

Zadovoljstvo primaljskom skrbi i mentalno zdravčje prvotkinja

Patko, Marina

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:184:404885>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-10-08**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PRIJEDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ
PRIMALJSTVO

Marina Patko

ZADOVOLJSTVO PRIMALJSKOM SKRBI I MENTALNO ZDRAVLJE
PRVOROTKINJA: rad s istraživanjem

Završni rad

Rijeka, 2024.

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

Marina Patko

SATISFACTION WITH MIDWIFERY CARE AND MENTAL HEALTH OF
PRIMIPARA: research

Final thesis

Rijeka, 2024.

Mentor rada: doc. dr. sc. Aleksandra Stevanović

Završni rada obranjen je dana __26.9.__ na Fakultetu zdravstvenih studija sveučilišta u Rijeci, pred povjerenstvom u sastavu:

1. doc. dr. sc. Deana Švaljug
2. Magdalena Kurbanović, univ. bacc. obs., mag. med. techn., IBCLC
3. doc. dr. sc. Aleksandra Stevanović

Izvješće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podaci o studentu:

Sastavnica	
Studij	PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ PRIMALISTVO
Vrsta studentskog rada	ZAVRŠNI RAD
Ime i prezime studenta	Marina Patko
JMBAG	0351012593

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	
Ime i prezime mentora	Doc. dr. sc. Aleksandra Stevanović
Datum predaje rada	16.9.2024.
Identifikacijski br. podneska	2443059421
Datum provjere rada	16.9.2024.
Ime datoteke	Završni_rad_Marina_patko.docx
Veličina datoteke	170.54K
Broj znakova	60787
Broj riječi	16124
Broj stranica	48

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	15%
-----------------	-----

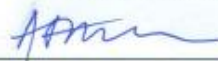
Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	16.9.2024.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

16.9.2024.

Potpis mentora



Zahvale

Prije svega, veliko hvala mojoj mentorici doc. dr. sc. Aleksandri Stevanović na pomoći, korisnim komentarima te na velikom povjerenju u izradi završnog rada. Neizmjereno hvala mojim roditeljima Ružici i Mariju koji su mi uvijek pružali sve, a na meni je samo bilo da učim. Hvala mojim sestrama Luciji i Ivi, Gabrijelu i obitelji na povjerenju, ohrabrenju i podršci u svakom koraku mog studiranja.

Na kraju, zahvaljuje se svim dragim prijateljima, prijateljicama i kolegicama koji su bili djelom mojih nezaboravnih studentskih dana, s kojima su mi ove tri godine prošle upravo tako kako su prošle.

SADRŽAJ

UVOD	1
1. PRIMALJA	3
1.1. Povijest primaljstva	3
1.2. Primaljstvo danas	5
1.3. Pružanje primaljske skrbi	6
1.3.1. Primaljski odjeli	7
1.4. Zadovoljstvo primaljskom skrbi	8
2. MENTALNO ZDRAVLJE	9
2.1. Mentalni poremećaj	10
2.1.1. Promjene u hormonskom sustavu tijekom trudnoće	10
2.2. Poremećaji mentalnog zdravlja karakteristični za postpartum	10
2.2.1. Stres	11
2.2.2. Anksioznost	11
2.2.3. D-Mer	12
2.2.4. Baby blues- postporodajna tuga	12
2.2.5. Poslije porođajna depresija	12
2.2.6. Postpartalni posttraumatski stresni poremećaj	13
2.2.7. Postpartalna psihoza	13
2.3. Utjecaj primalje na mentalno zdravlje	13
3. CILJEVI I HIPOTEZE	15
4. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE	16
4.1. Ispitanici	16
4.2. Postupak i instrumentarij	16
4.3. Statistička obrada podataka	17
4.4. Etički aspekti istraživanja	17
5. REZULTATI	19
5.1. Socio-demografski podatci	19
5.2. Rezultati istraživanja	19
5.2.1. Zadovoljstvo primaljskom skrbi	20
5.2.2. Učestalost anksioznosti, depresivnosti i stresa u prvorotkinja	21

5.2.3.	<i>Povezanost razine anksioznosti, depresivnosti i stresa i zadovoljstva primaljskom skrbi</i>	22
5.2.4.	<i>Odnos specifičnosti u porodu u odnosu na zadovoljstvo primaljskom skrbi.....</i>	23
5.2.5.	<i>Odnos vremena proteklog od poroda i razine anksioznosti, depresivnosti i stresa</i>	25
6.	RASPRAVA.....	26
7.	ZAKLJUČAK	29
	LITERATURA	30
	PRIVITCI	34

SAŽETAK

Primaljska skrb specifičan je model skrbi u zdravstvu. Primalja je jedini kvalificirani pružatelj skrbi trudnici, roditelji, babinjači i novorođenčetu. Odnos primalje prema roditelji i pristup u skrbi mogu utjecati na zadovoljstvo roditelje porodom, primaljom i primaljskom skrbi te mogu ostaviti posljedice na njeno mentalno zdravlje. Mentalno i tjelesno zdravlje podjednako su važne komponente za cijelo ukupno zdravlje svakog čovjeka, a hormonske promjene u trudnoći te stresni događaj kao porod mogu znatno utjecati na mentalno zdravlje žena.

Glavni cilj istraživanja jest razumjeti kako kvaliteta primaljske skrbi utječe na mentalno zdravlje žena nakon poroda prvog djeteta. Istraživanje je provedeno online putem društvene mreže Facebook, u grupi koja se bavi tematikom poroda i razmjene iskustava s poroda. Grupa broji 23958 članova, a u istraživanju je sudjelovalo 338 ispitanica u dobi od 19 do 53 godine. Upitnik je anonimn i sastoji se od četiri dijela. Prvi dio upitnika sadrži filter pitanje s kojim smo odvojili prvorotkinje od višerotki, drugi dio upitnika sadrži socio-demografska pitanja, za treći dio upitnika korišten je upitnik za procjenu zadovoljstva primaljskom skrbi koji je prilagođen istraživanju, a za četvrti dio upitnika korišten je standardizirana Depression Anxiety Stress Scales - 21 Items (DASS-21).

Od 338 ispitanica njih 203 izjavljuje kako su zadovoljne primaljskom skrbi, 81 je ambivalentna te 63 izjavljuje kako nisu zadovoljne primaljskom skrbi. Razine stresa, anksioznosti i depresije povećani su u odnosu na opću populaciju, a daljnjim istraživanjem utvrđeno je kako su ispitanice koje su bile zadovoljnije primaljskom skrbi imale manje razine stresa, anksioznosti i depresije u odnosu na ispitanice koje nisu bile zadovoljne primaljskom skrbi.

Ključne riječi: kvaliteta skrbi, mentalno zdravlje, primaljska skrb, prvorotke, roditelja, zadovoljstvo

SUMMARY

Midwifery care is a specific model of care in healthcare. A midwife is the only qualified caregiver for a pregnant woman, a woman in labor, a postpartum woman, and a newborn. The relationship between the midwife and the woman in labor, as well as the approach to care, can influence the woman's satisfaction with the childbirth experience, the midwife, and midwifery care, potentially impacting her mental health. Both mental and physical health are equally important components of overall health for every individual. Hormonal changes during pregnancy and the stressful event of childbirth can significantly affect a woman's mental health.

The main goal of this research is to understand how the quality of midwifery care affects the mental health of women after the birth of their first child. The research was conducted online via the social media platform Facebook, in a group focused on childbirth and the exchange of childbirth experiences. The group has 23,958 members, and 338 women aged between 19 and 53 participated in the research. The questionnaire is anonymous and consists of four parts. The first part of the questionnaire includes a filter question to distinguish between first-time mothers and those who have had multiple children. The second part contains socio-demographic questions. The third part uses a questionnaire for assessing satisfaction with midwifery care, which was adapted for this research, and the fourth part uses the standardized Depression Anxiety Stress Scales - 21 Items (DASS-21).

Out of 338 respondents, 203 stated that they were satisfied with midwifery care, 81 were ambivalent, and 63 were not satisfied with midwifery care. Levels of stress, anxiety, and depression were found to be higher than in the general population. Further research revealed that respondents who were more satisfied with midwifery care had lower levels of stress, anxiety, and depression compared to those who were not satisfied with midwifery care.

Key words; first-time mothers, mental health, midwifery care, quality of care, satisfaction, woman in labor

UVOD

Trudnoća započinje spajanjem muške spolne stanice odnosno spermija i ženske jajne stanice. Čin njihova spajanja naziva se oplodnja. Oplodnja se najčešće događa u ampularnom dijelu jajovoda, odakle se oplođena jajna stanica razvija u blastocistu i putuje prema endometriju u kojega će se nakon određenog vremena ugnijezditi te time započinje intrauterini razvoj fetusa. Trudnoća u pravilu traje 280 dana, 40 tjedana ili 9 mjeseci, tijekom tog razdoblja fetus se razvija i raste. Trudnoću prate razne anatomske, funkcionalne i emocionalne promjene (1). Promjene koje trudnica osjeća, proživljava i vidi tijekom trudnoće u potpunosti su nova i nepoznata iskustva za nju, pogotovo za prvorotkinju. Svaka žena koja je rodila je barem jednom u životu bila prvorotkinja te se susrela sa nečim do tada nedoživljenim svim simptomima trudnoće, kontrakcijama, boli i porodom kako bi postala majka. Rođenje prvog djeteta donosi potpunu osobnu i interpersonalnu promjenu žene. Potencijalno je primalja taj član medicinskog tima koji će prvi stupiti u kontakt sa trudnicom, pružiti joj potrebne informacije, educirati ju i pružiti joj podršku.. Prema Zakonu o primaljstvu, primalja kao član medicinskog tima mora provoditi psihološku pripremu trudnice za porođaj te prepoznati post partalne psihološke poremećaje (2). Rodilja bi nakon psiho-fizičke pripreme uz primalju bez poteškoća, bez napetosti i straha ući u rađao. Strah kod roditelje prvorotkinje povezan je s neznanjem, boli i iskustvima drugih roditelja, dok je kod roditelje višerotkinje povezan je s osobnim dosadašnjim iskustvima poroda, odgojem i običajima okoline u kojoj odrasta roditelja (3). Liječnici i primalje zajedno trebaju motivirati i ohrabrivati roditelju da vjeruje u sebe, u svoje osjećaje, da sasluša svoje tijelo i da izrazi svoj strah i emocije te da joj se pruži podrška i pomoć koja joj je potrebna (4). Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira mentalno zdravlje kao stanje mentalnog blagostanja koje ljudima omogućuje da se nose sa životnim stresorima, ostvare svoje mogućnosti, uče i rade te doprinose svojoj zajednici. Porod kod određenih žena može biti stresni događaj koji će pokrenuti nastanak i razvijanje mentalnih poremećaja. Primalje su one koje pružaju skrb tijekom tog kritičnog perioda te svojim pristupom i skrbi značajno utječu na mentalno zdravlje žene nakon poroda.

Glavni cilj ovog završnog rada je istražiti povezanost između zadovoljstva primaljskom skrbi i mentalnog zdravlja prvorotkinja kao skupine žena koje po prvi puta imaju doticaj s primaljskom skrbi. Uz glavni cilj u radu istražiti će se razina zadovoljstva primaljskom skrbi, učestalost anksioznosti, depresije i stresa kod prvorotkinja, odnos pojave specifičnosti u porodu na

zadovoljstvo primaljskom skrbi te vremena proteklog od poroda na razinu anksioznosti, depresije i stresa.

1. PRIMALJA

Primalja je naziv za zdravstvenu djelatnicu koja skrbi za žene tijekom trudnoće, porođaja i babinja, pruža njegu i skrb novorođenčetu i dojenčetu (5). Prema međunarodnoj definiciji, primalja je osoba koja je uspješno završila priznat program edukacije za primalje, utemeljen na ICM-ovim (International Confederation of Midwives) Ključnim kompetencijama i Globalnim standardima obrazovanja za primalje (6). Primalje svoju profesiju obavljaju na svim razinama zdravstvene skrbi, primjenjujući stručno znanje uz poštivanje pacijentovih prava, etičkih i stručnih načela, s ciljem očuvanja zdravlja populacije i svakog pojedinog pacijenta (7).

1.1. *Povijest primaljstva*

Primaljstvo je jedno od najstarijih zanimanja na svijetu, postoji otkako je čovjeka. Opisuje se kao zanimanje koje se oduvijek smatralo „ženskim poslom“. Iako od početka nije bilo prepoznato kao takvo, oduvijek je uz ženu koja rađa bila još pokoja žena koja je bila i sama rodila ili je bila priučena kako pomoći u porodu. Smatra se da su broj primalja, zakonska regulativa i skrb za roditelje pokazatelji pojedine sredine i stupnja razvoja zemlje. Kroz povijest ljudi su vjerovali u razna božanstva, pa su tako štovali različite božice kao naprimjer Asirci Ištar, a Egipćani Iris, za njih su smatrali kako su zaštitnice majki i novorođenčadi. Sokratova majka u to vrijeme bila je cijenjena primalja u Ateni, a Hipokrat u svojim spisima spominje znakove trudnoće, internistički pregled, patologiju trudnoće i poroda. Prepoznao je eklampsiju, opisao rupturu vodenjaka, pupkovinu oko vrata te nepravilan stav i položaj djeteta. U svojim spisima zalaže se za unutarnji okret, također opisuje i embriotomiju kao i simptome pobačaja. Niti u jednom od Sokratovih ili Hipokratovih spisa ne spominje se carski rez. U Rimu primalje se nazivaju obstetrices. Numa Pompilije bio je drugi kralj Rima, za vrijeme svoga vladanja donio je zakon o obaveznom carskom rezu na mrtvoj trudnici s ciljem spašavanja djeteta. A svrha primalje bila je pomaganje i nadzor u porođaju, skrb za ženu i dijete, primjena lijekova, a radile su i na sudu kao vještaci. U jednom od zapisa iz tog vremena navodi se da primalja mora biti: mirna, hladnokrvna, umjerena, kako ne smije biti pričljiva niti praznovjerna, nadalje ne smije obavljati pobačaje za novac te kako mora imati njegovane ruke (8).

U antičko doba, vrhunac razvoja porodništva postignut je u Aleksandrijskoj školi, koja je bila poznata po svojim inovacijama i stručnjacima. Među njima se isticao Sorlan iz Efeza, najpoznatiji porodničar toga vremena. Radeći u Rimu, napisao je tridesetak djela o ženskim bolestima i

porodništvu, od kojih je većina sačuvana. Dozvolu za rad primalje u to vrijeme dobivaju od državnih ili lokalnih vlasti. Vođenje poroda u potpunosti je odgovornost primalje, a liječnici i kirurzi savjetuju i izvode operacije kada je to potrebno. Najstariji pravilnik o primaljstvu iz Regensburga 1452. godine, koji opisuje kvalitete koje bi trebala imati primalja. 1454. godine u Zagrebu se spominje primalja Elizabeta Škrobotica, te godinu nakon primalja Kuša. U to vrijeme primaljstvo je bilo sve samo ne jednostavno i bezazleno zanimanje. Primalje su uglavnom bile nepismene i neuke žene koje su vještine stjecale iskustvom, a ukoliko nešto pođe po zlu tijekom porođaja ili dijete postane nakazno bile su prozване vješticama.

Tokom 16. stoljeća dolazi do napretka primaljstva. U Regensburškom pravilniku iz 1555.godine spominje se da se u slučaju težih porođaja ili komplikacija primalje moraju obavijestiti liječnike, da moraju polagati ispite te kako moraju dobivati plaću od gradske uprave. Veliki napredak u primaljstvu započet je udrugom pariških primalja koja osniva prvu europsku primaljsku školu u bolnici Hotel-Dieu. Školu je vodila učenica uglednog francuskog kirurga i porodničara Ambroisa Parea, Louise Bourgeois, napisala je nekolicinu primaljskih udžbenika te time doprinijela daljnjem školovanju pariških primalja.

Prvi udžbenik primaljstva na hrvatskom jeziku napisao je Adam Baltazar Krčelić, a nosio je naslov "Speculum Mortis" (Ogledalo smrti), objavljen 1768. godine, iako nije bio u potpunosti posvećen primaljstvu sadržavao je poglavlja koja su se bavila temama vezanim za medicinu, uključujući porođajnu skrb. Specifičan udžbenik koji je prvenstveno bio fokusiran na primaljstvo na hrvatskom jeziku napisao je Jakov Mikalja 1776. godine pod nazivom "Porodništvo ili način babičevanja". Udžbenik je bio namijenjen za edukaciju i pružanje medicinske pomoći ženama tokom porođaja na hrvatskim prostorima. Prvi primaljski tečajevi održavaju se tokom 18. stoljeća. Organizirao ih je liječnik Ivan Krstitelj Lalangue koji je 1777. godine izdao primaljski udžbenik pod naslovom „Kratek navuk ot meštrie pupkorezne,„. Nakon 1770. g. objavljuje se Zakon o javnom zdravstvu, kojim su regulirani školovanje, kvalifikacija i rad primalja (8).

U Rijeci 1786. godine osnovana je prva primaljska škola, njena vrata zatvorena su godinu dana nakon osnutka, zato što kao privatna škola tada nije imala potporu države. Trideset i pet godina kasnije, pod dekretom cara Franje I., otvorena je škola u Zadru. Nakon talijanske okupacije Dalmacije, škola se zatvara, a s ponovnim radom započinje 1948. godine. Nadalje u Zagrebu je 1876. godine otvoreno Kraljevsko primaljsko učilište pod okriljem Opće i javne bolnice sestara

milosrdnica uz koje je otvoreno i rodilište kao učilište za učenice. Otvaranje učilišta bilo je od neizmjerne važnosti za primaljstvo i porodništvo u to vrijeme. Školovanje tadašnjih primalja trajalo je 5 mjeseci, a s vremenom ono postaje četverogodišnje školovanje.

1.2. Primaljstvo danas

Primaljstvo je danas regulirana i zakonski određena profesija. Učenje i usavršavanje znanja i vještina danas je znatno unaprijeđeno. Danas primaljstvo nije ograničeno samo na srednjoškolsko obrazovanje, već primalje imaju mogućnost napredovati i upisati preddiplomski i diplomski studij. Direktiva 2005/36/EZ donesena je u rujnu 2005. godine, njome se primaljstvo reguliralo kao profesija, definirale su se postignute kvalifikacije, obrazovanja i osposobljavanja. 2008/2009. godine objavljen je Zakon o primaljstvu te se osniva se Hrvatska komora primalja. Zakon o primaljstvu Republike Hrvatske NN 120/08, 145/10, člankom 15.b. nalaže kako djelatnost primalje obuhvaća:

- Djelovati unutar zdravstvenog tima u slučajevima kada je potreban multidisciplinarni pristup; primjenjivati usvojena znanja iz područja primaljske skrbi, sukladno načelima profesionalne etike i zakonodavstva, kao i znanja iz porodništva i ginekologije
- Voditi medicinsku dokumentaciju o primaljskoj skrbi; planirati, organizirati i provoditi primaljsku skrb; vrednovati plan primaljske skrbi, analizirati uvjete za njegovo izvođenje i provoditi kliničku realizaciju planirane primaljske skrbi
- Primjereno informiranje i savjetovanje u vezi s planiranjem obitelji
- Provoditi edukaciju u pripremi za roditeljstvo i porod te davati savjete o dojenju
- Utvrđivati trudnoću, voditi fiziološku trudnoću i porod na svim razinama zdravstvene zaštite, utvrditi eventualne patološke promjene u trudnoći i porodu o kojima treba obavijestiti liječnika; u hitnim slučajevima voditi porod na zadak te učiniti manualnu eksploraciju materišta
- Po potrebi urezivati epiziotomije te šivati epiziotomije i rupture međice 1. i 2. stupnja
- Kao dio zdravstvenog tima sudjelovati u praćenju patoloških trudnoća i poroda te sudjelovati kod operativnog dovršenja poroda
- Provoditi postupke predoperativne pripreme i poslije operativne njege nakon operativnog dovršenja poroda te provoditi intravensku terapiju

- Provoditi nadzor nad zdravim novorođenčetom te o eventualnim patološkim stanjima obavijestiti liječnika
- Pratiti stanje majke nakon poroda te razlikovati fiziološki od patološkog tijeka babinja (10)

Hrvatska komora primalja je strukovna i samostalna organizacija primalja sa svojstvom pravne osobe i javnim oblastima. Komora promiče zastupa i usklađuje interese primalja pred državnim i drugim tijelima u RH i inozemstvu. Primalje se nakon završenog obrazovanja obavezno učlanjuju u komoru koja izdaje licencu za rad. 2011. godine otvara se prvi preddiplomski studij za primalje u Rijeci u sklopu Medicinskog fakulteta u Rijeci, a od 2014. godine smjer preuzima novonastali Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci, nedugo nakon otvara se i preddiplomski studij u Splitu, te diplomski u Rijeci. Direktiva 2013/55EU donesena je 2013. godine, a njome se određuje prihvaćanje obavljanja stručnih pripravništva obavljenih u drugim državama članica Europske Unije te unapređenje u obrazovanju primalja (11). Usprkos zakonima, smjernicama i direktivama u većini se hrvatskih rodilišta ista ne primjenjuju. Primalje rade onako kako im je rečeno da rade, poštuju pravila liječnika i postaju njihovi asistenti. Zakon nalaže kako bi primalja trebala utvrditi trudnoću, pratiti njezin tijek, u slučaju nepravilnosti pozvati liječnika, a današnja hrvatska primalja je tu za ženu tek u trenutku kada ulazi u rađaonicu. Primalje su zapravo tihi borci za svoja prava, naš glas čuje se unazad nekoliko godina uoči Međunarodnog dana primalja koji se obilježava 5. svibnja (12).

1.3. Pružanje primaljske skrbi

Primaljska skrb specifičan je model pružanja skrbi za pacijenta unutar zdravstvenog sustava. Filozofija primaljske skrbi očituje se u promatranju trudnoće i porođaja kao normalnog, fiziološkog procesa te iskustva koje ima osobito značenje za ženu i njezinu obitelj. Primaljska skrb je najprikladniji model skrbi za žene s fiziološkom trudnoćom i porođajem. Među najvažnije sastavnice primaljske skrbi ubrajaju se holistički pristup i kontinuitet skrbi, koji je utemeljen na razumijevanju društvenih, emocionalnih, kulturalnih, vjerskih, psiholoških i fizičkih potreba žena. Primaljska skrb zasniva se na partnerskom odnosu, odnosu u kojemu se žena osnažuje, postaje sposobnija i samopouzdanija u sebe, svoje odluke i postupke. Primalja kao educirani i kvalificirani pružatelj primaljske skrbi stvara odnos povjerenja, educira i informira ženu o trudnoći, porodu, postporođajnom razdoblju, brizi za novorođenče i dojenju. Cilj primaljske skrbi je pružiti ženama sveobuhvatnu i kontinuiranu skrb tijekom trudnoće, poroda i postporođajnog razdoblja (13).

1.3.1. Primaljski odjeli

Primaljski odjeli i jedinice, kao dio modela skrbi za roditelje, predstavljaju specifičan pristup u kojem primalje pružaju kontinuiranu i holističku skrb trudnicama s niskim rizikom od razvoja komplikacija i bolesti. Primaljski odjel potiču i promiču praksu utemeljenu na dokazima, personaliziranoj skrbi i fiziološkom porodu.

Primaljski odjeli ili jedinice mjesta su gdje se pruža perinatalna skrb ženama sa zdravim, fiziološkim trudnoćama tijekom koje primalje potpuno samostalno preuzimaju svu profesionalnu odgovornost za skrb. Primaljski odjeli odnosno jedinice mogu biti pridružene s rodilištima ili biti samostalne (12). U pridruženim odjelima primalje preuzimaju potpunu skrb za trudnice i roditelje te primjenjuju različite protokole i prakse u usporedbi s rodilištima. Ukoliko je potrebna dodatna skrb u vidu opstetričke, anesteziološke i neonatalne medicine, pomoć je dostupna unutar iste ili susjedne zgrade rodilišta. Transport klijentice u tom je slučaju brz, jednostavan jer se sama kretnja odvija na sjedećim, ležećim kolicima ili krevetom. Prijenos skrbi u tom slučaju znači i prijenos odgovornosti na liječnika, ali primalja bez obzira na prijenos skrbi može i dalje sudjelovati u provođenju skrbi. Porođajni centri ili ti samostani primaljski odjeli Freestanding Midwifery Unit (FMU) ukoliko postoji potreba za djelovanjem viših razina skrbi radi dijagnostike ili liječenja nude transport klijentice u rodilište (13). Usprkos definiciji i popisu usluga koje bi trebali nuditi primaljski odjeli često njihove usluge ovise o samim potrebama i mogućnostima. Većina primaljskih odjela nudi isključivo usluge skrbi u porodu međutim sve veći broj primaljskih odjela nudi i dodatne vrste skrbi, poput skrbi za mentalno zdravlje i zdravlje djece. Samostalni primaljski odjeli također mogu pružati razne nezdravstvene usluge zajednici, uključujući radionice, tečajeve i grupe za podršku dojenju i roditeljstvu (13).

Za razliku od standardnih rađaonskih odjela, primaljski odjeli su osmišljeni i uređeni tako da pružaju okruženje nalik kućnom. Opremljeni su svim potrebnim sredstvima za sveobuhvatnu skrb tijekom poroda, kao što su: bazen/kada, kikiriki lopte i razne druge lopte, strunjače, užad, razne prečke, porođajni stolčićem i zidnim krevetom. Sam dizajn primaljskih odjela odaje osjećaj mira i ugone, zidovi su često obojani neutralnim, opuštajućim bojama, a krasi ih razni murali ili tapete. Ambijent dodatno nadopunjuje ugodan namještaj i rasvjeta s mogućnošću prilagodbe svjetla. Takvim dizajnom primaljski odjeli odmaknuli su se od standardnih konvencionalnih, sterilnih i hladnih bolničkih rađaonica, pružili su osjećaj ugone, Iako se Alongside Midwifery Unit (AMU)

nalaze unutar bolnice prostori primaljskih odjela prostraniji su i pružaju veću udobnost i komfor roditeljama i članovima njihovih obitelji (14).

1.4. Zadovoljstvo primaljskom skrbi

Primaljska skrb zasniva se na partnerskom odnosu u kojemu se žena osnažuje, postaje sposobnija i samopouzdanija, donosi odluke i shvaća postupke. Globalna istraživanja pokazuju kako su žene izrazito zadovoljne kada primalje pružaju kontinuiranu, empatičnu i personaliziranu skrb. Primalje se fokusiraju na emocionalnu podršku, poštovanje i stvaranje partnerskog odnosa s pacijenticama. Ovaj pristup rezultira smanjenjem anksioznosti, povećanjem osjećaja sigurnosti i povjerenja te ukupnim poboljšanjem iskustva trudnoće i poroda. Zadovoljstvo primaljskom skrbi ključno je za pozitivne ishode i dobrobit majki i djece. Podaci istraživanja provedenog Hrvatskoj u pokazuje da trudnice i babinjače izražavaju visoko zadovoljstvo i pozitivan stav prema primaljskoj skrbi a rezultati su povezani sa stupnjem obrazovanja ispitanica (15). Istraživanje provedeno u SAD-u pokazuje kako žene doživljavaju primaljsku skrb kao međuodnos temeljen na poštovanju, povjerenju i partnerstvu. Žene obuhvaćene ovim istraživanjem istaknule su važnost emocionalne podrške tijekom trudnoće i porođaja, kao i osjećaj sigurnosti i povezanosti koji proizlazi iz kontinuirane skrbi (16).

2. MENTALNO ZDRAVLJE

SZO definira mentalno zdravlje kao stanje mentalnog blagostanja koje ljudima omogućuje da se nose sa životnim stresorima, iskoriste svoje potencijale, dobro uče i rade te doprinose svojoj zajednici (5). Mentalno zdravlje važno je u svakoj etapi života, od djetinjstva sve do odrasle dobi. Mentalno i tjelesno zdravlje podjednako su važne komponente cjelokupnog zdravlja svakog čovjeka.

Mentalni poremećaji često započinju u mlađoj odrasloj dobi, te su mogućeg kroničnog tijeka, smanjuju kvalitetu života i sudjeluju u velikom korištenju zdravstvenih resursa. Radi važnosti i veličine problema mentalni poremećaji u Hrvatskoj, kao i globalno, predstavljaju jedan od ključnih javnozdravstvenih problema. Prema procjenama za 2017. godinu (IHME, Global Burden of Disease) oko 5% globalnog opterećenja bolestima čime poremećaji mentalnog zdravlja i ovisnosti (17). Nadalje isti izvor procjenjuje kako 2019. godine mentalni poremećaji i poremećaji ovisnosti sačinjavaju 4,85% ukupnog opterećenja bolestima u Hrvatskoj. Europska zdravstvena anketa provedena je od travnja do prosinca 2019. godine. Sudjelovao je 5461 ispitanik, više žena (56,5%), nego li muškaraca (43,5%). Prema odgovorima ispitanika unazad 12 mjeseci od depresije je patilo 9,2% muškaraca i 13,4% žena (18). Razna istraživanja pokazuju da su djeca rođena od majki koje pate od mentalnih bolesti poput depresije novorođenčad male porođajne težine (19,20).

Najsveobuhvatniji teorijski pristup mentalnom zdravlju prikazuje biopsihosocijalni model mentalnog zdravlja koji se sačinjava od tri glavna aspekta: biološki, psihološki i socijalni faktori. Biološki faktori uključuju genetsku predispoziciju, neurokemijske promjene, strukturalne i funkcionalne promjene u mozgu, te druge fiziološke procese koji mogu utjecati na mentalno zdravlje. Psihološki faktori uključuju kognitivne procese, emocije i ponašanja koja utječu na mentalno zdravlje. Socijalni faktori uključuju utjecaje iz okoline i društva koji mogu utjecati na mentalno zdravlje, kao na primjer socijalna podrška, odnos u obitelji, socioekonomski status, odnos s vršnjacima i školski odnosi. Kombinacija genetike, iskustva, okolinskih faktora poput roditeljstva, socijalnih odnosa, izloženosti diskriminaciji ili zlostavljanju, siromaštvu ili javnozdravstvenim izazovima mijenjaju mentalno zdravlje. Upravo biopsihosocijalni model omogućuje cjelovito, holističko promatranje svih relevantnih obilježja pojedinca te provođenje specifično usmjerenih intervencija s ciljem poboljšanja funkcioniranja pojedinca (21).

2.1. *Mentalni poremećaj*

Mentalni poremećaj prema SZO karakterizira klinički značajan poremećaj u kogniciji, emocionalnoj regulaciji ili ponašanju pojedinca. Obično je povezan s distresom ili oštećenjem važnih područja funkcioniranja (22).

2.1.1. *Promjene u hormonskom sustavu tijekom trudnoće*

Promjene u ekspresiji stotina hormona događaju se za vrijeme trudnoće te nakon samog poroda. Tranzicija u majčinsko stanje sačinjava niz burnih i širokih promjena, uključujući promjene u središnjem živčanom sustavu (SŽS), ponašanju i fiziologiji. Međudjelovanje neuroendokrinog sustava, uključujući estradiol, progesteron i prolaktin, te neuromodulatora središnjeg živčanog sustava, uključujući oksitocin, dopamin i vazopresin, pomaže u organiziranju višestrukih majčinih funkcija. Mnogi poznati faktori posebno su ispitani, no većina faktora koji djeluju na majčinski mozak još uvijek nije dovoljno ispitana. Vjeruje se da postoji mnogo faktora koji isto tako igraju kritičnu, ali trenutno nepoznatu ulogu u funkciji majčinog mozga nakon poroda. Reproductivni hormoni imaju važne funkcije u SŽS. Estrogenski i progesteronski receptori su prisutni u cijelom mozgu i mogu modelirati neurotransmisiju i neuroplastičnost putem genomskih i negenomskih mehanizama. Oksitocin je neuroaktivni hormon koji podupire porođaj, laktaciju, ponašanje majke i socijalno povezivanje. Mnogo kortikalnih i subkortikalnih regija mozga imaju promijenjenu aktivnost koja se može promatrati korištenjem funkcionalne MRI ili PET u majki s depresijom kao odgovorom na emocionalne osjećaje dojenčadi (23). Tijekom trudnoće mozak je izložen do 100 puta većim razinama estradiola nego van trudnoće, koje se naglo smanjuje u danima nakon poroda. Rezultati naglog smanjenja steroida predisponirajući su za razvoj poslije porođajne depresije.

2.2. *Poremećaji mentalnog zdravlja karakteristični za postpartum*

Poremećaji u mentalnom zdravlju mogu se javiti u bilo kojem životnom periodu. Trudnoća, porod i vrijeme nakon poroda mogu biti stresan period za ženu te potaknuti nastanak ili napredovanje ovih poremećaja. Promjene u vanjskom izgledu, hormonske promjene, stres, način života, razne organa ili organskih sustava, te bolesti ovisnosti mogu utjecati na vrijeme kada će se poremećaji u mentalnom zdravlju razviti. Kod nekih žena poremećaji se mogu javiti u trudnoći, tokom poroda, nakon poroda, za vrijeme boravka u rodilištu ili tjednima i mjesecima nakon poroda. Specifični poremećaji koji se javljaju u tom životnom periodu žene su: poremećaji raspoloženja u koje ubrajamo depresiju, maniju, bipolarni poremećaj i distimiju koje se javljaju, neurotički

poremećaji, poremećaji vezani uz stres te somatoformni poremećaj pod koje ubrajamo poremećaje poput fobija, paničnog poremećaja, generaliziranog anksioznog poremećaja ili opsesivno – kompulzivnog poremećaja (24). Najčešći mentalni poremećaj u puerperiju je baby blues ili postpartalna tuga koja označava prijelazno disforično stanje, a iskusi ju od 50-80% žena, obično se pojavljuje od 3. do 5. dana poslije poroda i može trajati od 48h do tjedan i više dana. Manju učestalost razvoja ima postpartalna psihoza. Postpartalna psihoza najteži je oblik postpartalno afektivnog poremećaja. Posebno pogođena skupina roditelja jest ona koja se bori s bolestima ovisnosti te njihova novorođenčad. Prepoznavanje i liječenje ovih poremećaja ključno je jer oni ne utječu samo na zdravlje i život žene, već i na rani razvoj djeteta te na obiteljske i društvene odnose (24).

2.2.1. Stres

Stres tijekom trudnoće, poroda i nakon poroda može značajno utjecati na zdravlje majke i djeteta. Žene često osjećaju stres zbog hormonalnih promjena, fizičkih simptoma kao što su mučnina ili umor, brige za zdravlje, i prilagodbe na novu ulogu i odgovornosti. Tijekom porođaja, izvori stresa vezani su za bol, strah od komplikacija i nedostatak kontrole nad procesom porođaja. Nakon porođaja, stres može proizaći iz brige za novorođenče. Dugotrajni stres može povećati rizik od komplikacija kod majke, utjecati i na razvoj djeteta te dovesti do mentalnih poremećaja kod majke. Kako bi se razine stresa reducirale bitno je tražiti podršku, vježbati, koristiti tehnike opuštanja kao na primjer vježbe disanja, razgovarati sa stručnjacima ili organizirati vrijeme (25).

2.2.2. Anksioznost

U razdoblju nakon poroda, anksiozni poremećaji su vrlo česti. Najčešće se radi o generaliziranoj anksioznosti, opsesivno-kompulzivnoj anksioznosti i paničnoj anksioznosti. Anksioznost se uglavnom javlja zbog nedostatka znanja ili suočavanja s novim situacijama. Prema nekoliko studija, u prvih šest mjeseci nakon poroda, stope generaliziranog anksioznog poremećaja kreću se između 6,1% i 7,7% (26,27). Anksiozni poremećaji su značajno povezani s poslije porođajnom depresijom i drugim mentalnim poremećajima, uključujući poslije porođajni PTSP, pogoršanje smetnji i iz postojećeg poremećaja ličnosti i druge. Oni također značajno utječu na funkcioniranje majke i razvoj fetusa. Često se simptomi anksioznosti povuku spontano, te nema potrebe za dijagnostikom i liječenjem međutim moguća je i kronifikacija anksioznih smetnji. Mnoge žene ulaze u trudnoću s već postojećom anksioznošću. Glavni čimbenik rizika za perinatalne anksiozne poremećaje je prethodna povijest anksioznih poremećaja. Intenzitet i stupanj

oštećenja povezanih s anksioznim poremećajem mogu varirati tijekom trudnoće i razdoblja nakon poroda. Iako se anksioznost rjeđe procjenjuje, ona može imati trajne fizičke i psihičke posljedice na ukupno zdravlje i funkcionalnost majke, te može povećati stres nakon poroda. Najčešći prijavljeni simptom anksioznosti je poremećaj spavanja (28), koji može prethoditi razvoju poremećaja raspoloženja. Anksioznost se često manifestira kao briga za zdravlje dojenčeta, sumnje u vlastitu sposobnost brige o dojenčetu i nezainteresiranost za djetetove aktivnosti (27).

2.2.3. *D-Mer*

D-MER, ili disforični refleks izbacivanja mlijeka, stanje je koje pogađa žene koje doje. Uzrokuje iznenadne i intenzivne negativne osjećaje neposredno prije nego što se mlijeko ispusti tijekom podoja. Naglo je i traje samo minutu ili dvije. Međutim, može uzrokovati intenzivno nezadovoljstvo (disforiju) i druge neugodne osjećaje. Uzrok nastanka D-mera je u naglom padu hormona dopamina (29).

2.2.4. *Baby blues- postporodajna tuga*

Baby blues je najčešći oblik psihičkih tegoba koje se mogu pojaviti nakon poroda, a uzrokovan je hormonalnim promjenama koje žena doživljava tijekom i nakon poroda. Dodatni pritisak proizlazi iz stresa, umora, nedostatka sna, brige za dijete i promjene u rutini (30). Ovaj poremećaj pogađa otprilike 8 do 10 žena, obično unutar prvih nekoliko dana nakon poroda, posebno kod prvorođkinja, ali i kod žena koje su već rađale. Simptomi uključuju iznenadni plač bez jasnog razloga, promjene u razini energije, gubitak apetita i nesanicu. Ovi simptomi obično se pojavljuju iznenada, traju kratko, i mogu se javiti nekoliko puta dnevno. Baby blues obično prolazi sam od sebe unutar dva tjedna nakon što se uspostavi prva rutina između majke i djeteta te se hormonske razine vrate u normalu (31).

2.2.5. *Poslije porodajna depresija*

Poremećaj raspoloženja značajno opterećuje pacijenticu i njezinu obitelj te ima negativan utjecaj na kognitivni, emocionalni i socijalni razvoj djeteta. Dugotrajne poteškoće u majke mogu povećati rizik za razvoj smetnji kod novorođenčeta kasnije u životu. Nakon poroda, 20-40% žena doživljava emocionalne ili kognitivne poteškoće, dok 10% razvije depresivni poremećaj, često u obliku teške depresivne epizode unutar 6-12 tjedana. Ovaj poremećaj često ostaje neprepoznat, a samo 20% žena traži medicinsku pomoć. Ključni simptomi uključuju depresivno raspoloženje i gubitak interesa. Ponekad su prisutne promjene u psihomotornoj aktivnosti koje variraju od

potpune nepokretnosti do hiperaktivnosti i nemogućnosti smirivanja, kao i pretjerano spavanje ili nesanica koja nije povezana s potrebama djeteta. Uz to javljaju se promjene u apetitu, umor, somatske tegobe poput pritiska u prsima, bolova u želucu i glavobolja. Također, žene mogu iskusiti poteškoće s koncentracijom i rješavanjem svakodnevnih problema, gubitak samopouzdanja, tjeskobu, razdražljivost, opsesivne misli, strah od napada panike, osjećaj krivnje i nemoći, te povlačenje i izbjegavanje komunikacije s obitelji i prijateljima. Česti simptomi uključuju i nedostatak osjećaja ljubavi prema djetetu ili, suprotno, pretjeranu brigu za njegovo zdravlje i dobrobit. Ponekad se javljaju negativne misli o djetetu, strah da bi u nešto moglo nauditi, i suicidalna razmišljanja (31).

2.2.6. Postpartalni posttraumatski stresni poremećaj

Postpartalne traume mogu biti povezane s posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP). PTSP se razvija nakon što je osoba bila izložena zastrašujućem, opasnom ili ugrožavajućem stresnom događaju, bilo da je sudjelovala u njemu ili mu svjedočila, a pri kojem je osjećala da joj je život bio ugrožen. Često se javlja kod žena koje su u trudnoći, porodu ili nakon poroda bile u strahu da će one ili njihovo dijete umrijeti, radi komplikacija ili može biti ponovno potaknuto prethodno traumatsko iskustvo (31).

2.2.7. Postpartalna psihoza

U prva 4 tjedna nakon poroda kod javiti kod 0,1% do 0,2% žena, može se razviti postpartalna psihoza. Iako je izuzetno rijetka njezin tijek i moguće posljedice doista su ozbiljne jer za ishod mogu imati suicid ili infanticid. Iako je izuzetno rijetka, postpartalna psihoza može imati ozbiljne posljedice, uključujući rizik od suicida ili infanticida. Ovaj poremećaj karakteriziraju nagle promjene raspoloženja, paranoja i halucinacije, često usmjerene prema ideji da je dijete oličenje zla. Češća je kod žena s obiteljskom anamnezom mentalnih bolesti, a rizik od njenog ponovnog pojavljivanja znatno je veći ako je žena već doživjela postpartalnu psihozu nakon prethodne trudnoće (24).

2.3. Utjecaj primalje na mentalno zdravlje

Primalja je zdravstveni djelatnik, pružatelj skrbi, ali i puno više od toga. Primalje imaju važnu ulogu u očuvanju mentalnog zdravlja tijekom trudnoće, poroda i puerperija. Primaljska uloga obuhvaća pružanje emocionalne podrške, prepoznavanje znakova mentalnih poremećaja, educiranje i usmjeravanje prema prihvaćanju i savjetovanju ili liječenju poremećaja. Pozitivno

iskustvo s porođajem i zadovoljstvo porođajem, primaljom i sveobuhvatnom skrbi mogu utjecati na mentalno zdravlje žena. Upravo kontinuitet skrbi, skrb 1 na 1, kontinuirana podrška i prisutnost osobe za podršku te samostalno donošenje odluka putem informiranog pristanka ili plana poroda mogu utjecati na pozitivno iskustvo i zadovoljstvo porođajem, primaljom i primaljskom skrbi, te utjecati na daljnji život i mentalno stanje žene nakon poroda. Istraživanje provedeno u Queenslandu, Australija, pokazalo je da su žene koje su primale primaljsku skrb bile manje podložne postporođajnoj depresiji i anksioznosti u usporedbi s onima koje su primale standardnu bolničku skrb (32). Nadalje istraživanje objavljeno u Journal of Advanced Nursing, istraživanje je pokazalo kako kontinuirana podrška primalje značajno smanjuje rizik od postporođajne depresije. Naime žene koje su primale kontinuiranu skrb od iste primalje tijekom cijele trudnoće, poroda i poslije poroda imale su smanjenu razinu stresa i veće zadovoljstvo skrbi (25).

3. CILJEVI I HIPOTEZE

Glavni cilj ovog istraživanja je istražiti povezanost između zadovoljstva primaljskom skrbi i mentalnog zdravlja prvorotkinja.

Specifični ciljevi istraživanja:

C1: Ispitati razinu zadovoljstva primaljskom skrbi u prvorotkinja

C2: Ispitati učestalost anksioznosti, depresivnosti i stresa u prvorotkinja

C3: Ispitati povezanost razine anksioznosti, depresivnosti i stresa i zadovoljstva primaljskom skrbi

C4: Ispitati odnos specifičnosti u porodu u odnosu na zadovoljstvo primaljskom skrbi

C5: Ispitati odnos vremena proteklog od poroda u odnosu na razinu anksioznosti, depresivnosti i stresa

H1: Prvorotkinje su uglavnom zadovoljne primaljskom skrbi

H2: Prvorotkinje imaju povećanu razinu stresa i anksioznosti nakon poroda u odnosu na opću populaciju.

H3: Prvorotkinje koje imaju veće zadovoljstvo primaljskom skrbi imaju manje razine anksioznosti, depresivnosti i stresa.

H4: Razina zadovoljstva primaljskom skrbi nije povezana s određenim specifičnostima u porodu.

H5: Razina anksioznosti, depresivnosti i stresa manja je što je više vremena prošlo od poroda

4. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE

4.1. *Ispitanici*

Sudjelovanje u istraživanju bilo je ponuđeno svim ženama koje su članice grupe na društvenoj mreži Facebook koja se bavi tematikom poroda i razmjenom iskustva. Grupa broji 23958 članova. U istraživanju je sudjelovalo 338 ispitanica u dobi od 19 do 53 godine. Istraživanje se provodilo od 28.06.2024 do 1.07.2024. godine. Kriterij uključivanja ispitanika u istraživanje su: žene koje su do sada rodile jedno dijete, te potpuno ispunjen upitnik. Nepotpuno ili krivo ispunjeni upitnici isključeni su iz istraživanja.

4.2. *Postupak i instrumentarij*

Podatci su prikupljeni putem interneta preko Google Forms obrasca u obliku anketnog upitnika. Upitnik je sastavljen za potrebe ovog istraživanja, te se sastoji od četiri dijela. Upitnik je anonimn, prije upitnika nalazi se poziv za sudjelovanje u istraživanju i upoznavanje sa istraživanjem.

Na samom početku upitnika postavljeno je filter pitanje kako bi se prvorotkinje odvojile od višerotkinja. Ukoliko se na prvo pitanje odgovorilo potvrdnim odgovorom ispitanice su mogle nastaviti s upitnikom, ispitanice koje su se odazvale, ali nisu popunjavale navedeni kriterij pozvane su završiti upitnik. Drugi dio upitnika za one ispitanice koje su nastavile s ispunjavanjem sadržavao je socio-demografska obilježja, sačinjen je od 4 pitanja koja su kreirana za potrebe ovog istraživanja, dok je za treći dio upitnika korišten upitnik za procjenu zadovoljstva primaljskom skrbi za kojega je tražena suglasnost od autorice. Upitnik je prilagođen istraživanju, a sastoji se od 19 pitanja. Četvrti i posljednji dio upitnika sačinjavao je standardizirani DASS-21 upitnik koji mjeri razinu depresivnosti, anksioznosti i stresa (31). DASS-21 ukupno ima 21 česticu, po sedam za svaku ljestvicu, na koje ispitanici odgovaraju na ljestvici Likertovoga tipa kako su se osjećali tijekom prošlog tjedna (1 - uopće se nije odnosilo na mene; 4 - odnosilo se na mene jako puno ili većinu vremena). Rezultati pod ljestvica formirani su kao zbroj između sedam stavki pomnoženih s 2 kako bi odgovarali izvornoj DASS-42 ljestvici. Nije potrebna dozvola za korištenje upitnika. DASS-21 od ranije je preveden na hrvatski jezik te standardiziran i validiran na hrvatskoj populaciji (33).

Anketni upitnik bio je postavljen na društvenoj mreži Facebook grupe koja se bavi tematikom poroda i iskustva s poroda. Podatci su prikupljali anonimno u svrhu izrade završnog rada na

Prijediplomskom stručnom studiju Primaljstva Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci. Ispitanice su mogle odustati od sudjelovanja u bilo kojem trenutku zatvaranjem internetskog obrasca prije zadnjeg pitanja u anketnom upitniku. Bila je i priložena e-adresa istraživačice ukoliko su ispitanice imale dodatna pitanja.

Ograničenja ovog istraživanja su da u istraživanju su mogle sudjelovati isključivo prvorotkinje koje su imale pristup internetu i članice su grupe na društvenoj mreži koja se bavi tematikom poroda i iskustva s poroda, što može utjecati na reprezentativnost uzorka, zato će tumačenje rezultata biti ograničeno upravo na ovu populaciju.

4.3. Statistička obrada podataka

Podaci dobiveni istraživanjem prikazani su učestalost (N i %) te prosječne vrijednosti (AS) i standardne devijacije (SD).

Ispitivane varijable:

- V1: Razina zadovoljstva primaljskom skrbi izražena
- V2: Razina stresa i anksioznosti nakon poroda prvorotkinja
- V3: Razina depresivnosti nakon poroda prvorotkinja
- V4: Vrijeme proteklo od poroda
- V5: Pojava specifičnosti u porodu

Za H1 korištena je frekvencijska analiza podataka

- H2 i H4 testirane su T-testom
- H3 i H5 testirane su Pearsonovim testom korelacije

Razina značajnosti je postavljena na $p < 0,05$. Podatci su statistički obrađeni u programu SPSS, 16. inačica.

4.4. Etički aspekti istraživanja

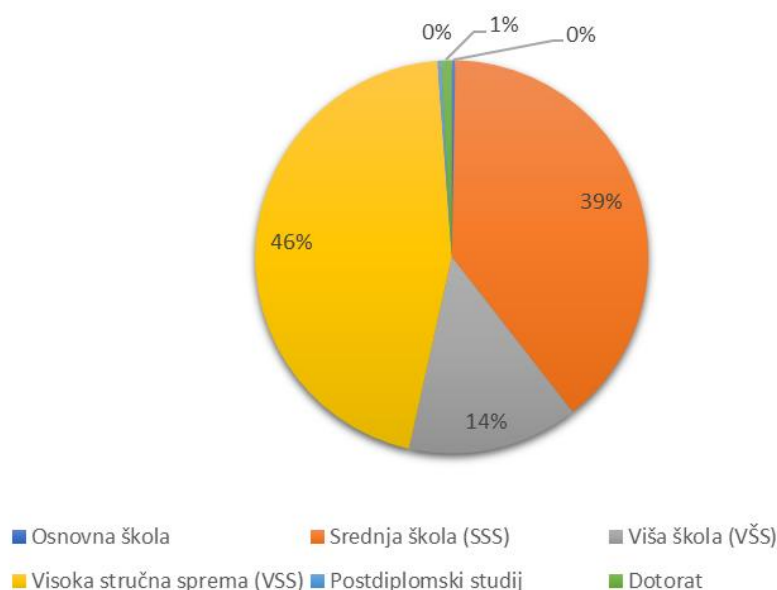
Ispitanicama je na početku upitnika bilo opisano istraživanje, njegova svrha te je ponuđen kontakt istraživačice. Ispitanice su odgovorom na pitanje na početku anketnog upitnika potvrdile svoje sudjelovanje u istraživanju. Istraživanje spada u istraživanja niskog rizika te je u skladu s etičkim standardima propisanim za istraživanja u medicini i zdravstvu, uključujući osnove dobre kliničke prakse, Helsinšku deklaraciju, Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14,

154/14), Zakon o zaštiti prava pacijenata Republike Hrvatske (NN 169/04, 37/08) i Zakon o zaštiti osobnih podataka (GDPR). Pristup anonimnim podacima imaju istraživačica i mentorica.

5. REZULTATI

5.1. Socio-demografski podatci

Istraživanju je pristupilo 445 ispitanica, njih 103 nije ispunjavalo kriterij „Do sada ste rodila samo jedno dijete“. U daljnju analizu bilo je uključeno 342 ispitanica, te je kroz detaljnu obradu isključeno još 4 ispitanice zbog nepravilno popunjenog upitnika. Prosječna dob svih ispitanica bila je 31,03 godina, a raspon dobi od 19-53 godine. Slika 1. prikazuje razinu završenog obrazovanja, prema podacima možemo zaključiti kako je većina ispitanica više stručne spreme.



Slika 1. Razina završenog obrazovanja

5.2. Rezultati istraživanja

Za kontinuirane varijable provjerena je normalnost distribucije Kolmogorov-Smirnovim testom. Test je pokazao da distribucije varijabla nisu normalne pri čemu su provjerene simetričnost i kurtoza koje se kreću unutar raspona od -2 do 2. Naime, prema kriteriju Tabachnick i Fidell (2013) ukoliko su vrijednosti simetričnosti i kurtoze između -2 i 2, distribucija se može smatrati normalnom. Stoga je kao mjera centralne tendencije korištena aritmetička sredina, a kao mjera raspršenja standardna devijacija. Navedeni deskriptivni podaci su prikazani u Tablici 1.

Tablica 1. Deskriptivni podatci

	AS	SD	Simetričnost	Kurtoza
Zadovoljstvo primaljskom skrbi	3,29	1,06	-0,29	-0,87
Stres	9,06	5,26	0,27	-0,87
Anksioznost	6,69	5,28	0,79	-0,06
Depresivnost	5,70	5,52	1,00	0,09

5.2.1. Zadovoljstvo primaljskom skrbi

Ispunjavanjem anketnog upitnika, putem 19 pitanja baziranih na radu primalja ispitani su osobni stavovi prvorotkinja o zadovoljstvu pružene primaljske skrbi. Kako bi utvrdili zadovoljstvo primaljskom skrbi korištena je metoda frekvencijske analize, pomoću koje saznajemo kako je više od polovice prvorotkinja zadovoljno ili u potpunosti zadovoljno pruženom primaljskom skrbi. Ovi podaci prikazani su na grafičkom prikazu Slika 2.



Slika 2. Stupanj zadovoljstva primaljskom skrbi

5.2.2. Učestalost anksioznosti, depresivnosti i stresa u prvorotkinja

Obradom podataka i frekvencijskom analizom ispitano je koliki postotak ispitanica ima nisku, umjerenu ili visoku razinu stresa, anksioznosti i depresije. U Tablici 2. prikazana je razina stresa kod prvorotkinja. Rezultati govore kako 326 ispitanica (96,4%) ima nisku razinu stresa, dok 12 ispitanica ili ti 3,6% ima visoku razinu stresa, te 4 ispitanice ili 1,2% nisu odgovorile na pitanja vezana za stres. U Tablici 3. prikazana je razina anksioznosti u prvorotkinja. Rezultati govore kako 249 ispitanica ili ti 79,8% ima nisku razinu anksioznosti, njih 54 (17,3%) ispitanica umjerenu te 9 (2,9%) visoku razinu anksioznosti. Trideset (8,8%) ispitanica nije odgovorilo na pitanja vezana za anksioznost. U Tablici 4. prikazana je razina depresije, rezultati navode kako 299 (88,5%) ispitanica ima nisku razinu depresije, njih 35 (10,2%) ispitanica umjerenu razinu te 4 ispitanice, odnosno 1,2% ispitanica ima visoku razinu depresije. Na pitanja o depresiji nisu odgovorile 4 ispitanice.

Tablica 2. Razina stresa kod prvorotkinja

	Frekvencija	Postotak	Validni postotak
Niska razina	326	95,3	96,4
Srednja razina	12	3,5	3,6
<i>Ukupno</i>	338	98,8	100
<i>Nedostajući</i>	4	1,2	
<i>Ukupno</i>	342	100	

Tablica 3. Razina anksioznosti kod prvorotkinja

	Frekvencija	Postotak	Validni postotak
Niska razina	249	72,8	79,8
Srednja razina	54	15,8	17,3
Visoka razina	9	2,6	2,9
<i>Ukupno</i>	312	91,2	100
<i>Nedostajući</i>	30	8,8	
<i>Ukupno</i>	342	100	

Tablica 4. Razina depresije kod prvorotkinja

	Frekvencija	Postotak	Validni postotak
Niska razina	299	87,4	88,5
Srednja razina	35	10,2	10,4
Visoka razina	4	1,2	1,4
<i>Ukupno</i>	338	98,8	100
<i>Nedostajući</i>	4	1,2	
<i>Ukupno</i>	342	100	

Nadalje T-testom za jedan uzorak (eng. *One sample t-test*) je provjereno imaju li prvorotkinje povećanu razinu stresa i anksioznosti nakon poroda u odnosu na opću populaciju. Dobiveno je da prvorotkinje uistinu imaju povećanu razinu stresa (AS=9,06, SD=5,26) u odnosu na opću populaciju (AS=6,23, SD=4,73) ($t_{337}=9,89$, $p<0,01$). Također je dobiveno da prvorotkinje imaju povećanu razinu anksioznosti (AS=6,69, SD=5,28) u odnosu na opću populaciju (AS=2,90, SD=3,37) ($t_{337}=13,19$, $p<0,01$) ali ne i depresivnosti.

5.2.3. Povezanost razine anksioznosti, depresivnosti i stresa i zadovoljstva skrbi

Za ispitivanje treće hipoteze korišten je Pearsonov test korelacije. Kako bi provjerili hipotezu ispitana je razina povezanosti anksioznosti, depresivnosti i stresa sa zadovoljstvom primaljske skrbi. Dobivena je statistički značajna povezanost, odnosno ispitanice koje su zadovoljnije su imale manje izraženu anksioznost, depresivnost i stres. Podaci su prikazani u Tablici 5.

Tablica 5. Korelacije anksioznosti, depresivnosti i stresa te zadovoljstva primaljskom skrbi

	1	2	3
Zadovoljstvo			
Stres	=-,39**		
Anksioznost	=-,32**	,78**	
Depresivnost	=-,52**	,79**	,67**

* $p<0,05$; ** $p<0,01$

5.2.4. Odnos specifičnosti u porodu u odnosu na zadovoljstvo primaljskom skrbi

T-testom za nezavisne uzorke dobiveno je da su prvorotkinje koje su rodile vaginalno (AS=3,28, SD=1,08) statistički značajno zadovoljnije primaljskom skrbi nego prvorotkinje koje su rodile hitnim carskim rezom (AS=3,16, SD=0,93) ($F_{311,95.24}=4,04$, $p<0,05$). Također je dobiveno da su prvorotkinje koje nisu bile podvrgnute ni jednom zahvatu tijekom poroda (AS=3,29, SD=1,14) statistički značajno zadovoljnije nego prvorotkinje koje su pri porodu bile podvrgnute Kristellerovom zahvatu (AS=3,23, SD=0,95) ($F_{273,266.60}=11,21$, $p<0,01$). Ostale razlike nisu bile statistički značajne.

Tablica 6. Odnos zadovoljstva primaljskom skrbi i načina dovršetka poroda

Zadovoljstvo*	Način dovršenja poroda			Ukupno
	Vaginalno (1)	Planirani carski rez (2)	Hitni carski rez (3)	
1	3	0	0	3
2	42	3	6	51
3	58	3	20	81
4	80	6	23	109
5	72	13	9	94
Ukupno	255	25	58	338

* 1 = u potpunosti nezadovoljna; 2 = nezadovoljan; 3 = niti zadovoljan, niti nezadovoljna, 4 = zadovoljna; 5 = u potpunosti zadovoljna

Tablica 7. Odnos zadovoljstva primaljskom skrbi s pitanjem „Vaše je dijete nakon poroda bilo“

Zadovoljstvo*	Vaše je dijete nakon poroda bilo			Ukupno
	S vama (1)	Odnoseno u dječju sobicu (2)	Odnoseno na odjel intenzivnog liječenja novorođenčadi (3)	
1	2	1	0	3
2	39	11	1	51
3	64	17	0	81
4	94	14	1	109
5	87	7	0	94
Ukupno	286	50	2	338

* 1 = u potpunosti nezadovoljna; 2 = nezadovoljan; 3 = niti zadovoljan, niti nezadovoljna, 4 = zadovoljna; 5 = u potpunosti zadovoljna

Tablica 8. Odnos zadovoljstva primaljskom skrbi i postupanja s djetetom nakon poroda

Zadovoljstvo*	Vaše dijete po porodu bilo je			Ukupno
	Postavljeno odmah na vaša prsa (1)	Aspirirano i stimulirano kako bi prodisalo (2)	Reanimirano (3)	
1	2	1	0	3
2	18	28	5	51
2	40	33	8	81
4	68	37	4	109
5	68	21	5	94
Ukupno	196	120	22	338

* 1 = u potpunosti nezadovoljna; 2 = nezadovoljan; 3 = niti zadovoljan, niti nezadovoljna, 4 = zadovoljna; 5 = u potpunosti zadovoljna

Tablica 9. Odnos zadovoljstva primaljskom skrbi i intervencija u porodu

Zadovoljstvo*	Intervencije učinjene tokom poroda					Ukupno
	Epiziotomija (1)	Vakum ekstrakcija (2)	Forceps (3)	Kristeleroov manevar (4)	Ništa od navedenog (5)	
1	2	0	0	0	1	3
2	28	9	0	0	14	51
2	39	13	0	3	26	81
4	40	20	0	0	49	109
5	51	17	0	1	25	94
Ukupno	160	59	0	4	115	338

* 1 = u potpunosti nezadovoljna; 2 = nezadovoljan; 3 = niti zadovoljan, niti nezadovoljna, 4 = zadovoljna; 5 = u potpunosti zadovoljna

5.2.5. *Odnos vremena proteklog od poroda i razine anksioznosti, depresivnosti i stresa*

Tablica 10. prikazuje prosjek vremena proteklog od poroda. Tablica prikazuje raspon vremena od 1 mjeseca do 12 godina od poroda, najveći postotak je onih ispitanica koje su rodile prije više do 3 godine njih 36%, zatim slijede ispitanice koje su rodile prije 6-12 mjeseci njih 19%, te one koje su rodile prije više do jedne godine 14%.

Na kraju je Pearsonovim testom korelacije provjereno je li razina anksioznosti, depresivnosti i stresa manja što je više vremena prošlo od poroda te nije dobivena statistički značajna povezanost. Podaci su navedeni u Tablici 10.

Tablica 10. Prosjek vremena proteklog od poroda

Godine protekle od poroda	Postotak (%)
12 godina	1%
10 godina	3%
9 godina	1%
Vise od 8 godina	1%
8 godina	1%
Više od tri godine	36%
Više od dvije godine	9%
Više od jedne godine	14%
6-12 mjeseci	19%
3-6 mjeseci	8%
1-3 mjeseca	5%

Tablica 11. Korelacija anksioznosti depresivnosti i stresa te vremena proteklog od poroda

	1	2	3
1 Vrijeme od poroda			
2 Stres	=-,03		
3 Anksioznost	=-,03	,78**	
4 Depresivnost	=-,08	,79**	,67**

*p<0,05; **p<0,01

6. RASPRAVA

Glavni cilj ovog istraživanja je istražiti povezanost između zadovoljstva primaljskom skrbi i mentalnog zdravlja prvorotkinja. Zadovoljstvo primaljskom skrbi zasigurno je jedan od važnijih faktora u osiguravanju pozitivnog iskustva poroda, osnaživanja žene kao majke i pozitivnog doživljavanja i promoviranja primalja kao stručnih zdravstvenih djelatnika kvalificiranih za skrb trudnica, roditelja i babinjača te novorođenčadi. Pozitivno ili negativno iskustvo primaljskom skrbi može utjecati na odluku o sljedećoj trudnoći te o broju sljedećih trudnoća. Isto tako negativno zadovoljstvo može utjecati na mentalno zdravlje žena, njihov život, obitelj te društvo i okolinu (34). Utvrđeno je da u Hrvatskoj do sada nisu zabilježeni radovi na ovu temu, te nije moguće napraviti potpunu usporednu analizu. Na globalnoj razini situacija je uglavnom ista. Većina radova odnosi se na razinu zadovoljstva primaljskom skrbi te utjecaj skrbi na ishod poroda, majku i dijete, ali nema radova u kojima se spominje zadovoljstvo primaljskom skrbi i njezin utjecaj na mentalno zdravlje prvorotkinja ili rotkinja općenito. Biti primalja i raditi kao primalja u današnje vrijeme može biti doista izazovno i iscrpljujuće. Zanimljivo je kako se očekivanja o pruženoj primaljskoj skrbi dosita razlikuju u Hrvatskoj i Iranu. U Iranu pruženom primaljskom skrbi nije bila zadovoljna niti jedna ispitanica (35), a u Splitu jedno je istraživanje pokazalo kako je 86.6% ispitanica odgovorilo da je primaljska skrb u okviru njihovih očekivanja (16), dok je u ovom istraživanju 53% ispitanica izjavilo kako je primaljska skrb bila u okviru njihovih očekivanja, dok je 16% ispitanica izjavilo kako nije zadovoljno primaljskom skrbi, te 24% ispitanica koje nije niti zadovoljno niti nezadovoljno primaljskom skrbi. Stoga možemo zaključiti kako su prvorotkinje uglavnom zadovoljne primaljskom skrbi, ali i kako postoji prostora za napredak. Mentalnom zdravlju nakon poroda daje se premala važnost, te je nakon poroda okolini „normalno“ da se majka osjeća umorno, iscrpljeno, da je prestrašena, nemirna, razdražljiva s čestim promjenama raspoloženja, da ne spava te sve ove simptome pripisuju promjeni hormona nakon poroda, novorođenčetu o kojemu se sada treba brinuti i ostalo. Stoga se mentalni poremećaji često zanemare, ostaju ne prepoznati, a majke nakon poroda se pomire s činjenicom „da to tako mora biti“ (36). Prema rezultatima istraživanja možemo zaključiti kako prvorotkinje uistinu imaju povećane razine stresa i anksioznosti u odnosu na opću populaciju. Prema rezultatima 326 ispitanica odnosno 96,4% ima nisku razinu stresa, a njih 12 ili 3,6% ima visoku razinu stresa, 249 ispitanica ili ti 79,8% ima nisku razinu anksioznosti, njih 54 ili ti 17,3% ispitanica umjerenu te 9 ispitanica ili ti 2,9% visoku razinu anksioznosti. Istraživanje je pokazalo kako su one ispitanice

koje su bile zadovoljnije primaljskom skrbi imale manje razine stresa, anksioznosti i depresije, odnosno one ispitanice koje su imale negativnije zadovoljstvo primaljskom skrbi imale su veće razine stresa, anksioznosti i depresije. Ovaj rezultat možemo povezati s zadovoljstvom, ali i nezadovoljstvom skrbi. Prema rezultatima ispitanice koje su bile podvrgnute manjem broju intervencija ili nisu uopće bile podvrgnute intervencijama bile su zadovoljnije skrbi, pa tako možemo zaključiti kako su one ispitanice koje su bile podvrgnute jednoj ili više intervencija imale negativnije zadovoljstvo, negativnije iskustvo i moguću traumu koja je utjecala na njihovo mentalno zdravlje i odrazila se kao stres, anksioznost ili depresija. Istraživanje je bilo objavljeno na društvenoj mreži Facebook, u grupi s tematikom poroda i razmjene iskustava, ispitanice su imale mogućnost prokomentirati upitnik i izjasniti svoje mišljenje javno, čime je nekolicina dala do znanja kako je izrazito nezadovoljna primaljama, primaljskom skrbi i kako joj tijekom, a ni poslije poroda nitko nije pružio podršku, utjehu, toplu riječ, navode kako su primalje koje su radile u trenutcima kada su one rađale bile ne zainteresirane, neljubazne čak i bezobrazne. Neke od njih su nadodale kako im je žao što kao višerotkinje nisu mogle riješiti ovaj upitnik, te kako nekolicina njih i dalje ima traume od poroda. Način sakupljanja uzorka moguće objašnjava i dobiveni rezultat koji kaže da stres, anksioznost i depresivnost nisu povezane s protekom vremena od poroda. Naime, moguće je da su ispitanice s negativnim iskustvom poroda i primaljske skrbi sklonije biti članice te grupe kao i one koje doživljavaju anksioznost i stres i duži period nakon poroda te stoga i traže podršku u Facebook grupi. Očekivano vrijeme spontane remisije simptoma anksioznosti je unutar prvih šest mjeseci djetetova života (37), kako je raspon vremena proteklog od poroda u ovom istraživanju od 1 mjeseca do 12 godina od poroda i kako je 13% ispitanica izjavilo da je rodilo u rasponu vremena od 1-6 mjeseci možemo zaključiti kako postoji mogućnost da su upravo te ispitanice imale manje zadovoljstvo i veće razine stresa, anksioznosti i depresije.

Premda do sada nije ispitivana povezanost zadovoljstva primaljskom skrbi i mentalnim zdravljem, ovo istraživanje ima nekoliko nedostataka. Premda je broj ispitanica relativno velik, što ukazuje na interes za ovu temu, radi se o online istraživanju odnosno prigodnom uzorku te nije moguće znati koja su iskustva prvorotkinja koje nisu sudjelovale u anketi. Buduća istraživanja na temu trebala bi uključiti i višerotkinje ali i koristiti metode slučajnog odabira ispitanike te dodatno provjeriti određene varijable koje mogu utjecati na zadovoljstvo primaljskom skrbi kao što su na primjer ostali stresni životni događaji, zdravlje djeteta u trudnoći, pri porodu i kasnije ili na primjer javljanje D-mera koji nisu ispitivani u ovom istraživanju. Također bilo bi važno ispitati koji

postupci i koja ponašanja dovode do zadovoljstva odnosno nezadovoljstva primaljskom skrbi. Time bi se dalo prostora za dodatno usavršavanje u području rada primalje s roditeljama, te bi se znanjem i vještinama primalja i drugog medicinskog osoblja češće prepoznavali rani simptomi mentalnih poremećaja nakon poroda. Dodatno, važno je ispitati i faktore koji na organizacijskoj razini moguće utječu na provedbu primaljske skrbi. Naime, Hrvatska komora primalja je u travnju 2024. uputila javni apel o opasnosti o d nestajanja ove profesije u Hrvatskoj (38). U sklopu apela Hrvatska komora primalja naglašava o nedostatku primalja na svim razinama zdravstvene zaštite koji će postati dramatičan u godinama koje dolaze. Veliki broj primalja kako sa srednjoškolskim obrazovanjem tako i akademski obrazovanih primalja unutar nekoliko godina doseže vrhunac svog radnog staža te postaje umirovljeno. Primalje se stoga bore s raznim problemima od nedostatka radnog kadra, prepunjenih rasporeda, te velikog broja roditelja kojima se ne mogu u potpunosti posvetiti.

7. ZAKLJUČAK

Ovim se istraživanjem nastojalo doprinijeti boljem shvaćanju i važnosti kvalitetne primaljske skrbi na mentalno zdravlje prvorotkinja. Radom se naglašava potreba za kontinuiranim unapređenjem primaljske skrbi te pružanjem sveobuhvatne podrške majkama kako bi se osiguralo njihovo fizičko i mentalno zdravlje nakon poroda. Rezultati prikazanog istraživanja upućuju na sljedeće zaključke:

1. Prvorotkinje su uglavnom zadovoljne primaljskom skrbi
2. Prvorotkinje imaju povećanu razinu stresa i anksioznosti nakon poroda u odnosu na opću populaciju.
3. Prvorotkinje koje imaju veće zadovoljstvo primaljskom skrbi imaju manje razine anksioznosti, depresivnosti i stresa.
4. Razina zadovoljstva primaljskom skrbi povezana s načinom dovršetka poroda i povedenim intervencijama u porodu.
5. Razina anksioznosti, depresivnosti i stresa nije značajno povezana s vremenom proteklim od poroda.

LITERATURA

1. Dražančić A. Porodništvo. Zagreb: Školska knjiga; 1999.
2. Hrvatska komora primalja. Etički kodeks primalja. Zagreb. 2010.
3. Juračić M. Trudnoća i porod [završni rad]. Varaždin: Sveučilište Sjever; 2021. 28 p.
4. Pecigoš-Kljuković M. Zdravstvena njega trudnice, roditelje i babinjače. Zagreb: Školska knjiga; 2008.
5. World Health Organization. Nursing and midwifery [Internet]. Geneva: World Health Organization; [cited 2024 Sep 15]. Available from: <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/nursing-and-midwifery>
6. International Confederation of Midwives. Definition of the Midwife [Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 15]. Dostupno na: <https://internationalmidwives.org/resources/definition-of-midwifery/>
7. Hrvatski sabor, Zakon o primaljstvu, NN 120/08, 145/10, Klasa: 500-01/08-01/05., Zagreb, 03. listopada 2008.g.
8. Zorić I. Primaljstvo nekad i danas – samostalnost primalja u Hrvatskoj [završni rad]. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija; 2021. Available from: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:022362>
9. Švaljug D. Primaljska skrb I – nastavni tekstovi, 2024.g.
10. Švaljug D, Kuljak Ž. Školovanje primalja u Republici Hrvatskoj i stjecanje kompetencija u primaljstvu. Primaljski vjesnik [Internet]. 2018 [cited 2024 July 10];24:30-35. Available at: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:549390>
11. DIREKTIVA 2005/36/EZ EUROPSKOGA PARLAMENTA I VIJEĆA dostupno na: <https://www.komora-primalja.hr/datoteke/Direktiva-2005-36-EZ.pdf>
12. Hrvatska komora primalja. Međunarodni dan primalja 2020 [Internet]. Zagreb: Hrvatska komora primalja; 2020 [cited 2024 Sep 15]. Available from: <https://www.komora-primalja.hr/wp-content/uploads/2020/05/Meunarodni-dan-primalja-2020.pdf>
13. International Confederation of Midwives. ICM International Definition of the Midwife [Internet]. The Hague: ICM; [cited 2024 Sep 15]. Available from: <https://www.internationalmidwives.org>
14. Kurbanović M. Primaljski odjeli. Primaljski vjesnik [Internet]. 2023 [pristupljeno 11.07.2024.];(35). Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/310120>

15. Rocca-Ihenacho L, Batinelli L, Thaelis E, Rayment J, Newburn M, McCourt C. Midwifery Unit Standards. The Midwifery Unit Network and City, University of London. 2018.
16. Božić E. Zadovoljstvo trudnica i babinjača primaljskom skrbi u Klinici za ženske bolesti i porode Split [završni rad].[Split]:Sveučilište u Splitu; 2021. 40p.
17. Kennedy HP. The essence of nurse-midwifery care: the woman's story. *J Midwifery Womens Health*. 2000;45(1):11-7.
18. Narayan V, Duffy C, Forouzanfar MH, Vos T, Murray CJL, Mokdad AH, et al. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(2):137-50.
19. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2019. Seattle: IHME; 2019.
20. Erbas GS, Herrmann-Lingen C, Ostermayer E, et al. Anxiety and Depression Levels in Parents after Counselling for Fetal Heart Disease. *J Clin Med*. 2023;12(1):394.
21. Maung HH. Uzročnost i uzročna selekcija u biopsihosocijalnom modelu zdravlja i bolesti. *European Journal of Analytic Philosophy* [Internet]. 2021 [pristupljeno 15.09.2024.];17(2). <https://doi.org/10.31820/ejap.17.2.6>
22. World Health Organization (WHO). Mental disorders [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [pristupljeno 15.09.2024.]. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
23. Gammie SC, Driessen TM, Zhao C, Saul MC, Eisinger BE. Genetic and neuroendocrine regulation of the postpartum brain. *Front Neuroendocrinol*. Madison SAD, lipanj 2016. str. 1-17.
24. Meltzer-Brody S, Howard LM, Bergink V, Vigod S, Jones I, Munk-Olsen T, Honikman S, Milgrom J. Postpartum psychiatric disorders. *Nat Rev Dis Primers*., SAD, travanj 2018.
25. Smith KM, Brown AJ, Jones LA. The impact of stress on pregnancy and postpartum. *J Perinat Med*. 2021;49(3):287-95. doi: 10.1515/jpm-2021-0032.
26. Goodman JH, Watson GR, Stubbs B. Anxiety disorders in postpartum women: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;203:292-331.
27. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(8):1285-98.

28. Okun ML, Mancuso RA, Hobel CJ, Schetter CD, Coussons-Read M. Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *J Behav Med.* lipanj 2018. str. 703-710.
29. Kurbanović M. Primaljska njega kod komplikacija u puerperiju – nastavni tekstovi, 2024.g
30. Viguera A. Postpartum unipolar major depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. Wolters Kluwer, prosinac 2021.
31. Ivančić M. Postpartalni psihički poremećaji. Primaljski vjesnik [Internet]. 2021 [pristupljeno 18.07.2024.];(30.). Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/259682>
32. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Apr 28;4(4).DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
33. Ivaković F. Skale depresije, anksioznosti i stresa DASS-S i DASS-O Priručnik; Zagreb, 2019.
34. Perriman N, Davis DL, Ferguson S. What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery.* 2018;62:220-9. doi:10.1016/j.midw.2018.04.011.
35. Pezeshki M, Abedian Z, Akbari M, Khadivzadeh T. Women's perception of continuity of team midwifery care in Iran: a qualitative content analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):325. doi:10.1186/s12884-021-03764-1([BioMed Central](#)).
36. Postpartum Support International. Screening recommendations. 2023 [cited 2024 Sep 15]. Available from: [https://www.postpartum.net/screening-recommendations​:contentReference\[oaicite:0\]{index=0}](https://www.postpartum.net/screening-recommendations​:contentReference[oaicite:0]{index=0}).
37. Grigoriadis S, Graves L, Peer M, Mamisashvili L, Tomlinson G, Dennis CL, et al. Maternal anxiety during pregnancy and the postpartum period: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):1-17.
38. Hrvatska komora primalja. Apel komore: Hrvatskoj prijeti nestajanje ove profesije. Hrvatska komora primalja, 30. travanj 2024. Dostupno na: <https://www.komora-primalja.hr/2024/04/30/apel-komore-hrvatskoj-prijeti-nestajanje-ove-profesije-vecina-ih-uskoro-ide-u-mirovinu-jedno-je-rjesenje/>

ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Marina Patko

Adresa: Gornji Brinjani 13, 44302 Kutina

E-mail: mpatko02@gmail.com

Datum rođenja: 09.08.2002. godine

Mjesto rođenja: Pakrac, Hrvatska

Tel: +385 99 / 325 /4445

OBRAZOVANJE:

- 2021. Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci, preddiplomski stručni studij Primaljstvo
- 2017.- 2021. Škola za primalje u Zagrebu
- 2019.- 2017. Osnovna škola Mate Lovraka Kutina

ZNANJE I VJEŠTINE:

- Materinji jezik: hrvatski
- Ostali jezici: engleski
- Izvrsne komunikacijske vještine
- Sklonost timskom radu
- Vozačka dozvola B kategorije

POSTIGNUĆA:

- 2024. Radionica Manualne tehnike protekcije perineuma i Kirurško zbrinjavanje epiziotomije i razdora međice I. do II. Stupnja
- 2021.-2024. Državna stipendija

PRIVITCI

Popis tablica:

1. Deskriptivni podatci	20
2. Razina stresa kod prvorotkinja	21
3. Razina anksioznosti kod prvorotkinja.....	21
4. Razina depresije kod prvorotkinja.....	22
5. Korelacije anksioznosti, depresivnosti i stresa te zadovoljstva primaljskom skrbi.....	22
6. Odnos zadovoljstva primaljskom skrbi i načina dovršetka poroda.....	23
7. Odnos zadovoljstva primaljskom skrbi s pitanjem „Vaše dijete je nakon poroda bilo“.....	23
8. Odnos zadovoljstva primaljskom skrbi i postupanja s djetetom nakon poroda.....	24
9. Odnos zadovoljstva primaljskom skrbi i intervencija u porodu.....	24
10. Prosjek vremena proteklog od poroda.....	25
11. Korelacije anksioznosti, depresivnosti i stresa te vremena proteklog od poroda.....	25

Popis slika:

1. Grafički prikaz razine završenog obrazovanja.....	19
2. Grafički prikaz zadovoljstva primaljskom skrbi.....	20

Upitnik:

FILTAR PITANJA:

1. Do sada ste rodila samo jedno dijete:

- Da
- Ne

2. Svoje prvo dijete rodila sam unutar granica Republike Hrvatske:

- Da
- Ne

SOCIODEMOGRAFSKI UPITNIK:

3. Koliko imate godina:

- _____

4. Razina završenog obrazovanja:

- Osnovna škola
- Srednja škola (SSS)
- Viša škola (VŠS)
- Visoka stručna sprema (VSS)
- Ostalo: _____

5. Koliko je proteklo od Vašeg poroda:

- 1-3 mjeseca
 - 3-6 mjeseci
 - 6-12 mjeseci
 - Više od jedne godine
 - Više od dvije godine
 - Više od tri godine
- Ostalo: _____

6. Ustanova u kojoj ste rodili je:

- Dom zdravlja
- Opća bolnica
- Županijska bolnica
- Klinička bolnica
- Klinički bolnički centar
- Specijalna bolnica
- Ostalo: _____

UPITNIK ZA PROCJENU ZADOVOLJSTVA PRIMALJSKOM SKRBI:

7. Jeste li na porodu imali mogućnost odabrati prisustvo Vaše pratnje (partnera ili bliske osobe):

- da
- ne

8. Dolazak u Bolnicu:

- hitan prijem
- dogovoreni prijem

9. Ukoliko je odgovor na prethodno pitanje bio „hitan prijem“, primalje su Vas primile:

- Odmah po dolasku
- čekali ste 5 min
- čekali ste 10 min
- čekali ste 20 min
- čekali ste dulje od 20 min

10. Primalje su tijekom prijema prema Vama bile:

- neljubazne
- nezainteresirane
- korektne
- ljubazne
- izrazito ljubazne i susretljive

11. Primalja me je poticala na promjenu položaja:

- u potpunosti se ne slažem
- ne slažem se
- niti se slažem niti se ne slažem
- slažem se
- u potpunosti se slažem

12. Primalja mi je ponudila korištenje pomagala kao što su lopta, strunjača, šipka i uže:

- da
- ne

13. Primalja je pazila na moju privatnost:

- u potpunosti se ne slažem
- ne slažem se
- niti se slažem niti se ne slažem
- slažem se
- u potpunosti se slažem

14. Prethodno su Vam objasnile zahvate i postupke kojima ste bili podvrgnuti:

- u potpunosti se ne slažem
- ne slažem se
- niti se slažem niti se ne slažem
- slažem se
- u potpunosti se slažem

15. Objašnjenja i informacije koje bi dobili od strane primalja su Vam bila razumljiva:

- u potpunosti se ne slažem
- ne slažem se
- niti se slažem niti se ne slažem
- slažem se
- u potpunosti se slažem

16. Primalju ste mogli u bilo kojem trenu upitati informacije koje su Vas zanimale:

- u potpunosti se ne slažem
- ne slažem se
- niti se slažem niti se ne slažem
- slažem se
- u potpunosti se slažem

17. Ukoliko ste u nekom trenutku osjetili strah, primalja Vam je pružila potporu:

- da
- ne

18. Primalja je pokazala brigu i razumijevanje prema Vašem zdravstvenom problemu:

- u potpunosti se ne slažem
- ne slažem se
- niti se slažem niti se ne slažem
- slažem se
- u potpunosti se slažem

19. Pružena zdravstvena skrb bila je u okviru Vaših očekivanja:

- u potpunosti se ne slažem

- ne slažem se
- niti se slažem niti se ne slažem
- slažem se
- u potpunosti se slažem

20. Kako bi ste ocijenili rad primalja za vrijeme vašeg boravka u rodilištu:

- odličan
- vrlo dobar
- dobar
- loš
- izrazito loš

21. Vaš porod završen je:

- vaginalno
- planirani carski rez
- hitni carski rez

22. Koje od navedenih intervencija bile su učinjene tijekom Vašeg poroda:

- epiziotomija
- vakum ekstrakcija
- forceps
- kristelerov hvat
- ništa od navedenog

23. Vaše dijete po porodu bilo je:

- postavljeno odmah na vaša prsa
- aspirirano i stimulirano kako bi prodisalo
- reanimirano

24. Vaše je dijete nakon poroda bilo:

- s vama
- odneseno u dječju sobicu
- odneseno na odjel intenzivnog liječenja novorođenčadi

25. Smatrate li da su specifičnosti koje se pojavljuju u prethodna dva pitanja utjecala na Vaše mentalno zdravlje:

- da
- ne