hiperventilacije i omogućuju bolju izmjenu plinova (30).

Hipnozom se rođilja dovodi u stanje smanjene osviještenosti vanjskog okruženja što može pomoći u smanjenju bola. Rodilja se tijekom trudnoće može naučiti sama dovesti u to stanje ili može imati nekoga na porođaju tko će ju voditi kroz hipnozu (30).

Transkutani električni živčani stimulator (TENS) je aparat koji ublažava bol prolaskom blagog električnog podražaja kroz živce kralježnice na razini koja inače prenosi impulse boli iz maternice. Jednostavan je za upotrebu. Većina rođilišta ga ne nudi kao metodu ublažavanja boli, ali ga rođilje mogu donijeti sa sobom. Ne može se koristiti pod vodom ili u kombinaciji s epiduralnom. Postoje izvješća koja tvrde da TENS ometa zapis kardiokografije (30).

Ostali nefarmakološki načini ublažavanja boli su: aroma terapija, refleksna masaža, homeopatski lijekovi, akupunktura, glazba (30).

Farmakološke metode ublažavanja boli na porođaju se češće primjenjuju. Dušikov oksid se primjenjuje u omjeru dušikov oksid na prema kisiku 50:50. Ova metoda je lako dostupna, rođilja ju može samostalno kontrolirati, djeluje brzo i može se kombinirati s drugim metodama. Iako prolazi kroz placentu, nema negativan učinak na dijete. Može uzrokovati vrtoglavice i mučninu (30).

Opijati se sve manje koriste zbog sve veće popularnosti epiduralne. Preporuka je da ih se ne izbacuje u potpunosti iz upotrebe. Važno je roditelje upoznati s njihovim potencijalnim značajnim nuspojavama za nju i dijete. Od opijata u porođaju se najčešće koriste petidin i diamorfin (30).

Epiduralna analgezija je vrsta lokalne anestezije koja je najviše zastupljena u normalnom porođaju. njen učinak je bolji i dugotrajniji od onog koji imaju sistemski lijekovi. Za njenu primjenu potrebno je stručno osoblje, dostupan anesteziolog, i dobro opremljena bolnica. Nakon njene primjene potrebno je pojačano praćenje roditelje. Primjena epiduralne povezana je s češćim korištenjem sintetskog oksitocina. Povezana je i s češćom učestalošću dovršetka porođaja carskim rezom (15).

1.5. Poteškoće u svezi s prisutnošću pratnje

Udruga Roda provela je 2019. godini anketu u hrvatskim rodilištima, kako bi istražili uvijete za prisustvo pratnje na porođaju. Istraživanje je pokazalo da od 31 rodilišta, u 21 pratnja može biti bilo tko. U šest rodilišta su se izjasnili kako pratnja na porođaju može biti isključivo suprug. U Općoj bolnici Zabok pratnja može biti prisutna na porođaju ukoliko je osoba u pratnji u krvnom srodstvu sa roditeljom. U dva rodilišta, koja su u sklopu domova zdravlja, prisutnost pratnje ovisi o dogovoru s liječnikom. U Općoj županijskoj bolnici Našice prisustvo pratnje nije nikako moguće, dok rodilište Kliničkog bolničkog centra Split omogućuje prisutnost dvije osobe u pratnji. Samo jedno rodilište dozvoljava prisustvo pratnje na carskom rezu, a to je ono u Kliničkom bolničkom centru Rijeka. Osim prisustva na carskom rezu omogućuju i kontakt „koža na kožu“ između oca i djeteta ukoliko su oboje, i majka i dijete, dobrog stanja. Uz Klinički bolnički centar Rijeku kontakt „koža na kožu“ omogućilo je i rodilište Županijske bolnice Čakovec (10, 38).

Uvjet za prisustvo pratnje na porođaju u 15 hrvatskih rodilišta je završen tečaj. Neka rodilišta dozvoljavaju trudnicama i njihovoj budućoj pratnji da to bude bilo koji tečaj. Dok druga inzistiraju da to bude njihov (bolnički) tečaj. Cijena bolničkih tečajeva se kreću od nula do 400 kuna. Rodilište Kliničke bolnice Merkur je kao uvjet navelo da pratnja o vlastitom trošku treba nabaviti jednokratno zaštitno odijelo. Cijena tog odijela u ljekarnama kreće se oko 100 kuna (10).

1.5.1. Odnos zdravstvenih djelatnika prema osobama u pratnji

Ne odnose se svi zdravstveni djelatnici loše prema pratnji, no važno je naglasiti da takve situacije i dalje postoje. Ne bi smjelo biti prihvatljivo pratnja osjeća neupućeno i bespomoćno,

a kamoli nepoželjno, u 21. stoljeću. Pogotovo jer su većina osoba u pratnji zapravo očevi djeteta koje se rađa (22, 38).

Pregledom i uspoređivanjem 51 istraživanja došlo se do informacija kako neke zdravstvene ustanove nisu u potpunosti suglasne s prisustvom pratnje na porođaju zbog nedovoljno prostora i nemogućnosti pružanja potpune privatnosti, te iz straha od povećanja rizika nastanka infekcija. Isto može biti izvor nastanka neugodnih situacija između zdravstvenih djelatnika i pratnje na porođaju. Također se dokazalo kako neki zdravstveni djelatnici nisu dobro obučeni kako iskoristiti prisutnost pratnje, što dovodi do mišljenja kako pratnja nema neku važnu ulogu u porođaju, a u konačnici i do sukoba (37).

Prema podacima iz istraživanja, osobe u pratnji su rekle kako često nisu bile upućene u i uključene u događaje na porođaju što ih je frustriralo (37).

S obzirom da je doula u ulozi pratnje na porođaju u Hrvatskoj relativno rijetka i nova pojava, zdravstveni djelatnici znaju imati predrasude o njima, pa su nepristupačni prema njima, što doulama značajno otežava rad (28).

Zanimljivo je kako se neki zdravstveni djelatnici ne mogu prilagoditi jednoj osobi u pratnji, dok su u Izraelu, prema provedenom istraživanju, dvije osobe u pratnji optimalan broj ljudi u pratnji. Čak se i njihove primalje slažu s tim, ali naglašavaju kako bi im bilo što više od toga otežavalo rad (36).

1.5.2. Prisutnost pratnje za vrijeme COVID-19 pandemije

S pojavom porasta oboljelih od COVID-19 virusa, neke od vodećih svjetskih organizacija koje se bave zaštitom i promicanjem ženskog reproduktivnog zdravlja izdale su smjernice za postupanje sa trudnicama, roditeljama i babinjačama kod kojih se sumnja ili je dokazan COVID-19. Većina ih se složila oko smjernica vezanih za pratnju na porođaju. Smatraju kako ženama treba omogućiti, štoviše da ih treba poticati da imaju pratnju uz sebe. Pratnja treba biti bez simptoma koji upućuju na COVID-19 unazad sedam dana. Preporuča se da pratnja bude isključivo u prostoriji u kojoj je i roditelj, ne smije se kretati slobodno po ostatku rodilišta. Pratnja se mora pridržavati svih epidemioloških mjera. Trudnicama se treba preporučiti da imaju rezervnu osobu za pratnju, ukoliko osoba koja je prvi izbor iz nekog razloga ne prođe trijažu na ulasku u rodilište (39).

Međutim hrvatske strukovne udruge i organizacije nisu izjasnile svoje stavove, niti izdale bilokakve smjernice vezane uz prisutnost pratnje na porođaju. Pa tako s pojavom prvih mjera

izolacije u Hrvatskoj rodilišta zabranjuju prisustvo pratnje na porođaju za sve roditelje. Roditeljima nisu shvaćale zašto je to tako, ni kako ih osobe s kojima su svaki dan mogu ugrožavati u tih nekoliko sati. Ministar zdravstva Vili Beroš javno se dotakao te teme i rekao kako rodilišta mogu svako za sebe odlučiti hoće li ili neće dopustiti prisutnost pratnje na porođaju. Prva rodilišta koja su nakon toga dozvolila prisutnost pratnje na porođaju bila su rodilište Kliničkog bolničkog centra Rijeka i Klinika za ženske bolesti i porode- Petrova. Međutim dozvole i zabrane prisutnosti pratnje na porođaju su se mijenjale zajedno s epidemiološkom situacijom (39, 40).

Rezultati istraživanja provedenog u Hrvatskoj za vrijeme pandemije prikazani su u dokumentu „Tematsko izvješće“. U istraživanju je sudjelovalo 1500 ispitanica od kojih je 78% rodilo bez prisutnosti pratnje, što je gotovo suprotno od situacije kakva je bila prije pandemije. Polovica od ostalih 22% koje su imale pratnju kažu kako je pratnja trebala zadovoljiti neke uvjete. To je najčešće bilo osigurati vlastitu zaštitnu opremu ili potvrda o završenom tečaju pripreme za porođaj. Mjeriti tjelesnu temperaturu je trebalo 12,9%, a donijeti negativan test na COVID-19 nešto manje od 5%. Pratnja je smjela biti prisutna cijelo ili većinu vremena u rađaonici, te uglavnom jedan do dva sata, ili više, nakon porođaja. Trećina ispitanica bez pratnje je reklo kako im je odsutnost pratnje pogoršalo iskustvo porođaja (39).

Nakon više od godinu dana borbe sa pandemijom situacija je i dalje loša po pitanju prisustva pratnje na porođaju. U svibnju 2021. godine od 31 hrvatskog rodilišta samo 10 ih je otvorilo svoja vrata pratnji (41).

2. Cilj istraživanja i hipoteze

Glavni cilj ovog istraživanja je utvrditi utječe li prisutnost pratnje na porođaju na ishode porođaja.

Specifični ciljevi su:

- Utvrditi učestalost vaginalnog porođaja, carskog reza i instrumentalnog dovršenja porođaja kod roditelja s pratnjom te usporediti s učestalosti kod roditelja bez pratnje
- Utvrditi učestalost epiduralne analgezije kod roditelja s pratnjom te usporediti s učestalosti kod roditelja bez pratnje
- Utvrditi učestalost epiziotomije kod roditelja s pratnjom te usporediti s učestalosti kod roditelja bez pratnje
- Utvrditi učestalost upotrebe infuzije sintetskog oksitocina kod roditelja s pratnjom te usporediti s učestalosti kod roditelja bez pratnje
- Utvrditi učestalost amniotomije kod roditelja s pratnjom te usporediti s učestalosti kod roditelja bez pratnje
- Utvrditi duljinu trajanja porođaja roditelja s pratnjom te usporediti s učestalosti kod roditelja bez pratnje

Hipoteze:

1. Učestalost vaginalnog porođaja kod roditelja s pratnjom bit će veća u odnosu na roditelje bez pratnje.
2. Učestalost carskog reza kod roditelja s pratnjom bit će manja u odnosu na roditelje bez pratnje.
3. Učestalost instrumentalnog dovršenja porođaja kod roditelja s pratnjom bit će manja u odnosu na roditelje bez pratnje.
4. Učestalost primjene epiduralne analgezije kod roditelja s pratnjom bit će manja u odnosu na roditelje bez pratnje.
5. Učestalost epiziotomije kod roditelja s pratnjom bit će manja u odnosu na roditelje bez pratnje.
6. Učestalost amniotomije kod roditelja s pratnjom bit će manja u odnosu na roditelje bez pratnje.
7. Trajanje porođaja roditelja s pratnjom bit će kraće u odnosu na trajanje porođaja roditelji bez pratnje.

3. Materijali i metode

3.1. Metode istraživanja

Potrebni podaci za izradu ovog rada i istraživanja prikupljeni su uvidom u knjige protokola i knjige za vođenje statistike pratnje na porođaju na Klinici za ginekologiju i porodništvo Kliničkog bolničkog centra Rijeka. Dobiveno je odobrenje za provođenje istraživanja od strane Etičkog povjerenstva Kliničkog bolničkog centra Rijeka. Nisu se koristili identificirajući podaci ispitanika. Svi dobiveni podaci korišteni su isključivo za potrebe izrade ovog rada i istraživanja.

3.2. Uzorak ispitanika

Kriterij uključivanja ispitanika za ovo istraživanje bili su: roditelje koje su rodile u terminu, s trudnoćom niskog rizika i jednim plodom, kojima je spontano započeo porođaj, a koje su rodile od 1. siječnja 2019. do 31. prosinca 2019. godine u Kliničkom bolničkom centru Rijeka. Prikupljali su se podaci o načinu dovršenja porođaja (vaginalno, carski rez, instrumentalno), epiziotomiji, amniotomiji, epiduralnoj analgeziji, trajanju porođaja, dobi roditelja i broju porođaja. Za potrebe ovog ispitivanja duljina porođaja se zaokružila na puni sat, i to na slijedeći način:

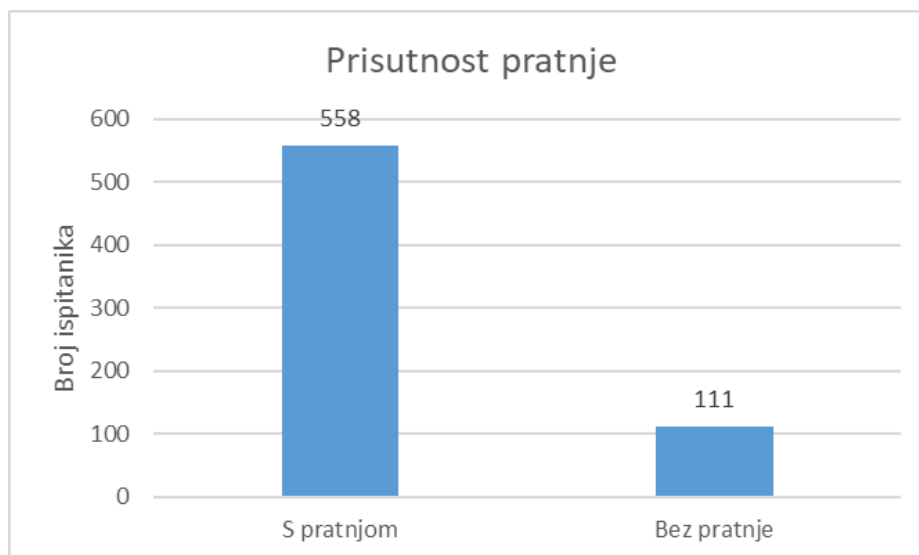
- Ukoliko su minute uz sat bile u vrijednosti od nula do 29, sat ostaje isti (na primjer 6 sati i 21 minuta zaokružuje se na 6 sati)
- Ukoliko su minute uz sat bile u vrijednosti od 30 do 59, sat se povećava za jedan (na primjer 6 sati i 36 minuta se zaokružuje na 7 sati)

3.3. Statistička obrada

Prikupljeni podaci uvidom u medicinsku dokumentaciju uneseni su u Microsoft Excel tablice prema unaprijed pripremljenom kodnom planu. Za uređivanje i grupiranje podataka koristit će se deskriptivna statistika. Za utvrđivanje statističke značajnosti korišten je test razlike proporcija.

4. Rezultati

Iz prikupljenih podataka vidljivo je da se u navedenom periodu odvio 2 381 porođaj, od čega je 669 odgovara kriterijima uključenja u istraživanje. Od 669 porođaja na 558 (83%) njih je bila prisutna pratnja, dok na 111 (17%) nije bila prisutna pratnja.



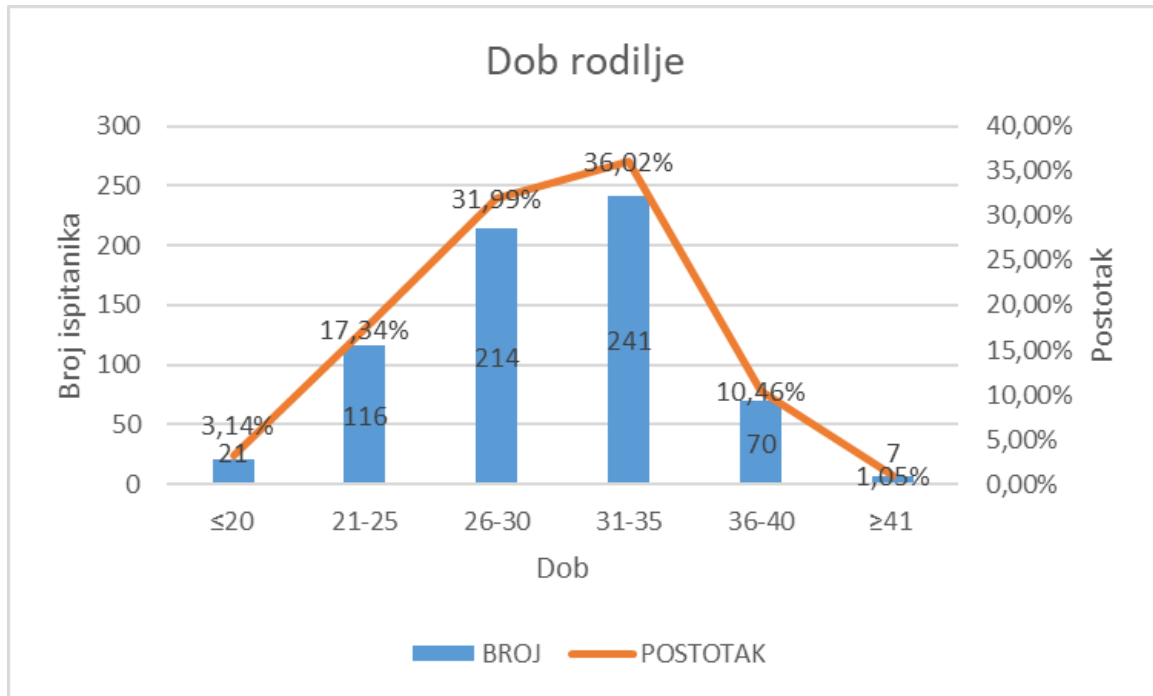
Slika 8. – Grafički prikaz prisutnosti pratnje na porođaju



Slika 9. – Grafički prikaz prisutnosti pratnje na porođaju u postocima

Uvidom u prikupljene podatke o dobi roditelja uočeno je da najmlađe imaju 18 godina, a najstarije 44 godine. Srednja vrijednost dobi roditelja iznosi 29,18 godina standardne devijacije od 4, 89 godina. Najviše je roditelja u dobi od 31 godinu (10,01%). Roditelja mlađih ili jednako 20 godina ima 21 (3,14%). Roditelja u dobi između 21 i 25 godina ima 116 (17,34%), u dobi između 26 i

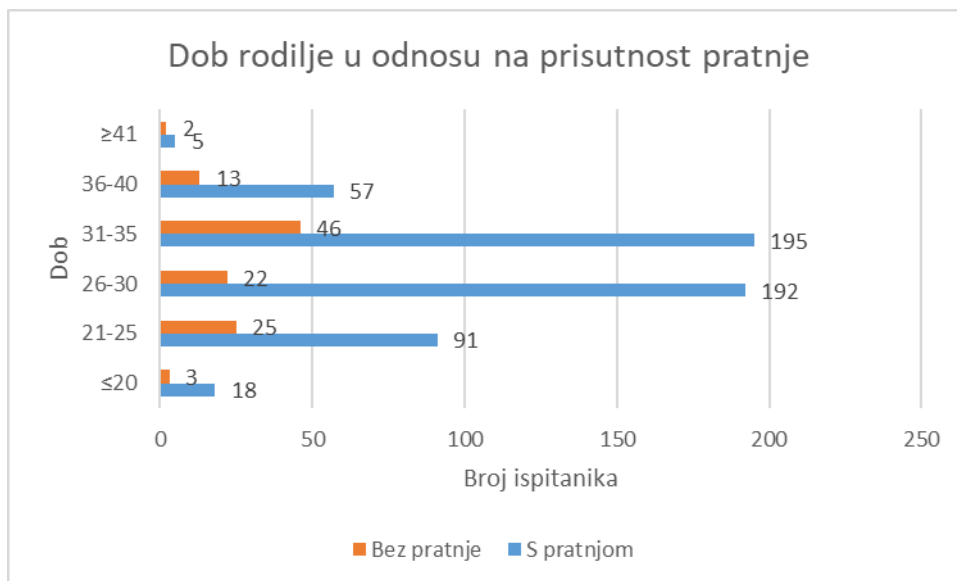
30 godina ih je 214 (36,02%), između 31 i 35 godina ih je 241 (36,02%), između 36 i 40 godina ima ih 70 (10,46%), a starijih ili jednako 41 godinu je sedmero (1,05%) roditelja.



Slika 10. – Grafički prikaz dobi roditelja

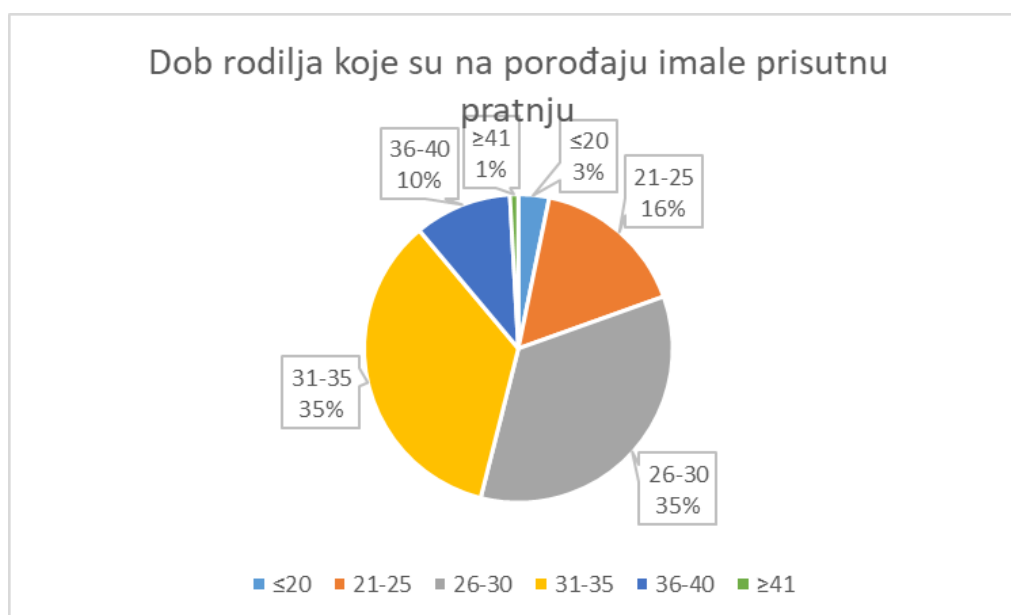
Kod porođaja uz prisutnost pratnje najmlađa roditelja ima 18 godina, a najstarija 44 godine. Srednja vrijednost dobi u ovoj grupi je 29,84 godine sa standardnom devijacijom od 4,78 godina. Roditelji mlađih ili jednako 20 godina ima 18 (3,22%), u dobi od 21 do 25 godina ima ih 91 (16,31%), od 26 do 30 godina ima ih 192 (34,41%). Najviše ih je u dobi od 31 do 35 godina, njih 195 (34,95%). U dobi od 36 do 40 godina ih je 57 (10,22%), a starijih ili jednako 44 godine je pet (0,89%).

Kod porođaja bez prisutne pratnje najmlađa roditelja ima 20 godina što je dvije godine starije od najmlađe roditelje iz grupe porođaja uz pratnju. Najstarija roditelja ima 44 godine. Srednja vrijednost dobi ove grupe je 30,07 godina, uz standardnu devijaciju od 5,44 godina. U dobi od 20 godina su tri (2,70%) roditelje. U dobi između 21 i 25 godina je 25 (22,52%) roditelja, od 26 do 30 godina ih je 22 (19,82%). Najviše ih ima u dobi od 31 do 35 godina, njih 46 (41,44%). U dobi od 36 do 40 godina ima ih 13 (11,71%), a dobi od 41 godinu i više su dvije (1,81%).

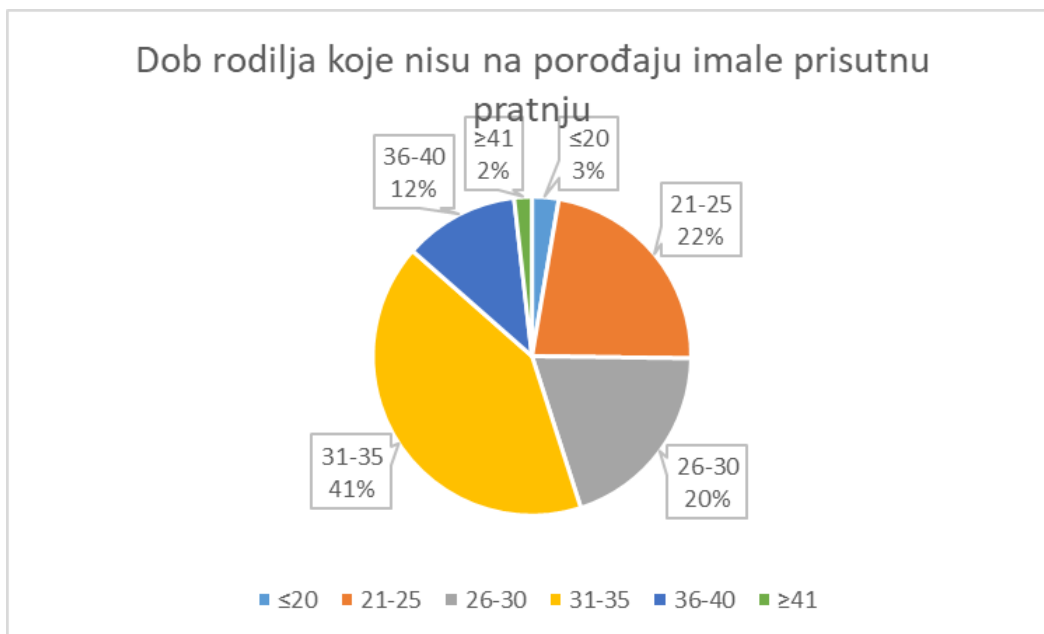


Slika 11. – Grafički prikaz dobi roditelja u odnosu na prisutnost pratnje na porođaju

Uspoređujući navedene podatke vidi se veća učestalost roditelja u dobi od 20 godina i manje u grupi porođaja uz prisutnost pratnje (3,22%), nego što je ista u grupi porođaja bez pratnje (2,70%). Rodilja u dobi 26 do 30 godina isto ima više u grupi porođaja uz pratnju (34,41%), nego što ih je u grupi bez pratnje (19,82%). U grupi porođaja bez pratnje učestalije su roditelje u dobi od 21 do 25 godina (22,52%), od 31 do 35 godine (41,44%), od 36 do 40 godina (11,71%) i u dobi od 41 i više godina (1,81%), nego što su iste u grupi porođaja uz pratnju (16,31% za dob od 21 do 25 godina, 34,95% za dob od 31 do 35 godina, 10,22% za dob od 36 do 40 godina i 0,89% za dob od 41 i više godina).

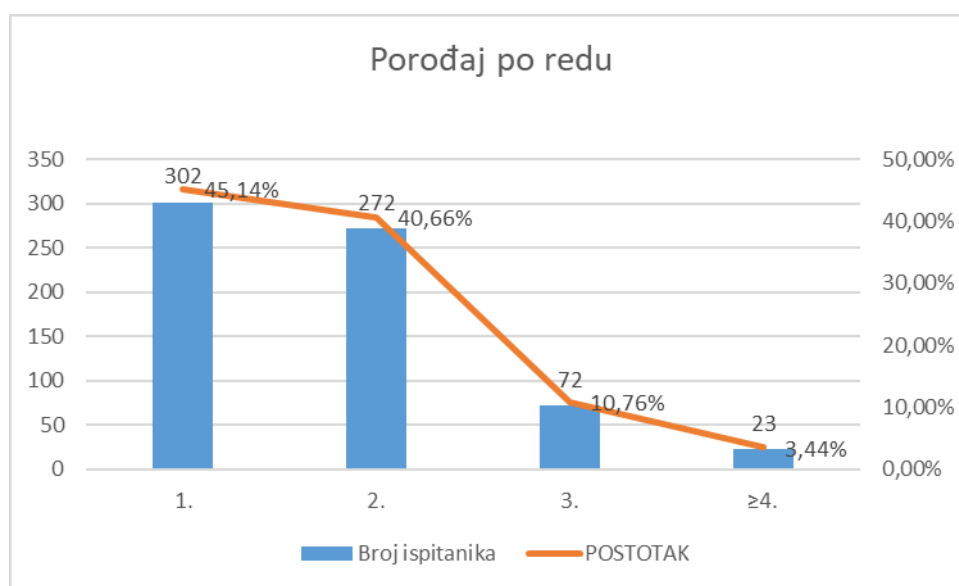


Slika 12. – Grafički prikaz dobi roditelja koje su na porođaju imale prisutnu pratnju



Slika 13. – Grafički prikaz dobi roditelja koje nisu na porođaju imale prisutnu pratnju

Promatrajući podatke vidi se da se broj porođaja roditelja kreće od prvog do sedmog. Najviše je prvorođetki, njih 302 (45,14%). Drugorođetki ima 272 (40,66%), trećerođetki 72 (10,76%), a roditelji koje se rađale četvrti ili više puta ima 23 (3,44%).

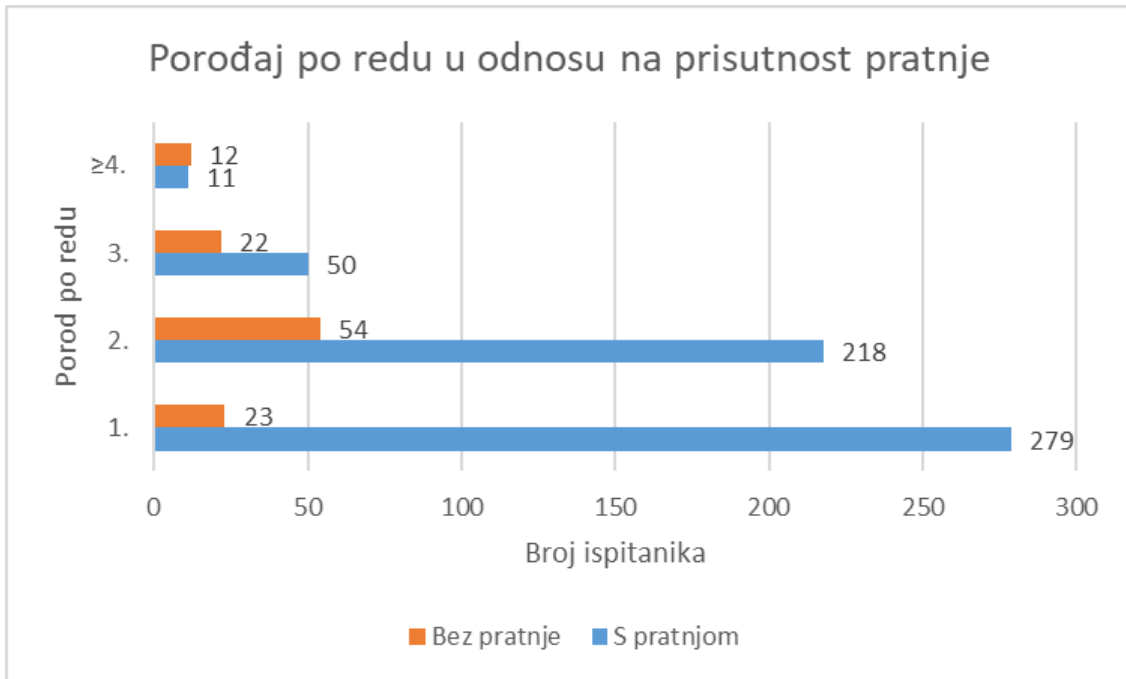


Slika 14. – Grafički prikaz porođaja po redu

Od roditelja koje su imale pratnju na porođaju, njih 279 (50%) su prvorođetke, 218 (39,07%) su drugorođetke, 50 (8,96%) ih je trećerođetki, a četiri i više puta je rodilo njih 11 (1,97%).

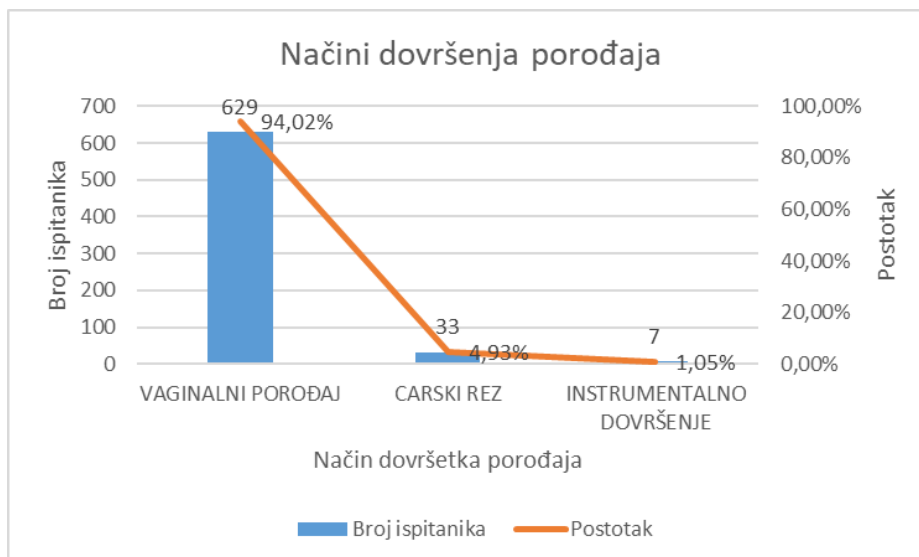
Od roditelja koje nisu imale pratnju na porođaju, njih 23 (20,72%) su prvorođetke, 54 (48,65%) su drugorođetke, 22 (19,82%) su trećerođetke, a 12 (10,81%) ih je rodilo četiri ili više puta.

Uspoređujući ove podatke vidi se da su porođaji uz prisutnost pratnje (50%) češće porođaji prvorođki, nego što su to porođaji bez prisutnosti pratnje (20,72%). U grupi porođaja bez prisutnosti pratnje su najčešće porođaji drugorođki (48,65%), dok je učestalost istih u grupi porođaja uz prisutnost pratnje (39,07%) skoro za 10% rjeđa.



Slika 15. – Grafički prikaz porođaja po redu u odnosu na prisutnost pratnje na porođaju

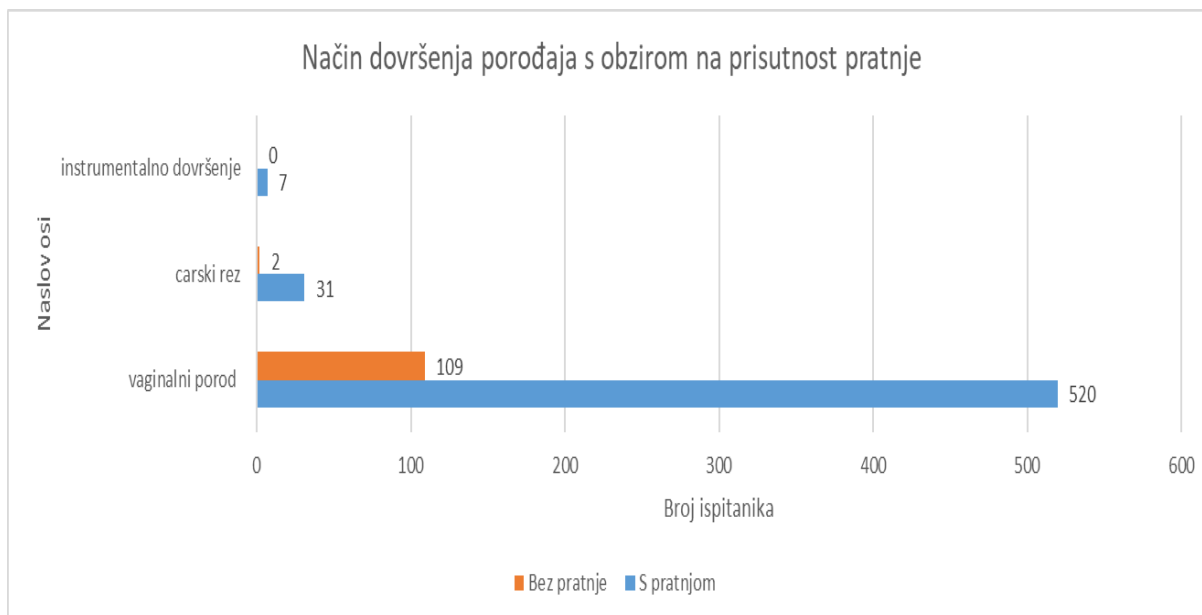
Uvidom u prikupljene podatke vidi se da je od 669 ispitanika (rodilja) koji su uzeti u obzir, njih 629 (94,02%) rodilo vaginalnim putem. Od ostalih 40, njima 33 (4,33%) dovršen je porođaj carskim rezom, a sedam (1,05%) je rodilo uz instrumentalno dovršenje porođaja. Niti jedan instrumentalni dovršetak nije se izvodio uz pomoć forcepsa (porodničarskih kliješta), već su se svi izveli uz korištenje vakuuma ekstraktora.



Slika 16. – Grafički prikaz načina dovršenja porođaja

Promatrajući brojke za načine dovršenja porođaja vidi se da od ukupnih 558 porođaja na kojima je prisutna pratnja, njih 520 (93,18%) dovršeno je vaginalnim putem. Carskim rezom je dovršen 31 (5,56%) porođaja uz prisutnu pratnju, a instrumentalno ih je dovršeno sedam (1,25%).

Od 111 porođaja na kojima nije bila prisutna pratnja, 109 (98,20%) je dovršeno vaginalnim putem, dva (1,80%) su dovršena carskim rezom, a niti jedan (0%) nije dovršen na instrumentalni način.

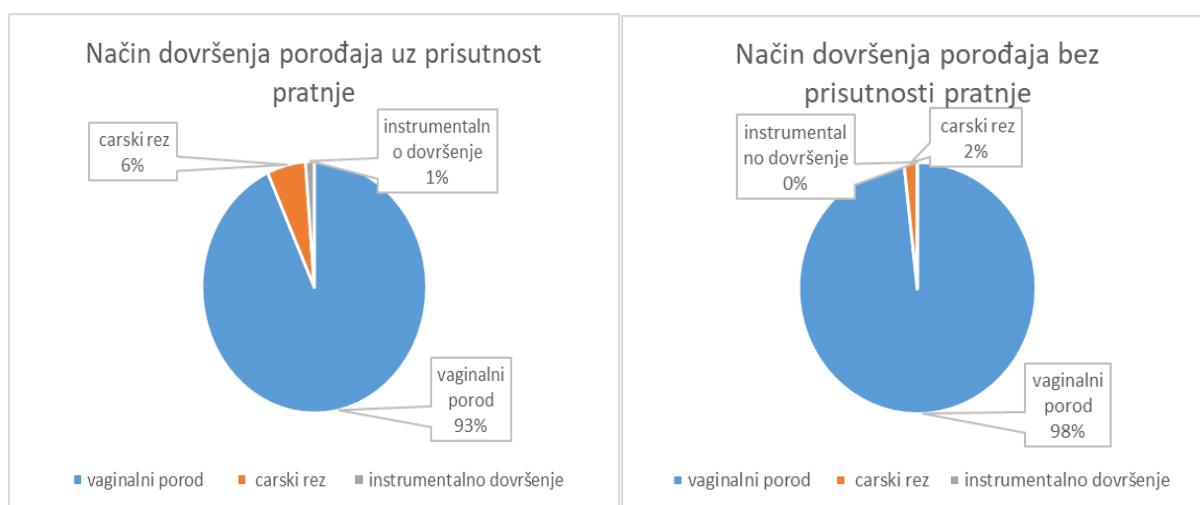


Slika 17. – Grafički prikaz načina dovršenja porođaja s obzirom na prisutnost pratnje na porođaju

Tablica 1. – Učestalosti ishoda porođaja u odnosu na prisutnost pratnje na porođaju

Način dovršetka porođaja	Prisutnost pratnje		P-vrijednost
	S pratnjom	Bez pratnje	
Vaginalni porođaj	93,20% (520)	98,20% (109)	0.0425
Carski rez	5,55% (31)	1,80% (2)	0.0958
Instrumentalno dovršenje	1,25% (7)	0% (0)	0.2367

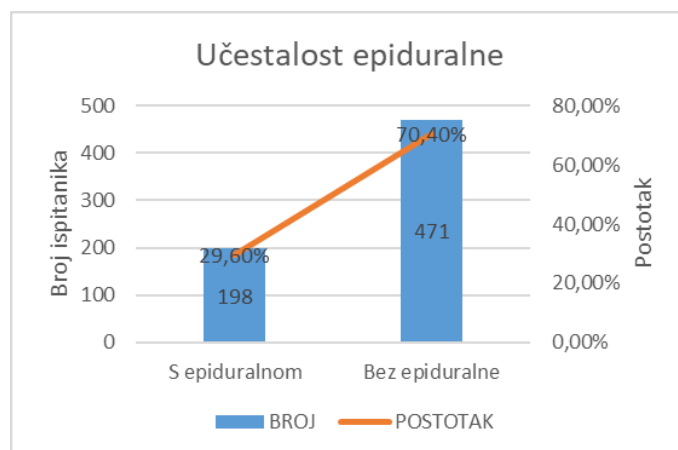
Uspoređujući učestalost određenih načina dovršenja porođaja uz prisustvo pratnje i učestalost istih bez prisustva pratnje uočava se veća učestalost vaginalnih porođaja u grupi bez prisustva pratnje (98, 2%), nego što je ista u grupi uz prisustvo pratnje (93,18%). Također se vidi da je veća učestalost carskih rezova i instrumentalnog dovršenja porođaja u grupi uz prisustvo pratnje (6% za carski rez i 1% za instrumentalno dovršenje), nego što je ista za grupu bez prisustva pratnje (2% za carski rez i 0% za instrumentalno dovršenje). Isto je grafički prikazano na slici 12. i slici 13.



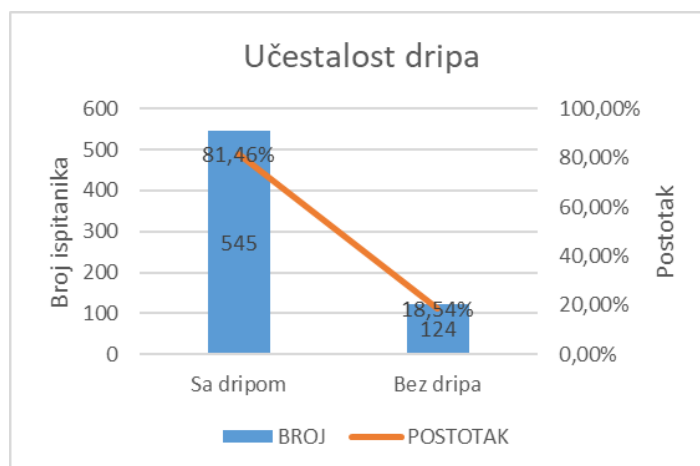
Slika 18. – Grafički prikaz načina dovršenja porođaja uz prisutnost pratnje; **Slika 19.** – Grafički prikaz načina dovršenja porođaja bez prisutnosti pratnje

Statističkim testom razlike proporcija dokazan je statistički značajan utjecaj prisutnosti pratnje na porođaju na učestalost vaginalnih porođaja na razini značajnosti od 5% ($P=0,0425$). Isti test nije pokazao statistički značajan utjecaj prisutnosti pratnje na učestalost carskog reza ($P=0,0958$), ni na učestalost instrumentalnog dovršenja porođaja ($P=0,2367$).

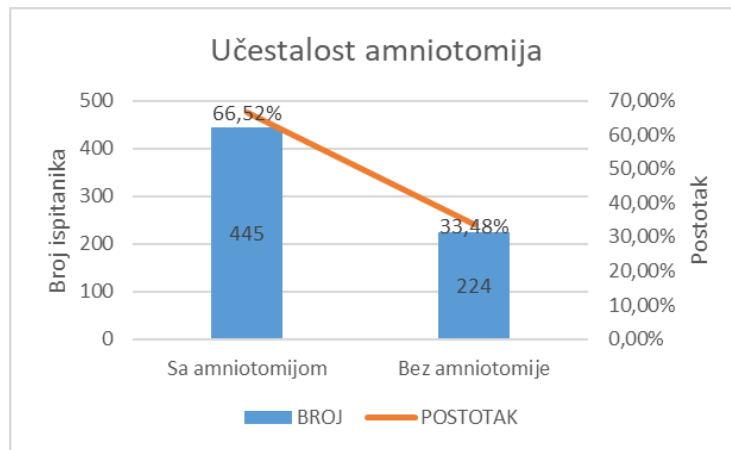
Iz obrađenih podataka saznalo se da je od ukupno 669 ispitanika, 198 (29,60%) koristilo epiduralnu analgeziju, dok ostalih 471 (70,40%) nije koristilo epiduralnu analgeziju kao metodu za smanjenje porođajnog bola. U 545 (81,46%) porođaja je primijenjena infuzija sintetskog oksitocina (drip), a u 124 (18,54%) nije. Amniotomija je napravljena u 445 (66,52%) porođaja, u ostalih 224 (33,48%) nije napravljena.



Slika 20. – Grafički prikaz učestalosti primjene epiduralne u porođaju

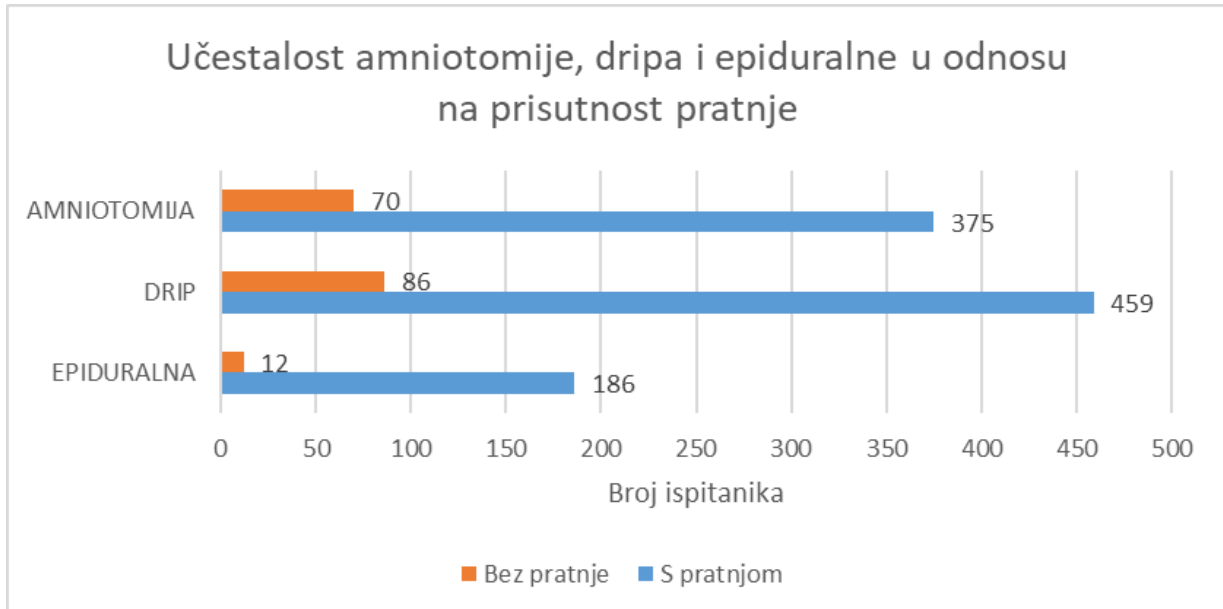


Slika 21. – Grafički prikaz učestalosti primjene dripa u porođaju



Slika 22. – Grafički prikaz učestalosti izvođenja amniotomije u porođaju

Promatrajući dobivene podatke za učestalost upotrebe epiduralne analgezije vidi se da je u 186 (33,33%) porođaja na kojima je bila prisutna pratnja korištena ova vrsta analgezije, dok na 372 (66,67%) nije korištena. Na porođajima na kojima nije bila prisutna pratnja epiduralna analgezija se koristila u 12 (10,81%) slučajeva, što znači da se u 99 (89,19%) slučajeva nije koristila.



Slika 23. – Grafički prikaz učestalosti amniotomije, dripa i epiduralne u odnosu na prisutnost pratnje na porođaju

Tablica 2.- Učestalost epiduralne analgezije, dripa i amniotomije u odnosu na prisutnost pratnje na porođaju

Prisutnost pratnje	Epiduralna analgezija	Drip	Amniotomija
S pratnjom	33,33% (186)	82,26% (459)	67,20% (375)
Bez pratnje	10,81% (12)	77,48% (86)	63,06% (70)
P- vrijednost	<0,0001	0,2369	0,399

Kod porođaja s prisutnom pratnjom drip se koristio u 459 (82,26%) porođaja, a na ostalih 99 (17,74%) se nije primjenjivao. Kod porođaja bez prisutne pratnje, na 86 (77,48%) se primjenjivao drip, a na 25 (22,52%) nije.

S prisutnom pratnjom na porođaju i napravljenu amniotomiju ima 375 (67,20%) ispitanika, dakle ima 183 (32,79%) porođaja na kojima nije napravljena amniotomija, a pratnja je bila prisutna. Amniotomija je napravljena na 70 (63,06%) porođaja bez prisutne pratnje, što znači da na 41 (36,94%) porođaju bez prisutne pratnje nije napravljena amniotomija.

Iz navedenog se vidi da je veća učestalost upotrebe epiduralne analgezije na porođajima s prisutnom pratnjom (33,33%) od one na porođajima bez prisutne pratnje (10,81%). Upotreba dripa i izvođenje amniotomija su također češći u porođajima s prisutnom pratnjom (82,26% za drip i 67,20% za izvođenje amniotomije), nego u porođajima bez prisutne pratnje (77,48% za drip i 63,06% za izvođenje amniotomije). Utjecaj prisutnosti pratnje na porođaju na učestalost korištenja epiduralne analgezije dokazana je testom razlike proporcija kao statistički značajna ($P < 0,0001$). Utjecaj prisutnosti pratnje na porođaju na učestalost korištenja dripa ($P = 0,2369$) i izvođenja amniotomije ($P = 0,3990$) nije dokazan kao statistički značajan.

Iz obrađenih podataka se saznalo da je na 300 (44,84%) porođaja urezana epiziotomija, a na njih 369 (55,16%) nije. Od ruptura međica 173 (25,86%) ih je prvog stupnja, 35 (5,23%) drugog stupnja, a jedna (0,15%) je trećeg stupnja. Uz dva (0,30%) ureza epiziotomije došlo je i do rupture međice drugog stupnja. Na 162 (24,22%) porođaja nije došlo do nikakve traume međice.

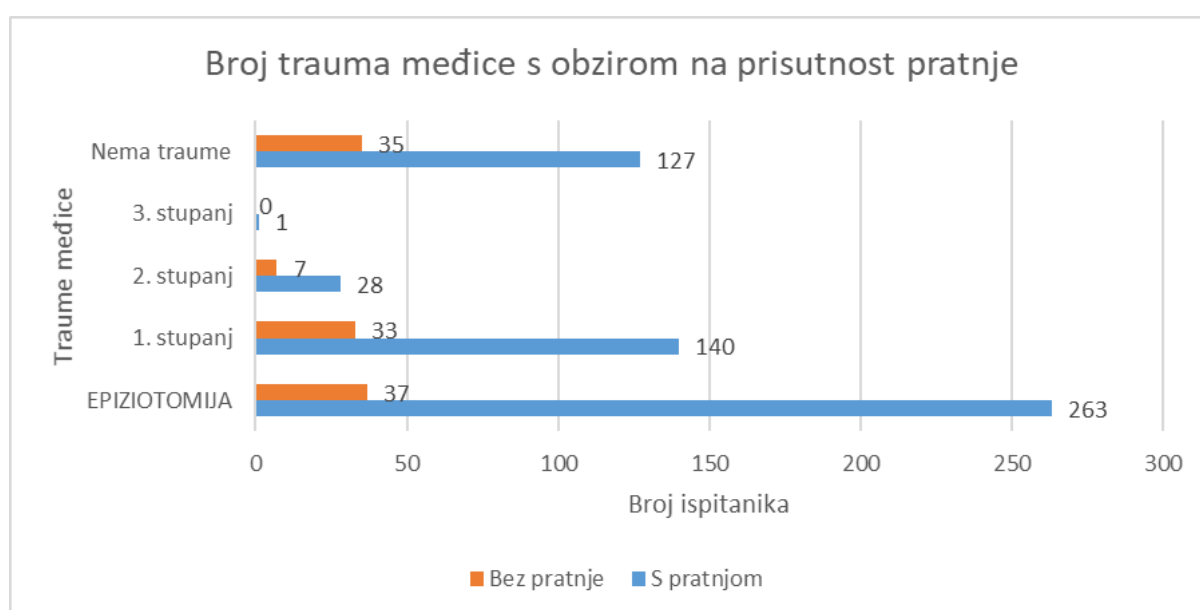
Tablica 3.- Broj i postotak epiziotomija

EPIZIOTOMIJA	BROJ	POSTOTAK
DA	300	44,84%
NE	369	55,16%
UKUPNO	669	100%

Tablica 4. – Broj i postotak ruptura međice

RUPTURE	BROJ	POSTOTAK
1.	173	25,86%
2.	35	5,23%
3.	1	0,15%
NEMA	162	24,22%

Uspoređujući podatke za grupu porođaja na kojima je bila prisutna pratnja i grupu na kojima nije bila prisutna pratnja, vidi se da je 263 (47,13%) epiziotomija urezano na porođajima s prisustvom pratnje. Dok je njih 37 (33,33%) urezano na porođajima bez prisustva pratnje.



Slika 24. – Grafički prikaz broja trauma međice s obzirom na prisutnost pratnje na porođaju

Na porođajima s prisustvom pratnje došlo je do 140 (25,10%) ruptura međica prvog stupnja, 28 (5,02%) ruptura međica drugog stupnja i jedne (0,18%) ruptore međice trećeg stupnja. Na 127 (22,76%) porođaja s prisutnom pratnjom nije bilo trauma međice.

Na porođajima bez prisustva pratnje došlo je do 33 (29,73%) ruptura međice prvog stupnja i sedam (6,13%) ruptura međice drugog stupnja. Do ruptura međice trećeg stupnja u ovoj grupi nije došlo. Bez traume međice prošlo je 35 (31,52%) porođaja bez prisustva pratnje.

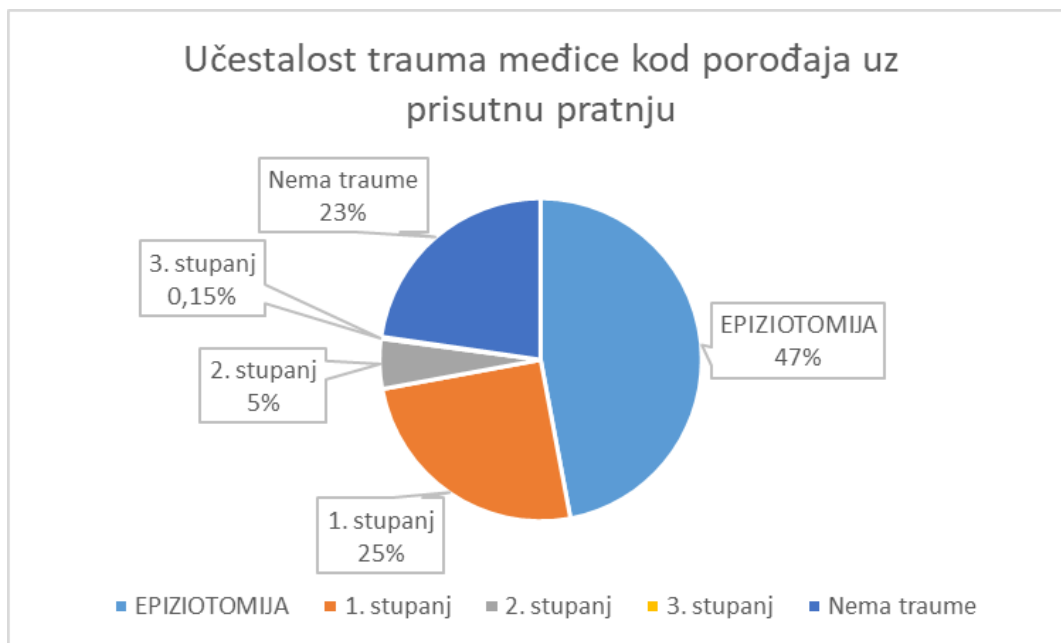
Tablica 5. – Učestalost trauma međice u odnosu na prisutnost pratnje na porođaju

PRATNJA	EPIZIOTOMIJA	1. stupanj	2. stupanj	3. stupanj	Nema traume
S pratnjom	47,13% (267)	25,10% (140)	5,02% (28)	0,18% (1)	22,76% (127)
Bez pratnje	33,33% (37)	29,73% (33)	6,31% (7)	0% (0)	31,53% (35)
P-vrijednost	0.0076	0.3094	0.5776	0.6549	0.0490

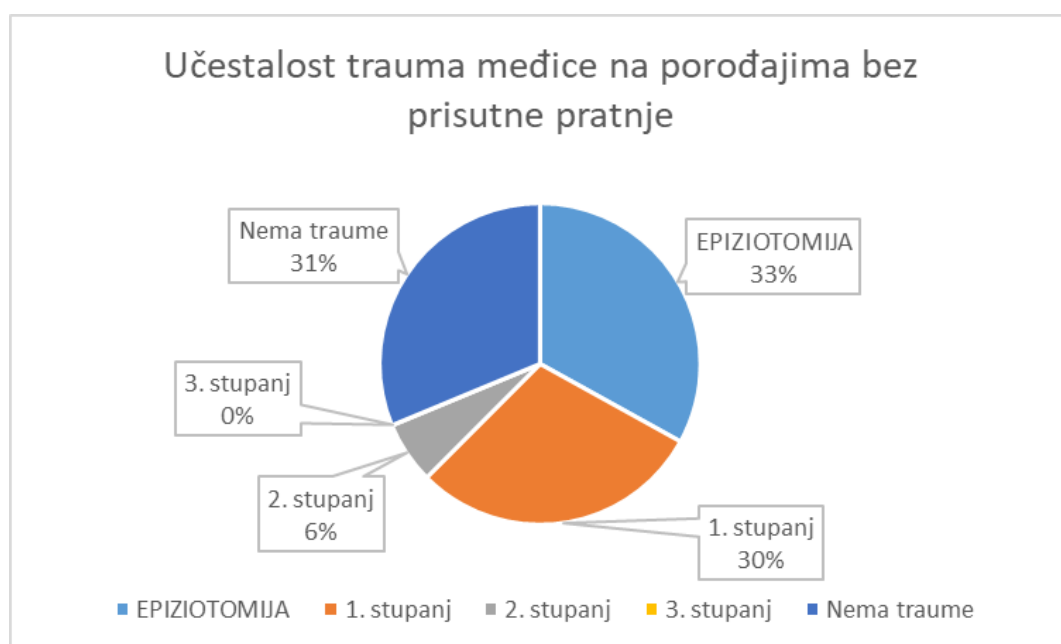
Učestalost urezivanja epiziotomije je veća kod porođaja s prisustvom pratnje (47,13%) od učestalosti urezivanja epiziotomije kod porođaja bez pratnje (33,33%). Statističkim testom razlike proporcija dokazana je statistička značajnost na razini od 5% za utjecaj prisutnosti pratnje na učestalost urezivanja epiziotomije ($P=0,0076$).

Učestalost prvog i drugog stupnja razdora međice veća je na porođajima bez prisustva pratnje (29,73% za prvi stupanj i 6,31% za drugi stupanj) od učestalosti prvog i drugog stupnja razdora međice na porođajima uz prisustvo pratnje (25,10% za prvi stupanj i 5,02% za drugi stupanj). Statistički gledano prisutnost pratnje nema utjecaj na učestalost ruptura prvog ($P=0,3094$), drugog ($P=0,5776$), ni trećeg ($P=0,6549$) stupnja.

Porođaji bez nastanka bilokakve traume češći su u grupi bez prisustva pratnje (31,53%), nego u grupi s prisustvom pratnje (22,76%). Testom razlike proporcija dokazan je statistički značajan utjecaj prisutnosti pratnje na učestalost porođaja bez trauma međice ($P=0,0490$).



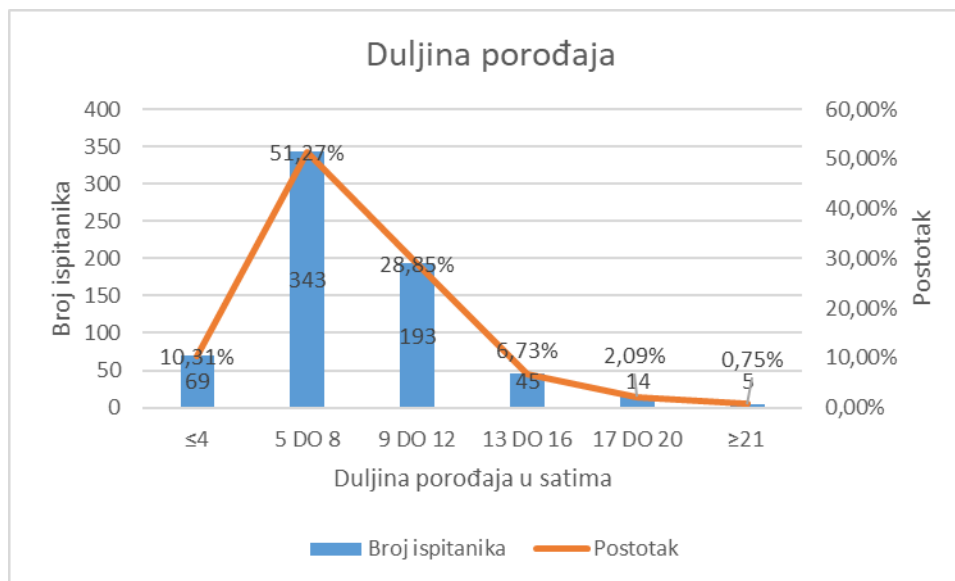
Slika 25. – Grafički prikaz učestalosti trauma međice kod porođaja uz prisutnu pratnju



Slika 26. – Grafički prikaz učestalosti trauma međice na porođajima bez prisutne pratnje

Promatrajući duljinu trajanja porođaja uočeno je da najkraći traje 3 sata (od dolaska u bolnicu), a najdulji 27 sati. Srednja vrijednost trajanja porođaja je 8,11 sati uz standardnu devijaciju od 3,44 sata. Raspon je podijeljen u slijedeće intervale: manje ili jednako četiri sata, od pet do osam sati, od devet do 12 sati, od 13 do 16 sati, od 17 do 20 sati i veće ili jednako 21 sat. Kraće ili jednako četiri sata trajalo je 69 (10,31%) porođaja. Od pet do osam sati trajalo je 343 (51,27%) porođaja. Od ukupnog broja porođaja 193 (28,85%) su trajala od devet do 12 sati.

Trajanja od 13 do 16 sati bilo je 45 (6,73%) porođaja, a od 17 do 20 sati 14 (2,09%) porođaja. Duže ili jednako 21 sat trajalo je 5 (0,75%) porođaja.

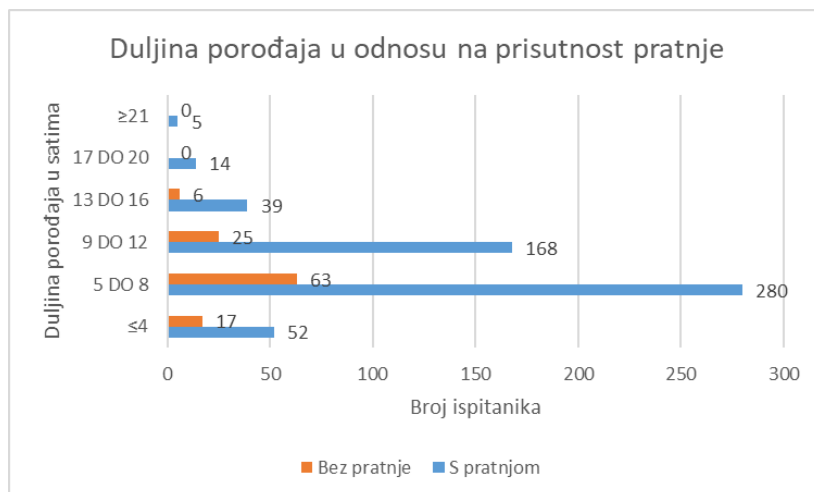


Slika 27. – Grafički prikaz duljine trajanja porođaja

Raspon duljine trajanja porođaja na kojima je prisutna pratnja proteže se od tri do 27 sati, a raspon duljine trajanja porođaja bez prisutne pratnje ide od tri do 15 sati. Srednja vrijednost duljine trajanja porođaja na kojem je prisutna pratnja iznosi 8,33 sati uz standardnu devijaciju od 3,53 sata, a srednja vrijednost trajanja duljine porođaja na kojem nije prisutna pratnja iznosi 7,01 sati sa standardnom devijacijom od 2,72 sata.

U grupi porođaja na kojima je bila prisutna pratnja, 52 (9,32%) bilo je kraće ili jednako četiri sata. U intervalu od pet do osam sati ima 280 (50,18%) porođaja, od devet do 12 sati ih je 168 (30,11%), od 13 do 16 sati je 39 (6,99%) porođaja, a od 17 do 20 sati ih je 14 (2,50%). Duže od ili jednako 21 sat trajalo je pet (0,90%) porođaja.

U grupi porođaja na kojima nije bila prisutna pratnja, kraće ili jednako četiri sata trajalo je 17 (15,32%) porođaja. U intervalu od pet do osam sati ima 63 (56,76%) porođaja, od devet do 12 sati je 25 (22,52%), između 13 i 16 sati je 6 (5,40%) porođaja. Porođaja u trajanju od 17 do 20 sati i više ili jednako 21 sat nema u grupi porođaja na kojima nije bila prisutna pratnja.



Slika 28. – Grafički prikaz duljine trajanja porođaja u odnosu na prisutnost pratnje na porođaju

Tablica 6. – Trajanje porođaja ovisno o prisutnosti pratnje na porođaju

PRATNJA	≤4	5 DO 8	9 DO 12	13 DO 16	17 DO 20	≥21
S pratnjom	9,32%	50,18%	30,11%	6,99%	2,50%	0,90%
Bez pratnje	15,32%	56,76%	22,52%	5,40%	0%	0%
P-vrijednost	0.0579	0.2056	0.1072	0.5416	0.0925	0.3161

Uspoređujući ove podatke može se uočiti je porođaja kraćih ili jednako četiri sata više zastupljeno u grupi bez pratnje (15,32%), nego u grupi s pratnjom (9,32%). Isto vrijedi za duljinu trajanja porođaja između pet i osam sati, gdje je u grupi bez pratnje zastupljenost 56,76%, a u grupi s pratnjom 50,18%. Porođaji čije su duljine trajanja u ostalim intervalima učestalije se javljaju uz prisutnost pratnje. Nije dokazana statistička značajnost na razini značajnosti od 5% za utjecaj prisutnosti pratnje na vremenski period trajanja porođaja.

5. Rasprava

Istraživanje je provedeno na Klinici za ginekologiju i porodništvo u Kliničkom bolničkom centru Rijeka. Riječko rodilište smješteno je u tercijarni centar i peto je po broju porođaja u Hrvatskoj, prema podacima iz 2019. godine. U promatranom periodu od 1. siječnja 2019. do 31. prosinca 2019. godine u rodilištu Kliničkog bolničkog centra Rijeka bio je 2381 porođaj što je 6,68% svih porođaja u Hrvatskoj za to razdoblje. U ovo istraživanje je od toga uključeno 669 (28,09%) ispitanika.

Taj uzorak je podijeljen u dvije grupe, onu s prisutnom pratnjom (83%) i onu bez prisutne pratnje (17%). Nešto manji postotak prisutnosti pratnje je u sličnom istraživanju provedenom 2017. godine. Rezultati tog istraživanja pokazuju kako je 81,2% ispitanika imalo prisutnu pratnju barem kroz dio porođaja (38). Podaci dobiveni ovim istraživanjem pokazuju trend porasta prisutnosti pratnje na porođaju u odnosu na onaj od prije nekoliko godina. Na primjer, u Rodinom istraživanju iz 2012. godine zabilježen je postotak prisutnosti pratnje od 50% (43). Taj rastući trend nije svuda prisutan, naime u Tanzaniji je prema istraživanju tek 2016. godine zabilježena prisutnost pratnje od 56,7% (42). Kao što je prethodno navedeno, prednosti prisutnosti pratnje su brojne, od veće vjerojatnosti završetka porođaja vaginalno, boljeg doživljaja porođaja, manje učestalosti korištenja epiduralne analgezije, pa do kraćeg trajanja porođaja (6, 13).

Od 669 roditelja 629 (94,02%) ih je rodilo vaginalno, od toga 520 je imalo prisutnu pratnju na porođaju, što je 93,20% svih porođaja na kojima je bila prisutna pratnja, a 109 nije imalo prisutnu pratnju, što je 98,20% svih porođaja na kojima nije prisutna pratnja. Statistički test razlike proporcija je pokazao kako je razlika između učestalosti vaginalnog dovršetka porođaja statistički značajna ($P=0.0425$). Dakle ovo istraživanje je pokazalo kako prisutnost pratnje na porođaju smanjuje vjerojatnost vaginalnog porođaja. Nadalje 5,55% porođaja iz grupe s prisutnom pratnjom završeno je carskim rezom, dok je isti ishod u grupi bez prisutne pratnje imalo 1,80% porođaja. Razlika u učestalosti carskog reza između grupe s pratnjom i bez pratnje nije se pokazala statistički značajnom ($P=0,0958$). Svi porođaji koji su dovršeni instrumentalno odvijali su se uz prisutnost pratnje što je 1,25%, dakle u grupi bez pratnje ih je 0%. Ova razlika u učestalosti se također nije pokazala kao statistički značajna ($P=0,2367$). Ovi rezultati su neočekivani jer dostupna literatura navodi suprotno. U kontroliranom randomiziranom istraživanju koje se provelo 2010. godine statistički je dokazano da je učestalost dovršenja porođaja carskim rezom manja uz prisutnost pratnje ($P=0.026$), po čemu se može pretpostaviti da je učestalost vaginalnog porođaja češća (44). Međutim u randomiziranom istraživanju koje

je provedeno u Americi učestalost carskog reza je podjednaka u obje skupine i nije, utjecaj prisutnosti pratnje nije statistički značajan ($P=0,44$), kao što nije ni u ovom istraživanju (45). Razlog rezultatima koji su dobiveni može biti neadekvatna priprema pratnje za porođaj. Pratnja koja nije pripremljena za svoju ulogu u porođaju, neće je adekvatno izvoditi. Takva pratnja neće poticati ženu na kretanje i obraćati pažnju na njene potrebe što može dovesti do frustracije roditelja i negativnog efekta na ishode porođaja.

Infuziju umjetnog oksitocina, odnosno drip, prema prikupljenim podacima u porođaju je primilo 82,26 % roditelja s pratnjom i 77,48% roditelja bez pratnje. Razlika se nije pokazala kao statistički značajna, dakle prisutnost pratnje ne utječe na učestalost korištenja dripa u porođaju. Do istog zaključka se došlo u randomiziranom istraživanju 2010. godine pod naslovom „Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery“ (44). U Rodinom istraživanju iz 2015. godine je navedeno da je 70% ispitanika primilo drip u porođaju, ali nije naveden podatak o istome za grupu s pratnjom i grupu bez pratnje (43).

Amniotomija je napravljena kod 67,02% ispitanika s prisutnom pratnjom i 63,06% ispitanika bez prisutne pratnje. Napravljen je test razlike proporcija koji je pokazao da utjecaj prisutnosti pratnje na porođaj na učestalost amniotomije nije značajan ($P=0,399$). Rodino istraživanje „Anketa o praksama u sustavu maternalne skrbi u Hrvatskoj“ pokazalo je da od 4801 žene koja je rodila unazad 5 godina od istraživanja, njima 66% je napravljena amniotomija (43). Gledajući sve ispitanike ovog istraživanja vidi se gotovo isti postotak učestalosti amniotomije (66,52%) što znači da se učestalost provođenja amniotomije nije promijenila u zadnjih četiri godine. Uzrok tome bi mogao biti što komplikacije ovog postupka nisu vrlo česte.

Epiduralna analgezija se koristila na 33,33% porođaja na kojima je bila prisutna pratnja i na 10,81% porođaja bez prisutnosti pratnje. Statističkim testom razlike proporcija ta razlika se pokazala značajnom ($P < 0,0001$). Drugim riječima ovo istraživanje pokazuje kako pratnja na porođaju povisuje učestalost upotrebe epiduralne analgezije u svrhu smanjenja porođajne boli. Dok druga istraživanja pokazuju da prisutnost pratnje smanjuje korištenje epiduralne analgezije, uz naglasak da su najbolji rezultati (najmanja učestalost korištenja) dobiveni iz ustanova gdje epiduralna analgezija nije rutinski nuđena roditeljama (6). U istraživanju „Važnost podrške na porodu“ koje je provedeno u svrhu izrade završnog rada na Sveučilištu Sjever, došlo se do zaključka da je učestalost korištenja analgezije u porođaju nešto veća kod roditelja s prisutnom pratnjom što je slično kao u ovom istraživanju (38). Razlog tome bi mogao biti što pratnja ne zna što ju čeka u rađaonici, i u susretu sa roditeljom u porođajnim bolovima, počinju se osjećati anksiozno. Još ako se tome doda osjećaj bespomoćnosti moguće je da će pratnja

predložiti korištenje epiduralne analgezije iako zna da roditelj prije porođaja nije bila previše sklona toj vrsti analgezije.

Medforth, Ball L i suradnici navode kako prisutnost pratnje na porođaju smanjuje vjerojatnost nastanka trauma međice u porođaju (11). U ovom istraživanju je 162 porođaja bez koji su prošli bez ikakvih trauma međice. Od porođaja s prisutnom pratnjom to je 22,76% porođaja, a bez prisutnosti pratnje je to 31,53%. Razlika je testom razlika proporcija dokazana kao značajna ($P=0.0076$). Dakle ovo istraživanje je pokazalo kako kod porođaja s prisustvom pratnje postoji manja vjerojatnost za porođaj bez ikakvih trauma međice nastalih u porođaju. Nadalje gledan je utjecaj pratnje na učestalost svake pojedinačne traume međice nastale u porođaju i nije dokazan utjecaj na rupturu međice prvog ($P=0.3094$), drugog ($P=0.5776$) i trećeg ($P=0.6549$) stupnja. Pod traume međice pripada i urezivanje epiziotomije. Od 558 porođaja uz pratnju, na 47,13% se urezala epiziotomija. Od 111 porođaja bez pratnje, na 33,33% se urezala epiziotomija. Razlika se pokazala statistički značajna na nivou značajnosti od 5% ($P=0.0490$). Dakle pratnja na porođaju, prema podacima iz ovog istraživanja, povisuje vjerojatnost urezivanja epiziotomije.

Najkraći porođaj u ovom istraživanju traje tri sata, a najduži 27 sati. Središnja vrijednost duljine trajanja porođaja prema prikupljenim podacima iznosi 8,11 sati, standardne devijacije 3,44 sata. Za porođaje uz prisutnost pratnje je to 8,33 sata, standardne devijacije 3,53 sata, a za porođaje bez prisutne pratnje je to 7,01 sati, standardne devijacije 2,72 sata. Razna istraživanja i literature navode kako je uz kontinuiranu podršku, odnosno prisutnost pratnje, trajanje porođaja kraće od onih bez pratnje (6,11). Međutim analizom dobivenih podataka u ovom istraživanju nije potvrđen utjecaj prisutnosti pratnje na trajanje porođaja. Razlog tome bi ponovno mogla biti neadekvatno pripremljena pratnja za porođaj.

Najmlađe roditelje uzete u obzir za ovo istraživanje imaju 18 godina, a najstarije 44 godine. Srednja vrijednost dobi roditelja u ovom istraživanju je 29,88 godina, standardne devijacije 4,89 godine. Uz prisutnost pratnje to je 29,84 godina, standardne devijacije 4,48 godine, a bez pratnje 30,07, standardne devijacije 5,44 godine. Marija Žuljan Cvitanović je u svom magistarskom radu navela da su roditelje bez pratnje bile manje životne dobi (16). Međutim prema podacima ovog istraživanja jedan posto više roditelja dobi 41 godine i više (što je interval najviše obuhvaćene dobi) je rodilo bez prisutnosti pratnje.

6. Zaključak

Porodaj je fiziološki proces. Usprkos brojnim provedenim istraživanjima još uvijek nisu poznati svi čimbenici koji mogu utjecati i utječu na njega. Bez obzira na to svaka žena ima pravo na humano i pozitivno iskustvo rađanja. Brojni su čimbenici koji negativno utječu na iskustvo rađanja, no primalje i svi zdravstveni i nezdravstveni djelatnici trebaju učiniti sve što je u njihovoj moći da taj porodaj doista bude human i siguran. Jedan od načina za to je omogućiti ženi, ukoliko to želi, pratnju na porođaju po njenom izboru. Utjecaji pratnje na porođaj su mnogobrojni. Osoba u pratnji svojim prisustvom daje roditelji na znanje da nije sama u procesu koji proživljava, pruža joj podršku jednostavnim stiskom ruke i ohrabruje ju ponosnim navijanjem. Pratnja je od velike pomoći kada roditeljica želi promijeniti položaj, ili se treba osloniti na nekoga u trudu. Pratnja može i treba zagovarati roditeljine stavove kada se zdravstveni djelatnici ogлуše na njih. Pratnja je najčešće osoba od povjerenja koja poznaje roditelju i zdravstveni djelatnici trebaju naučiti kako to najbolje iskoristiti.

Većina hipoteza postavljenih u ovom istraživanju nije potvrđena. Rezultati ovog istraživanja pokazali su da pratnja smanjuje učestalost vaginalnog porođaja, a povećava učestalost korištenja epiduralne analgezije, urezivanja epiziotomije, a samim time i nastanak traume međice u porođaju.

Dobiveni rezultati nisu sukladni s drugim sličnim istraživanjima. Moguće da je tako zbog malog broja ispitanika obuhvaćenih ovim istraživanjem i rutinskog korištenja dripa, provođenja amniotomije i urezivanja epiziotomije. Ti postupci se provode kao rutinske intervencije kako u rodilištu Kliničkog bolničkog centra Rijeka, tako i u ostalim rodilištima Republike Hrvatske. Osim toga riječko rodilište nije postavilo nikakve uvijete za prisustvo pratnje na porođaju, pratnja može biti bilo tko bez obzira ima li ili nema završeni tečaj pripreme za porođaj. Upitno je koliko su pripremljeni za porođaj i oni koji imaju završen tečaj, jer sadržaji i teme na tim tečajevima variraju od tečaja do tečaja. Također tečajevi pripreme za porođaj u Hrvatskoj nisu na istoj razini kvalitete kao u nekim drugim zemljama. Zbog toga su najvjerojatnije izostali protektivni utjecaji prisutnosti pratnje na porođaju.

Rezultati ovog istraživanja, iako neočekivani, ne znače da prisutnost pratnje na porođaju treba ukinuti, već ukazuju na potrebu uvođenja kvalitetne i sveobuhvatne antenatalne edukacije koja bi se dovoljno posvetila potencijalnim pratnjama na porođaju te na taj način povećala dobrobiti koje prisutnost pratnje na porođaju može osigurati. Isto tako da se zdravstveni djelatnici trebaju

dodatno educirati o tome kako komunicirati s pratnjom, uključiti ju u proces porođaja i iskoristiti njenu prisutnost.

Tijekom izrade ovog rada uočen je manjak ovakvih istraživanja u Republici Hrvatskoj, pa je stoga potrebno provesti daljnja ispitivanja na većem broju ispitanika i s kombiniranim metodama prikupljanja podataka.

7. Literatura

1. Jean Donnison. A history of the midwifery profession in the United Kingdom. U: Macdonald S, Magill-Cuerden J, ur. Mayes' Midwifery. 14. izd. Baillière Tindall, an imprint of Elsevier Ltd; 2011. str. 13–32.
2. Povijest primaljstva (HUPP). Hrvatska udruga za promicanje primaljstva. Listopad 2006. (citirano 28. lipnja 2021.). Dostupno na: http://www.hupp.hr/content_detaljnije.aspx?G1=6&G2=0&G3=0&G4=0&ID=41 .
3. Dražančić A. Alternativne metode rađanja. Gynaecol Perinatol. 2004; 13(2):43–51.
4. Lewis L, Lachanudis L. Postnatal midwifery care. U: Lewis L. Fundamentals of Midwifery. John Wiley & Sons, Ltd; 2015. str. 166-187.
5. Habek D. Povijesni razvoj primaljstva , porodništva I. Rad Zavoda za Znanstveno-istraživački i umjetnički rad u Bjelovaru. 2008.; 61(091):169–86.
6. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth (Cochrane). Izd. 2017. Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2017. (citirano 28. lipnja 2021.). Dostupno na: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full?highlight=Abstract=woman%7Cfour%7Ccontinuous%7Cfor%7Cchildbirth%7Ccontinu%7Cduring%7Cdure%7Csupport%7Cwomen> .
7. King L. Hiding in the pub to cutting the cord? Men's presence at childbirth in Britain c.1940s-2000s. U: Social History of Medicine. Oxford University Press; 2017. str. 389–407.
8. Prichep D. A History Of Dads In Delivery Rooms (npr). Shots health news from npr. 2017. (citirano 28. lipnja 2021.). Dostupno na: <https://www.npr.org/sections/health-shots/2017/06/18/532921305/this-fathers-day-remembering-a-time-when-dads-werent-welcome-in-delivery-rooms?t=1618589340941> .
9. Stanojević M. Rodilište- prijatelj majki i djece; priručnik za zdravstvene i nezdravstvene djelatnike rodilišta. Ured UNICEF-a za Hrvatsku; 2020.
10. Roda. Uvjeti za pratnju na porodu u hrvatskim rodilištima (roda.hr). Roda; 2019. (citirano 28. lipnja 2021.). Dostupno na: <https://rodilista.roda.hr/rodilista-prijatelji-majki/uvjeti-za-pratnju-na-porodu-u-hrvatskim-rodilistima.html> .

11. The need for social support. U: Medforth J, Ball L, Walker A, Battersby S, Stables S. Oxford Handbook of Midwifery. 3. izd. Oxford University Press; 2017. str. 139- 166.
12. Beadle M, Townend S. Team working. U: Lewis L. Fundamentals of Midwifery. John Wiley & Sons, Ltd; 2015. str. 22- 41.
13. Svjetska zdravstvena organizacija. Why having a companion during labour and childbirth may be better for you (WHO). 18. ožujka 2019 (citirano: 28. lipnja 2021.). Dostupno na: <https://www.who.int/reproductivehealth/companion-during-labour-childbirth/en/>.
14. Spencer L. Psychological context. U: : Macdonald S, Magill-Cuerden J, ur. Mayes' Midwifery. 14. izd. Baillière Tindall, an imprint of Elsevier Ltd; 2011. str. 147- 155.
15. Svjetska zdravstvena organizacija. Skrb tijekom normalnog porođaja- praktični vodič (Komora primalja). Svjetska zdravstvena organizacija; 1999. (citirano 28. lipnja 2021.). Dostupno na: https://www.komora-primalja.hr/datoteke/WHO_smjernice.pdf.
16. Žuljan Cvitanović M. Anksioznost roditelje tijekom porođaja i utjecaj prisutnosti partnera. Split: Medicinski fakultet; 2012.
17. Meštrović AH, Bilić M, Frlan Bajer A, Barišić I, Kramarić M. Psihološki čimbenici doživljaja boli pri porođaju. Klinička psihologija 1. 2008;1-2:91-108.
18. Flint J, Lambert C. Antenatal midwifery care. U: : Lewis L. Fundamentals of Midwifery. John Wiley & Sons, Ltd; 2015. str. 120-141.
19. Deane- Gray T. Education for parenthood. U: Macdonald S, Magill-Cuerden J, ur. Mayes' Midwifery. 14. izd. Baillière Tindall, an imprint of Elsevier Ltd; 2011. str. 243-263.
20. Župančić M, Turuk V, Ćurik D, Bertić Lj. Evaluacija provođenja trudničkih tečajeva tijekom 2000.-2012. god. Hrvatski časopis za javno zdravstvo. 2013; vol. 9 br. 33
21. Mrculin J, Sertić V. Trudnički tečaj- edukacija budućih roditelja. Istraživanje. SG/NJ2020;25:50-5. doi: 10.11608/sgnj2020.25.009.
22. Matković T. A kako se muškarci osjećaju na porodu? Pitali smo 7 očeva da nam ispričaju svoja iskustva. (Super 1). Telegram media grupa. 21. svibanj 2018. (citirano 28. lipnja 2021.). Dostupno na: <https://super1.telegram.hr/emocije/a-kako-se-muskarci-osjecaju-na-porodu-pitale-smo-7-oceva-da-nam-ispričaju-svoja-iskustva/>.

23. JS. Ne znam kako bih rodila bez podrške supruga u rađaonici! Dopustite trudnicama pratnju na porodu. (Roditelji.hr). Adria Media Zagreb d.o.o.; 17. studeni 2020. (citirano 28. lipnja 2021.). Dostupno na: <https://www.roditelji.hr/obitelj/ne-znam-kako-bih-rodila-bez-podrške-supruga-u-radaonici-dopustite-trudnicama-pratnju-na-porodu/> .
24. Budak A. Ljudska prava u porodu. U: Davorija I, Matejčić M, ur. Reproductivna pravda za pravednije društvo. Rijeka: Udruga pariter; 2018. str. 39- 49.
25. Hrvatska udruga doula. O udruzi. (doula.hr). Hrvatska Udruga Doula; 2021. (citirano 28. lipnja 2021.). Dostupno na: <https://doula.hr/o-udruzi/> .
26. Hrvatska udruga doula. Postani doula. (doula.hr). Hrvatska Udruga Doula; 2021. (citirano 28. lipnja 2021.). Dostupno na: <https://doula.hr/postani-doula/> .
27. Doula na porodu. (forum). Miss7mama; 5. siječnja 2014. (citirano 28. lipnja 2021.). Dostupno na: <https://miss7mama.24sata.hr/forum/tema/doula-262> .
28. Glavina E. Upoznajte doule koje prve u Hrvatskoj svoje usluge nude online. (super 1). Telegram media grupa; 29. kolovoza 2020. (citirano 28. lipnja 2021.). Dostupno na: <https://super1.telegram.hr/snaga/upoznajte-doule-koje-prve-u-hrvatskoj-svoje-usluge-nude-online/> .
29. Marinović V. Jelena Ravnjak: Kvalitetni trudnički tečajevi mogu osnažiti žene. (voxfeminae). Vox feminae; 3. lipnja 2019. (citirano 28. lipnja 2021.). Dostupno na: <https://voxfeminae.net/pravednost/jela-ravnjak-trudnicki-tecajevi/> .
30. Normal labour. U: Medforth J, Ball L, Walker A, Battersby S, Stables S. Oxford Handbook of Midwifery. 3. izd. Oxford University Press; 2017. str. 239- 380.
31. Walsh D. Care in the first stage of labour. U: Macdonald S, Magill-Cuerden J, ur. Mayes' Midwifery. 14. izd. Baillière Tindall, an imprint of Elsevier Ltd; 2011. str. 485-505.
32. Murray-Davies B, Hutton E, Wainman B, ur. Comprehensive Midwifery: An Interactive Approach To The Theory And Evidence Of Practice. 2. izd. Hamilton: McMaster University; 2017.
33. High-risk labour. U: Medforth J, Ball L, Walker A, Battersby S, Stables S. Oxford Handbook of Midwifery. 3. izd. Oxford University Press; 2017. str. 393-478.

34. Meakin S. Procedures in obstetrics. U: Macdonald S, Magill-Cuerden J, ur. Mayes' Midwifery. 14. izd. Baillière Tindall, an imprint of Elsevier Ltd; 2011. str. 839-852.
35. Beake S, Chang YS, Cheyne H, Spiby H, Sandall J, Bick D. Experiences of early labour management from perspectives of women, labour companions and health professionals: A systematic review of qualitative evidence. (PubMed-gov) Midwifery 2018; 57:69-84. (citirano 28. lipnja 2020.). Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29223042/> .
36. Wolf AF, Shnaider O, Sharabi L, Biderman SN, Elon R, Bornstein J. Optimal continuous support accompanying labor - the midwives' and laboring women's point of view. (PubMed-NCBI) Isr J Health Policy Res. 2019; 8: 27. (citirano 9. srpnja 2021.). Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6402159/> .
37. Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis.(cochranelibrary). Cochrane Database of Systematic Reviews 2019. (citirano 9. srpnja 2021.). Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33746826/> .
38. Buhin Cvek A. Važnost podrške na porodu (Završni rad). Koprivnica: Sveučilište Sjever; 2017.
39. Pravobraniteljica za ravnopravnost spolova, Roda. Tematsko izvješće. (roda.hr). Zagreb: Pravobraniteljica za ravnopravnost spolova, Roda; rujan 2020. (citirano 9. srpnja 2021.). Dostupno na: https://www.roda.hr/media/attachments/udruga/udruga_roda/dostupnost_skrbi_za_reproduktivno_zdravlje_zena_za_vrijeme_COVIDa-compressed.pdf .
40. Ivanović R. Pratinja na porodu: Pobuna očeva jer im se brani biti u rađaoni. (reci.hr). Inental R2; 29. lipnja 2020. (citirano 9. srpnja 2021.). Dostupno na: <https://reci.hr/novi-zivot/trudnoca/pratinja-na-porodu-pobuna-oceva-fer-im-se-brani-bitu-u-radaoni/> .
41. GB. Provjerili smo gdje je u Hrvatskoj dopuštena pratinja pri porodu, pogledajte koji su uvjeti postavljeni. (dnevnik.hr). Dnevnik.hr; 21. svibnja 2021. (citirano 9. srpnja 2021.). Dostupno na: <https://dnevnik.hr/vijesti/koronavirus/provjerite-u-kojim-bolnicama-je-dozvoljena-pratinja-na-porodu---652400.html> .

42. Dynes MM, Binzen S, Twentyman E, et al. Client and provider factors associated with companionship during labor and birth in Kigoma Region, Tanzania. *Midwifery*. 2019;69:92-101. doi:10.1016/j.midw.2018.11.002.
43. Udruga Roda. Anketa o praksama u sustavu maternalne skrbi u Hrvatskoj. (roda.hr). Roda roditelj u akciji; ožujak 2015. (citirano 11. srpnja 2021.). Dostupno na: https://www.roda.hr/media/attachments/udruga/programi/tip/Sustav_maternalne_skrbi_HR_rezultati_ankete.pdf.
44. Kashanian, M., Javadi, F. and Haghghi, M.M. Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*;2010. 109: 198-200. (citirano 12. srpnja 2021.). Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.11.028>.
45. Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, i sur. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288(11):1373-1381. doi:10.1001/jama.288.11.1373.

8. Prilozi

8.1. Popis slika

Slika 1. – Povijest primaljstva

Slika 2. – Dobar tim

Slika 3. – Prisustvo partnera na porođaju

Slika 4 – Iskustvo oca na porođaju

Slika 5. – Izvođenje vaginalnog pregleda

Slika 6. – Rađanje glavice pokretom ekstenzije

Slika 7. – Forceps

Slika 8. – Grafički prikaz prisutnosti pratnje na porođaju

Slika 9. – Grafički prikaz prisutnosti pratnje na porođaju u postocima

Slika 10. – Grafički prikaz dobi roditelja

Slika 11. – Grafički prikaz dobi roditelja u odnosu na prisutnost pratnje na porođaju

Slika 12. – Grafički prikaz dobi roditelja koje su na porođaju imale prisutnu pratnju

Slika 13. – Grafički prikaz dobi roditelja koje nisu na porođaju imale prisutnu pratnju

Slika 14. – Grafički prikaz porođaja po redu

Slika 15. – Grafički prikaz porođaja po redu u odnosu na prisutnost pratnje na porođaju

Slika 16. – Grafički prikaz načina dovršenja porođaja

Slika 17. – Grafički prikaz načina dovršenja porođaja s obzirom na prisutnost pratnje na porođaju

Slika 18. – Grafički prikaz načina dovršenja porođaja uz prisutnost pratnje na porođaju

Slika 19. – Grafički prikaz načina dovršenja porođaja bez prisutnosti pratnje na porođaju

Slika 20. – Grafički prikaz učestalosti primjene epiduralne u porođaju

Slika 21. – Grafički prikaz učestalosti primjene dripa (infuzije sintetskog oksitocina) u porođaju

Slika 22. – Grafički prikaz učestalosti izvođenja amniotomije u porođaju

Slika 23. – Grafički prikaz učestalosti amniotomije, dripa i epiduralne u odnosu na prisutnost pratnje na porođaju

Slika 24. – Grafički prikaz broja trauma međice s obzirom na prisutnost pratnje na porođaju

Slika 25. – Grafički prikaz učestalosti trauma međice kod porođaja uz prisutnu pratnju

Slika 26. – Grafički prikaz učestalosti trauma međice na porođajima bez prisutne pratnje

Slika 27. – Grafički prikaz duljine trajanja porođaja

Slika 28. – Grafički prikaz duljine trajanja porođaja u odnosu na prisutnost pratnje na porođaju

8.2. *Popis tablica*

Tablica 1. – Ishodi porođaja u odnosu na prisutnost pratnje na porođaju

Tablica 2. – Učestalost epiduralne, dripa i amniotomije u odnosu na prisutnost pratnje na porođaju

Tablica 3. - Broj i postotak epiziotomija

Tablica 4. – Broj i postotak ruptura međice

Tablica 5. – Učestalost trauma međice u odnosu na prisutnost pratnje na porođaju

Tablica 6. – Duljina trajanja porođaja ovisno o prisutnosti pratnje na porođaju

9. Životopis

Monika Zmiša rođena je u Zagrebu 1999. godine. U prvi razred Osnovne škole Ksaver Šandor Đalski kreće 2006. godine. Nakon završene osnovne škole počinje pohađati Srednju školu za primalje u Zagrebu. Na kraju odlazi studirati na Preddiplomski stručni studij primaljstva, na Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, koji završava 2021. godine.