

# Stavovi budućih i sadašnjih roditelja o porođaju kod kuće: rad s istraživanjem

---

**Kerovec, Anita**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2024**

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

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:219919>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-03-21**

*Repository / Repozitorij:*

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI  
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
PRIJEDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ  
PRIMALJSTVO

Anita Kerovec

**STAVOVI BUDUĆIH I SADAŠNJIH RODITELJA O  
POROĐAJU KOD KUĆE: rad s istraživanjem**

Završni rad

Rijeka, 2024.

UNIVERSITY OF RIJEKA  
FACULTY OF HEALTH STUDIES  
UNDERGRADUATE PROFESSIONAL STUDY OF  
MIDWIFERY

Anita Kerovec

**ATTITUDES OF FUTURE PARENTS AND PARENTS  
ABOUT HOME BIRTH: research**

Final thesis

Rijeka, 2024.

Mentor rada: Magdalena Kurbanović, univ. bacc. obs., mag. med. techn., IBCLC

Završni rad obranjen je dana 18.09.2024. na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, pred povjerenstvom u sastavu:

1. Helena Štrucelj, dipl. psiholog-prof.
2. izv. prof. dr. sc. Igor Eterović
3. Magdalena Kurbanović, univ. bacc. obs., mag. med. techn., IBCLC

## Izveštće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

## Opći podaci o studentu:

Sastavnica	Fakultet zdravstvenih studija
Studij	Prijediplomski stručni studij Primaljstvo
Vrsta studentskog rada	Završni rad
Ime i prezime studenta	Anita Kerovec
JMBAG	0351013111

## Podatci o radu studenta:

Naslov rada	Stavovi budućih i sadašnjih roditelja o porođaju kod kuće: rad s istraživanjem
Ime i prezime mentora	Magdalena Kurbanović
Datum predaje rada	06.09.2024.
Identifikacijski br. podneska	2448893844
Datum provjere rada	09.09.2024.
Ime datoteke	_Stavovi_budu_ih_i_sada_njih_roditelja_o_poro_aju_kod_ku_e
Veličina datoteke	465.91K
Broj znakova	5307764370
Broj riječi	11257
Broj stranica	45

## Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	10%
-----------------	-----

## Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	Rad zadovoljava uvjete izvornosti
Datum izdavanja mišljenja	09.09.2024.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/> XDA
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

09.09.2024.

Potpis mentora



# SADRŽAJ

SAŽETAK

SUMMARY

1. UVOD .....	1
1.1. Primaljstvo kroz povijest .....	1
1.2. Mjesto rađanja .....	3
1.2.1. Porođaj u bolnici .....	3
1.2.2. Centri za rađanje.....	4
1.2.3. Porođaj kod kuće .....	5
1.2.3.1. Uvjeti za obavljanje porođaja kod kuće .....	5
1.2.3.2. Uloga primalje kod porođaja kod kuće .....	6
1.2.3.3. Prednosti i nedostaci porođaja kod kuće.....	7
1.2.3.4. Pregled istraživačkog okvira .....	9
2. CILJEVI I HIPOTEZE.....	12
3. MATERIJALI I METODE .....	13
3.1. Ispitanici .....	13
3.2. Postupak i instrumentarij .....	13
3.3. Statistička obrada podataka .....	13
3.4. Etički aspekti istraživanja.....	14
4. REZULTATI .....	16
5. RASPRAVA.....	24
6. ZAKLJUČAK .....	28
LITERATURA .....	29
PRIVITCI.....	33
ŽIVOTOPIS .....	37

## **POPIS KRATICA**

ACNM – American College of Nurse – Midwives

ACOG – Američko društvo opstetričara i ginekologa (American College of Obstetricians and Gynecologists)

APP – American Academy of Pediatrics

EU – Europska unija

ICM – International Confederation of Midwives

MANA – Midwives Alliance of North America

NICE – Nacionalni institut za zdravlje i kliničku izvrsnost (The National Institute for Health and Care Excellence)

RCM – Royal College of Midwives

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija (World Health Organization)

## SAŽETAK

U prošlosti su se porođaji tradicionalno odvijali kod kuće no s razvojem perinatologije započela je medikalizacija te prelazak na porođaje u bolničkom okruženju. Samim time porastao je i broj rutinskih medicinskih intervencija i carskih rezova. Brojne svjetske zdravstvene i perinatološke organizacije i udruge naglašavaju važnost izbora mjesta rađanja u što se ubrajaju bolnice, porođajni centri i porođaji kod kuće. Svaka opcija ima svoje prednosti, ali i nedostatke te je važna edukacija trudnica i žena koje planiraju trudnoću te njihovih partnera kako bi mogli odabrati najbolju opciju za sebe. Neke zemlje imaju razvijen sustav kojim je reguliran porođaj izvan zdravstvene ustanove, no u Hrvatskoj to i dalje nije slučaj.

Glavni cilj ovog istraživanja bio je istražiti stavove o porođaju kod kuće, a specifični ciljevi bili su usporediti stavove o porođaju kod kuće s obzirom na spol i dob ispitanika, ispitati povezanost stupnja obrazovanja ispitanika i stava o porođaju kod kuće, usporediti stavove o porođaju kod kuće s obzirom na partnerski status, ispitati povezanost broja djece i stava o porođaju kod kuće te usporediti stavove o porođaju kod kuće s obzirom na profesiju.

Istraživanje je bilo provedeno putem *online* upitnika putem društvene mreže *Facebook*. Upitnik je bio u potpunosti anoniman i dobrovoljan. Sudjelovalo je 214 ispitanika.

Analizom podataka utvrđeno je da ispitanici imaju negativan stav prema porođaju kod kuće. Nije pronađena statistički značajna razlika u stavovima o porođaju kod kuće s obzirom na dob, spol, stupanj obrazovanja, partnerski status, broj djece i profesiju.

Istraživanje je pružilo uvid u stavove ispitanika o porođaju kod kuće. Rezultati su ukazali na potrebu za boljom edukacijom o porođaju kod kuće te omogućavanja odabira mjesta rađanja.

Ključne riječi: porođaj kod kuće, primalje, primaljstvo, stav



## SUMMARY

In the past, births traditionally took place at home, but with the development of perinatology, medicalization and the transition to childbirth in a hospital environment began. As a result, the number of routine medical interventions and cesarean sections also increased. Numerous global health and perinatalogical organizations and associations emphasize the importance of choosing the place of birth, which includes hospitals, birth centers and home births. Each option has its advantages and disadvantages, and it is important to educate pregnant women and women who are planning pregnancy and their partners so that they can choose the best option for themselves. Some countries have a developed system that regulates childbirth outside of medical institutions, but in Croatia this is still not the case.

The main goal of this research was to explore attitudes towards home birth, and the specific goals were to compare the attitude about home birth with regard to the gender and age of the respondents, to examine the relationship between the level of education of the respondents and the attitude about home birth, to compare the attitudes about home birth with regard to partner status, examine the connection between the number of children and the attitude towards home birth and compare the attitudes towards home birth with regard to profession.

The research was conducted through an online questionnaire via social network Facebook. The questionnaire was entirely anonymous and voluntary. 214 respondents participated.

The data analysis revealed that respondents have a negative attitude towards home birth. No statistically significant differences in attitudes towards home birth were found between respondents based on age, gender, level of education, partner status, number of children and profession.

The research provided an insight into respondents' attitudes towards home birth. The results indicated the need for better education about childbirth at home and enabling the choice of the place of birth.

Key words: attitude, home birth, midwifery, midwives

# 1. UVOD

## 1.1. *Primaljstvo kroz povijest*

Primaljstvo zahtjeva prisutnost određenih kompetencija kod primalje, a definira se kao profesija koja uključuje holistički pristup ženi i njenom novorođenčetu kako bi se optimizirao proces rađanja. Primalje rade u partnerstvu sa ženama poštujući njihovu jedinstvenost, promiču sposobnosti žena te pružaju pomoć i podršku prije trudnoće, tijekom i nakon porođaja (1). Primaljstvo je zapravo i jedno od najstarijih zanimanja u svijetu jer postoji onoliko koliko i samo čovječanstvo (2). Primaljstvo je prva profesija u svijetu koja je holističkim pristupom i skrbi bila uvijek usmjerena na ženu. Kroz povijest primaljstvo se mnogo puta mijenjalo, a ključni faktori koji su transformirali praksu primaljstva iz nestandardizirane prakse u napredno znanstveno zanimanje uključuju socioekonomski položaj primalja i pristup formalnom obrazovanju (3).

Uz ženu koja rađa, uvijek je bila neka osoba koja je pružala podršku i pomoć tijekom rađanja, pa su tako u prošlosti to bile starije žene iz zajednice koje su već rađale (2). Znanje se stjecalo iskustvom, odnosno temeljem „pokušaja i pogrešaka“, a uspješnije metode dalje su se prenosile usmenim putem s generacije na generaciju, odnosno „s koljena na koljeno“. Uz prisustvo susjede ili rođakinje, žene su tradicionalno rađale u udobnosti svog doma, nekada u štagljevima i štalama ili čak na otvorenom polju. Naravno, zbog vrlo loših higijenskih uvjeta u kojima su žene rađale, broj smrti majki i novorođenčadi bio je izuzetno velik (2).

Godinama su žene bile te koje su sudjelovale i asistirale roditeljama pri porodu, no nakon nekog vremena za sam čin poroda počela se zanimati i muška populacija što je uključivalo i liječnike. Stoga je u trinaestom stoljeću zabilježen prvi liječnički doprinos u ovom segmentu ženina života. Pojavljuje se takozvani „liječnik brijač“ kojeg bi se zvalo na porođaj ukoliko bi došlo do opstrukcije, kada bi ili žena ili dijete umrli. On je izvodio „carske rezove“ ukoliko bi dijete umrlo, no tijekom tog procesa vrlo često došlo bi i do maternalne smrti upravo zbog njegovog slabog poznavanja ženske anatomije i cijelog procesa rađanja. Tijekom šesnaestog stoljeća liječnički interes sve više raste, a sredinom sedamnaestog stoljeća Peter Chamberlain izumio je forceps te je tim otkrićem dobio titulu „muškarac-primalja“. Forceps je godinama bio obiteljska tajna, no na kraju je predstavljen i ostatku populacije te je on kao instrument uveo velike promjene u porodništvo. Samim time započela je medikalizacija porođaja. Izum forcepsa potaknuo je povećanje liječničke uključenosti u porođaj te je doveo do daljnjeg razvoja porodništva. U osamnaestom je stoljeću opisana anatomija zdjelice, a u devetnaestom je

stoljeću uvedena i prva opstetrička anestezija, kloroform. Navedene inovacije dale su liječnicima određenu kontrolu i autoritet nad porođajem. Stoga su se porođaji u siromašnijim sredinama i dalje odvijali kod kuće dok su se u gradovima porođaji polako počeli seliti u bolnice gdje su postojala određena pravila, odnosno smjernice koje su išle u korist liječnicima. Nedostatak s kojim su se susretale žene koje su rađale u bolnicama bio je manjak psihološke potpore obitelji i poznanika čime se ujedno i povećavala uporaba anestezije i lijekova koji su utjecali na ženino sjećanje. Rezultat ove medikalizacije porođaja bila je nemogućnost prepričavanja porođaja čime se izgubilo prenošenje znanja i iskustva s majke na kćer, odnosno s generacije na generaciju. Naposljetku, došlo je do gubitka ženskog načina poznavanja porođaja. Unatoč ovim mjerama, bolnice su bile opasnije mjesto za rađanje u odnosu na kuće te su se žene bojale bolnica (4).

Krajem devetnaestog i početkom dvadesetog stoljeća ponovo dolazi do pojačanog razvoja perinatologije, kada se znatno mijenja novorođenački i maternalni mortalitet. U isto vrijeme dolazi do sve većeg broja porođaja u bolnici koji se na kraju povezuje sa smanjenjem mortaliteta pa se dolazi do zaključka da porođaj kod kuće više nije siguran (4). Seljenjem porođaja u bolnice, pojačava se i medikalizacija samog porođaja. Porođaj se sve manje gledao kao fiziološki proces, a sve su se više počele koristiti razne medicinske intervencije. Smještanjem skoro svih trudnica i roditelja u bolnice, opstetričari su počeli uvoditi sve više skupih intervencija kao rutinske postupke u prenatalnoj i postnatalnoj skrbi te skrbi tijekom porođaja. Neke od tih intervencija bile su indukcija samog porođaja, ultrazvuk i fetalni monitoring. Postoje i intervencije za koje je dokazano da imaju štetan učinak, nikakvu ili tek minimalnu korist, a i dalje se redovito koriste tijekom porođaja u bolnici. U takve intervencije spadaju epiziotomija i rano podvezivanje pupkovine (5). Uz navedene intervencije, još jedna loša strana porođaja u bolnicama je i porast broja carskih rezova koji sa sobom nosi mnoge posljedice kako za majku tako i za dijete. Carski rez zapravo je operacija, a svaka operacija sa sobom donosi određeni rizik. Nakon carskog reza ženi na truhu ostaje ožiljak, ali isto tako ostaje ožiljak i na samoj maternici koji kasnije može predstavljati povećani rizik u sljedećim trudnoćama. Carski rez povezan je i s lošijim ishodima za novorođenče jer ono ne prolazi svoj fiziološki put kroz porođajni kanal te tako izostaje kolonizacija majčinim bakterijama. Takva nepravilna izloženost bakterijama u prvim danima života može pridonijeti većem riziku od razvoja imunoloških bolesti (6). Daljnjim istraživanjima otkriveno je da je smanjenje mortaliteta više povezano sa pravilnom uporabom antibiotika, provođenjem higijene te općenito boljim uvjetima života, nego sa mjestom porođaja (4). Uz to, 70-ih godina dvadesetog

stoljeća počelo se uvelike raditi na humanizaciji porođaja preko raznih pokreta. Među prvim pokretima bio je i feministički pokret koji je promovirao autonomiju žena i pravo na kontrolu nad vlastitim tijelom, istraživale su se dobrobiti majke i djeteta te se intenzivnije počelo razvijati primaljstvo kao zasebna profesija (7). Samim time dolazi i do ponovnog promicanja fiziološkog porođaja, pa tako i porođaja kod kuće (6,8).

## *1.2. Mjesto rađanja*

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) ističe kako se ženama u trudnoći i porodu treba pružiti skrb uz koju će zadržati svoju osobnost, privatnost i slobodu, da se neće koristiti nepotrebne i štetne intervencije te da će žene imati izbor i kontinuiranu skrb. Također SZO ima izrađene smjernice za intrapartalnu skrb koje naglašavaju fiziološki porođaj i promicanje istoga. Ističe se da roditelje trebaju imati mogućnost rađanja u okruženju u kojem imaju osjećaj sigurnosti te na kojem mogu dobiti adekvatnu skrb (9). Nacionalni institut za zdravlje i kliničku izvrsnost (NICE) preporuča da ženu treba educirati o mogućim mjestima za rađanje i dopustiti joj da odluku donese samostalno, a u istome ju treba podržati (8).

Tijekom povijesti mjesta rađanja mijenjala su se, pa se tako u početku rađanje odvijalo u domovima roditelja, a kasnije i u bolnicama. Danas se porođaji najviše odvijaju u bolničkim ustanovama no važno je naglasiti da se rađanje djeteta ne mora ograničiti samo na rađanje u bolnici, već postoje i druga mjesta rađanja. Žene mogu birati žele li roditi u centrima za rađanje, u bolnici ili kod kuće (8,9).

### *1.2.1. Porođaj u bolnici*

Porođaj je fiziološki proces, a ujedno i najljepši događaj u ženinom životu. Većina porođaja mogla bi se dovršiti bez ili uz minimalno korištenje medicinskih intervencija. Međutim, unatoč tijeku trudnoće bez komplikacija i rizika, uvijek postoji mogućnost nastanka i pojave komplikacija te problema tijekom porođaja.

Porođaji u bolnici povezuju se s nizom rutinskih medicinskih intervencija te je vidljiv značajan porast medikalizacije porođaja koji ujedno dovodi do brojnih negativnih posljedica. Kao što se već spominje, bolnice se povezuju sa brojnim skupim inovacijama koje su postale rutina u svakodnevnoj praksi. U te intervencije svrstavaju se indukcija porođaja, ultrazvuk, epiziotomija te rano podvezivanje pupkovine. Uz to, najnegativnija strana porođaja u bolnicama bila bi povećanje operativnih dovršetaka porođaja, točnije carskih rezova. Unatoč ovim negativnim stranama, bolnički porođaj također ima i mnoge prednosti. Neke od tih prednosti bile bi laka dostupnost tehnologije, farmakološke analgezije te dostupnost kirurških intervencija

u slučaju iznenadnih i težih komplikacija. Tijekom medikalizacije i prebacivanja porođaja u bolnice primalje su počele gubiti svoju autonomnost te su im onemogućene mnoge radnje koje se zapravo nalaze u njihovim kompetencijama (5). U današnje vrijeme primalje su obrazovane žene, a sada već i muškarci, koje su završile odgovarajuće obrazovanje i tako stekle kompetencije za rad. Mnoge od tih kompetencija oduzete su im u bolničkim uvjetima te nemaju mogućnost obavljanja svog posla u cijelosti (10). Usprkos mnogim pozitivnim stranama porođaja u bolnici, mnoge roditelje ne rađaju u bolnicama zato jer tako žele, već iz razloga što nemaju drugi izbor (5).

### *1.2.2. Centri za rađanje*

U nekim zemljama svijeta roditelje imaju veći i različitiji izbor mjesta rađanja, pa su jedna od opcija i porođajni centri koje vode primalje. Porođajni centri mogu biti samostalne ustanove, ali mogu biti i pripojeni bolnici. Cilj skrbi u porođajnim centrima je optimizirati uključenost žena u planiranje vlastite trudnoće i poroda te pružiti raznovrsnije i fleksibilnije opcije za rađanje. Porođajni centri i bolnice dva su moguća mjesta za rađanje u kojima medicinsko osoblje pruža prenatalnu, intrapartalnu i postnatalnu skrb, no porođajni centri trebaju biti smješteni na odvojenoj lokaciji s osobljem različitim od onog u bolničkim rađaonicama, čak i kada su dio bolnice. U tim centrima, porođaje i njegu majki i novorođenčadi obavljaju isključivo primalje (11). Medicinske sestre, primalje i liječnici u bolnicama pružaju naprednu medicinsku pomoć, dok se porođajni centri fokusiraju na holistički pristup cijeloj obitelji te potiču mentalno, duhovno i fizičko zdravlje (12). Porođajni centri uglavnom su orijentirani na obitelj, zdravlje i prevenciju, a medicinske intervencije primjenjuju samo kada je to apsolutno nužno (11). Postupci poput induciranja porođaja, primjene oksitocina za ubrzanje porođaja, upotrebe tokolitika, instrumentalnog završetka porođaja, kontinuiranog elektronskog praćenja fetusa i epiduralne analgezije nisu dio uobičajene prakse u centrima za rađanje. Primalje potiču trudnice na kretanje, zauzimanje udobnih položaja, nošenje vlastite odjeće te konzumiranje hrane i pića po vlastitom izboru i želji. Pružaju se i nefarmakološke, alternativne metode za ublažavanje boli, poput hidroterapije, glazbe, aromaterapije i injekcija sterilne vode (12). Za žene s niskorizičnim trudnoćama bolji odabir za rađanje su porođajni centri u odnosu na bolnicu zbog manje šanse za operativni dovršetak porođaja, odnosno carski rez, zbog manjih bolničkih troškova te boljih neonatoloških ishoda (12). Australija je jedna od zemalja u kojoj postoji duga tradicija porođajnih centara, no njihov broj se smanjuje. Neke od zemalja u kojima su još dostupni centri za rađanje su Nizozemska, Švedska, Novi Zeland i Engleska, dok su u ostalim državama EU centri za rađanje tek u procesu implementacije. Uz Hrvatsku, Portugal i Grčka

nemaju ni jedan centar za rađanje, a neke zemlje poput Belgije i Italije imaju tek nekoliko centara koji su pridruženi bolnicama (11,13).

### 1.2.3. *Porođaj kod kuće*

Treća opcija mjesta rađanja je porođaj kod kuće. Planirani porođaj kod kuće odnosi se na rađanje djeteta kod kuće isključivo uz prisustvo stručne i kvalificirane osobe, odnosno primalje. Važno je naglasiti da se pod termin porođaja kod kuće ne ubraja *freebirth*, odnosno neasistirani porođaj. Upravo zbog ovog načina rađanja, *freebirth*-a, treba napomenuti kako se puno informacija dobiva sa različitih strana te se u mnogim istraživanjima isprepliću *freebirth* i planirani porođaj kod kuće. Američki zdravstveni sustav u mnogočemu se razlikuje od hrvatskog te se iz tog razloga ne mogu u potpunosti koristiti njihovi podaci i uspoređivati njihovi rezultati o sigurnosti porođaja kod kuće. Relevantnija istraživanja bila bi iz zemalja Europske unije, Kanade, Australije i slično (14).

Kao što je već spomenuto, porođaj je fiziološki proces te se većina porođaja može dovršiti bez ikakvih medicinskih intervencija. Usprkos tome nikada se ne može predvidjeti ni jedna situacija pa se tako i trudnoća bez komplikacija i rizika može zakomplicirati i dovesti do problema prilikom porođaja gdje bi se eventualno trebala koristiti neka od medicinskih intervencija. Danas je za zdrave roditelje s niskorizičnim trudnoćama jednako siguran porođaj kod kuće uz prisustvo iskusne primalje kao i porođaj u centrima za rađanje ili u rađaonici (5). Kao i u centrima za rađanje, i kod porođaja kod kuće veća je šansa za spontani vaginalni porođaj u usporedbi s porođajima koji se odvijaju u bolnicama (12). Unatoč fiziologiji porođaja neki uvjeti moraju biti zadovoljeni prije samog procesa rađanja kod kuće.

#### 1.2.3.1. *Uvjeti za obavljanje porođaja kod kuće*

Za najsigurniji porođaj, bitno je da se na porođaj kod kuće odluče žene koje imaju zdravu trudnoću, bez komplikacija, a još važnije je da se trudnoće redovito i adekvatno kontroliraju te da su svi eventualni zdravstveni problemi stavljeni pod kontrolu.

U državama gdje je porođaj izvan zdravstvene ustanove zakonski reguliran postoje specifični uvjeti koji moraju biti ispunjeni prije samog porođaja. Neki od tih uvjeta, koji se ne razlikuju između država, uključuju da trudnoća i porođaj moraju biti niskog rizika te da porođaj mora voditi primalja koja ima odgovarajuće odobrenje za takvu praksu (15). Američko društvo opstetričara i ginekologa (ACOG) navodi slične smjernice: potrebno je da trudnoća bude niskog rizika, da porođaj vodi kvalificirana osoba i da postoji mogućnost brzog i sigurnog transporta u bolnicu ako zatreba. Nepovoljan fetalni položaj, višeploidna trudnoća i prethodna trudnoća

koja je završila carskim rezom smatraju se apsolutnim kontraindikacijama za porođaj kod kuće (16). U NICE smjernicama također se spominju situacije vezane uz izbor mjesta rađanja, no navodi se da bi se ženu trebalo educirati i preporučiti joj porod u bolnici umjesto porođaja kod kuće u slučaju prisutnosti rizičnih čimbenika. Neki od čimbenika koji bi mogli biti rizičniji za porođaj kod kuće te komplikacije zbog kojih bi se prema NICE smjernicama preporučio porođaj u bolnici mogu se podijeliti na komplikacije vezane uz zdravstveno stanje majke prije trudnoće, zdravstveno stanje vezano uz prijašnje trudnoće i zdravstveno stanje u trenutnoj trudnoći. Epilepsija, poremećaji krvarenja i hipertenzivni poremećaji samo su neki od mogućih problema vezanih uz majčino stanje prije trudnoće. Neke od poteškoća koje su se javile u prijašnjim trudnoćama, a mogle bi utjecati na ishod sadašnje trudnoće te su kontraindicirane za porođaj kod kuće su preeklampsija, carski rez, ruptura uterusa, abrupcija placente i distocija ramena. Zbog navedenih komplikacija preporuka bi bila porođaj u bolnici zbog postojanja predispozicija i povećane šanse da se te komplikacije ponove. U trenutnoj trudnoći također se mogu pojaviti neke komplikacije koje nose povećani rizik i koje bi utjecale na izbor mjesta rađanja, a u koje se ubrajaju blizanačka trudnoća, placenta previa, abrupcija placente, preeklampsija, malprezentacija, gestacijski dijabetes i prijevremeni porod (8).

Uz navedeno bitne su psihička i fizička priprema za porođaj kod kuće. Prije same odluke o mjestu rađanja bitno je dobro educirati ženu, ali i njenu obitelj te objasniti prednosti i rizike (16). Naposljetku odluka o mjestu rađanja pripada isključivo ženi, no od iznimne je važnosti podrška obitelji, a najviše njenog partnera.

#### *1.2.3.2. Uloga primalje kod porođaja kod kuće*

Osobe kvalificirane za provođenje porođaja kod kuće su upravo primalje. U prošlosti su one bile žene bez formalnog obrazovanja, no danas su to visoko obrazovani profesionalci koji su osposobljeni za samostalan rad unutar, ali i izvan zdravstvene ustanove (10,17). Primalje mogu samostalno utvrđivati trudnoću, voditi fiziološku trudnoću i porođaj na svim razinama zdravstvene zaštite te identificirati moguće patološke promjene u trudnoći i porođaju koje trebaju prijaviti liječniku (17). Stoga, primalje koje provode porođaje kod kuće, u državama u kojima je on zakonski reguliran, moraju posjedovati svu potrebnu opremu, materijale i lijekove za porođaj kod kuće, te osigurati mogućnost brzog transporta u bolnicu ako bude potrebno.

U susjednoj državi Sloveniji, porođaji kod kuće koje vode primalje adekvatno su zakonski regulirani. Porođaje kod kuće može obavljati samo diplomirana primalja koja ima odobrenje za vođenje porođaja kod kuće. Tijekom porođaja kod kuće, ona mora primjenjivati

svo svoje stručno znanje, pridržavati se etičkog kodeksa, smjernica za planirani porođaj kod kuće, zakona i drugih profesionalnih standarda. O početku i dovršetku planiranog porođaja kod kuće obvezna je obavijestiti hitnu medicinsku službu i dežurnog liječnika u najbližem rodilištu. Isto tako, dužna ih je obavijestiti ukoliko se pojavi potreba za transportom. Nakon porođaja ispunjava sve potrebne obrasce te ih prosljeđuje odabranom porodničaru, pedijatru i patronažnoj medicinskoj sestri (18).

Prostor u kojem žena rađa također mora biti adekvatno pripremljen. Uz svu potrebnu opremu koju primalja donosi, bitna je i temperatura same prostorije, prostorija mora biti dobro osvijetljena te je potrebno osigurati čistu, tekuću toplu vodu. Potrebno je osigurati intimnu atmosferu kako bi cijeli proces porođaja bio što ugodniji i mirniji (18).

Oprema koju primalja nosi sa sobom na porođaj kod kuće može se podijeliti u tri skupine, a to su osnovna oprema, dodatna oprema za pomoć pri porođaju i dodatna oprema za hitne situacije. U osnovnu opremu spadale bi sterilne rukavice, pinardova slušalica, tamponi, ulošci, tlakomjer, toplomjer, pulsni oksimetar, stetoskop, glukometar i osobna zaštitna sredstva. U dodatnu opremu za porođaj kod kuće ubraja se set za porod, set za šivanje, kateter za jednokratnu kateterizaciju, sistem za vađenje krvi, a u dodatnu opremu za hitne situacije ubrajaju se još i sistemi za infuzije, intravenozna kanila, intravenozne tekućine, aspirator i ambu maska za odrasle i za djecu (18).

#### *1.2.3.3. Prednosti i nedostaci porođaja kod kuće*

Mišljenja o porođaju kod kuće i dalje su podijeljena i vrlo različita. Razlike u mišljenjima vide se kod opće populacije, ali i kod stručnih i relevantnih udruga i osoba. Pa tako American College of Nurse-Midwives (ACNM) i Midwives Alliance of North America (MANA) podupiru SZO i NICE smjernice koje promiču informiranje opće populacije o mogućnostima rađanja i informirani izbor te kao mjesto rađanja podupiru i dom roditelja (19). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) i Royal College of Midwives (RCM) također podupiru porođaj kod kuće za roditelje sa niskorizičnim trudnoćama (20). International Confederation of Midwives (ICM) navodi kako podupiru normalan porođaj, a u to uključuju i dostupnost primaljskog vođenja trudnoće, skrb jedan na jedan, te izbor mjesta rađanja (bolnica, kod kuće ili u centrima za rađanje) (21). Suprotno od njih, ACOG i American Academy of Pediatrics (AAP) i dalje ostaju pri mišljenju da su porođaji u bolnicama i centrima za rađanje sigurniji od porođaja kod kuće. Prilikom donošenja zaključka o sigurnosti porođaja kod kuće, u obzir se većinom uzimaju novorođenački ishodi i Apgar ocjene, a podjednako



važni, no manje spominjani, su materalni ishodi. Još se manje gleda na doživljaj porođaja kod kuće, odnosno na zadovoljstvo same žene (19).

Mnogi i danas smatraju da su porođaji kod kuće nesigurni i opasni za život majke i djeteta jer se često referira i misli da je današnje stanje isto kao i prije nekoliko stotina godina. U današnje vrijeme, uz stručan nadzor, sigurne i zdrave uvjete života, čistu vodu, dostupnost lijekova te uz mogućnost brzog transporta u bolnicu, porođaj kod kuće smatra se jednako sigurnim kao i porođaj u bolnici (8,16). Također, stručno vođenje porođaja kod kuće povezuje se sa manjim brojem carskih rezova, operativnih dovršetaka porođaja, epiziotomija, infekcija i rjeđim razdorima međice trećeg i četvrtog stupnja, što su zapravo i prednosti porođaja kod kuće (22). U usporedbi porođaja kod kuće i porođaja u bolnici nisu zabilježene značajne razlike u novorođenačkim ishodima, ali maternalni ishodi pokazali su se boljima kod porođaja kod kuće, odnosno, zabilježen je manji broj korištenih intervencija i komplikacija. Tijekom porođaja u bolnicama, ženama je značajno ograničena sloboda izbora te su vrlo česti porođaji na leđima. S druge strane, prilikom rađanja kod kuće roditelji mogu zauzeti položaje koji njima najviše odgovaraju te ih se ne ograničava na rađanje na leđima. Mogu birati između sjedećeg položaja, porođaja u uspravnom stavu, koljeno-lakatnog položaja i porođaja u vodi. Kod žena sa planiranim porođajem kod kuće zabilježeno je veće zadovoljstvo samim porođajem (19). Roditelji opisuju svoj dom kao sigurno mjesto za porođaj, posebno uz podršku i nadzor iskusne primalje u poznatom okruženju, te su tako zadovoljnije iskustvom porođaja (23). Također, navode da tijekom porođaja kod kuće osjećaju veću kontrolu nad procesom i sposobnost donošenja sigurnih odluka (24).

U istraživanju provedenom u Velikoj Britaniji zabilježeno je da se prvorotke koje su planirale kućni porođaj češće prevoze u bolnicu u usporedbi s višerotkama, te su kod njih zabilježeni nešto lošiji perinatalni ishodi. Najčešći razlozi za transport u bolnicu uključuju nedostatak napretka porođaja, znakove fetalne patnje, potrebu za analgezijom, visok krvni tlak i krvarenje (25).

Porođaj kod kuće u Hrvatskoj povezan je s određenim brojem komplikacija u organizaciji i zakonodavnim okvirima. Iako je Zakonom o primaljstvu, prvostupnicama primaljstva omogućen samostalan rad i rad u privatnoj primaljskoj praksi, zbog nejasnog zakona hrvatske primalje i dalje ne pružaju skrb kod porođaja izvan bolnice (14,17). Porođaj kod kuće nije zabranjen, no hrvatske primalje ne mogu pružati skrb izvan zdravstvene ustanove, odnosno na porođaju kod kuće jer se to može smatrati kaznenim djelom. Ukoliko se žene ipak

odluče na porođaj kod kuće, svoju primalju moraju tražiti izvan granica Hrvatske te to predstavlja još jednu prepreku u obavljanju porođaja kod kuće (14).

Uz sve navedeno, može se reći da je najveća prednost porođaja kod kuće veća vjerojatnost spontanog vaginalnog porođaja u odnosu na porođaje u bolnicama, a najveća mana, odnosno nedostatak bili bi hitni slučajevi, no oni se uz pravilnu kontrolu i pravovremeno reagiranje većinom mogu spriječiti (12).

#### *1.2.3.4. Pregled istraživačkog okvira*

Nekada su se porođaji tradicionalno odvijali kod kuće te je bilo čudno kada bi netko otišao roditi u bolnicu. Danas je situacija skroz obrnuta te se u većini razvijenih zemalja uopće ni ne razmišlja gdje će se porođaj odviti jer je rađanje u bolnicama postala neka vrsta kulturološke norme. Najznačajnija promjena iz porođaja kod kuće u porođaje u bolnicama dogodila se tijekom dvadesetog stoljeća, pa je tako primjerice u Ujedinjenom Kraljevstvu 1920-ih 80 % žena rađalo kod kuće, a u 2011. godini ta se brojka smanjila na samo 2.3 %. U većini zemalja dogodila se slična situacija, no u Nizozemskoj je trend porođaja kod kuće i dalje visok te njihov postotak iznosi 20 % (19).

Ujedinjeno Kraljevstvo jedna je od država koja nudi različita mjesta za rađanje, a to su bolnice, porođaji kod kuće i centri za rađanje. Njihov godišnji broj porođaja iznosi nešto više od 550 000, te se prema podacima iz 2003. godine otprilike 10 000 porođaja odvijalo u porođajnim centrima što iznosi oko 1.8 % svih porođaja. Žene kojima nisu dostupni porođajni centri imaju mogućnost roditi u svojim domovima no ta je brojka izuzetno mala, a iznosi manje od 2 % od ukupnog broja porođaja (26). Prema podacima iz 2010. godine, neke države sa većim brojem porođaja u porođajnim centrima bile su Danska, Švedska, Engleska, Slovenija, Irska, Latvija i Škotska gdje je zabilježeno od 25 % do 33 % porođaja u porođajnim centrima (27).

Prema jednom američkom istraživanju, odnosno meta-analizi koja je uključivala istraživanja iz više država, otkriveni su neki sociodemografski podaci kojima bi se mogle opisati žene koje se odlučuju na porođaj kod kuće. U Americi je većina žena koje se odlučuju na porođaj kod kuće bijele rase, udane su te su rodile više od jednog djeteta. Nadalje, u Švedskoj kod kuće rađaju žene koje imaju veliku obitelj, starije su životne dobi te imaju veći stupanj obrazovanja. Ovim istraživanjem pokazano je da su i žene u Ujedinjenom Kraljevstvu koje se odlučuju na porođaj izvan bolnice također starije životne dobi, bijele rase i višeg socioekonomskog statusa. Kao što je već spomenuto Nizozemska je država s najvišim postotkom porođaja kod kuće. Žene koje se tamo odlučuju na porođaj kod kuće, kao i u

prethodno navedenim državama, su starije životne dobi, višerotke te imaju bolji socioekonomski status (19).

Američko istraživanje kojim su ispitani stavovi, znanje i iskustva opstetričara o porođaju kod kuće daje uvid u stavove dijela zdravstvenog osoblja o porođaju kod kuće. Istraživanjem se pokazalo da liječnici imaju negativan stav o porođaju kod kuće, a on se povezuje sa manjkom znanja i iskustva, dok je kod primalja, koje se također spominju u istom istraživanju, zabilježen pozitivniji stav o porođaju kod kuće od stava liječnika. Pozitivniji stav primalja povezuje se s njihovom prisutnošću na porođajima kod kuće (28). Na istu temu provedeno je i istraživanje u Kanadi u kojem je također zabilježen pozitivniji stav primalja u odnosu na stav liječnika. Zaključak oba istraživanja bio bi da su se liječnici u manjem broju susretali sa porođajem kod kuće, a primalje su već i tijekom obrazovanja imale doticaj sa istim te je taj faktor utjecao na njihove stavove o porođaju kod kuće (29).

U Nizozemskoj su porođaji kod kuće najučestaliji u usporedbi s drugim europskim državama. Prema podacima iz 2010. godine, nakon Nizozemske, najviše stope porođaja kod kuće bilježe Velika Britanija, Island, Austrija, Danska i Švicarska (27). Zielinski, Ackerson i Kane Low u svojoj meta-analizi navele su da se stope planiranih porođaja u kući kreću od 0,1% u Švedskoj do 20% u Nizozemskoj, gdje je porod kod kuće uvijek bio integrirani dio majčinstva (19). Prema novijim podacima o broju porođaja kod kuće u EU u razdoblju od 2015. do 2019. godine, koji se mogu usporediti sa podacima iz 2010. godine, pokazuju kako Nizozemska i dalje ima najveću stopu porođaja kod kuće u odnosu na ostale zemlje. Redosljed slijedećih zemalja se promijenio, stoga je država sa drugom najvećom stopom porođaja kod kuće Danska, zatim slijedi Njemačka, a nakon nje Belgija (30). Osim primalja u Hrvatskoj, porode kod kuće ne mogu voditi ni primalje u Bugarskoj, Rumunjskoj, Portugalu, Češkoj, Slovačkoj i Turskoj (31).

U 2021. godini u Hrvatskoj zabilježeno je 36 346 porođaja u hrvatskim rodilištima, a prema podacima Ministarstva uprave broj porođaja kod kuće za tu godinu iznosio je 94, što čini 0,26 % ukupnih porođaja. Porast broja porođaja kod kuće dogodio se u vrijeme pandemije Covid-19. U 2018. godini broj porođaja kod kuće iznosio je 52, u 2019. godini 69, a u 2020. godini je porastao na 97 (32,33).

Ovim radom utvrdit će se stavovi budućih i sadašnjih roditelja o porođaju kod kuće te istražiti razlike temeljene na njihovim sociodemografskim podacima. Bolje razumijevanje stavova o porođaju kod kuće može pružiti uvid u čimbenike koji utječu na donošenje odluka

vezanih uz mjesto rađanja. Na stavove mogu utjecati razni čimbenici poput razine obrazovanja i dobi. Istraživanja su pokazala da žene s višim stupnjem obrazovanja imaju pozitivniji stav prema kućnom porođaju, što je povezano s boljim razumijevanjem različitih opcija porođaja i sposobnošću donošenja informiranih odluka (34,35). Osim razine obrazovanja, profesija ima veliki utjecaj na oblikovanje stavova o ovoj temi. Zdravstveni djelatnici imaju negativniji stav prema porođaju kod kuće u odnosu na ljude drugih profesija (28). Također se pokazalo da ispitanici u partnerskom odnosu češće podržavaju porođaj kod kuće (36,35). Prema porođaju kod kuće pozitivniji stav imaju i žene koje su prethodno rađale, dok negativnije gledaju na razne medicinske intervencije (35-37). Istraživanja su pokazala da različite socio-kulturološke tradicije mogu imati ograničavajući utjecaj na sudjelovanje muškaraca kao partnera roditelja u donošenju odluka o mjestu rađanja. Veća uključenost partnera u skrb tijekom trudnoće i porođaja dovodi do češćeg odabira bolnice kao mjesta rađanja (38,39). U Hrvatskoj je, kao i u drugim zemljama, uočljiv trend sve većeg sudjelovanja partnera roditelja u porođaju što naglašava njihovu ulogu u donošenju odluka vezanih za skrb te time potencijalno negativno djeluje na odluku žene o odabiru porođaja kod kuće (40).

Rezultati ovog istraživanja mogu dati vrijedan doprinos zdravstvenim djelatnicima, ali i pojedincima da donesu informiranu odluku o uvjetima i načinima rađanja. Regulacija i omogućavanje porođaja kod kuće može dovesti do unapređenja primaljstva, povećanja autonomnosti primalja i bolje regulacije te veće slobode pri radu i obavljanju propisanih kompetencija. Uvođenjem porođaja kod kuće, kao sigurnog i dostupnog odabira, ženama će se proširiti mogućnost izbora što može dovesti do većeg zadovoljstva rađanjem koje bi posljedično moglo pozitivno utjecati na pronatalitetnu politiku u Hrvatskoj.

## 2. CILJEVI I HIPOTEZE

Glavni cilj ovog istraživanja je istražiti stavove o porođaju kod kuće.

Specifični ciljevi su:

- C1: Usporediti stavove o porođaju kod kuće s obzirom na spol ispitanika.
- C2: Usporediti stavove o porođaju kod kuće s obzirom na dob ispitanika.
- C3: Ispitati povezanost stava o porođaju kod kuće u odnosu na stupanj obrazovanja.
- C4: Usporediti stavove o porođaju kod kuće s obzirom na partnerski status.
- C5: Ispitati povezanost broja djece i stava o porođaju kod kuće.
- C6: Usporediti stavove o porođaju kod kuće s obzirom na profesiju.

Sukladno s navedenim ciljevima postavljene su i odgovarajuće hipoteze.

Glavna hipoteza ovog rada je: ispitanici imaju pozitivan stav o porođaju kod kuće.

- H1: Žene imaju pozitivniji stav o porođaju kod kuće u odnosu na muškarce.
- H2: Ispitanici u dobi od 30-35 godina imaju pozitivniji stav o porođaju kod kuće u odnosu na ispitanike mlađe od 30 i starije od 35 godina.
- H3: Ispitanici s višim stupnjem obrazovanja imaju pozitivniji stav o porođaju kod kuće u odnosu na one s nižim stupnjem obrazovanja.
- H4: Ispitanici koji su u partnerskom odnosu imaju pozitivniji stav o porođaju kod kuće od ispitanika koji nisu u partnerskom odnosu.
- H5: Ispitanici koji imaju više djece imaju pozitivniji stav o porođaju kod kuće.
- H6: Ispitanici zdravstvene profesije imaju negativniji stav o porođaju kod kuće od onih koji nisu zdravstvene profesije.

### 3. MATERIJALI I METODE

#### 3.1. *Ispitanici*

U istraživanje su bile uključene žene koje su bile trudne u trenutku provođenja istraživanja te žene koje su unazad 5 godina rodile ili bile trudne. Također, u istraživanje su bili uključeni i muškarci čije su partnerice bile trudne u trenutku provođenja istraživanja, rodile su ili bile trudne unazad 5 godina. To su ujedno i kriteriji uključenja, odnosno isključenja ispitanika. Upitniku je pristupilo 223 ispitanika od kojih je 9 bilo isključeno temeljem kriterija isključenja i uključenja, stoga je konačan broj ispitanika bio 214. Istraživanje je bilo provedeno u travnju 2024. godine putem online upitnika.

#### 3.2. *Postupak i instrumentarij*

Prikupljanje podataka odvijalo se putem *online* upitnika koji je bio kreiran isključivo za svrhu ovog istraživanja pod nazivom „Stavovi budućih i sadašnjih roditelja o porođaju kod kuće“. Upitnik je bio izrađen u *Google* obrascu te je sadržavao trinaest pitanja. Prvi dio upitnika sadržavao je šest sociodemografskih pitanja kojima se opisao uzorak. Prvo pitanje odnosilo se na spol, drugo pitanje na dob, treće na stupanj obrazovanja, četvrto na partnerski odnos, peto pitanje na broj djece, a šesto na profesiju ispitanika. U drugom dijelu upitnika nalazilo se sedam pitanja, koja su se odnosila na stav ispitanika o porođaju kod kuće. U ovom dijelu upitnika ispitanici su odgovarali na pitanja tako da su zaokružili jedan broj od 1 do 5, gdje je 1 označavalo „uopće se ne slažem“, 2 – „uglavnom se ne slažem“, 3 – „niti se slažem niti se ne slažem“, 4 – „uglavnom se slažem“ i 5 – „u potpunosti se slažem“.

Upitnik je bio anonimn, kratak i jednostavan za razumijevanje te je svaki ispitanik/ica imao/la dovoljno vremena da ga ispuni, odnosno nije postojalo vremensko ograničenje rješavanja. Vrijeme potrebno za ispunjavanje upitnika procijenjeno je na 5 minuta. Pristupanje upitniku bilo je dobrovoljno te je svaki ispitanik/ica mogao/la u bilo kojem trenutku tijekom rješavanja odustati. Prikupljanje podataka provodilo se uz pomoć *Google* obrasca koji je bio objavljen putem društvene mreže *Facebook*.

#### 3.3. *Statistička obrada podataka*

U istraživanju su se mjerile sljedeće varijable: spol, dob, stupanj obrazovanja, partnerski status, broj djece, profesija i stav o porođaju kod kuće.

Varijabla spol (m/ž) prikazana je na nominalnoj ljestvici. Varijabla dob prikazana je na ordinalnoj ljestvici (1 – manje od 30, 2 – 30-35 i 3 – više od 35). Varijabla stupanj obrazovanja

također je prikazana na ordinalnoj ljestvici (1 – osnovna škola i niže, 2 – srednja škola, 3 – prijediplomski studij, 4 – diplomski studij i 5 – poslijediplomski studij). Varijabla partnerski status (trenutno sam u partnerskom odnosu/trenutno nisam u partnerskom odnosu) izražena je na nominalnoj ljestvici, broj djece na omjernoj ljestvici i varijabla profesija (da/ne) izražena je na nominalnoj ljestvici. Varijabla stav o porođaju kod kuće prikazana je pitanjima u drugom dijelu upitnika te je bila ispitana Likertovom skalom. Pitanje, svako za sebe, izraženo je na ordinalnoj ljestvici gdje su odgovori brojevi od 1 do 5. 1 označava „uopće se ne slažem“, a 5 – „u potpunosti se slažem“. Pitanja broj 1, 2 i 3 bila su postavljena na način da slaganje s navedenim tvrdnjama predstavlja negativan stav o porođaju kod kuće stoga su se u statističkoj obradi obrnuto kodirali na način da se odgovoru 5 – „u potpunosti se slažem“ dodijelila vrijednost 1, dok se odgovoru 1 – „uopće se ne slažem“ dodijelila vrijednost 5. Na kraju su sva pitanja u drugom dijelu upitnika zbrojena pa je varijabla stav o porođaju kod kuće prikazala na intervalnoj ljestvici. Aritmetička sredina svih odgovora nakon obrnutog kodiranja, odnosno rezultat veći od 3,5 smatrao se pozitivnim, a sve ispod toga predstavljalo je negativan stav o porođaju kod kuće.

Podaci na nominalnim i ordinalnim ljestvicama prikazani su frekvencijama i postocima, a podaci na omjernim i intervalnoj ljestvici prikazani su aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom ili medijanom i indeksom poluinterkvartilnog raspršenja ovisno o normalnosti distribucije koja je bila testirana Kolmogorov – Smirnov testom.

Za testiranje prve, četvrte i šeste hipoteze koristio se t-test za nezavisne uzorke, za testiranje druge hipoteze ANOVA, a za testiranje treće i pete hipoteze test Spearmanove korelacije. Razina statističke značajnosti bila je određena na razini  $p < 0,05$ .

Prilikom statističke obrade podataka koristili su se programi Statistica 14.0.0.15 (TIBCO Software Inc.) i Microsoft Excel.

### *3.4. Etički aspekti istraživanja*

Prikupljeni podaci u potpunosti su anonimni te pristup njima imaju samo glavna istraživačica i mentorica ovog završnog rada. Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno i anonimno, s mogućnošću povlačenja i odustajanja od sudjelovanja u bilo kojem trenutku. Prije rješavanja anonimnog upitnika ispitanici su pročitali opis istraživanja te su zatim mogli odlučiti žele li sudjelovati u njemu, a ukoliko su odlučili sudjelovati pritisnuli su „Suglasna/an sam“ te su time dali dopuštenje da se njihovi odgovori koriste u ovom istraživanju. Anonimnost je bila

postignuta tako da se u ni jednom dijelu upitnika nisu tražili osobni podaci o ispitaniku kao što su ime i prezime te datum rođenja i slično.

Dobiveni podaci koristili su se isključivo u znanstvenoistraživačke svrhe. Provedeno istraživanje niskog je rizika što potvrđuje potpisana Izjava o niskom riziku.

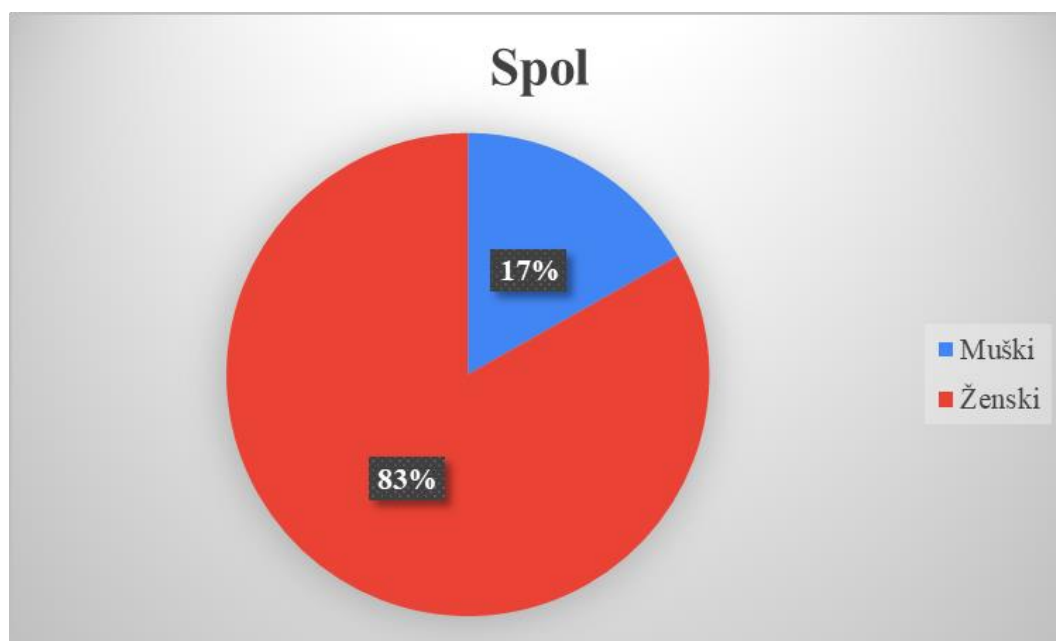


## 4. REZULTATI

Upitniku je pristupilo 223 ispitanika od kojih je 9 isključeno temeljem kriterija isključenja i uključenja te njihovi odgovori nisu uključeni u daljnju analizu i rezultate. Konačan broj ispitanika je 214.

### 4.1. Sociodemografski podaci

U konačnici, ovom istraživanju pristupilo je 214 ispitanika od kojih je 178 žena i 36 muškaraca. Podaci o raspodjeli ispitanika prema spolu prikazani su na Slici 1.



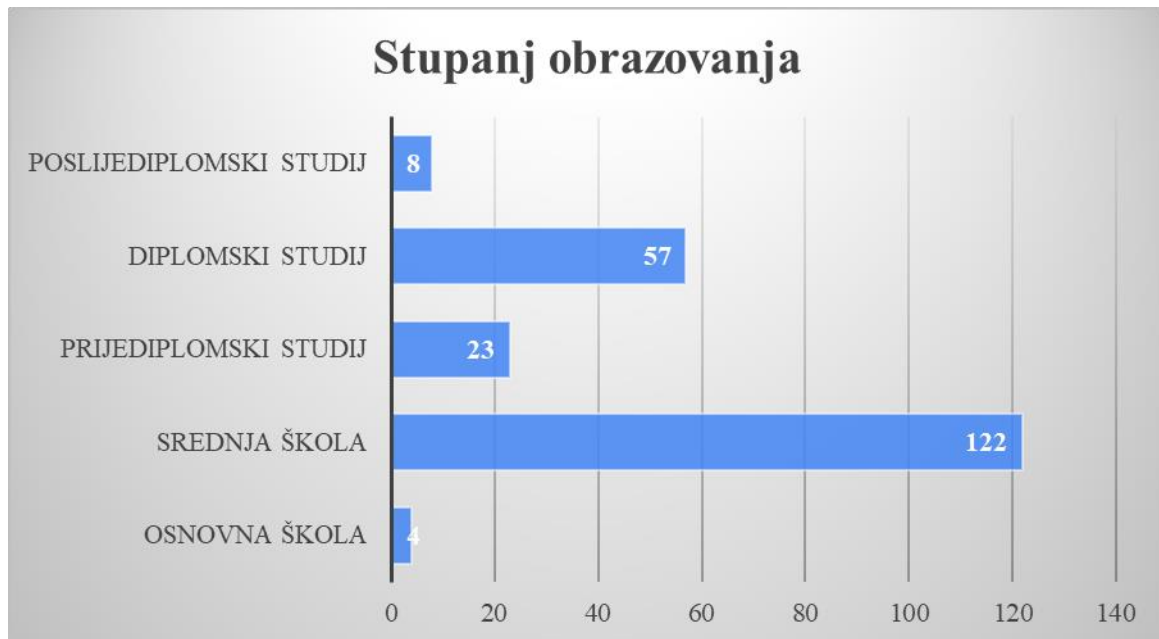
Slika 1. Raspodjela ispitanika prema spolu (N=214)

Prema dobnoj strukturi najviše ispitanika bilo je u dobnoj skupini manje od 30 godina. Podaci o raspodjeli po dobnim skupinama prikazani su u Tablici 1.

Tablica 1. Raspodjela ispitanika prema dobi

VARIJABLA	SKUPINA	N	%
DOB	Manje od 30	109	50,94%
	30-35	76	35,51%
	Više od 35	29	13,55%
Ukupno		214	100%

Nadalje, bio je ispitan stupanj obrazovanja te je 122 ispitanika kao najviši završeni stupanj obrazovanja navelo srednju školu. Detaljan prikaz ovih podataka nalazi se na Slici 2.



**Slika 2.** Raspodjela ispitanika prema najvišem završenom stupnju obrazovanja

S obzirom na partnerski status, 97,66% ispitanika navelo je da se trenutno nalaze u partnerskom odnosu, a njih 2,34% navelo je da nisu u partnerskom odnosu.

Zatim je bio ispitan broj djece te je najveći broj ispitanika, njih 112, imao samo jedno dijete.

Na pitanje o profesiji, 179 ispitanika odgovorilo je da nisu zdravstveni djelatnici po profesiji. Podaci o raspodjeli ispitanika prema profesiji prikazani su na Slici 3.



**Slika 3.** Raspodjela ispitanika prema profesiji (N=214)

U ukupnom uzorku ispitanika raspon aritmetičkih sredina pojedinačnih pitanja o stavu o porođaju kod kuće kreće se od  $M=2,16$  ( $SD=1,40$ ) do  $M=4,20$  ( $SD=1,14$ ). Najniža aritmetička sredina, odnosno najmanje slaganja zabilježeno je na tvrdnji broj 8 „Bilo bi mi neugodno kad bi bliska članica moje obitelji odlučila roditi kod kuće.“ te iznosi  $M=2,16$  ( $SD=1,40$ ). Na tvrdnji broj 9 „Smatram da je porođaj u bolnici sigurniji od porođaja kod kuće.“ zabilježena je najviša aritmetička sredina od  $M=4,20$  ( $SD=1,14$ ) odnosno ispitanici su izrazili najveće slaganje s tom tvrdnjom. U Tablici 2. prikazani su rasponi te aritmetičke sredine sa pripadajućim standardnim devijacijama za svaku tvrdnju u upitniku koja se odnosi na stav o porođaju kod kuće.

**Tablica 2.** Stavovi ispitanika o porođaju kod kuće

Tvrdnja	Min	Max	M	SD
Smatram da se žene koje rađaju kod kuće izlažu većem riziku u odnosu na žene koje rađaju u bolnici.	1	5	3,87	1,17
Bilo bi mi neugodno kad bi bliska članica moje obitelji odlučila roditi kod kuće.	1	5	<b>2,16</b>	1,40
Smatram da je porođaj u bolnici sigurniji od porođaja kod kuće.	1	5	<b>4,20</b>	1,14
Smatram da je veća vjerojatnost da će žene koje rode kod kuće uspješnije dojiti nego žene koje rode u bolnici.	1	5	2,30	1,41
Smatram da je nakon porođaja kod kuće moguće jače emocionalno povezivanje majke i oca s djetetom u odnosu na porođaj u bolnici.	1	5	3	1,59
Smatram da je porođaj kod kuće osnažujuće iskustvo za ženu.	1	5	3,13	1,42

Nakon obrnutog kodiranja određenih odgovora, aritmetička sredina svih odgovora iznosila je 2,70 (SD=0,96) što pokazuje da ispitanici imaju negativan stav prema porođaju kod kuće te stoga glavna hipoteza nije potvrđena.

Normalnost distribucije bila je testirana za varijablu stav o porođaju kod kuće i varijablu broj djece Kolmogorov-Smirnov testom. Varijabla stav o porođaju kod kuće ima normalnu distribuciju rezultata ( $p>0,20$ ), a varijabla broj djece značajno odstupa od normalne ( $p<0,01$ ). S obzirom na ove rezultate u statističkoj obradi podataka koristili su se t-test za nezavisne uzorke, ANOVA i Spearmanova korelacija.

Rezultati testiranja prve hipoteze pokazali su da nema statistički značajne razlike u stavu o porođaju kod kuće s obzirom na spol ispitanika ( $t=1,482$ ,  $p=0,140$ ). U Tablici 3. prikazani su deskriptivni podaci i rezultati t-testa za nezavisne uzorke. Žene nemaju pozitivniji stav o porođaju kod kuće od muškaraca, odnosno njihov se stav ne razlikuje statistički značajno, stoga prva hipoteza nije potvrđena.

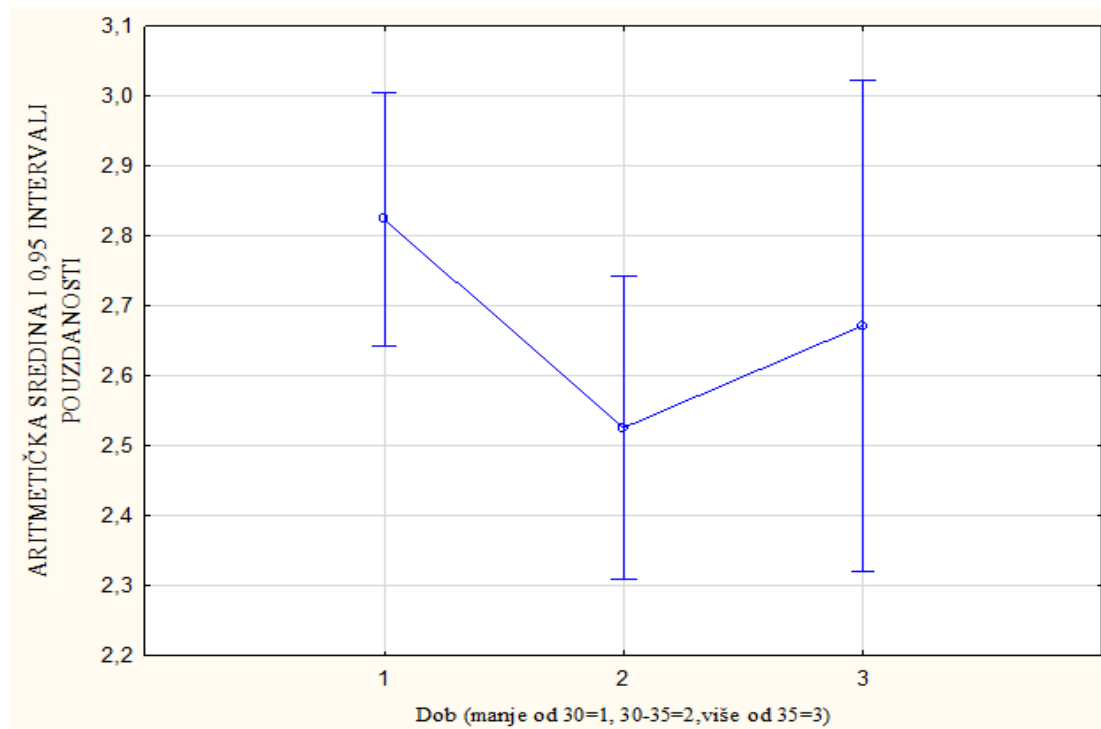
**Tablica 3.** Razlika u stavovima o porođaju kod kuće s obzirom na spol ispitanika

VARIJABLA	SKUPINA	N(%)	M (SD)	t, p
Spol	Žene	178 (83,18)	2,742 (0,960)	t=1,482
	Muškarci	36 (16,82)	2,482 (0,963)	p=0,140

Tablica 4. i slika 4. prikazuju podatke o stavu o porođaju kod kuće s obzirom na dob ispitanika. U tablici su prikazani deskriptivni podaci i rezultati ANOVA-e. ANOVA testom utvrđeno je da nema statistički značajne razlike u stavovima o porođaju kod kuće s obzirom na dob ispitanika ( $F=2,177$ ,  $p=0,116$ ). Prema ovim rezultatima, ispitanici u dobnoj skupini 30-35 godina nemaju pozitivniji stav o porođaju kod kuće u odnosu na ostale dvije dobne skupine te stoga druga hipoteza nije potvrđena.

**Tablica 4.** Razlika u stavovima o porođaju kod kuće s obzirom na dob ispitanika

VARIJABLA	SKUPINA	N (%)	M (SD)	F, p
Dob	Manje od 30	109 (50,93)	2,824 (0,937)	$F=2,177$ $p=0,116$
	30-35	76 (35,51)	2,526 (0,972)	
	Više od 35	29 (13,55)	2,672 (0,997)	



**Slika 4.** Razlika u stavovima o porođaju kod kuće s obzirom na dob ispitanika (y-os predstavlja prosječnu vrijednost varijable stav o porođaju kod kuće)

Prema rezultatima testiranja treće hipoteze zaključeno je da nema statistički značajne povezanosti između stava ispitanika o porođaju kod kuće i njihovog stupnja obrazovanja ( $\rho = -0,050$ ,  $p = 0,468$ ). U tablici 5. prikazani deskriptivni podaci i rezultati testa Spearmanove korelacije. Nije pronađena povezanost između stava o porođaju kod kuće i stupnja obrazovanja što znači da treća hipoteza nije potvrđena.

**Tablica 5.** Povezanost stavova o porođaju kod kuće u odnosu na stupanj obrazovanja

VARIJABLA	SKUPINE	N (%)	$\rho$ , p
Stupanj obrazovanja	Osnovna škola i niže	4 (1,87)	$\rho = -0,050$ $p = 0,468$
	Srednja škola	122 (57,01)	
	Prijediplomski studij	23 (10,75)	
	Diplomski studij	57 (26,64)	
	Poslijediplomski studij	8 (3,74)	

Također, testiranjem četvrte hipoteze nije pronađena statistički značajna razlika u stavovima o porođaju kod kuće s obzirom na partnerski status ( $t = -0,240$ ,  $p = 0,811$ ). U tablici 6. prikazani su deskriptivni podaci i rezultati t-testa za nezavisne uzorke. Četvrta hipoteza također

nije potvrđena jer ispitanici koji su u partnerskom odnosu nemaju pozitivniji stav o porođaju kod kuće od onih koji nisu u partnerskom odnosu, odnosno nema razlike u njihovim stavovima o porođaju kod kuće.

**Tablica 6.** Razlika u stavovima o porođaju kod kuće s obzirom na partnerski status

VARIJABLA	SKUPINA	N (%)	M (SD)	t, p
Partnerski status	Trenutno sam u partnerskom odnosu	209 (97,66)	2,695 (0,969)	t=-0,240 p=0,811
	Trenutno nisam u partnerskom odnosu	5 (2,34)	2,800 (0,740)	

Tablica 7. prikazuje podatke o povezanosti broja djece i stava o porođaju kod kuće. U tablici su prikazani deskriptivni podaci i rezultati testa Spearmanove korelacije. Testom Spearmanove korelacije utvrđeno je da nema statistički značajne povezanosti između stava o porođaju kod kuće i broja djece ( $\rho=-0,015$ ,  $p=0,828$ ) što znači da peta hipoteza nije potvrđena.

**Tablica 7.** Povezanost stavova ispitanika o porođaju kod kuće s obzirom na broj djece

VARIJABLA	ODGOVORI	N (%)	$\rho$ , p
Broj djece	0	46 (21,50)	$\rho=-0,015$ $p=0,828$
	1	112 (52,34)	
	2	44 (20,56)	
	3	8 (3,74)	
	4	2 (0,93)	
	6	1 (0,47)	
	7	1 (0,47)	

Rezultati testiranja šeste hipoteze pokazali su da nema statistički značajne razlike u stavu o porođaju kod kuće s obzirom na to je li ispitanik/ica zdravstvene profesije ili nije ( $t=-0,270$ ,  $p=0,787$ ). U Tablici 8. prikazani su deskriptivni podaci i rezultati t-testa za nezavisne uzorke. Ispitanici zdravstvene profesije nemaju negativniji stav o porođaju kod kuće od onih

koji nisu zdravstvene profesije, odnosno nema razlike u njihovim stavovima o porođaju kod kuće, što znači da šesta hipoteza nije potvrđena.

**Tablica 8.** Razlika u stavovima o porođaju kod kuće s obzirom na profesiju

VARIJABLA	SKUPINA	N (%)	M (SD)	t, p
Profesija	Da	35 (16,36)	2,738 (1,023)	t=-0,270
	Ne	179 (83,64)	2,690 (0,954)	p=0,787



## 5. RASPRAVA

Ovim je istraživanjem, provedenim na uzorku budućih i sadašnjih roditelja, utvrđeno da ispitanici imaju negativan stav o porođaju kod kuće. Iako je zabilježeno i nekoliko pozitivnih odgovora, u globalu aritmetička sredina iznosi 2,70 što predstavlja negativan stav prema porođaju kod kuće.

U svijetu postoje istraživanja provedena na temu porođaja kod kuće no vrlo je malo onih u kojima se istraživao stav o navedenoj temi. U Hrvatskoj, također, postoji nekoliko istraživanja na ovu temu te su u ta malobrojna istraživanja bile uključene prvostupnice primaljstva ili trudnice.

Zielinski, Ackerson i Kane Low 2015. godine provele su meta-analizu istraživanja o porođajima kod kuće. Opisanoj meta-analizom pokazalo se da se žene koje odabiru porođaj kod kuće demografski razlikuju od ostatka populacije. Podaci su bili prikupljeni za Sjedinjene Američke Države, Švedsku, Ujedinjeno Kraljevstvo i Nizozemsku. Dobiveni podaci pokazuju da su u Sjedinjenim Američkim Državama žene koje se odlučuju na porođaj kod kuće većinom bijele rase, udane i višerotke. Podaci iz Švedske ukazuju da žene koje se odlučuju na porođaj kod kuće većinom imaju veće obitelji, starije su dobi i imaju viši stupanj obrazovanja. Nadalje, u Ujedinjenom Kraljevstvu porođaj kod kuće također biraju žene starije dobi, bijele rase i sa višim socioekonomskim statusom, a u Nizozemskoj većinom starije žene, višerotke sa srednjim ili visokim socioekonomskim statusom (19). Zbog razlike u sociodemografskim karakteristikama žena koja odabiru porođaj kod kuće utvrđene drugim istraživanjima, u ovom se istraživanju stavova o porođaju kod kuće budućih i sadašnjih roditelja najprije postavilo nekoliko sociodemografskih pitanja. Ona su na kraju poslužila i za opis samog uzorka, no u uspoređivanju stavova nije pronađena statistički značajna razlika s obzirom na podatke navedene u opisanoj meta-analizi. U prethodno navedenoj meta-analizi navedene su neke specifičnosti populacije koja se odlučuje na porođaj kod kuće s obzirom na njihove sociodemografske podatke, te se temeljem toga može pretpostaviti da ta populacija ima pozitivniji stav u odnosu na druge. S obzirom na to, rezultati ovog istraživanja nisu potvrdili zaključke prethodno navedene meta-analize jer nije pronađena razlika u stavovima ispitanika s obzirom na godine, broj djece, partnerski status te stupanj obrazovanja koji se u ovom istraživanju spominje.

Sljedeće istraživanje na navedenu temu provedeno je na Islandu, zemlji sa zakonski reguliranim i dostupnim porođajima kod kuće, te su se ispitivali ishodi porođaja i stavovi žena

prema porođaju, medicinskim intervencijama i porođaju kod kuće. Populacija koja je bila zastupljena u navedenom istraživanju bile su punoljetne trudnice sa islandskog govornog područja koje su antenatalnu zaštitu obavljale u islandskim zdravstvenim centrima. U konačnici je u istraživanju sudjelovalo 809 ispitanica koje su izrazile svoje stavove o navedenoj temi. Upitnikom su bili prikupljeni i sociodemografski podaci poput dobi, mjesta stanovanja, bračnog statusa, edukacije i slično, i podaci vezani uz trudnoću, pušenje te mentalno zdravlje. Naposljetku, od uključenih 809 ispitanica, njih 645 (79,7%) izrazilo je negativan stav prema porođaju kod kuće, a 164 (20,3%) izrazilo je pozitivan stav. U islandskom istraživanju također nije pronađena statistički značajna razlika u stavovima o porođaju kod kuće s obzirom na sociodemografske karakteristike. Žene koje su izrazile pozitivan stav prema porođaju kod kuće ujedno su pozitivnije gledale i na sam čin porođaja i imale su pozitivno prijašnje iskustvo. Također, imale su i nešto negativniji stav prema intervencijama poput carskog reza, lijekovima za ubrzavanje porođaja te su više težile donošenju vlastitih informiranih odluka i poznavanju svoje primalje prije samog porođaja (37).

Nadalje, u ovom istraživanju ispitala se i povezanost profesije sa stavom o porođaju kod kuće koja se može povezati sa rezultatima istraživanja provedenog 2016. godine u Sjedinjenim Američkim Državama, koje je istraživalo stavove, znanje i iskustva opstetričara o porođaju kod kuće. Navedeno istraživanje pokazalo je da liječnici imaju negativan stav o porođaju kod kuće koji se može povezati sa manjkom znanja i iskustva. U istom istraživanju spominju se i primalje kod kojih je zabilježen nešto pozitivniji stav o porođaju kod kuće u odnosu na stav liječnika jer su upravo one prisustvovala porođajima kod kuće, a ne liječnici (28). Još jedno istraživanje na ovu temu provedeno je u Kanadi 2010. godine. Na ispunjavanje upitnika bilo je pozvano 835 kanadskih opstetričara, 759 registriranih primalja i 3000 obiteljskih liječnika. Kao i u prethodno opisanom istraživanju, ovdje je također zabilježen značajno pozitivniji stav o porođaju kod kuće primalja u odnosu na stavove opstetričara i obiteljskih liječnika. Zaključak istraživanja je da se mali postotak opstetričara susreo sa porođajem kod kuće, dok su primalje već tijekom obrazovanja imale doticaj sa tom opcijom rađanja te da je upravo taj faktor utjecao na njihove stavove o porođaju kod kuće (29). S obzirom na ove podatke postavljena je i šesta hipoteza koja glasi da ispitanici zdravstvene profesije imaju negativniji stav od onih koji nisu zdravstvene profesije. Unatoč pretpostavci temeljenoj na rezultatima istraživanja iz Sjedinjenih Američkih Država i Kanade, u ovom istraživanju nije zabilježena značajna razlika u stavu o porođaju kod kuće s obzirom na profesiju. Profesionalni doticaj s porođajima kod kuće povezan je s pozitivnijim stavom o istome (28,29). Stoga ne iznenađuje činjenica da nije pronađena razlika

u ovom istraživanju obzirom na relativno mali broj porođaja kod kuće u Hrvatskoj te njegov neregulirani status pa prema tome i mali doticaj zdravstvenih djelatnika u Hrvatskoj s porođajem kod kuće.

U jedno od istraživanja o stavovima o porođaju kod kuće provedenih u Hrvatskoj uključene su prvostupnice primaljstva, odnosno ispitani su njihovi stavovi o porođaju kod kuće. Podaci za potrebe ovog istraživanja bili su prikupljeni tijekom mjeseca svibnja 2021. godine pomoću *online* anonimnog anketnog upitnika. Sveukupno, upitniku za potrebe navedenog istraživanja pristupilo je 73 prvostupnika i prvostupnica. Rezultati su pokazali da bi samo 30% ispitanih primalja vodilo porođaj kod kuće te su one uglavnom bile mlađe dobi, između 21 i 31 godine, sa manje radnog staža. Takav rezultat povezuje se sa manjkom iskustva i susretanja s raznim komplikacijama, ali također se povezuje i sa spremnošću na uvođenje noviteta u svoj rad. Prema napisanom može se pretpostaviti da u Hrvatskoj postoje primalje koje pozitivno gledaju na porođaj kod kuće, ali ima i onih koje imaju negativan stav prema porođaju kod kuće te one smatraju kako nemaju dovoljno znanja i vještina za vođenje porođaja kod kuće (15).

U drugom istraživanju iz Hrvatske, provedenim 2016. godine u Bjelovaru, bila su ispitana znanja i stavovi trudnica o porođaju kod kuće. Između ostalog, upitnikom se ispitalo jesu li ispitanice rodile kod kuće i ako jesu koliko djece. Pregledom rezultata ustanovljeno je da su ispitanice koje su rađale kod kuće zadovoljne vlastitim iskustvom. Navele su da su se osjećale sigurno, a kao razloge odabira porođaja kod kuće navele su sigurnost i udobnost te manji broj rutinskih medicinskih intervencija (41).

Nadalje, u Hrvatskoj je tijekom ožujka 2021. godine bilo provedeno istraživanje kojim su se prikupljala mišljenja i stavovi žena vezano uz porođaj kod kuće u Republici Hrvatskoj. Za potrebe tog istraživanja bio je osmišljen anoniman, *online* upitnik koji je bio distribuiran putem društvene mreže *Facebook*. Upitniku je pristupilo 787 ispitanica različite životne dobi i stručne spreme. S obzirom da u istraživanju nije bio naveden konačan rezultat jesu li stavovi o porođaju kod kuće pozitivni ili negativni i s obzirom na šarolikost odgovora može se pretpostaviti samo da interes za ovu temu postoji. Također, na pitanje „Mislite li da bi trebalo ozakoniti porod kod kuće u Republici Hrvatskoj?“ čak je 73,5% ispitanica odgovorilo sa „Da“, te se na temelju toga rezultata može pretpostaviti da su ispitanice zainteresirane za porođaj kod kuće te da su im stavovi prema porođaju kod kuće pozitivni. U suprotnosti s tim, na pitanje „Porod u kući željeli biste jer?“ 45,7% ispitanica odgovorilo je da ne žele porod kod kuće te se tim odgovorom opet pretpostavlja da stav o porođaju kod kuće tih ispitanica nije pozitivan (42).

Kao i u istraživanju iz 2021. godine, i u ovom istraživanju su se javile neke veće razlike u odgovorima na pojedina pitanja. Nakon pregleda rezultata upitnika, odnosno odgovora vezanih uz stav ispitanika o porođaju kod kuće, zabilježene su primjetne razlike u stavovima ispitanika s obzirom na pojedine tvrdnje. Tvrdnja s kojom su se ispitanici najmanje slagali bila je „Bilo bi mi neugodno kad bi bliska članica moje obitelji odlučila roditi kod kuće.“ te su se ovdje najviše pojavljivali odgovori „uopće se ne slažem“ i „uglavnom se ne slažem“. Kada bi se promatralo samo slaganje s tom tvrdnjom moglo bi se pretpostaviti da ispitanici imaju pozitivan stav o porođaju kod kuće s obzirom da im ne bi bilo neugodno kad bi članica njihove obitelji rađala kod kuće. Nadalje, najveći udio ispitanika složio se s tvrdnjom „Smatram da je porođaj u bolnici sigurniji od porođaja kod kuće.“ te je najviše zabilježenih odgovora bilo „u potpunosti se slažem“ i „uglavnom se slažem“. Snažno slaganje s tom tvrdnjom moglo bi se protumačiti kao stav ispitanika da je porođaj kod kuće manje siguran te povezan s komplikacijama što je u suprotnosti s znanstvenim istraživanjima koja pokazuju da nije ništa manje siguran od porođaja u bolnici (8,16). Pretpostavlja se da je moguć uzrok ovakvog rezultata također i nedovoljna informiranost ispitanika i javnosti o porođaju kod kuće te negativni narativ koji je često prisutan u medijima kada se obrađuje ova tema. Gledajući sveukupan rezultat, u konačnici se ispostavilo da ispitanici ovog istraživanja imaju negativan stav o porođaju kod kuće, no najmanje slaganje s tvrdnjom broj 8 otvara neka nova pitanja i mogućnosti za daljnja istraživanja.

Rezultati ovog istraživanja dali su vrijedan doprinosu u razumijevanje stavova o porođaju kod kuće, no postojala su određena ograničenja pri provedbi istraživanja. Iako je veličina prikupljenog uzorka bila adekvatna za provođenje istraživanja, krajnji rezultati ne mogu se primijeniti na cjelokupno stanovništvo Hrvatske. Naime u istraživanju su mogle sudjelovati samo one žene koje su trudne u trenutku provođenja istraživanja te koje su unazad 5 godina rodile ili bile trudne kao i njihovi partneri što ne odražava opću populaciju Republike Hrvatske. Uz to, istraživanju je pristupio značajno veći broj žena u odnosu na muškarce te se iz tog razloga može pretpostaviti da bi rezultati u budućnosti mogli varirati.

## 6. ZAKLJUČAK

Svaka osoba je individua za sebe te svatko ima svoje mišljenje i stav o nekoj temi. Samim time razlikuju se i želje ljudi o mjestu rađanja. Stoga neki ljudi biraju vlastiti dom kao mjesto za rađanje. Porodaj u vlastitom domu nekima predstavlja sigurnost, ugodnost i jedinstveno iskustvo za majku i novorođenče, ali i za sve koji sudjeluju u tom činu. Planirani porodaj kod kuće praćen je pod budnim okom stručnjaka, odnosno adekvatno kvalificirane primalje. Kao takav, porodaj kod kuće u Hrvatskoj i dalje nije adekvatno zakonski reguliran, a ujedno postoji i premali broj istraživanja na ovu temu.

S obzirom da u Hrvatskoj postoji tek nekoliko istraživanja na temu porođaja kod kuće te stavova populacije o istome, a osobito onih u koje su uključeni i muškarci i žene, ovim istraživanjem nastojalo se istražiti stavove budućih i sadašnjih roditelja o porođaju kod kuće.

Pregledom rezultata ovog istraživanja primjećuju se razlike u stavovima o porođaju kod kuće, no ipak se pokazalo da ispitanici imaju negativan stav prema porođaju kod kuće. Ovakav rezultat mogao bi se povezati sa lošom zakonskom regulacijom porođaja kod kuće koja sa sobom nosi i slabiju edukaciju te generalno i lošiju osviještenost javnosti o istome. Unatoč razlikama u stavovima, svaka roditelja zaslužuje imati pozitivno iskustvo porođaja. Stoga bi svaka roditelja u Republici Hrvatskoj trebala imati mogućnost biranja mjesta gdje želi roditi kao što je to slučaj u ostatku svijeta. Manjkom edukacije, ali i istraživanja uzrokuje se kriva percepcija porođaja u globalu, odnosno gleda ga se kao patologiju, a zapravo je to jedan od fizioloških procesa u životu žene.

Hipoteze ovog istraživanja nisu potvrđene te nigdje nije zabilježena značajna razlika među odgovorima koja bi izdvojila neku skupinu ispitanika. Točnije, nije zabilježena značajna razlika u stavovima o porođaju kod kuće s obzirom na dob i spol ispitanika, partnerski status i s obzirom na profesiju te nije pronađena statistički značajna povezanost između stavova o porođaju kod kuće i stupnja obrazovanja, kao ni povezanost stavova o porođaju kod kuće s brojem djece. Unatoč dobivenim rezultatima, ovo istraživanje pružilo je vrijedan uvid u stavove i razmišljanja ljudi o porođaju kod kuće.

Iako ova tema nije najaktualnija u Hrvatskoj te se o njoj općenito malo piše, priča i istražuje, nadamo se da će ovo istraživanje potaknuti daljnju zainteresiranost i nova istraživanja na ovu temu te da će doprinijeti normalizaciji porođaja izvan zdravstvenih ustanova.

## LITERATURA

1. International Confederation of Midwives. Definition of Midwifery. [Internet] International Confederation of Midwives. 2024 [pristupljeno 17.6.2024.] Dostupno na: <https://internationalmidwives.org/resources/definition-of-midwifery/>
2. Švaljug D, Kuljak Ž. Školovanje primalja u Republici Hrvatskoj i stjecanje kompetencija u primaljstvu. Primaljski vjesnik. 2018;24:30-35.
3. Barnawi N, Richter S, Habib F. Midwifery and Midwives: A Historical Analysis. Journal od Research in Nursing and Midwifery. 2013;2(8):114-121.
4. Hosmer L. Home birth. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2001;44(4):671-680.
5. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. Cochrane Database Syst Rev. 2012;9(9):CD000352.
6. Gojković P. Carski rez i rizici za novorođenče [Diplomski rad]. [Zagreb]: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2023. 39 p. [pristupljeno 13.5.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:883263>
7. Donnison J. Midwives and Medical Men: A History of the Struggle for the Control of Childbirth. 2th ed. London: Routledge; 1988.
8. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care (NG235). [Internet] NICE guideline. 29 September 2023 [pristupljeno 13.5.2024.] Dostupno na: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/intrapartum-care-pdf-66143897812933>
9. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
10. International Confederation of Midwives. International Definition and Scope of Practice of the Midwife. [Internet] International Confederation of Midwives. 2019 [pristupljeno 14.5.2024.] Dostupno na: <https://internationalmidwives.org/resources/international-definition-of-the-midwife/>
11. Lescure, D, Schepman S, Batenburg R, Wiegers TA, Verbakel E. Preferences for birth center care in the Netherlands: an exploration of ethnic differences. BMC Pregnancy and Childbirth 2017; 6:17(1):79.

12. Larsen N. Birthing Center versus Hospitalized Birth. Illinois Wesleyan University. 2016;4(1):4.
13. Kurbanović M. Primaljski odjeli. Primaljski vjesnik [Internet]. 2023 [pristupljeno 13.5.2024.];(35). Dostupno na: [https://www.komora-primalja.hr/wp-content/uploads/2023/11/PV-35\\_final.pdf](https://www.komora-primalja.hr/wp-content/uploads/2023/11/PV-35_final.pdf)
14. Roda. Porod kod kuće u Hrvatskoj. [Internet] Roda. 2017 [pristupljeno 14.5.2024.] Dostupno na: <https://www.roda.hr/portal/porod/kako-radamo/porod-kod-kuce-u-hrvatskoj.html>
15. Šebalj M. Porod kod kuće: Stavovi prvostupnica primaljstva u Republici Hrvatskoj. Primaljski vjesnik [Internet]. 2022 [pristupljeno 13.5.2024.];32. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/276214>
16. The American Collage of Obstetricians and Gynecologists. Planned Home Birth. Committe Opinion No. 697. Obstet Gynecol. 2017;129(4):e117-22.
17. Hrvatski sabor. Zakon o primaljstvu NN 120/08, 145/10. [Internet] 2008. [pristupljeno 14.5.2024.] Dostupno na: <https://www.komora-primalja.hr/datoteke/ZOP-procisceni%20tekst.pdf>
18. Delovna skupina za pripravo predloga za pravno in organizacijsko ureditev poroda na domu Ministarstva za zdravje Republike Slovenije. Strokovne usmeritve za nacrtovani porod doma. 2018.
19. Zielinski R, Ackerson K, Kane Low L. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. International Journal of Women's Health. 2015;7:361–377.
20. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists/Royal College of Midwives Joint statement No.2. [Internet] April 2007. [pristupljeno 17.6.2024.] Dostupno na: [https://birthguidechicago.com/wp-content/uploads/2018/07/home\\_births\\_rcog\\_rcm0607.pdf](https://birthguidechicago.com/wp-content/uploads/2018/07/home_births_rcog_rcm0607.pdf)
21. International Confederation of Midwives. Keeping birth normal. [Internet] International Confederation of Midwives. 2023 [pristupljeno 17.6.2024.] Dostupno na: <https://internationalmidwives.org/resources/keeping-birth-normal/>
22. Wax JR, Pinette MG, Cartin A. Home versus hospital birth--process and outcome. Obstetrical & Gynecological Survey. 2010;65(2):132-140.

23. Sands G, Kerry E, Spiby H, Eldridge J, Pallotti P, Evans C. Birth environments for women with complex pregnancies: A mixed-methods systematic review. *Women and Birth*. 2022;36(1):39-46.
24. Cook K, Loomis C. The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences. *The Journal of Perinatal Education*. 2012; 21(3):158-68.
25. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 2011;343:d7400.
26. UK Parliament. Memorandum by Birth Centre Network UK. [Internet] UK Parliament. 2003. [pristupljeno 15.5.2024.] Dostupno na: <https://publications.parliament.uk/pa/cm200203/cmselect/cmhealth/796/796we14.htm>
27. Sandall J. Place of birth in Europe. *Entre Nous The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*. 2015;81:16-17.
28. Leone J, Mostow J, Hackney D, Gokhale P, Janata J, Greenfield M. Obstetrician Attitudes, Experience, and Knowledge of Planned Home Birth: An Exploratory Study. *Birth*. 2016; 43(3):220-5.
29. Vedam S, Stoll K, Schummers L, Fairbrother N, Klein MC, Thordarson D, et al. The Canadian birth place study: examining maternity care provider attitudes and interprofessional conflict around planned home birth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:353.
30. Galkova G, Bohm P, Hon Z, Herman T, Doubrava R, Navratil L. Comparison of Frequency of Home Births in the Member States of the EU Between 2015 and 2019. *Global Pediatric Health*. 2022;9:1-8.
31. Vermeulen J, Luyben A, O'Connell R, Gillen P, Escuriet R, Fleming V. Failure or progress?: The current state of the professionalisation of midwifery in Europe. *European Journal of Midwifery*. 2019 [pristupljeno 29.12.2023.];3 Dostupno na: <http://www.europeanjournalofmidwifery.eu/Failure-or-progress-The-current-stateof-the-professionalisation-of-midwifery-in,115038,0,2.html>
32. Rodin U, Cerovečki I, Jezdić D. Porodi u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj 2021. godine. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb;2022.



33. Roda. Broj poroda kod kuće u Hrvatskoj. [Internet] Roda. 2022 [pristupljeno 15.5.2024.] Dostupno na: <https://rodilista.roda.hr/rodilista/izvanbolnicki-porodi/broj-poroda-kod-kuce-u-hrvatskoj.html>
34. Espinosa LL, Turk JM, Taylor M, Chessman HM. Race and Ethnicity in Higher Education A Status Report. Washington, DC: American Council on Education; 2019.
35. Boucher D, Bennett C, McFarlin B, Freeze R. Staying Home to Give Birth: Why Women in the United States Choose Home Birth. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2009;54(2):119–126.
36. Barr JJ, Marugg L. Impact of Marriage on Birth Outcomes: Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 2012-2014. *The Linacre Quarterly*. 2019;86(2-3):225-230.
37. Halfdansson B, Olafsdottir OA, Hildingsson I, Smarason AK, Sveinsdottir H. Maternal attitudes towards home birth and their effect on birth outcomes in Iceland: A prospective cohort study. *Midwifery*. 2016;34:95-104.
38. Moshi F, Nyamhanga T. Understanding the preference for homebirth; an exploration of key barriers to facility delivery in rural Tanzania. *Reprod Health*. 2017;14(1):132.
39. Cofie LE, Barrington C, Singh K, Sodji-Tettey S, Akaligaung A. Birth location preferences of mothers and fathers in rural Ghana: Implications for pregnancy, labor and birth outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:165.
40. Drandić D, Knezić Frković B, Kurbanović M, Skukan Šoštarić Ž. Iskustva trudnica, roditelja i babinjača u zdravstvenom sustavu u Hrvatskoj 2018. i 2019. godine. Zagreb: Roditelji u akciji – Roda; 2020.
41. Bošnjak J. Znanja i stavovi trudnica o porodu kod kuće [Završni rad]. [Bjelovar]: Veleučilište u Bjelovaru; 2016. [pristupljeno 16.5.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:144:810836>
42. Tekeli S. Porod kod kuće [Završni rad]. [Koprivnica]: Sveučilište Sjever; 2021. [pristupljeno 16.5.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:275524>

# PRIVITCI

Privitak A: Popis ilustracija

## Popis slika

<b>Slika 1.</b> Raspodjela ispitanika prema spolu .....	16
<b>Slika 2.</b> Raspodjela ispitanika prema najvišem stupnju obrazovanja .....	17
<b>Slika 3.</b> Raspodjela ispitanika prema profesiji.....	18
<b>Slika 4.</b> Razlika u stavovima o porođaju kod kuće s obzirom na dob ispitanika.....	21

## Popis tablica

<b>Tablica 1.</b> Raspodjela ispitanika prema dobi .....	16
<b>Tablica 2.</b> Stavovi ispitanika o porođaju kod kuće .....	19
<b>Tablica 3.</b> Razlika u stavovima o porođaju kod kuće s obzirom na spol ispitanika .....	20
<b>Tablica 4.</b> Razlika u stavovima o porođaju kod kuće s obzirom na dob ispitanika.....	20
<b>Tablica 5.</b> Razlika u stavovima o porođaju kod kuće s obzirom na stupanj obrazovanja .....	21
<b>Tablica 6.</b> Razlika u stavovima o porođaju kod kuće s obzirom na partnerski status .....	22
<b>Tablica 7.</b> Razlika u stavovima ispitanika o porođaju kod kuće s obzirom na broj djece.....	22
<b>Tablica 8.</b> Razlika u stavovima o porođaju kod kuće s obzirom na profesiju .....	23

## Privitak B: Informirani pristanak

Poštovani/a,

pozvani ste na sudjelovanje u istraživanju stavova budućih i sadašnjih roditelja o porođaju kod kuće. Istraživanje se provodi u svrhu izrade završnog rada studentice Anite Kerovec na Prijediplomskom stručnom studiju Primaljstvo Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci.

**U istraživanju mogu sudjelovati žene koje su trudne u trenutku provođenja istraživanja i one žene koje su unazad 5 godina rodile ili bile trudne te muškarci čije partnerice su trudne, rodile su ili bile trudne unazad 5 godina.** Prije nego odlučite sudjelovati u ovom istraživanju, molim Vas da pažljivo pročitate ovu obavijest.

Sudjelovanje u istraživanju je u potpunosti anonimno te nema rizika za sudionike, a prikupljeni podaci bit će dostupni samo autorici istraživanja i njenoj mentorici te će se koristiti samo u istraživačke svrhe. Molim Vas da na pitanja odgovarate iskreno zbog vjerodostojnosti podataka.

Prosječno vrijeme ispunjavanja ovog upitnika iznosi 5 minuta. Ukoliko imate bilo kakvo pitanje, možete se obratiti na mail: [anita.kerovec1@gmail.com](mailto:anita.kerovec1@gmail.com)

Klikom na ikonu ispod ovog teksta dajete suglasnost za sudjelovanje u istraživanju te će to predstavljati Vaš pristanak na sudjelovanje. Sudjelovanje u istraživanju je u potpunosti dobrovoljno te u svakom trenutku možete odustati i Vaši odgovori neće biti zabilježeni. Nakon popunjavanja upitnika, molim Vas da potvrdite završetak pritiskom na tipku „Podnesi“.

Unaprijed Vam zahvaljujem na sudjelovanju!

Jeste li suglasni sudjelovati u istraživanju?

1. Suglasna/an sam
2. Nisam suglasna/an

Privitak C: Upitnik

*„Stavovi budućih i sadašnjih roditelja o porođaju kod kuće“*

### **1.DIO – Sociodemografska pitanja**

1. Spol
  1. Muški
  2. Ženski
  
2. Koliko imate godina?
  1. Manje od 30
  2. 30-35
  3. Više od 35
  
3. Koji je Vaš najviši završeni stupanj obrazovanja?
  1. Osnovna škola i niže
  2. Srednja škola
  3. Prijediplomski studij (Viša škola)
  4. Diplomski studij (Visoka škola, fakultet)
  5. Poslijediplomski studij (Magisterij, doktorat)
  
4. Partnerski status
  1. Trenutno sam u partnerskom odnosu
  2. Trenutno nisam u partnerskom odnosu
  
5. Koliko djece imate?  
\_\_\_\_\_
  
6. Jeste li zdravstveni djelatnik?
  1. Da
  2. Ne

### **2.DIO – pitanja o stavu**

Na sljedeća pitanja odgovarate označavanjem broja od 1 do 5 ovisno o Vašem slaganju s tvrdnjom, gdje 1 označava uopće se ne slažem, 2 uglavnom se ne slažem, 3 niti se slažem niti se ne slažem, 4 uglavnom se slažem, a 5 označava u potpunosti se slažem.

1. Smatram da se žene koje rađaju kod kuće izlažu većem riziku u odnosu na žene koje rađaju u bolnici.  
1 2 3 4 5
2. Bilo bi mi neugodno kad bi bliska članica moje obitelji odlučila roditi kod kuće.  
1 2 3 4 5
3. Smatram da je porođaj u bolnici sigurniji od porođaja kod kuće.  
1 2 3 4 5
4. Smatram da je veća vjerojatnost da će žene koje rode kod kuće uspješnije dobiti nego žene koje rode u bolnici.  
1 2 3 4 5
5. Smatram da je nakon porođaja kod kuće moguće jače emocionalno povezivanje majke i oca s djetetom u odnosu na porođaj u bolnici.  
1 2 3 4 5
6. Smatram da je porođaj kod kuće osnažujuće iskustvo za ženu.  
1 2 3 4 5

## **ŽIVOTOPIS**

Anita Kerovec rođena je 31.05.2002. godine u Čakovcu. Osnovnu školu u Podturnu završava 2016. godine te upisuje Srednju školu Čakovec smjer Medicinska sestra / tehničar opće njege. Petogodišnje srednjoškolsko obrazovanje završava 2021. godine sa odličnim uspjehom.

Iste godine upisuje prijediplomski stručni studij Primaljstvo na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci. Uz obavljanje studentskih obaveza, radi preko student servisa.