



Sufinancira
Europska unija

RESPECT

**Nacrt prijedloga
plana za uvođenje
maternalne skrbi
s poštovanjem u rodilišta
u Republici Hrvatskoj**

**Rezultati istraživanja o skrbi
s poštovanjem za trudnice i roditelje
u Republici Hrvatskoj**

**NACRT
PRIJEDLOGA
PLANA ZA UVOĐENJE
MATERNALNE SKRBI
S POŠTOVANJEM**

u rodilišta u Republici Hrvatskoj

SADRŽAJ

UVOD	3
Kratice	6
MEĐUNARODNI KONTEKST	7
Maternalna skrb s poštovanjem	7
Opstetričko nasilje	10
EDUKACIJE NAMIJENJENE STUDENTIMA I STUDENTICAMA TE ZDRAVSTVENIM RADNICIMA	13
Edukacija iz komunikacijskih vještina na Medicinskom fakultetu u Zagrebu	13
Analiza upitnika provedenog na Medicinskom fakultetu u Zagrebu	14
Aktivnosti u rodilištima za unapređenje komunikacije zdravstvenih radnika i radnica s trudnicama i roditeljima	20
MATERNALNA SKRB S POŠTOVANJEM IZ PERSPEKTIVE PRIMALJSTVA	23
Uvod	23
Analiza stanja	23
Potrebne aktivnosti u primaljstvu za pružanje skrbi s poštovanjem	26
Budućnost primaljstva u Republici Hrvatskoj	29
MATERNALNA SKRB S POŠTOVANJEM U GINEKOLOGIJI I OPSTETRICIJI	30
Uvod	30
Identificirani problemi u rodilištima	31
Potrebne aktivnosti u ginekologiji i opstetriciji za pružanje skrbi s poštovanjem	33
UPITNIK ZA SAMOPROCJENU RODILIŠTA U PROVEDBI SKRBI S POŠTOVANJEM	37
Upute za korištenje	38
PREPORUKE	45
SAŽETAK	47
O PROJEKTU	48

UVOD

Zdravstvena skrb za trudnice, roditelje i majke u hrvatskim rodilištima približila se standardima skrbi s poštovanjem više nego ikada prije. Trudnice, roditelje i majke prethodnih generacija nisu mogle ni sanjati da će novije generacije moći birati između različitih pružatelja i pružateljica skrbi, od onih koji djeluju unutar sustava do izvaninstitucionalne, vršnjačke podrške (eng. *peer to peer*), da će doslovno imati na dlanu dostupne informacije o porođajnim praksama koje se koriste u hrvatskim rodilištima, o njihovim prednostima i nedostacima, da će imati mogućnost pratnje na porođaju po svom izboru, a da će u rodilište moći doći s planom porođaja. Doule koje pružaju emocionalnu, fizičku i informativnu potporu majci prije, tijekom i nakon porođaja dostupne su u gotovo svim krajevima Republike Hrvatske, dok prije nešto više od 15 godina nitko nije ni čuo za njih.

Također, prethodne generacije nisu mogle ni sanjati da će sva rodilišta u Hrvatskoj imati titulu Rodilište – prijatelj djeteta koja jamči „zlatni sat“, tj. kontakt kožom na kožu novorođenčeta i majke neposredno nakon porođaja, 24-satni boravak novorođenčeta uz majku, podršku kod dojenja već u rodilištu. Jednako tako, pilotirana inicijativa Rodilište - prijatelj majki i djece kroz koju je dio zdravstvenih radnika i radnica prošao edukaciju o ljudskim pravima žena tijekom porođaja, ranijim generacijama mogla je biti utopijska želja.

Za razliku od generacija trudnica koje su rađale još prije samo dvadesetak godina, novije generacije majki mogu dobiti podršku savjetnice za dojenje u sve više domova zdravlja, a prijevremeno rođena djeca i ugrožena novorođenčad na neonatalnim jedinicama intenzivnog liječenja mogu biti hranjena mlijekom majki darivateljica iz prve hrvatske Banke humanog mlijeka. Primalje su dobile Zakon o primaljstvu i mogućnost obrazovanja kroz sveučilišne programe na razini preddiplomskog i diplomskog studija, što im omogućuje stjecanje kompetencija za samostalno primaljstvo i djelovanje u zajednici, tamo gdje su žene.

Međutim, je li to dovoljno ili su hrvatska rodilišta još daleko od skrbi s poštovanjem?

Trudnice, roditelje i majke koje sve više javno iznose svoja iskustva također su ponudile odgovor na to pitanje kroz istraživanje provedeno u Hrvatskoj od listopada 2023. do veljače 2024. na uzorku od 855 žena:¹

21,2 % roditelja osjećalo je tijekom porođaja emocionalnu dobrobit i blagostanje

22,1 % roditelja smatra da su zdravstveni radnici i radnice tražili dopuštenje prije postupaka koje su provodili na njihovu tijelu

22,7 % roditelja smatra da su ih zdravstveni radnici i radnice uključivali u donošenje odluka o njihovu zdravlju

1 <https://www.roda.hr/udruga/projekti/respect/predstavljeni-rezultati-istrazivanja-skrb-s-postovanjem-za-trudnice-i-rodilje.html>

24,5 % rodilja moglo je odabrati položaj za rađanje

27,4 % rodilja osjećalo je da se tijekom porođaja cijenilo njihovo znanje i iskustvo

31,3 % rodilja izjavilo je da su tijekom porođaja poštovane njihove želje i plan porođaja

48,4 % rodilja smatra da tijekom porođaja nisu bile zanemarene niti ignorirane

49,9 % rodilja osjeća da je u rodilištu učinjeno sve kako bi im se umanjila bol tijekom porođaja

53,1 % rodilja smatra da u rodilištu nisu bile prisiljene donijeti neku odluku o svojem porođaju

56,4 % rodilja osjećalo se ugodno dok su postavljale pitanja u vezi s porođajem

Dobiveni podaci jasno ukazuju na potrebu za daljnjim unapređenjem prakse i sveobuhvatnom edukacijom kako bi se osigurala skrb koja u potpunosti poštuje prava i dostojanstvo žena tijekom trudnoće, porođaja i babinja.

Osim podataka dobivenih kroz istraživanje o skrbi s poštovanjem, o potrebi za daljnjim unapređenjem praksi u rodilištima i implementaciji skrbi s poštovanjem govori nekoliko preporuka koje su Republici Hrvatskoj uputila međunarodna tijela.

U zaključnim primjedbama o Četvrtom i petom periodičnom izvješću za Hrvatsku² Odbor za uklanjanje svih oblika diskriminacije nad ženama (CEDAW) *poziva državu stranku*

(d) da omogući postojanje odgovarajuće mjere zaštite kako bi se osiguralo da se medicinski postupci vezani uz porođaj podvrgnu objektivnoj procjeni nužnosti i da se oni provode u skladu s odgovarajućim standardima skrbi te poštujući autonomnost žene i zahtjeve informiranog pristanka...

Tri tijela Ujedinjenih naroda koja prate stanje ljudskih prava, Posebna izvjestiteljica za nasilje nad ženama, Posebni izvjestitelj za pravo na zdravlje te Radna skupina za pitanje diskriminacije žena u pravu i praksi uputili su 2019. priopćenje za medije³ kao odgovor na kampanju #prekinimošutnju tijekom koje je mnoštvo žena svjedočilo o bolnim ginekološkim postupcima bez anestezije i analgezije, a u kojem traže da Vlada Republika Hrvatske hitno poduzme radnje kako bi se spriječilo kršenje ljudskih prava žena u reproduktivnom zdravlju:

Iznimno smo zabrinuti za žene koje su podvrgnute bolnim postupcima bez anestezije, što uključuje kiretažu, struganje maternice, ručno vađenje posteljice, šivanje nakon vaginalnog porođaja te epiziotomije rađenih protiv njihove volje te nepoštovanje žena od strane zdravstvenih djelatnika... Neophodno je poštovati prava žena koje primaju zdravstvenu skrb u reproduktivnom zdravlju, što uključuje porođaj, postupke medicinski potpomognute oplodnje te kiretaže. Zdravstveni djelatnici bi trebali primjenjivati najviše profesionalne standarde i etičke kodekse prilikom pružanja zdravstvene skrbi u području reproduktivnog zdravlja. Moraju poštovati autonomiju, integritet i sigurnost svake žene.

Iz rezultata istraživanja i preporuka međunarodnih tijela vidljivo je da je implementiranje programa skrbi s poštovanjem u hrvatska rodilišta neophodan i važan civilizacijski iskorak. Osim što bi trebala biti zlatni standard, skrb s poštovanjem pridonijela bi izgradnji povjerenja između žena i medicinskog tima, što bi imalo dugoročne pozitivne učinke na žene, njihove obitelji, pružatelje zdravstvene skrbi, ali i cijelo društvo.

² <https://ravnopravnost.gov.hr/UserDocsImages/arhiva/images/pdf/CEDAW%20Zaklju%C4%8Dne%20primjedbe%20o%204.%20i%205.%20periodi%C4%8Dnom%20izvje%C5%A1%C4%87u%20za%20Hrvatsku%2028.7.2015.pdf>

³ <https://www.roda.hr/udruga/projekti/prekinimo-sutnju/tijela-un-a-pozvala-vladu-rh-da-hitno-reagira-na-svjedocanstva-iz-akcije-prekinimosutnju.html>

Uvođenje skrbi s poštovanjem (eng. *Respectful Maternity Care*, RMC) ima niz dobrobiti za trudnice, roditelje i majke, ali i za pružatelje zdravstvene skrbi. Taj pristup temelji se na poštovanju dostojanstva, autonomije i ljudskih prava trudnica, roditelja i majki, čime se potiče stvaranje ugodnog radnog okruženja, ali se poboljšavaju i ishodi zdravstvene skrbi te se unapređuje povjerenje između pružatelja skrbi i trudnica, roditelja i majki. Time se stvara okruženje u kojemu vlada suradnički i partnerski odnos, što može smanjiti mogućnost komplikacija i olakšati medicinske postupke. Kao što loše postupanje prema trudnicama, roditeljama i majkama u rodilištima može dovesti do povećanog broja pritužbi pa i pravnih posljedica, tako s druge strane skrb s poštovanjem može smanjiti te rizike, odnosno pridonijeti zadovoljstvu i pozitivnom iskustvu svih uključenih. Uvođenje skrbi s poštovanjem nije samo etički ispravno jer je u skladu s preporukama struke i u najboljem je interesu majke i djeteta već je to i najbolja klinička praksa koja pridonosi kvalitetnijoj i učinkovitijoj zdravstvenoj skrbi.

Iako ideja skrbi s poštovanjem postoji još od 2011. kada je White Ribbon Alliance⁴, međunarodna neprofitna organizacija aktivna u zagovaranju unapređenja zdravlja trudnica, roditelja, novorođenčadi i majki pokrenula inicijativu za izradu povelje Skrb s poštovanjem za trudnice, roditelje i majke, ona se u praksi provodi tek u nekim razvijenijim zemljama iako i u tim zemljama postoji puno prostora za poboljšanje. Trudnice, roditelje i majke u manje razvijenim zemljama mogu se tek nadati takvoj skrbi.

Ovaj nacrt prijedloga plana za uvođenje maternalne skrbi s poštovanjem u rodilišta u Republici Hrvatskoj izrađen je sa željom da potakne inicijativu kroz koju će se u nekoliko hrvatskih rodilišta implementirati protokoli potrebni za uvođenje skrbi s poštovanjem. Zato svrha ovog dokumenta nije ukazivati na propuste i nedostatak u skrbi za zdravlje trudnica, roditelja i majki u hrvatskim rodilištima već ukazati na potrebu stvaranja partnerskog ozračja u kojemu s punim povjerenjem surađuju stručnjaci i stručnjakinje različitog profila te korisnice zdravstvenog sustava.

Dokument nacrt prijedloga plana za uvođenje maternalne skrbi s poštovanjem u rodilišta u Republici Hrvatskoj sastavile su stručnjakinje različitog profila, liječnice, primalja i predstavnica pacijentica sa željom da se dokument dalje unapređuje i obogaćuje prijedlozima i komentarima svih zainteresiranih.

Roditelji u akciji – Roda

4 <https://whiteribbonalliance.org/movements/respect-campaign/> [pristupljeno: 19/07/2023]

KRATICE

Popis kratica (abecednim redom)

ACOG – Američki koledž za opstetriciju i ginekologiju (The American College of Obstetricians and Gynecologists)

AIM – Savez za inovacije u maternalnom zdravlju (The Alliance for Innovation on Maternal Health)

CEDAW konvencija – Konvencija UN-a o uklanjanju svih oblika diskriminacije žena

CEDAW odbor – Odbor za uklanjanje svih oblika diskriminacije žena

FIGO – Međunarodno udruženje ginekologa i opstetričara (The International Federation of Gynecology and Obstetrics)

GDPR – Opća uredba o zaštiti podataka (General Data Protection Regulation)

ICM – Međunarodna konfederacija primalja (International Confederation of Midwives)

ISUOG – Međunarodno društvo za ultrazvuk u porodništvu i ginekologiji (International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology)

KB – Klinička bolnica

KBC – Klinički bolnički centar

NICE – Nacionalni institut za izvrsnost u zdravstvu i skrbi (National Institute for Health and Care Excellence)

OB – Opća bolnica

RMC – Maternalna skrb s poštovanjem (Respectful Maternity Care (hrv.))

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

WRA – Savez Bijela vrpca (White Ribbon Alliance)

MEĐUNARODNI KONTEKST

Trudnoća, porođaj i babinje, odnosno razdoblje nakon porođaja, izrazito su ranjiva razdoblja tijekom kojih žena prolazi kroz niz promjena koje nisu isključivo fizičke prirode. Tijekom tog razdoblja žena u relativno kratkom vremenu prolazi kroz intenzivne fiziološke, emocionalne, psihološke i socijalne promjene. Pri tome će na ženu snažno utjecati njezino iskustvo porođaja te podrška koju je imala tijekom i nakon porođaja. Zbog složenosti promjena kroz koje svaka majka prolazi potrebno je sagledati maternalnu skrb kao skrb koja je puno više od prevencije pobola i/ili smrtnosti te koja obuhvaća poštovanje, čuvanje njezina dostojanstva, autonomije, izbora i želja, odnosno sveukupno poštovanje njezinih ljudskih prava.

Odnos žene i pružatelja te pružateljica zdravstvene skrbi tijekom trudnoće, porođaja i babinja od vitalne je važnosti i podrazumijeva daleko više od nužnih oblika zdravstvene skrbi jer iskustvo žene s pružateljima i pružateljicama tijekom tog razdoblja ima utjecaja na njezinu tranziciju u majčinsku ulogu i na ostatak njezina života. Njezino pozitivno iskustvo trudnoće, porođaja i babinja može ju osnažiti za majčinsku ulogu, povećati njezino samopouzdanje i samopoštovanje te pridonijeti njezinu mentalnom zdravlju i kvaliteti života. S druge strane, negativno iskustvo može na majku ostaviti dugotrajne negativne posljedice zbog osjećaja da joj je nanesena trajna šteta i trauma. To može dovesti do smanjenja samopouzdanja i samopoštovanja te posljedično otežati tranziciju u majčinstvo. I u jednom i u drugom slučaju žena cijeli život nosi svoje iskustvo rađanja koje dijeli s drugim ženama pridonoseći tako ozračju povjerenja ili sumnje u proces rađanja, ali i u pružatelje i pružateljice zdravstvene skrbi.⁵

Maternalna skrb s poštovanjem

Maternalna skrb s poštovanjem jest zdravstvena skrb tijekom trudnoće, porođaja i babinja u čijem su središtu dostojanstvo, poštovanje i ljudska prava. Taj model skrbi prepoznaje temeljno pravo svake žene na sigurnu, kvalitetnu i dostojanstvenu skrb, bez obzira na njezin socioekonomski ili obrazovni status, rasu, dob, seksualnu orijentaciju ili etničku pripadnost.

Inicijativa za skrb s poštovanjem proizašla je iz globalnog prepoznavanja problema u skrbi za zdravlje žena kao što su nepoštovanje, zlostavljanje i zanemarivanje žena tijekom porođaja, a što je dokumentirano u raznim dijelovima svijeta, u zemljama s niskim, ali i zemljama s visokim primanjima. Organizacije poput Svjetske zdravstvene organizacije (WHO), Međunarodne konfederacije primalja (ICM), Međunarodne federacije ginekologa i opstetričara (FIGO) te White Ribbon Alliance (WRA), naglašavaju potrebu za sveobuhvatnim promjenama u pristupu maternalnoj skrbi kako bi se poboljšali ishodi za majke, novorođenčad, obitelji i šire društvo.

Inicijativa za maternalnu skrb s poštovanjem dobila je zamah u ranim 2000-im, kada su izvješća o nasilju i zanemarivanju žena u rodilištima privukla pažnju globalne zajednice. Studije iz raznih dijelova svijeta pokazale su da mnoge žene trpe verbalno i fizičko nasilje, uskraćivanje zdravstvene skrbi te

5 White Ribbon Alliance; Respectful maternity care: The universal rights of childbearing women

prisilne medicinske intervencije, zbog čega je Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) 2014. godine objavila dokument *Prevenција i uklanjanje nepoštovanja i zlostavljanja tijekom porođaja u zdravstvenim ustanovama*⁶ kojim poziva na okončanje nepoštovanja i zlostavljanja tijekom maternalne skrbi, što je označilo prekretnicu u priznavanju tog problema. SZO je u tom dokumentu definirao zlostavljanje tijekom porođaja kao kršenje prava žena i narušavanje povjerenja između žena i pružatelja i pružateljica zdravstvene skrbi.

White Ribbon Alliance⁷ ističe kako se maternalna skrb s poštovanjem temelji na pravima roditelja koja su međusobno povezana i doprinose jačanju povjerenja između žena i zdravstvenih radnika i radnica te pozitivnom iskustvu rađanja:

1. pravo na slobodu od ozljeđivanja i lošeg postupanja
2. pravo na informaciju, informirani pristanak ili odbijanje, poštovanje izbora i želja uključujući pratnju po izboru tijekom maternalne skrbi
3. pravo na privatnost i povjerljivost
4. pravo na dostojanstvo i poštovanje
5. pravo na jednakost, slobodu od diskriminacije, pravednu skrb
6. pravo na pravovremenu zdravstvenu skrb na najvišoj mogućoj razini
7. pravo na slobodu, autonomiju, samoodređenje i slobodu od prisile.

U dokumentu SZO-a *Standardi za unapređenje kvalitete skrbi za majke i novorođenčad u zdravstvenim ustanovama* iz 2016.⁸ navode se standardi kvalitete koji se odnose na iskustvo skrbi, što je izravno povezano s konceptom maternalne skrbi s poštovanjem. To su sljedeći standardi.

Standard kvalitete 4: Komunikacija sa ženama i njihovim obiteljima učinkovita je i odgovara njihovim potrebama i željama.

Cilj ovog standarda jest osigurati učinkovitu komunikaciju, ključnu komponentu iskustva skrbi. Pacijentica bi trebala dobiti sve relevantne informacije o svojoj skrbi i osjećati se uključeno u donošenje odluka o svojem liječenju. Učinkovita komunikacija između zdravstvenih djelatnika i pacijentice može smanjiti nepotrebnu tjeskobu i učiniti porođaj pozitivnim iskustvom.

Standard kvalitete 5: Žene i novorođenčad primaju skrb s poštovanjem uz očuvanje njihova dostojanstva.

Cilj ovog standarda jest osigurati potpuno poštovanje i očuvanje dostojanstva svih žena tijekom njihova boravka u zdravstvenoj ustanovi. Njihova privatnost i povjerljivost moraju biti zaštićeni u svakom trenutku, a svaka vrsta zlostavljanja, fizičkog, seksualnog ili verbalnog, kao i diskriminacija, zanemarivanje, uskraćivanje usluga ili iznuda, mora se spriječiti.

Standard kvalitete 6: Svaka žena i njezina obitelj ili pratnja po izboru dobivaju emocionalnu podršku prilagođenu njihovim potrebama koja jača ženinu sposobnost.

Emocionalna podrška ključna je komponenta iskustva skrbi. Prisutnost pratnje po izboru pomaže ženi da s više samopouzdanja prođe kroz porođaj. Svaka žena treba dobiti podršku koja jača njezinu sposobnost tijekom porođaja.

6 WHO/RHR/14.23, The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>

7 https://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2022/05/WRA_RMC_Charter_FINAL.pdf

8 WHO, Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities, 2016, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216>

Uz svaki standard kvalitete navodi se niz mjera kvalitete koje služe kao kriteriji za procjenu, mjerenje i praćenje kvalitete skrbi koju pruža rodilište.

Također, SZO u preporukama za Skrb tijekom porođaja za pozitivno iskustvo rađanja iz 2018.⁹ ističe važnost skrbi usmjerene na žene. Taj holistički pristup temeljen na ljudskim pravima naglašava optimizaciju iskustva trudnica i roditelja. U tom kontekstu skrb s poštovanjem definirana je kao „skrb koja je organizirana i pružena svim ženama na način koji odražava njihovo dostojanstvo, privatnost i povjerljivost; osigurava slobodu od štete i zlostavljanja te omogućuje informirani izbor i kontinuiranu podršku tijekom porođaja“.

SZO-ove preporuke iz 2018. naglašavaju kako je *Pružanje skrbi s poštovanjem za trudnice, roditelje i majke (RMC) u skladu s pristupom temeljenim na ljudskim pravima za smanjenje pobola i smrtnosti majki. RMC može poboljšati iskustvo žena tijekom trudova i porođaja te doprinijeti smanjenju zdravstvenih nejednakosti.*

Također, u dokumentu se navodi da su učinkovita komunikacija i suradnja između zdravstvenih djelatnika, upravitelja zdravstvenih usluga, žena, predstavnica ženskih skupina i pokreta za ženska prava ključni za osiguravanje skrbi koja odgovara potrebama i preferencijama žena u svim kontekstima i uvjetima. Intervencije bi trebale biti usmjerene na osiguravanje radnog okruženja koje promiče poštovanje i dostojanstvo za one koji pružaju skrb, uzimajući u obzir da i osoblje može doživjeti nepoštovanje i zlostavljanje na radnome mjestu i/ili nasilje kod kuće ili u zajednici.

SZO-ov dokument iz 2018. uključuje 56 preporuka temeljenih na dokazima o skrbi tijekom porođaja, a prva preporuka odnosi se upravo na skrb s poštovanjem.

3.1 Skrb tijekom trudova i porođaja

3.1.1 Skrb s poštovanjem za trudnice, roditelje i majke

PREPORUKA 1

Skrb s poštovanjem za trudnice, roditelje i majke – koja se odnosi na organizaciju i pružanje skrbi svim ženama na način koji čuva njihovo dostojanstvo, privatnost i povjerljivost, osigurava slobodu od štete i lošeg postupanja te omogućuje informirani izbor i kontinuiranu podršku tijekom trudova i porođaja – preporučuje se.¹⁰

Osim očite potrebe za kvalitetnom medicinskom skrbi i učinkovitim kliničkim praksama, okvir skrbi s poštovanjem naglašava važnost pružanja informacijske, emocionalne i psihosocijalne podrške kako bi se potaknulo aktivno sudjelovanje žena u procesima zajedničkog donošenja odluka. To je pristup u kojem kliničari i pacijentice raspolažu najboljim dostupnim dokazima pri donošenju odluka te u kojem su pacijentice podržane tijekom odabira između različitih mogućnosti kako bi donijele informirane odluke u skladu sa svojim željama i mogućnostima. Kada se radi o skrbi za trudnice, roditelje i majke, poštovanje nije samo ponašanje ili stav zdravstvenih radnika i radnica kroz koje se ono očituje već je to najbolja klinička praksa i primjena preporuka koje donose službena i stručna tijela, relevantne organizacije te najviši profesionalni i etički standardi.

Kako bi zajedničko donošenje odluka o skrbi bilo moguće, potrebno je osigurati pravo na informiranost i slobodan izbor. Informirani izbor najbolje se definira kao etičko načelo koje dovodi do skrbi usmjerene na pacijentice i predstavlja temeljno pravo na autonomiju u donošenju odluka. Smjernice i preporuke

9 WHO_2018_Intrapartum care for a positive childbirth experience, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

10 Ibid, 19. str.

relevantnih međunarodnih i nacionalnih organizacija pozivaju na programe i mjere za poboljšanje kvalitete maternalne skrbi s naglaskom na informirani izbor, visoke profesionalne etičke standarde u ponašanju zdravstvenih radnika i radnica te mehanizme za zaštitu prava žena u slučaju kršenja tih standarda.

Zbog toga bi svaka žena bez diskriminacije trebala imati pravo na pravovremene, uravnotežene, razumljive i primjenjive informacije o bilo kojoj medicinskoj ili nemedicinskoj intervenciji koja se tiče njezina zdravlja i zdravlja njezina djeteta. Kako bi se doista podržalo sudjelovanje žena u donošenju odluka, informacije koje pružaju zdravstveni radnici i radnice moraju uključivati sve dostupne opcije, pri čemu je nužno jasno komunicirati prednosti i nedostatke svake opcije. Također, ženama treba omogućiti dovoljno vremena za razmatranje informacija, osim u hitnim medicinskim situacijama, kao i dodatne izvore informacijske i emocionalne podrške kako bi se osiguralo njihovo pravo na informiranu odluku. To su neki od ključnih elemenata informiranog pristanka kako ih definira i Američki koledž opstetričara i ginekologa.¹¹

Važno je napomenuti da se skrb s poštovanjem trudnica, roditelja i majki temelji na najboljoj kliničkoj praksi utemeljenoj na dokazima te da osobne preferencije nisu isključene iz prakse utemeljene na dokazima, već čine njezin ključni dio. Klinička praksa utemeljena na dokazima integrira četiri stupa:

1. najbolje dostupne istraživačke dokaze dobivene pregledom svih dostupnih dokaza, a ne selektivnim odabirom
2. kliničku stručnost te vještine i kompetencije zdravstvenih radnika i radnica
3. individualne vrijednosti, okolnosti, želje i preferencije korisnica zdravstvene skrbi
4. mogućnosti i dostupne resurse zdravstvenog sustava i pružatelja skrbi.

Skrb s poštovanjem je pravo svih žena, ali i obaveza svih onih koji pružaju skrb. Odgovornost za taj proces treba biti na stručnim, podržavajućim i uvažavajućim zdravstvenim radnicima i radnicama koji posjeduju dobre kliničke i interpersonalne vještine.

Opstetričko nasilje

Kako bi se bolje razumio koncept maternalne skrbi s poštovanjem, važno je ukratko se osvrnuti na ono što je prethodilo tom konceptu, a to su neprofesionalni i neprimjereni postupci u zdravstvenim ustanovama o kojima su svjedočile žene iz cijelog svijeta. Takvi su postupci prepoznati kao ginekološko i opstetričko nasilje.

Venezuela je bila prva zemlja u svijetu u kojoj je 2007. definirano opstetričko nasilje i koja je u okviru zakona za sprječavanje rodno uvjetovanog nasilja opisala opstetričko nasilje kao:

*prisvajanje tijela i reproduktivnih procesa žena od strane zdravstvenog osoblja, što se manifestira kao nehumani tretman, zlouporaba lijekova i pretvaranje prirodnih procesa u patološke, zbog čega dolazi do gubitka autonomije i sposobnosti slobodnog odlučivanja o vlastitim tijelima i seksualnosti, što negativno utječe na kvalitetu života žena.*¹²

11 Informed Consent and Shared Decision Making in Obstetrics and Gynecology, <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2021/02/informed-consent-and-shared-decision-making-in-obstetrics-and-gynecology>

12 European Commission: Directorate-General for Justice and Consumers and Quattrocchi, P., Obstetric violence in the European Union – Situational analysis and policy recommendations, Publications Office of the European Union, 2024, <https://data.europa.eu/doi/10.2838/440301>

Opstetričko i ginekološko nasilje obuhvaća više oblika štetnih praksi koje se provode tijekom opstetričke i ginekološke skrbi. Iako ne postoji konsenzus u svijetu oko definicije opstetričkog i ginekološkog nasilja, sljedeći postupci identificirani su kao takvi:

- psihološko, fizičko i seksualno zlostavljanje tijekom opstetričkih i ginekoloških pregleda – to uključuje ponižavajuća ponašanja kao uskraćivanje privatnosti, fizičko zlostavljanje, prisilu, ograničeno kretanje ili nemogućnost izbora položaja tijekom porođaja, vaginalnu ili rektalnu penetraciju bez pristanka u svrhu medicinskog pregleda, diskriminaciju/nebrigu/nedostatak poštovanja tijekom trudnoće i ginekoloških pregleda, infantilizaciju, verbalno zlostavljanje poput neprimjerenih komentara osoblja, ruganje i/ili podizanje glasa
- prisilni medicinski postupci ili medicinski postupci koji su izvedeni bez pristanka uključujući prisilnu kontracepciju, prisilnu sterilizaciju, prisilni pobačaj te bilo koji medicinski postupak/pregled izveden bez izričitog pristanka
- medicinski nepotrebni (štetni) postupci poput rutinske indukcije porođaja, rutinskih carskih rezova, rutinskih epiziotomija te praksi koje nisu utemeljene na dokazima kao što su manipulacija i odvajanje plodnih ovoja od stijenke maternice (Hamiltonov zahvat) i pritisak na fundus maternice (Kristellerov zahvat)
- odbijanje ili odgađanje medicinske skrbi što uključuje odgađanje ili uskraćivanje lijekova za ublažavanje boli tijekom medicinskih zahvata, odgađanje ili uskraćivanje pobačaja, uskraćivanje informacija i kontakta te odbijanje pratnje na porođaju.¹³

Uz izraz „nepoštovanje i zlostavljanje“, koji se najčešće koristi u međunarodnoj literaturi, često se upotrebljavaju i termini „opstetričko nasilje“, „opstetričko maltretiranje“ ili jednostavno „maltretiranje“. Ti se pojmovi često koriste naizmjenično, iako nije uvijek jasno odnose li se na isti raspon pojava. Kao i različiti pojmovi, u literaturi se pojavljuju i različite definicije.

Freedman i suradnici¹⁴ (2014) definirali su takvo nasilje kao *interakcije ili uvjete u zdravstvenim ustanovama koje lokalni konsenzus smatra ponižavajućim ili nedostojnim, kao i one interakcije ili uvjete koji su doživljeni ili namijenjeni kao ponižavajući ili nedostojni*. Osim što je sveobuhvatna, važno je napomenuti da ta definicija naglašava kako takve „pojave“ ne moraju nužno biti namjerne ili čak prepoznate kao takve od strane pružatelja zdravstvene skrbi, ali ih žene, korisnice zdravstvene skrbi, mogu doživjeti kao nepoštovanje.

Bohren i suradnici¹⁵ su 2015. razvili tipologiju „zlostavljanja“ u skrbi za trudnice koja je uvelike utjecala na kasnije okvire i razumijevanje tog problema. Ta tipologija uzima u obzir ne samo izravne interakcije između žena i pružatelja skrbi već i čimbenike povezane sa zdravstvenim sustavom te šire utjecaje koji utječu na pojavnost nepoštovanja i zlostavljanja.

13 European Parliament: Directorate-General for Internal Policies of the Union, Brunello, S., Gay-Berthomieu, M., Smiles, B., Bardho, E. et al., Obstetric and gynaecological violence in the EU – Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination, European Parliament, 2024, <https://data.europa.eu/doi/10.2861/32832>

14 Freedman LP, Ramsey K, Abuya T, Bellows B, Ndwigwa C, Warren CE, et al. Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bull World Health Organ.* 2014; 92: 915–7.

15 Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med.* 2015; 12(6): 1–32.

Tipologija se sastoji od sedam kategorija:

1. fizičko zlostavljanje (npr. upotreba sile i fizičkog sputavanja)
2. seksualno zlostavljanje
3. verbalno zlostavljanje (npr. oštar ton, prijetnje i okrivljavanje)
4. stigma i diskriminacija (npr. diskriminacija na temelju sociodemografskih karakteristika i medicinskih stanja)
5. neispunjavanje profesionalnih standarda skrbi (npr. nedostatak informiranog pristanka i povjerljivosti, fizički pregledi i zahvati, zanemarivanje i napuštanje)
6. loš odnos između žena i pružatelja skrbi (npr. neučinkovita komunikacija, nedostatak podrške, gubitak autonomije)
7. uvjeti i ograničenja zdravstvenog sustava (npr. nedostatak resursa, nedostatak politika, kultura ustanove).

Iako većina dokaza u literaturi o nepoštovanju i zlostavljanju trenutačno potječe iz zemalja s niskim i srednjim prihodima, to ne znači da se takvi slučajevi ne događaju ili da nisu česti u zemljama s visokim prihodima. Štoviše, čini se da u tim zemljama „prednost imaju različiti podtipovi, primjerice kroz neuravnoteženo pružanje informacija, nedostatak informiranog pristanka, prisilu na medicinske zahvate te ignoriranje plana porođaja, bilo na suptilne ili manje suptilne načine“.¹⁶

Istraživanje provedeno u Nizozemskoj¹⁷ 2022. godine s čak 12.239 sudionica pokazalo je veliku varijaciju u učestalosti određenih oblika nepoštovanja i zlostavljanja. Najčešće prijavljeni oblici u tom kontekstu bili su: „nedostatak izbora“ (39,8 %), „nedostatak komunikacije“ (29,9 %), „nedostatak podrške“ (21,3 %) i „grubo ili nasilno postupanje/fizičko nasilje“ (21,1 %). Svaka treća žena (36,3 %) koja je doživjela barem jednu situaciju nepoštovanja i zlostavljanja smatrala ju je uznemirujućom.

Iz svega navedenog vidljivo je da je skrb s poštovanjem koncept koji se prepoznaje kao nužan na globalnoj razini i koji ima brojne dobrobiti za sve uključene te da je potrebno razviti i testirati inovativne pristupe za integraciju skrbi s poštovanjem kao rutinskog dijela programa kvalitetne skrbi za majke i novorođenčad¹⁸.

16 Darilek U. A woman's right to dignified, respectful healthcare during childbirth: a review of the literature on obstetric mistreatment. *Issues Ment Health Nurs.* 2017; 2840: 1–4.

17 Van der Pijl MS, Verhoeven CJ, Verweij R, van der Linden T, Kingma E, Hollander MH, De Jonge A. Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: a national survey. *Reproductive Health.* 2022; 19(1):1–6.

18 Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Nogueira Pileggi V, Madeira S, Leathersich S, Tunçalp Ö, Oladapo OT, Souza JP. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* 2018; 125(8):932–42.

EDUKACIJE NAMIJENJENE STUDENTIMA I STUDENTICAMA TE ZDRAVSTVENIM RADNICIMA

Edukacija iz komunikacijskih vještina na Medicinskom fakultetu u Zagrebu

Na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu na petoj godini studija budući liječnici i liječnice slušaju i polažu klinički predmet iz ginekologije i opstetricije. Predmet nosi 12 ECTS bodova i sastoji se od sveukupno 250 sati od kojih 61 sat čine predavanja, 49 sati seminari i 140 sati vježbe. Kliničke vježbe se izvode u ambulantama i laboratorijima Klinike za ženske bolesti i porode KBC-a Zagreb, Klinici za ginekologiju i porodništvo KB-a Sveti Duh te Klinici za ženske bolesti i porode KB-a Merkur.

U izvedbenom planu predmeta u kategoriji „Ciljevi predmeta“ kao jedan od ciljeva ističe se važnost objedinjenja usvojenog znanja i suosjećanja kako bi se mogla pružiti adekvatna skrb pacijenticama, a glasi: *Usvajanje znanja, vještina i kompetencija propisanih katalogom kako bi studenti postali kompetentni, suosjećajni i učinkoviti liječnici koji mogu pružiti visokokvalitetnu zdravstvenu skrb za žene u svim fazama njihova života.* Nadalje, u kategoriji „Ishodi učenja“ se pod šifrom IU12 navodi ishod: *Procijeniti, vrednovati i unapređivati dobre liječničke prakse te kodeks liječničke etike i deontologije.* Ishod pod šifrom IU17 ističe: *Objasniti sadržaj i dobiti informirani pristanak za dijagnostičko terapijske metode nužne za postupke liječenja bolesnika.*

Izuzev ovih, ne spominje se nijedna druga komunikacijska vještina kao obavezna za usvajanje i polaganje predmeta. Prilikom opisivanja nastavnih cjelina u navedenom planu iz opstetricije važnost kvalitetne komunikacije i odnošenja s poštovanjem prema roditeljima ne spominje se niti obrađuje, pa studenti i studentice imaju priliku usvojiti to znanje isključivo kroz kliničke vježbe ukoliko se nastavnici dotaknu te teme.

Uz predmet iz ginekologije i opstetricije studenti i studentice na petoj godini susreću se s temom komunikacije s trudnicama na predmetu „Temelji liječničkog umijeća 5“. Predmet se provodi na svakoj od 6 godina studija medicine, a obrađuje temeljne praktične i komunikacijske vještine, ovisno o predmetima na godini. Tako je na petoj godini jedna od cjelina u komunikacijskim vještinama „Komunikacija s trudnicom usmjerena dijagnostici i terapiji njenog nerođenog djeteta“. U navedenoj cjelini detaljno se

opisuju izazovi i ograničenja komunikacije s trudnicama (Temelji liječničkog umijeća V, Priručnik za studente, I. dio komunikacijske vještine, 2016.) te na koji način treba pristupiti razgovoru i pokazati strpljenje i suosjećanje. Na predmetu se kao glavna ograničenja i izazovi u komunikaciji izdvajaju tri glavne stavke. Prva je hormonski utjecaj koji može izazvati reakcije koje su na komunikacijskoj razini drugačije od očekivanih. Drugu stavku čini činjenica da je predmet komunikacije nerođeno dijete trudnice, što povlači sa sobom vjerska i etička načela pacijentice prilikom donošenja odluka o postupcima. Nadalje, kao treći komunikacijski izazov izdvaja se potreba/želja da se u komunikacijski proces uključi i partner trudnice jer, premda je isključivo informirani pristanak trudnice bitan za sva postupanja u trudnoći, u idealnim okolnostima i ako je primjenjivo i partner bi trebao sudjelovati u odluci. To zahtijeva više vremena i vještine kako bi se oba partnera jednako informirala o istom činjeničnom stanju.

Uz to, dio nastavne cjeline je i igranje uloga kroz koje studenti simuliraju razgovor s trudnicama i na taj ga način vježbaju i usavršavaju. Iako se ne dotiče izravno komunikacije s roditeljima prilikom porođaja, ipak najdetaljnije od svega navednog iznosi temelje dobre komunikacije koji se itekako mogu prenijeti i u samu rađalicu.

Analiza upitnika provedenog na Medicinskom fakultetu u Zagrebu

Natojeći ispitati studente i studentice Medicinskog fakulteta u Zagrebu o njihovu iskustvu i osobnom doživljaju komunikacije s roditeljima tijekom nastave, proveden je za potrebe ovog dokumenta upitnik koji je ispunilo 40 studenata i studentica. Upitnik se sastojao od 13 pitanja.

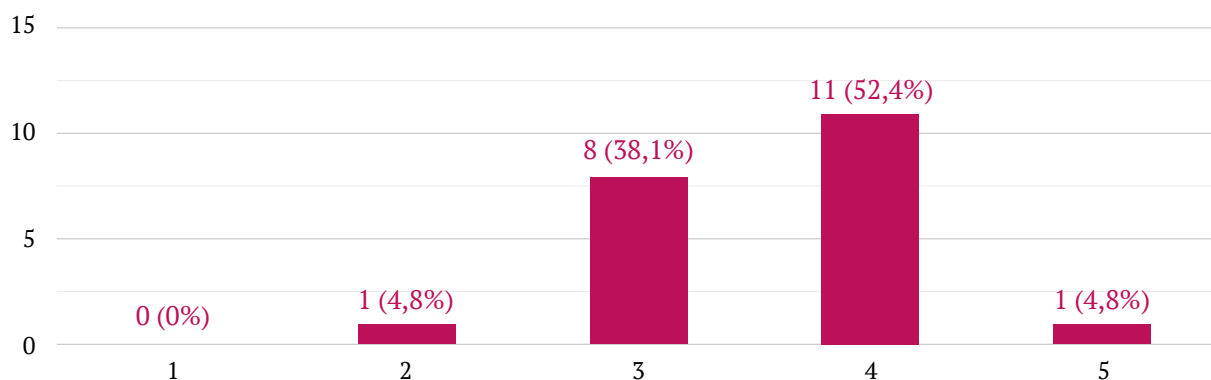
Odgovori su pokazali da je od 40 ispitanih studenata i studentica 22,5 % u trenutku ispunjavanja bilo na turnusnoj nastavi iz ginekologije i opstetricije, dok je preostalih 77,5 % nastavu odslušalo prijašnjih godina. Turnusna nastava iz ginekologije i opstetricije najčešće je odslušana u akademskoj godini 2023./2024., a većina je studenata i studentica u trenutku ispunjavanja upitnika bila na šestoj godini studija medicine.

Bilo je posebno važno saznati jesu li se tijekom nastave susreli s cjelinom o komunikaciji s roditeljima. Na navedeno pitanje 27,5 % (točnije 11 od 40 studenata i studentica) je odgovorilo potvrdno. Među skupinom studenata i studentica koja je na prethodno pitanje odgovorila potvrdno svih 11 je odgovorilo da su se s navedenom cjelinom upoznali na vježbama.

Na pitanje je li ih netko od nastavnika uputio na važnost dobre komunikacije i skrbi s poštovanjem prema roditeljima, njih 22 odgovorilo je potvrdno. Na njih se odnosilo i pitanje o zadovoljstvu sadržajem koje su ocijenili ocjenama od 1 do 5 kako je navedeno u tablici:

U kojoj mjeri ste bili zadovoljni pruženim sadržajem? (1 je najniža, a 5 najviša ocjena).

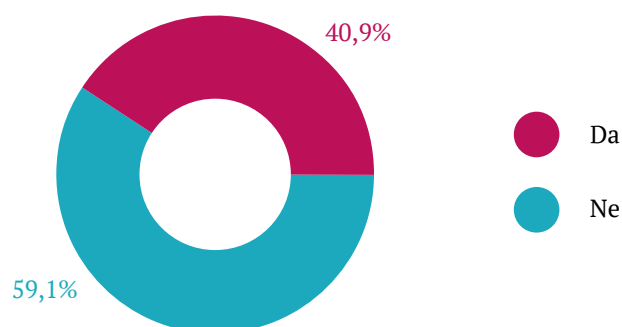
21 odgovor



Od 22 studenata i studentica njih 13 potvrdilo je da su kroz pruženi sadržaj dobili informacije o tome što je informirani izbor, davanje suglasnosti za postupke i suodlučivanje:

Jeste li kroz taj sadržaj dobili znanje o tome što je informirani izbor, davanje suglasnosti za postupke, suodlučivanje?

22 odgovora



Od 22 studenata i studentica njih 20 navelo je nastavnu bazu na kojoj se susrelo s nastavnikom koji ih je uputio na važnost dobre komunikacije s roditeljima.

Od 3 nastavne baze (KB Merkur, KB Sveti Duh i KBC Zagreb „Petrova“) isključivo Petrovu navodi čak njih 13, čime prednjači pred ostale dvije baze. Isključivo KB Sveti Duh navodi troje studenata i studentica, a KB Merkur dvoje. Ostali odgovori navode kombinacije više baza, pri čemu se najčešće spominju sve tri baze.

Studenti i studentice ocijenili su odnos i komunikaciju zdravstvenih djelatnika na svakoj od baza na kojoj imaju kliničke vježbe iz ginekologije i opstetricije. Studenti su pri ocijenjivanju imali pet ponuđenih opcija:

- 1 – neprimjerena, loša i neprofesionalna
- 2 – loša, ali u granicama profesionalnosti
- 3 – ni loša ni dobra
- 4 – adekvatna, ali s prostorom za napredak
- 5 – odlična

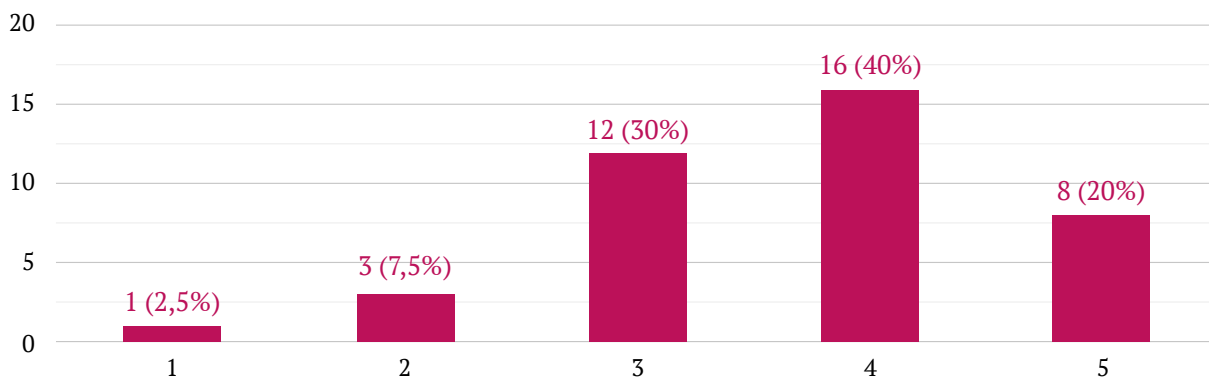
Napomena: Premda KBC Sestre Milosrdnice nije službena nastavna baza, ipak se navodi u pitanju budući da se zbog preuređenja Klinike za ženske bolesti i porode KB-a Merkur nastava iz kliničkih vježbi odvija u njihovu prostor. Studenti zbog toga nisu mogli razlikovati djelatnike KB-a Merkur i KBC-a Sestre Milosrdnice jer su trenutačno zajedno na odjelu.

KBC Zagreb „Petrova“

Prosječna ocjena za Petrovu bolnicu je bila 3,67.

Ocijenite odnos i komunikaciju zdravstvenih djelatnika prema roditeljima prilikom kliničkih vježbi na KBC Petrova.

40 odgovora

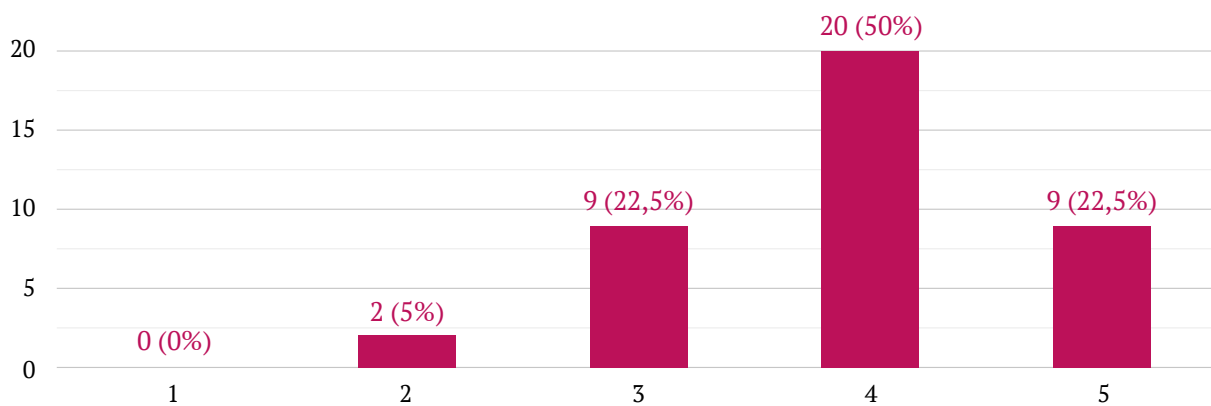


KB Merkur i KBC Sestre Milosrdnice

Prosječna ocjena za KB Merkur i KBC Sestre Milosrdnice iznosila je 3,90.

Ocijenite odnos i komunikaciju zdravstvenih djelatnika prema roditeljima prilikom kliničkih vježbi na KB Merkur i KBC Sestre Milosrdnice.

40 odgovora

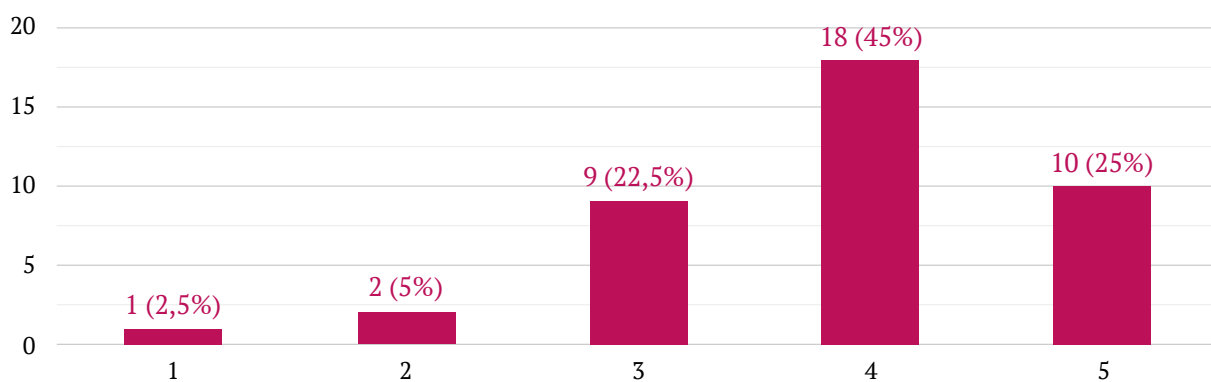


KB Sveti Duh

Prosječna ocjena za KB Sveti Duh iznosila je 3,85.

Ocijenite odnos i komunikaciju zdravstvenih djelatnika prema roditeljima prilikom kliničkih vježbi na KB Sveti Duh.

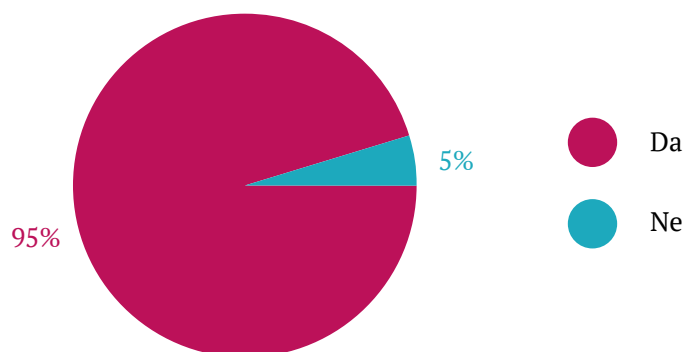
40 odgovora



Na pitanje treba li više pozornosti pridavati važnosti komunikacije i odnošenja s poštovanjem prema roditeljama pozitivno je odgovorilo 38 (95 %) od 40 studenata i studentica koji su pristupili upitniku.

Smatrate li da bi se tijekom nastave više pozornosti trebalo pridavati odnošenju s poštovanjem i komunikaciji s roditeljama?

40 odgovora



U posljednjem pitanju studenti i studentice ukratko su opisali svoje iskustvo u odnosu prema roditeljama u rađaonici koje su uočili tijekom kliničkih vježbi. Odgovori su različiti, od izuzetno pozitivnih preko onih koji ističu potrebu napretka do veoma negativnih.

Od pozitivnih odgovora izdvajaju se:

Prisutno veliko poštovanje i staloženost, uz razgovor i razumijevanje.

Koliko sam vidjela, svi djelatnici adekvatno vode brigu o roditeljima i daju im pažnje koliko u danom trenutku mogu. Svaka komunikacija kojoj sam svjedočila bila je puna poštovanja i razumijevanja za roditelje, s važnom dozom nježnosti.

Svako iskustvo kojem sam svjedočila bilo je puno poštovanja, podrške i razumijevanja od strane medicinskog osoblja prema roditelji.

Iz mogeg iskustva, roditelje su tretirane s poštovanjem, na njihova pitanja se odmah odgovaralo te su ih zdravstveni djelatnici podučavali o brizi za dijete i same sebe u tom periodu oporavka. Ukoliko je neka od njih izrazila želju da ne doji ili slično, izlazilo im se u susret bez negativnih komentara. No, to je naravno dio mogeg osobnog iskustva.

Neki od odgovora ističu prostor za napredak:

Iskustvo je bilo pozitivno, ali mislim da uvijek ima mjesta za napredak. Mislim da je područje na kojem treba poraditi trenutak u kojem se roditelju pita za dopuštenje da studenti budu prisutni za vrijeme porođaja. Nekoliko puta tijekom porođaja situacija je bila takva da je ispred žene bilo preko 10 ljudi.

Smatram da je odnos uvijek bio korektan tijekom vježbi na kojima sam sudjelovala, ali mislim da ima prostora za napredak.

Iz moje perspektive čini se kao da odnos prema roditeljama ovisi o raspoloženju i angažiranosti liječnika, koja varira od dana do dana. Moram priznati da sam tijekom nastave imao relativno malo prilike obratiti pažnju na odnos prema roditelji, ali svakako sam u dobrom dijelu svojeg boravka u rađaonici imao osjećaj kao da se moglo učiniti više.

U principu je sve bilo profesionalno, ali neki doktori i primalje su se odnosili kao da im je to sve rutina i nisu uzimali u obzir kako su žene bile u teškim bolovima i imali su loše komentare, ali to je više individualno do osoba, a ne do bolnice.

Kroz sljedeće odgovore opisana su negativna iskustva:

Generalno nedostaje poštovanja i privatnosti. Od toga da se rodilju i ne pita je li suglasna da velik broj studenata gleda porođaj i pregledava ju, do neprofesionalnih zdravstvenih djelatnika koji upućuju neprimjerene komentare na račun izgleda i dobi roditelje. Također sam primijetila da je u nekim slučajevima (u Petrovoj bolnici) nedostajalo empatije za žene koje proživljavaju spontani pobačaj i gubitak djeteta.

Mislim da zdravstveno osoblje previše nastupa sa stavom „joj, što sad ona hoće, ni prva ni zadnja koja rađa, što se pravi pametna i slično“. Odnos liječnik – pacijent mi se ne čini baš kao uzajaman odnos u kojem je poštovanje obostrano i obje strane saslušane. Rodilje su ionako uglavnom u boli i uplašene, pogotovo ako im je prvo dijete i apsolutno je potrebno njegovati topao odnos prema njima, bez grubosti, smijanja, neprimjerenih komentara. Dosta puta sam prisustvovala raznim komentiranjima u rađaonici kao da žene to tamo ne čuju, nerijetko i od medicinskih sestara, tj. babica. Nekako imam osjećaj da žena kad tamo dođe izgubi pravo odlučivanja i mora sve biti onako kako joj kažu jer oni svi znaju bolje. I činjenica da mi kao studenti medicine s pola volje gledamo žene koje rađaju i naguravamo se oko njih, a njihov partner, djetetov otac, mora čekati vani potpuno je besmislena. Vrlo rado bih ja kao studentica kojoj nije toliko važno vidjeti taj porođaj izašla i dala svoje mjesto tom suprugu. Kad se ženu u tako ranjivu stanju ostavi samu s osobljem koje ju još i ne poštuje, ne možemo se čuditi porođajnim traumama.

U nekoj mjeri smatram da dosta osoblja misli kako roditelje nisu suradljive i da preuveličavaju bolove. Jasno mi je da se bolnice renoviraju, pa uvjeti nisu savršeni, ali zbog toga mislim da bi osoblje to moglo roditeljama nadomjestiti da se osjećaju ugodnije.

Moje iskustvo je generalno negativno i ne bih željela osobno imati takvo iskustvo. Iako ima djelatnika koji su lošiji i bolji u komunikaciji i odnosu, stekla sam opći dojam nezainteresiranosti, manjka empatije i nedostatka ublažavanja negativnih osjećaja poput straha koji prati roditelje, a osobito prvorotkinje. Zapravo, kroz čitavu nastavu koju sam pohađala samo sam na ginekologiji zapazila nekako najgori odnos prema pacijenticama. Od neadekvatnih termina poput „idi vidi onaj zadak tamo“ do neumjesnih komentara ako je roditelja primjerice jako mlada ili je već imala više prethodnih porođaja itd. To se sve odnosi primarno na Petrovu bolnicu. Jedino baš pozitivno iskustvo koje sam imala jest postupanje anesteziologa prema pacijenticama tijekom operativnih zahvata bez opće anestezije, koje je bilo vrlo empatično i profesionalno. A uvjeti u Petrovoj za roditelje su trenutačno kao u zemljama Trećeg svijeta. Njih 6 ili 8 u maloj sobi bez pregrada gledaju jedna drugoj među noge, svjedoče komplikacijama drugih, bez mogućnosti pratnje itd. Nakon cijelog tog iskustva imam strah od takvog tretmana prilikom porođaja.

Iz navedenih odgovora može se zaključiti da su studenti i studentice svjesni važnosti privatnosti, kao i dobivanja suglasnosti od roditelja, ali i suosjećanja. Premda su na obaveznoj nastavi, više ih je istaknulo da je neprimjerena prisutnost velikih skupina studenata intimnom događaju kao što je porođaj. Neki od studenata i studentica ističu i loše uvjete u bolnicama, ali isto ih tako smatraju lako nadomjestivima u slučaju dobre komunikacije zdravstvenih djelatnika. Time se samo još jače ističe važnost skrbi s poštovanjem prema roditeljima koja može umanjiti nedostatke okruženja u kojem roditelje rađaju.

Opći je dojam da su komunikacija i odnos prema roditeljima osrednji. Nisu nezadovoljavajući, ali se i jasno ističe prostor za napredak. Postupanje s roditeljima trebalo bi biti standardizirano u svim bolnicama, a upitnik pokazuje da značajno varira od nastavnika i nastavne baze na kojoj su studenti i studentice imali priliku prisustvovati porođajima. Budući da su studenti i studentice na kliničkim vježbama potencijalni specijalizanti i specijalisti ginekologije i opstetricije, trebalo bi ih se već za vrijeme fakulteta uputiti na važnost dobre komunikacije. Na taj način bi od samih početaka mogli usvojiti osnove komunikacije s poštovanjem kako bi ona postala imperativ u daljnjem radu i obrazovanju.

Aktivnosti u rodilištima za unapređenje komunikacije zdravstvenih radnika i radnica s trudnicama i roditeljima

Osim kvalitetne edukacije o komunikacijskim vještinama s roditeljima na Medicinskom fakultetu u Zagrebu važan je i angažman svih rodilišta u Hrvatskoj vezan uz edukaciju zdravstvenog osoblja o komunikaciji s trudnicama i roditeljima.

Za potrebe ovog dokumenta poslan je dopis svim rodilištima u Hrvatskoj u kojem se tražio broj i vrsta održanih aktivnosti od 1. 1. 2019. do 31. 12. 2024. te broju zdravstvenih djelatnika koji su sudjelovali u njima, ako je bilo primjenjivo. Pod aktivnostima podrazumijevale su se radionice, informativni letci, ankete ili bilo koji drugi oblik edukacije s ciljem podizanja svijesti o važnosti komuniciranja s trudnicama i roditeljima s poštovanjem, što uključuje informiranje, informirani izbor, suglasnost za provođenje postupaka, mogućnost pratnje na porođaju po izboru.

Od 33 rodilišta kojima je dopis poslan, odgovor je pristigao od 25.

Ostale bolnice koje su odgovorile na dopis, a nisu navedene u tablici, opisivale su edukacije trudnica i trudničke tečajeve, iako je predmet dopisa bila isključivo edukacija o komunikaciji s roditeljima. Od rodilišta koja su spomenuta u tablici također uglavnom nije preciziran sadržaj tečajeva i edukacija. Prema shvaćanju to su većinski bili tečajevi za zdravstvene djelatnike svih odjela u bolnici koji su obrađivali osnove komunikacije u medicini. Aktivnosti vezane uz komunikaciju s trudnicama i roditeljima bitne su u kontekstu važnosti edukacije zdravstvenih djelatnika na odjelu ginekologije i porodništva o skrbi s poštovanjem koja uključuje informiranje, informirani izbor, suglasnost za provođenje postupaka, mogućnost pratnje na porođaju po izboru.

U nastavku se nalazi tablica s odgovorima bolnica, odnosno rodilišta koji su pristigli do 18. veljače 2025.

RODILIŠTE	OBLIK AKTIVNOSTI	BROJ/ INTENZITET AKTIVNOSTI	BROJ POLAZNIKA
KB SVETI DUH	tečaj III. kategorije „Komunikacijski izazov, stručna edukacija“ „Komunikacijske vještine u ginekološkoj operacijskoj dvorani“	10. i 24. travnja, 8., 15. i 22. svibnja 2024. 11., 12., 13. i 14. ožujka 2024.	bez podatka
KBC OSIJEK	tečaj 3. kategorije iz komunikacijskih vještina u zdravstvu	Jedanput godišnje	bez podatka
KBC SPLIT	edukacijske radionice „Komunikacijske vještine“	Tijekom 5 tjedana od 2019. do 2023.	27
KBC ZAGREB	tečaj i edukacije iz komunikacijskih vještina	Svake godine	bez podatka, osim za 2023. - 100 sudionika
NACIONALNA BOLNICA „DR. JURAJ NJAVRO“ VUKOVAR	predavanja o komunikacijskim vještinama, tečaj „Tečaj komunikacijskih vještina“	Bez podatka	bez podatka
OB ZABOK	aktivnosti s posebnim naglaskom na poštovanje prema trudnicama, roditeljima, babinjačama i novorođenčadi	Jedanput do dvaput godišnje od 2019. do 2024.	60
OB ZADAR	niz edukacija trajna stručna predavanja za primalje i medicinske sestre	2019. – 2024. (svaka od edukacija jedanput) 2019. – 2022. (svako od predavanja jedanput)	70 657
OPĆA BOLNICA BJELOVAR	edukacija za zaposlenike za bolje ophođenje u rađaonici	bez podatka	bez podatka
OPĆA BOLNICA ČAKOVEC	tečaj komunikacije službe za ginekologiju, porodništvo i neonatologiju	2024.	bez podatka
OPĆA BOLNICA DUBROVNIK	edukacija iz komunikacijskih vještina	jedanput u 2024.	35 primalja

RODILIŠTE	OBLIK AKTIVNOSTI	BROJ/ INTENZITET AKTIVNOSTI	BROJ POLAZNIKA
OPĆA BOLNICA KARLOVAC	sastanci medicinskih sestara i primalja na temu unapređenja komunikacije s pacijenticama	dvaput godišnje	28
	edukacija „Komunikacijske strategije u zdravstvenoj skrbi“	2023. i 2024. (jedanput godišnje)	68 (2023.), 85 (2024.)
OPĆA BOLNICA NOVA GRADIŠKA	dva predavanja o unapređenju komunikacije	bez podatka	prvo predavanje 12, drugo predavanje 13
OPĆA BOLNICA VARAŽDIN	niz teorijskih i praktičnih edukacija iz komunikacijskih vještina u obliku seminara, vježbi, predavanja, kongresa i radionica	2019. – 2024.	bez podatka
OPĆA ŽUPANIJSKA BOLNICA VINKOVCI	predavanja: „Komunikacija s trudnicom, rođiljom i babinjačom“ „Pravo na informiranost trudnice, roditelje i babinjače“ „Komunikacijske vještine“	jedanput u 2019.	bez podatka
	tečaj 1. kategorije za provođenje inicijative „Rodilište – prijatelj djece“ „Vještina savjetovanja; slušanje i učenje“ „Vještine savjetovanja; izgradnja povjerenja i pružanja potpore“	jedanput u 2022. jedanput u 2023. jedanput u 2022.	

Opća bolnica Pula, Opća bolnica Gospić i Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije (ispostava Sinj – rodilište) nisu imale nijedan oblik aktivnosti.

MATERNALNA SKRB S POŠTOVANJEM IZ PERSPEKTIVE PRIMALJSTVA

Uvod

Maternalna skrb s poštovanjem (RMC) osigurava ljudski, dostojanstven i individualizirani pristup skrbi tijekom trudnoće, porođaja i babinja. Iz primaljske perspektive taj pristup uključuje profesionalnu primaljsku skrb uz priznavanje i poštovanje prava žena, jačanje njihove autonomije te osiguravanje podrške kroz komunikaciju, empatiju i pružanje informacija. Skrb s poštovanjem za trudnice i roditelje nije samo profesionalna obveza, već i temeljno ljudsko pravo. Svaka žena ima pravo na pristup zdravstvenoj skrbi koja poštuje njezino dostojanstvo, autonomiju i pravo na izbor. Te vrijednosti predstavljaju osnovu kvalitetne primaljske skrbi i izravno doprinose izgradnji povjerenja između žene i zdravstvenog sustava. Skrb koja uvažava izbor i želje žena poput prisustva pratnje na porođaju, biranja položaja tijekom porođaja i prava na informirani izbor osnažuje žene i pridonosi pozitivnom iskustvu rađanja. U kontekstu osnovnih ljudskih prava to je ključno jer svaka žena ima pravo na zdravstvenu skrb koja ne samo da je sigurna i učinkovita već i dostojanstvena i prilagođena njezinim individualnim potrebama.

Poštovanje i dostojanstvo žena u trudnoći, tijekom porođaja i u postpartumu temelj su kvalitetne primaljske skrbi. Primaljska skrb ne uključuje samo zdravstvenu njegu već i stvaranje sigurnog, empatičnog i podržavajućeg okruženja za svaku ženu i njezinu obitelj. Primaljska struka ima dugogodišnju tradiciju, a s time i odgovornost prema budućnosti s naglaskom na skrb s poštovanjem žena.

Analiza stanja

Pristup primaljskoj skrbi u Hrvatskoj suočava se s brojnim izazovima koji ometaju dosljedno pružanje kvalitetne i dostojanstvene skrbi trudnicama i roditeljama. Iako primalje u Hrvatskoj imaju potrebnu stručnost, sustav se suočava s izazovima u osiguravanju skrbi s poštovanjem. Nedostatak primaljskoga kvalificiranoga kadra, preopterećenost sustava i nedovoljna prilagodba skrbi individualnim potrebama žena i dalje su prisutni problemi. To ukazuje na potrebu daljnje edukacije, ne samo među primaljama već i među drugim zdravstvenim djelatnicima kako bi se osigurao visok standard skrbi.

Primaljska skrb u Hrvatskoj ima dugu tradiciju, a kroz povijest su primalje uvijek imale ključnu ulogu u osiguravanju sigurnih porođaja i zaštiti zdravlja žena i novorođenčadi. Tijekom 20. stoljeća, uloga primalja bila je sve više integrirana u bolnički sustav, dok su danas primalje suočene s izazovima vraćanja autonomije i osnaživanja svoje uloge u zajednici (u zajednici, tj. u primarnoj zdravstvenoj zaštiti trenutačno nema primalja). Budućnost primaljstva u Hrvatskoj treba uključivati jačanje njihove

neovisnosti, implementaciju modela kontinuiteta skrbi vodeći se preporukama i smjernicama SZO-a i Međunarodne konfederacije primalja (eng. *International Confederation of Midwives*, ICM) te unapređenje i provođenje regulative koja primaljama omogućuje zasluženi položaj u zdravstvenom sustavu.

U Hrvatskoj je trenutačno registrirano 2419 primalja, koje se obrazuju kroz sveučilišne programe primaljstva na razini preddiplomskog i diplomskog studija te još uvijek dio primalja koje su srednje stručne spreme. Analizom stanja primaljstva u RH dobiven je alarmantan podatak kako će u idućih 10 godina trećina registriranih primalja, čak njih 800-tinjak, otići u mirovinu, dok će se u istom razdoblju za rad na ista radna mjesta uspjeti osposobiti tek 300-tinjak. Ne poduzmu li se brze i učinkovite mjere povećanja upisnih kvota te otvaranja studija u Zagrebu i Osijeku, Hrvatska bi mogla ostati bez neophodnog primaljskoga kadra. Ni danas broj primalja nije ni približno dostatan zahtjevima kao ni standardima struke te se sustavno radi na povećanju broja primalja u Hrvatskoj. Edukacija primalja u Hrvatskoj još uvijek nije orijentirana na primaljsku skrb iz konteksta poštovanja te zahtijeva podizanje svijesti i promjenu paradigme u načinu pristupa u radu sa ženama u reproduktivnoj dobi. Uz sve rečeno, postoji potreba za daljnjim unapređenjem obrazovnog sustava, posebice u području primaljske skrbi s poštovanjem, koja još uvijek nije dovoljno integrirana u službene kurikule. Osiguravanje kontinuirane edukacije i uključivanje principa RMC-a u formalno obrazovanje ključno je za podizanje standarda primaljske skrbi i osiguravanje boljih ishoda za trudnice, roditelje i novorođenčad.

Skrb za trudnice i roditelje u Hrvatskoj značajno varira ovisno o geografskom položaju. Urbanizirane sredine poput Zagreba, Splita i Rijeke imaju bolje opremljene bolničke kapacitete i veći broj educiranih primalja, dok su ruralna područja, otoci i manje razvijeni dijelovi Hrvatske često suočeni s nedostatkom stručnog osoblja i ograničenom dostupnošću zdravstvenih usluga. Poteškoće u pristupu rođilištima, naročito u udaljenim krajevima, dodatno pogoršavaju neadekvatna prometna povezanost i rijetko dostupne i adekvatne hitne medicinske usluge.

Unatoč postojanju preporuka i smjernica za dostojanstvenu skrb kroz kurikulum, njihova je primjena u praksi nedosljedna. Kroz primaljski studij nekoliko predmeta pokriva ili bi moglo pokrivati učenje vještina skrbi kroz poštovanje (Etika u zdravstvu, Sociologija zdravstva, Kliničke vještine), no čini se kako se bez obzira na studijske vještine one ne implementiraju standardizirano kroz praksu. U nekim ustanovama trudnice i roditelje dobivaju kvalitetniju i individualiziranu skrb, dok u drugima dolazi do nepoštovanja osnovnih prava i profesionalnih standarda struke. Nameće se zaključak kako je odluka o načinu pristupa u rukama pojedine ustanove i njezinih zaposlenika, što dodatno upućuje na potrebu usvajanja dobre prakse i izrade smjernica i standarda za skrb s poštovanjem prema ženama u trudnoći, porođaju i babinju.

Nedostatak kontinuiranog praćenja kvalitete pružene skrbi i standardiziranih evaluacijskih alata dodatno doprinosi tom problemu. Kontinuirana evaluacija nužan je korak u implementaciji projekta, a njezin nedostatak ostavlja nas bez informacije o razini usvojenih vještina i napretku.

Mnoge trudnice nisu dovoljno informirane o postupcima tijekom porođaja, dostupnim opcijama i svojim pravima. Nedostatak uključivanja žena u donošenje odluka, kao i prisilno ili nesvjesno pristajanje na određene medicinske intervencije, ukazuje na sustavno zanemarivanje prava na informirani izbor.

Nadalje, i kroz druge rezultate ankete uočava se manjak autonomije i izbora u svim fazama porođaja. Tako je 59,1 % ispitanica istaknulo kako nisu imale izbor u hranjenju djeteta, već se dijete hranilo prema nahođenju zdravstvenih radnika i radnica. Generalizirajući sve aspekte porođaja, preko dvije trećine žena (77,3 %) smatra kako nije cijelo vrijeme bilo uključeno u proces donošenja odluka. Dakle, ne iznenađuju ni sljedeći nalazi: u 68,7 % slučajeva nije praćen plan porođaja, 78,9 % pregleda i intervencija odradilo se bez pristanka na njih.¹⁹

19 Roda – Skrb s poštovanjem za trudnice i roditelje. Dostupno na: <https://www.roda.hr/udruga/projekti/respect/predstavljeni-rezultati-istrazivanja-skrb-s-postovanjem-za-trudnice-i-rodilje.html>

Mnoge žene prijavljuju neprikladne uvjete u rodilištima poput nedostatka privatnosti tijekom porođaja i pregleda. Trenutačno se takav pristup može vidjeti u dva najveća hrvatska rodilišta koji tijekom adaptacije i sanacije bolničkih prostora nakon potresa nisu napravili projekciju i planirali smještaj žena u trudnoći, porođaju i babinjama u skladu sa smjernicama i skrbi s poštovanjem.

Zbog nepostojanja službenih kanala za prigovore, žene javno iznose nezadovoljstvo tijekom porođaja putem javnih kanala društvenih mreža poput Facebooka ili Instagrama (grupe Porod u Hrvatskoj, Klub mame, bebe, trudnice).

Informacije o postupcima često se pružaju nepotpuno ili nejasno, čime se žene dovode u situaciju da nisu u mogućnosti donositi informirane odluke.²⁰

Pružatelji i pružateljice zdravstvene skrbi često ne vjeruju prosudbi žena u vezi s fizičkim senzacijama koje osjećaju u svojem tijelu. Nedostatak povjerenja u žene rezultira produženjem čekanja, produženim i nepotrebnim medicinskim intervencijama. Tako 72,6 % ispitanica ankete ističe kako se njihovo znanje ili iskustvo, teorijsko ili s prijašnjih porođaja, nije cijnilo.

Primalje često nemaju priliku ili nisu zainteresirane za kontinuiranu edukaciju i stručno usavršavanje u području dostojanstvene i individualizirane skrbi. Unatoč nastojanjima Hrvatske komore primalja i Hrvatske udruge za promicanje primaljstva u organizaciji edukacije koja je cjelovita, znanstveno utemeljena i sveobuhvatna, odaziv primalja na takva događanja je minimalan.

Unatoč slaboj zainteresiranosti, komora i udruga godišnje organiziraju i omogućuju primaljama trajnu naobrazbu kroz brojne radionice, simpozije i edukacije čime osiguravaju profesionalnu razinu znanja i usvajanja novih vještina za svaku primalju koja to želi.

Nedostatak sustavne psihološke podrške za primalje dovodi do sindroma izgaranja, što može negativno utjecati na kvalitetu skrbi (supervizija). Taj problem obuhvaća sve grane zdravstvenih djelatnika koji su u kontaktnom stresu kao i u blizini situacija koje donose gubitak za roditelje. Samim time izloženi su i sami procesu tugovanja kontinuirano bez adekvatne podrške i komunikacije za održavanje osobne i profesionalne mentalne higijene.

Tehnokracija unutar zdravstvenog tima onemogućuje primaljama ostvarenje autonomije unutar svojih kompetencija. Primalja je primarni zdravstveni skrbnik za trudnicu, roditelja i babinjaču, a unatoč svojim zakonski određenim kompetencijama ne prakticira svoju autonomiju niti preuzima odgovornost za svoje postupke u radu. Problem se odnosi i na volju primalja da uopće preuzmu odgovornost unutar svojih kompetencija te se samim time i zauzmu za svoja prava, a posljedično i prava žena u trudnoći i na porođaju.

Koncept skrbi s poštovanjem još uvijek nije prepoznat unutar zdravstvenog sustava. Mnogi djelatnici nisu svjesni što uključuje dostojanstvena skrb i kako ona može poboljšati zdravstvene ishode, a nedovoljna informiranost i edukacija u društvu često rezultiraju neprihvatanjem ili nedovoljnom potražnjom za kvalitetnom primaljskom skrbi.

20 Roda – Skrb s poštovanjem za trudnice i roditelje. Dostupno na: <https://www.roda.hr/udruga/projekti/respect/predstavljeni-rezultati-istrazivanja-skrb-s-postovanjem-za-trudnice-i-rodilje.html>

Potrebne aktivnosti u primaljstvu za pružanje skrbi s poštovanjem

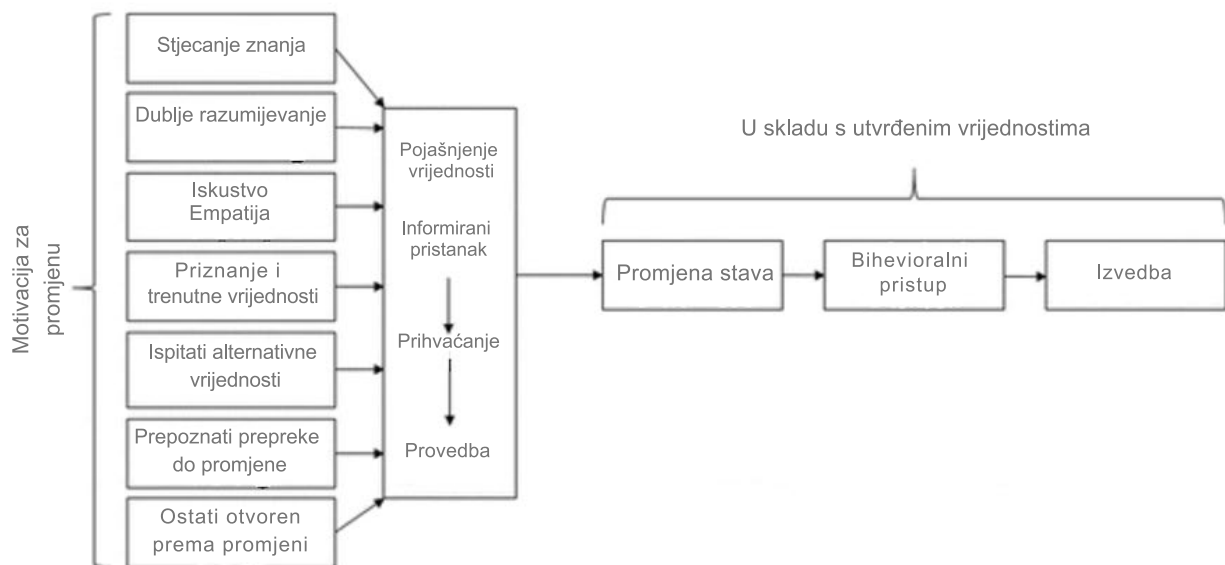
Različite aktivnosti mogu pridonijeti tome da primaljska skrb bude usklađena s okvirom skrbi s poštovanjem.

Edukacija i osnaživanje primalja:

- Organizirati nacionalne i regionalne radionice za primalje koristeći pristupe poput VCAT-a21 (Values Clarification and Attitude Transformation). Takve radionice i alati pomažu zdravstvenim djelatnicima u pojašnjenju vrijednosti i transformaciji stavova koje su usvojili prije promjene paradigme. Sudionici VCAT-ove radionice pokazali su poboljšanja u znanju, stavovima i namjerama ponašanja u vezi s pobačajem. Sudionici koji su u radionice ušli s najnižom razinom znanja i negativnih stavova imali su najveće dobitke u tim područjima.

VCAT teorijski okvir

Odvija se unutar postojećih kulturnih i društvenih struktura i ideologija



21 Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., & Tunçalp, Ö. (2018). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *Reproductive Health*, 15, 50. Dostupno na: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12978-018-0480-0>

- Razviti (prevesti postojeće) edukativne materijale i alate za promicanje RMC-a.
- Koristiti dostupne alate koje je razvio ili prilagodio ICM u svrhu promicanja projekta RMC-a.

Ovaj alat RESPECT prati slajdove PowerPoint radionice RESPECT i vodič za voditelja RESPECT-a. Preporučuje se koristiti ih kao paket za podršku vlastite RESPECT radionice i lokalne akcije.

Pregled vodiča korak po korak

Vodič korak po korak za svaku aktivnost ili grupu povezanih aktivnosti uključuje:

Pregled ŠTO, ZAŠTO i KAKO aktivnost o načinu pristupa uključujući i pregled aktivnosti, svrhe i ciljeva.

Nacrt relevantne, odgovarajuće RESPECT radionice, PowerPoint slajdovi s detaljnim bilješkama o tome kako isporučiti aktivnost.

Dodatna inspiracija: savjeti za obavljanje aktivnosti. Mogu se koristiti uz POŠTOVANJE vodič za facilitaciju i PPT slajd bilješke.



(<https://internationalmidwives.org/resources/respectful-maternity-care-toolkit/>)²²

- lobirati prema jačem fokusu na komunikacijske vještine i radionice sa samoprocjenom sudionika

²² International Confederation of Midwives (ICM) – Respectful Maternity Care Toolkit. Dostupno na: <https://internationalmidwives.org/resources/respectful-maternity-care-toolkit/>

Podizanje svijesti:

- Provesti informativne kampanje za trudnice i njihove obitelji o njihovim pravima tijekom trudnoće i porođaja.
- Organizirati javne događaje poput „Dana otvorenih vrata rađaonica“ radi poticanja povjerenja između zajednice i zdravstvenih djelatnika.

Unapređenje standarda skrbi:

- Implementirati smjernice za dostojanstvenu skrb u svim rodilištima.
- Uvesti standardizirane protokole za zaštitu prava trudnica i roditelja.

Praćenje i evaluacija:

- Razviti sustave za prikupljanje povratnih informacija od korisnika usluga (npr. intervju pri izlasku iz bolnice ili ankete o zadovoljstvu).
- Usvojiti indikatore za praćenje implementacije RMC-a²³.

Očekivani rezultati

- Poboljšanje iskustava trudnica i roditelja u zdravstvenim ustanovama.
- Povećanje zadovoljstva primalja kroz jačanje njihovih kompetencija i podršku u radu.
- Smanjenje incidencije nepoštovanja prava trudnica i roditelja u zdravstvenim ustanovama.

Partnerstva i resursi

- Relevantni partneri: Ministarstvo zdravstva, Hrvatska komora primalja, Hrvatska liječnička komora, Roda, međunarodne organizacije (WHO, ICM, WRA).
- Potrebni resursi: Financijska sredstva za edukacije, tehnička podrška za razvoj smjernica i sustava evaluacije, ljudski resursi za provođenje aktivnosti.

23 World Health Organization (WHO) – Respectful Maternity Care: Operational Guidance for Healthcare Providers (2017). Dostupno na: <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/afg-mn-32-01-operationalguidance-2017-eng-523476805-respectful-maternity-care-providers.pdf>

Budućnost primaljstva u Republici Hrvatskoj

Implementacija skrbi s poštovanjem transformirat će iskustvo trudnoće i porođaja u Hrvatskoj, uz istodobno osnaživanje primalja kao ključnih nositeljica ove promjene.²⁴

Ova smjernica uključuje 56 preporuka utemeljenih na dokazima o intrapartalnoj skrbi – 26 novih preporuka koje je usvojila Grupa za razvoj smjernica (GDG) na sastancima 2017. i 30 postojećih preporuka relevantnih za intrapartalnu skrb koje su integrirane iz prethodno objavljenih smjernica SZO-a. Odjeljci 3.1 – 3.6 daju narativne sažetke i odgovarajuće preporuke, grupirane i predstavljene prema vremenskom rasporedu prakse u rasponu od početka porođaja do neposrednog postnatalnog razdoblja.



WHO recommendations:

Intrapartum care for a positive childbirth experience

Primalje nisu samo pružateljice zdravstvene skrbi, već i zagovornice prava žena, glas onih koje često ostaju nečujne u sustavu. Njihova uloga nadilazi klasične medicinske okvire – one su čuvarice dostojanstva, zaštitnice fizičkog i emocionalnog blagostanja žena tijekom trudnoće, porođaja i postpartuma. Odgovornost primalja je kontinuirano raditi na promjenama koje će omogućiti pružanje bolje, humane i empatične skrbi temeljene na znanstvenim dokazima i stvarnim potrebama žena.

To podrazumijeva zalaganje za zakonodavne promjene koje će primaljama osigurati autonomiju u radu, unapređenje obrazovanja kako bi svaka primalja imala pristup najnovijim stručnim i praktičnim znanjima, ali i podizanje svijesti u društvu o važnosti individualnog, holističkog pristupa u primaljskoj skrbi.

Trenutačni ključni zadatak primalja jest postati nositeljicama promjene paradigme unutar vlastite struke. To znači da primalje moraju najprije raditi na sebi, njegovati i jačati vlastite temeljne vrijednosti kako bi osigurale održavanje integriteta primaljstva. Primaljstvo nije samo profesija, već i poziv koji nosi veliku odgovornost – ne samo prema ženama koje pratimo kroz trudnoću, porođaj i postpartalno razdoblje, već i prema budućim generacijama primalja kojima moramo ostaviti struku koja je poštovana, osnažena i neodvojiva od koncepta kvalitetne i sigurne perinatalne skrbi s poštovanjem prema ženama.

24 WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. 3., Evidence and recommendations. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513805/>

MATERNALNA SKRB S POŠTOVANJEM U GINEKOLOGIJI I OPSTETRICIJI

Uvod

Trudnoća, porođaj i rođenje djeteta izazovni su fiziološki procesi koji mijenjaju živote većine žena i njihovih obitelji. U svakom rodilištu u sklopu skrbi za majku i dijete zdravstveno osoblje, liječnici, primalje, medicinske sestre i ostalo nemedicinsko osoblje uvelike mogu svojim pristupom s poštovanjem doprinijeti dobrobiti svake majke i tek rođenog djeteta.

Multidisciplinarni pristup, edukacija i timski rad koji uključuje komunikaciju, suradnju i savjetovanje osnova su kako bi se osigurala optimalna skrb ženama i njihovoj djeci. Od posebne je važnosti skrb s poštovanjem onim osjetljivim skupinama koje su u povećanom opstetričkom – neonatalnom riziku, komplikacijama u trudnoći i porođaju te kod marginaliziranih skupina roditelja (žene sa senzornim i fizičkim oštećenjem, Romkinje, migrantkinje, adolescentice, starije roditelje, žene lišene slobode). Skrb s poštovanjem temeljno je ljudsko pravo i sve roditelje imaju pravo na jednak pristup i kvalitetnu zdravstvenu skrb.

Skrb s poštovanjem prema roditeljama nadilazi samu prevenciju majčinog morbiditeta i mortaliteta, ona daje naglasak na pozitivno iskustvo rađanja. Svaka roditelja ima pravo iskusiti potporu i skrb s poštovanjem i punim dostojanstvom.

U sklopu skrbi s poštovanjem potrebno je promovirati aktivno uključivanje svih profesionalnih specijaliziranih organizacija, društava i udruga, vlade i nevladinih organizacija i civilnog društva kako bi unaprijedili kvalitetu u skrbi i uklonili svako zanemarivanje, zlostavljanje, kršenje prava žena tijekom porođaja u zdravstvenim ustanovama.

Zajednički rad, osobito liječnika porodničara i primalja, može dovesti do pozitivnih promjena u skrbi za trudnice i roditelje te osigurati visoku kvalitetu i pozitivno iskustva rađanja smanjujući morbiditet i mortalitet. Skrb majke mora biti podržavajuća, individualna i temeljena na svjetskim smjernicama, i to kroz model partnerstva između zdravstvenog osoblja, majke, djeteta i obitelji.

Od zdravstvenog osoblja očekuje se da prati smjernice temeljene na znanstvenim dokazima – praksu koja je dokazana kao najučinkovitija u potpori normalne fiziologije porođaja, rođenja, postpartalnog i neonatalnog perioda. Očekuje se izbjegavanje štetne prakse koja uključuje procedure koje su dokazano insuficijentne i nemaju benefit u rutinskoj primjeni u normalnim i rizičnim trudnoćama i porođajima.

Ginekolozi, opstetričari, primalje, medicinske sestre i ostali zdravstveni djelatnici moraju izbjegavati nepoštovanje i zlostavljanje u svim situacijama, i u onim najhitnijima, životno ugrožavajućima. Moraju posvetiti više pažnje kako bi identificirali i eliminirali svaki oblik nepoštovanja i zlostavljanja roditelja i novorođenčadi.

Porodničari moraju komunicirati medicinsko znanje i informacije na razumljiv i primjeren način i na jeziku koji roditelji i njezina obitelj razumiju. Potrebno je uvijek osigurati dostupnost svih informacija i komunicirati u svim situacijama kako bi roditelji i obitelj bili ravnopravni sudionici u odlučivanju vezano za maternalnu skrb. Kliničari uvijek moraju pružiti skrb s poštovanjem te omogućiti pravo na informirani pristanak ili odbijanje u procesu odlučivanja.

Identificirani problemi u rodilištima

Identificirani su sljedeći problemi u rodilištima u kontekstu skrbi s poštovanjem:

- needuciranost o skrbi s poštovanjem zdravstvenog osoblja, što uključuje studente i studentice medicine, liječnike i liječnice specijalizante, opstetričare, anesteziologe i neonatologe
- nedovoljno medicinskog i nemedicinskog osoblja, premorenost i neadekvatno plaćeno osoblje, što je dodatno demotivirajuće za uvođenje skrbi s poštovanjem
- neodgovarajuća medicinska komunikacija osoblja prema roditeljima, osobama u pratnji i obitelji
- neprofesionalan pristup zdravstvenog osoblja (nepredstavljanje, nepotizam, infantilizacija) i manjak empatije
- nedovoljno kvalitetnih pisanih informativnih materijala i detaljnih razumljivih informativnih pristanaka za postupke tijekom porođaja
- nepoštovanje samostalnog odlučivanja i privatnosti trudnica i roditelja, što uključuje povredu GDPR-a (npr. dijeljenje privatnih informacija pred ostalim roditeljima i osobama koje nisu uključene u skrb za roditelju)
- nemogućnost slobodnog odabira osoba u pratnji, najčešće je to samo partner koji je prethodno prošao trudnički tečaj
- neadekvatni uvjeti u rodilištima (rađaonice, sobe, sanitarne prostorije)
- neadekvatna opremljenost, što uključuje nedovoljno adekvatne i kvalitetne medicinske i nemedicinske opreme.

Također, navode se neki postupci koji se izvode, a nisu adekvatno objašnjeni i/ili za njih nije tražen pristanak trudnice i roditelja:

- abdominalna palpacija i vaginalni pregled, brijanje spolovila, kateterizacija, poticanje porođaja medicinskim i nemedicinskim postupcima (prostanglandini, drip/oksitocin), prekomjerno davanje i/ ili nedavanje lijekova za supresiju bolova, nedostupnost epiduralne anestezije, ubrzavanje, forsiranje porođaja, nalijeganje na trbuh roditelje, rezanje međice...)
- nemogućnost odabira položaja tijekom porođaja, neprekrivanje tijekom vaginalnog pregleda, okrenutost ležaja lako vidljivim ulazima, manjak privatnosti
- smještaj u okruženju koje nije mirno i opuštajuće
- nedostupnost tekućine i hrane tijekom porođaja
- uskraćivanje informacija vezanih uz novorođenče
- zanemarivanje važnosti postpartalnog perioda, posebice psihološkog dijela (npr. neprepoznavanje postpartalne depresije)
- insuficijentna potpora kod dojenja.

Na ovu temu provedeno je istraživanje o iskustvima žena u hrvatskim rodilištima i zdravstvenom sustavu u Hrvatskoj 2018. i 2019. godine. Udruga Roda publicirala je rezultate istraživanja 2020. godine.²⁵

Iz rezultata istraživanja izdvojeni su zaključci o skrbi u porođaju i babinju u hrvatskim zdravstvenim ustanovama zabilježeni u razdoblju od dvije godine (2018. i 2019.). Nažalost, isti trend primjećuje se i dalje.

- Plan porođaja pripremi tek manji broj trudnica, no kada ga donesu u rodilište, zdravstveni djelatnici uglavnom se trude poštovati ga.
- Mito i korupcija prisutni u ovom području zdravstvenog sustava – čak 30 % trudnica izjavilo je da je u nekom trenutku tijekom boravka u rodilištu dalo novac ili poklon zdravstvenom djelatniku ili se koristilo vezom. Ipak, tek manji dio dao je mito u obliku novca (4,1 %). Većina je izjavila da to rade jer je to običaj ili su smatrale da će zahvaljujući tome dobiti bolju skrb.
- Rodilišta su većini ispitanica (oko 80 %) udaljena do 30 km od mjesta gdje žive i većina žena odabire rodilište na temelju toga da im je to rodilište najbliže.
- Oprema za aktivan porođaj u rodilištima je gotovo ista kao što je bila u 2015. godini, a kad je prisutna, manje se koristi negoli u 2015. godini.
- Trend pratnje na porođaju je u porastu, a najčešći razlog zašto žene nisu imale pratnju na porođaju bio je taj što nisu željele pratnju ili su rađale carskim rezom.
- Većini žena porođaj je krenuo spontano (oko 60 %), dok je za 22 % žena pokrenut indukcijom, najčešće zbog prekoračenog termina porođaja (57 %). Kao metoda indukcije najčešće se koristi davanje lijeka intravenski i prokidanje vodenjaka.
- Rutinske prakse u porođaju se i dalje (pre)često koriste u rodilištima usprkos tome što se u Hrvatskoj uvodi inicijativa Rodilište - prijatelj majki i djece. Čak četiri od pet ispitanica nisu se mogle slobodno kretati tijekom porođaja, što je manji broj u odnosu na 2015. godinu. Tri od četiri žene izjavile su da se CTG nadzor kontinuirano koristio. Tek polovica ispitanica izjavila je da su mogle slobodno piti za vrijeme trudova, dok je samo 9 % moglo slobodno jesti. Polovica ispitanica morala je ležati na leđima ili s povišenim nogama, što je manje u odnosu na rezultate iz 2015. godine.
- Rutinske prakse poput klistira, prokidanje vodenjaka, ubrzavanje porođaja (drip), epiziotomija i dalje su prisutne – njihova učestalost je ostala ista ili je blago pala u odnosu na 2015. godinu.
- Udio žena koje žele epiduralnu analgeziju je u porastu u odnosu na 2015., no udio žena koje dobiju epiduralnu analgeziju sličan je onome u 2015. Tek 5 % žena koristilo se dušikovim oksidulom.
- Kristellerov hvat i dalje se koristi u rodilištima, no učestalost opada. Kada se koristi, koristi se nježnije nego u 2015.
- Stopa carskih rezova u Hrvatskoj je i dalje u porastu, a tek 3,2 % žena izjavilo je da su imale carski rez jer su one tako htjele. Većina carskih rezova radi se u regionalnoj anesteziji, no i dalje se velik udio (38 %) radi u općoj anesteziji.
- Kontakt koža na kožu nakon carskog reza imalo je tek 10 % ispitanica.
- Kod šivanja nakon vaginalnog porođaja polovica ispitanica izjavila je da ih je umjereno, dosta ili jako boljelo.
- Pohranjivanje krvi iz pupkovine je rijetko (92,6 % ispitanica nije ju pohranilo).
- Većina žena nije znala gdje se može žaliti ako smatraju da im je zdravstvena skrb uskraćena,

25 <https://www.roda.hr/udruga/dokumentacijski-centar/rodina-izvjesca-i-analize/iskustva-trudnica-rodilja-i-babinjaca-u-zdravstvenom-sustavu-2018.-i-2019.-godine.html>

nije adekvatno provedena ili njome nisu zadovoljne.

- Diskriminacija je vrlo rijetka (93,5 % ispitanica ju nikad nije doživjelo). Zdravstveni djelatnici pacijenticama se uglavnom ne predstavljaju, no većina ispitanica navela je da su usprkos tome izdvojili dovoljno vremena da im objasne, slušaju ih i odgovore im na pitanja.
- Ispitanice su uglavnom vrlo zadovoljne sa skrbi u rodilištima nakon porođaja, no postoji problem niskog postotka traženja suglasnosti prije izvođenja postupaka. Problem je i nedostatak stručne podrške u rodilištima (fizioterapeuta, savjetnice za dojenje, psihologinje).

Na temelju navedenog istraživanja prepoznata je promjena prakse i poticanje promjena u smjeru uvođenja skrbi s poštovanjem.

Potrebne aktivnosti u ginekologiji i opstetriciji za pružanje skrbi s poštovanjem

Skrb za majku s poštovanjem u rodilištima potrebno je organizirati i provesti prema svim majkama tako da se poštuje njihovo dostojanstvo, privatnost i povjerenje, izbjeći nanošenje štete i nestručno liječenje, omogućiti informirani izbor i kontinuiranu potporu tijekom porođaja.

Za uvođenje skrbi s poštovanjem potrebno je osoblje, što uključuje adekvatan broj kompetentnih, dobro istreniranih i educiranih opstetričara i primalja, anesteziologa i neonatologa, koji kroz multidisciplinarni timski rad mogu omogućiti skrb s poštovanjem svim ženama kontinuirano tijekom cijelog porođaja.

Navedene smjernice i preporuke naglašavaju važnost:

- učinkovite i kvalitetne komunikacije među osobljem i prema roditelji i obitelji na jednostavan i etički prihvatljiv način, što uključuje minimalno predstavljanje zdravstvenog osoblja na samom početku komunikacije, oslovljavanje roditelje prezimenom, pružanje roditelji i pratnji informacije na jasan i jezgrovit način na njoj razumljivom jeziku, izbjegavanje nejasnih medicinskih izraza, korištenje slikovnih i grafičkih materijala kada je potrebno objasniti neki proces ili proceduru, osigurati prevoditelja ukoliko roditelja ili njezina pratnja ne govore hrvatski jezik
- poštovanja upita roditelje i odgovaranja na njezine potrebe, želje i pitanja na pozitivan način
- podržavanja roditeljine emocionalne potrebe s empatijom i suosjećanjem iskazujući pohvale, ohrabrenje kroz aktivno slušanje
- podržavanja i poticanja roditelje da razumije odabire koji joj se nude, da može donijeti odluku i ohrabriti je da se njezini odabiri poštuju
- pojašnjenja svih postupaka te pojašnjenja roditelji da se njezini verbalni i pisani pristanci na postupke poštuju
- poticanje roditelje da izrazi svoje potrebe i želje i redovno izvještavanje roditelje i pratnju o tijeku porođaja uz provjeru imaju li dodatnih pitanja ili su potrebna dodatna pojašnjenja
- poštovanje privatnosti i povjerljivosti informacija u svakom trenutku
- osiguranje prava svakoj roditelji na upoznavanje s mehanizmima ukazivanja na eventualni propust
- dostupnosti kvalitetnih pisanih informativnih materijala i detaljnih razumljivih informativnih pristanaka za postupke tijekom porođaja
- pratnje na porođaju prema želji roditelje
- interakcije s osobom u pratnji prema želji roditelje s jasnim pojašnjenjima kako najbolje pomoći roditelji tijekom porođaja

- kontinuiteta kvalitetne skrbi tijekom porođaja i babinja, što podrazumijeva jednu educiranu primalju na jednu roditelju kod normalnog tijeka porođaja, te specijalista u slučaju komplikacija
- pojašnjenja svih faza porođaja (latentne i aktivne faze, uobičajeno trajanje faza porođaja kod prvorotkinje i višerotkinje, brzina otvaranja grlića maternice, učinkovitost trudova, preporuke za normalnu progresiju porođaja)
- pojašnjenja svih dostupnih mogućnosti medicinske i nemedicinske potpore vezano uz svaku fazu porođaja uz pojašnjenje upotrebe indukcije porođaja (npr. prostanglandini, prokidanje vodenjaka) te praga kada se iste preporučuju kao i intervencija koje ubrzavaju fazu porođaja (okситосин, carski rez i prag kada se preporučuju)
- poticanja primjene svjetskih smjernica (WHO, NICE, FIGO).

Preporuke SZO, NICE-a i FIGO-a o antenatalnoj skrbi za pozitivno iskustvo trudnoće i porođaja:

- rutinska procjena fetalne dobrobiti tijekom primitka u rađaonicu kod spontanog porođaja: auskultacija dopplerultrazvukom – abdominalnom sondom dovoljna, rutinska kardiotokografija (CTG-a) kod prijema nije preporučena
- rutinsko brijanje vulvovaginalnog područja prije vaginalnog porođaja nije preporučeno kao niti primjena rektalne klizme
- palpatorni vaginalni pregled prstima – preporučen je svaka 4 sata kao rutinska procjena aktivne prve faze porođaja kod niskorizičnih roditelja
- kontinuirana kardiotokografija (CTG) nije preporučena kao procjena fetalne dobrobiti kod zdrave roditelje tijekom spontanog porođaja
- povremena auskultacija srčanih otkucaja fetusa doppler ultrazvučnim aparatom – sondom je preporučena kod zdravih roditelja u normalnom porođaju
- epiduralna analgezija i olakšavanje bolova: epiduralna analgezija je preporučena kod zdravih roditelja koje zatraže olakšavanje boli tijekom porođaja i to prema željama žene; opioidna analgezija (npr. fentanil, diamorfin i pethidine) su preporučene opcije kod zdravih roditelja koje se na iste odluče prema svojim željama
- tehnike relaksacije uključujući progresivnu relaksaciju mišića, tehnike disanja, muzika, meditacija i druge tehnike su preporučene kod zdravih roditelja
- manualne tehnike kao masaža ili lokalna aplikacija toplih obloga su preporučene
- lijekovi protiv bolova ne preporučuju se kao prevencija odgađanja porođaja ili za smanjenje trudova
- kod roditelja koje su u niskorizičnoj skupini preporučuje se uzimanje tekućine na usta i unos hrane tijekom porođaja
- preporučuje se mobilnost roditelja i uspravan položaj tijekom normalnog porođaja kod zdravih roditelja
- rutinska amniotomija (prokidanje vodenjaka) kao prevencija nenapredovanja porođaja ne preporučuje se kao niti rana upotreba oksитосина
- ne preporučuje se ni primjena oksитосина kod žena kojima je uvedena epiduralna analgezija
- spazmolitici se rutinski ne preporučuju
- primjena intravenske infuzije s ciljem skraćivanja porođaja se ne preporučuje
- tijekom druge faze porođaja kod roditelje koja ima ili nema epiduralnu analgeziju preporučuje se da roditelja sama izabere položaj rađanja, uključujući i uspravan položaj
- metode tiskanja tijekom ekspulzivne faze druge faze porođaja: potrebno je poticati i podržati roditelju da prati svoj spontani nagon za tiskanjem

- tehnike preveniranja perinealne traume u drugoj fazi porođaja uključuju masažu međice, tople komprese i „hands on“ zaštitu perineuma prema odabiru i želji roditelja
- epiziotomija (urez međice): rutinska i slobodna epiziotomija nije preporučena kod spontanog porođaja
- naližganje na trbuh i fundalni pritisak: manualni pritisak na fundus maternice se ne preporučuje
- u trećoj fazi porođaja profilaktička upotreba uterotonika za prevenciju postpartalne hemoragije se preporučuje svim roditeljama
- odgoda podvezivanja pupkovine „cord clamping“ (ne ranije od 1 minute nakon porođaja) preporučuje se u korist zdravlja majke i djeteta i nutritivnih ishoda
- kontrolirano povlačenje pupkovine iskusnog porodničara preporučuje se u svrhu smanjenja gubitka krvi tijekom porođaja i malog smanjena treće faze porođaja
- kod žena koje su primile profilaktički oksitocin ne preporučuje se masaža uterusa u svrhu prevencije postpartalne hemoragije.

Preporuke u vezi sa skrbi s poštovanjem za novorođenče:

- kod porođaja novorođenčeta koje je spontano prodisalo, a amnijska tekućina je bistra, čišćenje, sukcija nosa i usta nisu preporučeni
- novorođenčadi treba osigurati kontakt koža na kožu tijekom prvog sata po porođaju kako bi se spriječila hipotermija i promoviralo disanje.

Preporuke u vezi podrške kod dojenja:

- sva novorođenčad, uključujući i onu niže porođajne težine, ali koja može dojiti, treba biti stavljena na dojkicu odmah nakon porođaja ako je klinički stabilna i ako su i majka i dijete spremni za dojenje
- profilaktička upotreba vitamina K u prevenciji hemoragijske bolesti: sva novorođenčad nakon rođenja treba dobiti 1 mg vitamina K intramuskularno (1 h sat nakon rođenja nakon kontakta koža na kožu i dojenja)
- majka i novorođenče ne bi smjeli biti odvojeni i trebali bi biti smješteni u istoj sobi 24 sata na dan
- kupanje bi trebalo biti odgođeno 24 sata nakon porođaja te se preporučuje odgovarajuća odjeća prema temperaturi.

Preporuke za razdoblje babinja:

- postpartalna provjera uterineg tonusa abdominalnom palpacijom za ranu procjenu uterine atonije preporučuje se kod svih žena
- rutinska primjena antibiotske profilakse ne preporučuje se kod nekomplikiranih vaginalnih porođaja kao niti porođaja u kojih je učinjena epiziotomija
- sve babinjače trebale bi imati rutinsku provjeru vaginalnog krvarenja, uterine kontrakcije, visine fundusa i temperature te otkucaja srca tijekom 24 sata nakon porođaja, a krvni tlak i diurezu potrebno je mjeriti unutar 6 sati nakon porođaja
- nakon nekomplikiranog vaginalnog porođaja zdrava babinjača i zdravo novorođenče trebali bi biti pod posebnom skrbi u rodilištu najmanje 24 sata nakon porođaja.

Porođaj carskim rezom povezan je s višim stupnjem skrbi s poštovanjem u usporedbi s vaginalnim porođajem. U postojećim su studijama protokoli za carski rez, uključujući elektivni i hitni carski rez, jasniji i nedvosmisleni. Prije carskog reza roditelj mora potpisati pristanak i za vrijeme carskog reza multidisciplinarni tim stručnjaka brine se za roditelja. Protokoli davanja lijekova prije, tijekom i nakon operacije striktno se poštuju i roditelj je kontinuirano nadziran. Zbog svega navedenog tijekom cjelokupne skrbi carskog reza roditelji osjećaju da primaju skrb s više poštovanja nego tijekom normalnog porođaja.

S obzirom na to da nedostaju kvalitetni pisani informativni materijali za medicinsko osoblje i razumljiva kratka pojašnjenja za pacijentice, ovdje su preporuke za neke primjere takvih materijala:

SZO, Promovirajte skrb s poštovanjem za siguran porođaj:

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/nbh/enc-course/revised-resources/supplemental-materials/communication-and-respectful-care/respec-1.pdf?sfvrsn=7e1fa82a_3

ISUOG, Informacije za pacijente

<https://www.isuog.org/clinical-resources/patient-information-series.html>

Žene u Hrvatskoj kao i u cijelom svijetu zaslužuju skrb s poštovanjem tijekom trudnoće i porođaja. Pravilna i kvalitetna komunikacija, dostupne informacije temeljene na znanstvenim dokazima, suodlučivanje u donošenju odluka, detaljni informirani pristanci za sve postupke i zahvate su neophodni dijelovi skrbi s poštovanjem i ključni pokazatelji kvalitetne skrbi u zdravstvenim ustanovama, a zdravstveni djelatnici (liječnici, medicinske sestre i primalje) nositelji su skrbi s poštovanjem koji svakodnevno trebaju težiti sinergiji „majka- dijete- obitelj- rodilište“ za pozitivno iskustvo porođaja.

UPITNIK ZA SAMOPROCJENU RODILIŠTA U PROVEDBI SKRBI S POŠTOVANJEM

Kontrolni popis temelji se na SZO-ovim standardima za poboljšanje kvalitete skrbi za majke i novorođenčad u zdravstvenim ustanovama²⁶ (2016.) s naglaskom na aspekte koji su najviše povezani s iskustvom skrbi i usklađenošću s okvirom Skrb s poštovanjem. Zbog toga nisu obuhvaćene sve mjere kvalitete, već ovaj popis ističe one koje naglašavaju dostojanstvo, poštovanje i temeljna prava žena tijekom porođaja. Kontrolni popis nastao je kako bi se pomoglo rodilištima u procijeni usklađenosti sa SZO-ovim standardima kvalitete skrbi za majke i novorođenčad, u identificiranju vlastitih snaga, ali i područja koja zahtijevaju poboljšanje.

Sustavnim ocjenjivanjem politika, praksi i iskustava žena, ustanove mogu poduzeti konkretne korake prema unapređenju kvalitete skrbi. Kontrolni popis služi kao alat za praćenje napretka te donošenje informiranih i ciljanih poboljšanja. Sustavnom primjenom ovog popisa, rodilišta mogu steći ključne uvide u svoje prakse u području skrbi za majke i novorođenčad, što će u konačnici doprinijeti skrbi s poštovanjem za sve žene i novorođenčad.

Također, ovaj popis nije alat za kritiku, već alat kojim se dokazuje predanost visokoj kvaliteti skrbi. Uključivanjem u ovaj proces, ustanove dokumentiraju svoje napore, ističu svoje prednosti i prepoznaju prilike za unapređenje.

Kontrolni popis se ne preporučuje koristiti jednokratno, već kontinuirano kako bi ustanove mogle povremeno provjeravati usklađenost s okvirom Skrb s poštovanjem i tako pratiti napredak.

26 SZO (2016). Standardi za unapređenje kvalitete skrbi za majke i novorođenčad u zdravstvenim ustanovama. Dostupno na mreži: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216> (zadnji pristup: siječanj 2025.)

Upute za korištenje

1. Pažljivo pročitajte svako pitanje i odaberite najtočniji odgovor na temelju trenutačnih praksi, politika ili dostupnih podataka.
2. Koristite sustav semafora za odgovore: DA/u potpunosti, DJELOMIČNO/u tijeku, ili NE.
 - Odgovorite „DA, u potpunosti“ ako su prakse klinike u potpunosti usklađene sa svim preporukama u nastavku.
 - Odgovorite „DA, djelomično“ ako su prakse klinike usklađene s nekim, ali ne sa svim preporukama u nastavku, ili ako su usklađene sa svim ili većinom, ali uz manja odstupanja.
 - Odgovorite „NE“ ako postoje veća odstupanja u odnosu na mnoge ili većinu preporuka.
3. Gdje je primjenjivo, unesite statističke podatke.
4. Za sve odgovore koristite odjeljak za komentare kako biste:
 - zabilježili opažanja ili zabrinutost
 - označili područja koja zahtijevaju poboljšanje
 - identificirali potrebne akcije ili daljnje korake
 - postavili pitanja za dodatna pojašnjenja.
5. Ako niste sigurni u odgovor, konzultirajte se s kolegama i kolegicama, pregledajte evidenciju ili razgovarajte s relevantnim dionicima.
6. Nakon završetka, pregledajte odgovore kako biste identificirali prioriteta područja za djelovanje i unapređenje kvalitete.

Pravilnici, protokoli, sustavi, mehanizmi, procesi i/ili dogovori

Kategorija	Teme	Mjera kvalitete	Da, Ne, U tijeku
Pravilnici i smjernice	Politika zapošljavanja • popis broja, vrsta i kompetencija osoblja, kontinuirano se ažurira prema opterećenju posla • dovoljno osoblja za pružanje 24-satne usluge • odgovarajuća kombinacija vještina, rad u multidisciplinarnim timovima • evidencija dostupnih radnih mjesta koja su popunjena osobljem s potrebnim kompetencijama za opis posla • standardni postupci i planovi za zapošljavanje, raspoređivanje i zadržavanje osoblja		
	Politika trijaže i vremena čekanja • za hitne • za nehitne konzultacije i liječenja		
	Politika o dojenju • uključuje politiku protiv reklamiranja i promocije zamjena za dojenje i hranjenje na bočicu (npr. prikazano na plakatima, distribucija uzoraka majkama ili osoblju itd.) • redovito komunicirana svim zdravstvenim i pomoćnim radnicima te ženama/obiteljima	Zdravstvena ustanova ima pisane, ažurirane politike, najmanje za sljedeće:	
	Politika nulte tolerancije i nediskriminacije u vezi s neprimjerenim postupanjem i smjernicama za zdravstveno osoblje • o štetnim praksama i nepotrebnim intervencijama tijekom trudnoće, porođaja i ranog postnatalnog razdoblja • o dobivanju informiranog pristanka od žena prije pregleda i zahvata		
	Politika plaćanja (ukoliko je primjenjivo) • pravedne, pristupačne i jasno prikazane strukture naknada za njegu roditelja/novorodjenčeta • koja posebno isključuje zadržavanje žene ili djeteta zbog neplaćanja		
	Politike s jasnim ciljevima, operativnim planovima, postupcima i mehanizmima praćenja za sljedeće • promicanje međuljudske komunikacije i savjetodavnih vještina zdravstvenog osoblja • omogućavanje povratnih informacija osoblja prema rukovodećoj strukturi o poboljšanju kvalitete i njihovoj izvedbi • unapređenje programa kvalitete skrbi i sigurnosti pacijenata • povećanje motivacije među osobljem (npr. sustavi prepoznavanja i nagrađivanja)		

Klinički i drugi protokoli	Potreban skup kliničkih protokola (u skladu sa smjernicama WHO-a ili drugim relevantnim smjernicama): • za antenatalnu skrb (tijekom začeća i trudnoće) • za perinatalnu skrb (tijekom porođajaa i neposredno nakon porođajaa) • za postnatalnu skrb (nakon porođajaa)	Zdravstvena ustanova posjeduje pisane, ažurirane protokole, dogovore i resurse, najmanje za sljedeće:
	Standardni obrasci • za bilježenje kliničkog napretka i praćenje događaja tijekom trudnoće, porođaja i babinja • za dobivanje informiranog pristanka koji zdravstvenom osoblju pomaže da pruži ženama lako razumljive informacije radi dobivanja njihova potpuno informiranog pristanka	
	Protokoli za usmeni i pisani klinički prijenos informacija o ženama i novorođenčadi: • tijekom promjene smjena, tijekom premještanja unutar ustanove, pri upućivanju u druge ustanove i prilikom otpusta • bilježenje zadovoljstva među članovima zdravstvenog tima o komunikaciji tijekom prijenosa informacija	
	Protokoli objašnjeni osoblju, ženama i njihovim obiteljima • radi podrške normalnom porođaju i minimiziranja nepotrebnih intervencija • radi jačanja osjećaja kontrole žene nad svojim iskustvom porođaja • radi poticanja prisutnosti pratnje tijekom boravka u rađaonici po izboru, a da je komunicirano sa ženom i članovima obitelji	
	Dodatni protokoli za sljedeće • privatnost i povjerljivost za sve žene i novorođenčad u svim aspektima skrbi • pravo na podnošenje pritužbe o primljenoj skrbi	
Organizacija i resursi	Struktura vodstva i postupci • jasno definirane uloge i obveze te linije odgovornosti za izvješćavanje • standardni upravljački postupci dostupni svim uključenim djelatnicima	
	Dostupnost kvalificiranih primalja • stalna dostupnost kvalificiranih primalja u dovoljnom broju za očekivano radno opterećenje • raspored rada jasno prikazan, s imenima osoblja na dužnosti, vremenima smjena te specifičnim ulogama i odgovornostima • jasni komunikacijski kanali za kontaktiranje osoblja na dužnosti u bilo kojem trenutku	
	Fizičko okruženje i prostori za rađanje organizirani na način koji omogućava: • privatnost i poštovanje dostojanstva, uključujući dostupnost zastora, paravana, pregrada i dovoljnog broja kreveta • fizički odvojen prostor za ženu i njezinu pratnju u trenutku porođaja	
	Lokalni dogovori za informiranje trudnica i obitelji: • o prednostima i provođenju dojenja • o alternativnim metodama hranjenja, uključujući hranjenje šalicom ili žlicom, izbjegavajući bočicu • o postnatalnoj skrbi nakon otpusta iz bolnice (kada i gdje se pruža)	
	Lako razumljivi edukativni materijali o zdravlju • u pristupačnom pisanom ili slikovnom formatu • dostupni na jezicima zajednica koje ustanova opslužuje	

	Rutinsko bilježenje i praćenje svih procesa skrbi za žene i novorođenčad - registri, obrasci za prikupljanje podataka, klinički i promatrački grafikoni - standardni operativni postupci i protokoli za provjeru, validaciju i izvještavanje podataka - bilježenje i izvještavanje o carskim rezovima prema Robsonovim klasifikacijskim skupinama Sustav za prikupljanje, analizu, pravovremeno izvještavanje i praćenje učinka - relevantni pokazatelji (u papirnatom ili digitalnom obliku, s vizualnim prikazima) - uspostavljeni mehanizmi za praćenje napretka prema svim relevantnim djelatnicima (npr. nadzorna ploča ključnih pokazatelja) - povezana evidencija pristanka koju je potpisala žena ili član obitelji za zahvate koji zahtijevaju pisani pristanak Mehanizmi: - za podnošenje pritužbi na lako dostupan način (npr. sandučić za pritužbe koji se povremeno prazni i sadržaj pregleda) - za odgovornost za naknadu štete u slučaju neprimjerenog postupanja, kršenja privatnosti i povjerljivosti i/ili pristanka Također, mehanizmi: - za redovito prikupljanje informacija o zadovoljstvu pacijenata i pružatelja usluga - za prepoznavanje dobre prakse i periodično nagrađivanje osoblja - za preporuke za specijalističku skrb za žene i obitelji s kompleksnim emocionalnim potrebama Imenovanje tima za poboljšanje kvalitete s odgovornim kadrom i rukovodstvom - osoblje osposobljeno za poboljšanje kvalitete i vođenje promjena (npr. korištenje informacija, poticajno ponašanje, kontinuirano učenje) - korištenje preporuka iz pregleda podataka za donošenje odluka i mentorstvo u svrhu poboljšanja učinka Poticažno i podržavajuće okruženje te program za kontinuirani profesionalni razvoj i usavršavanje - za sve kvalificirane primalje i ostalo pomoćno osoblje - redovita obuka te redovita podržavajuća supervizija i mentorstvo Međuprofesionalna suradnička praksa - jasno definirane uloge i odgovornosti - temeljeno na profesionalnom opsegu kompetencija i potrebama za skrb tijekom trudnoće, porođaja i ranog postnatalnog razdoblja Mjesečni sastanci rukovoditelja i zdravstvenih djelatnika u svrhu ocjene podataka o procesima i ishodima - praćenje učinka u poboljšanju kvalitete - izrada preporuka za rješavanje uočenih problema - priznavanje postignuća i identificiranje problema - poticanje osoblja koje ima poteškoće s napretkom Najmanje dva godišnja sastanka s dionicima (npr. zajednica, korisnici usluga, partneri) - radi pregleda učinka, identifikacije problema - radi izrade preporuka za zajedničke akcije s ciljem poboljšanja kvalitete Evidencija o udjelu zdravstvenog osoblja u zdravstvenoj ustanovi koje je: - prošlo internu obuku, osvježavanje znanja ili mentorstvo unutar posljednjih 12 mjeseci - bilo procijenjeno najmanje jednom u prethodnih 12 mjeseci - sudjelovalo na najmanje dva aktivna sastanka tima za poboljšanje kvalitete - sudjelovalo u aktivnostima za poboljšanje kvalitete u posljednjih šest mjeseci - moglo identificirati i izvijestiti o najmanje jednoj kliničkoj aktivnosti poboljšanja u kojoj je osobno sudjelovalo u posljednjih šest mjeseci	Zdravstvena ustanova ima pisane, ažurirane sustave, mehanizme i procese za poboljšanje kvalitete, najmanje za sljedeće:
Sustavi i mehanizmi		
Procesi unapređenja kvalitete i kliničko/menadžersko vodstvo		
Bilješke:		

Kategorija	Učestalost	Teme / Tematska područja	Mjera kvalitete	DA, Ne, U tijeku
Interna obuka (Uvodna edukacija za novo osoblje i redovite osvježavajuće edukacije)	Najmanje jednom u 12 mjeseci	• usmjerenost na funkcije, uloge i odgovornosti u dodijeljenom objektu/jedinici • osnovna skrb za novorođenče i podrška tijekom dojenja • štetne prakse i nepotrebne intervencije • interpersonalna komunikacija, savjetodavne vještine i kulturološka kompetencija • poštovanje prava majki i novorođenčadi, skrb s poštovanjem • mehanizmi odgovornosti • učinkoviti postupci informiranog pristanka • pravo žene na izbor skrbi pri porođaju • nefarmakološko i farmakološko ublažavanje boli • dokaz i pozitivan učinak prisutnosti odabranog pratitelja tijekom porođaja • osnovna skrb za novorođenče i podrška dojenju • štetne prakse i nepotrebne intervencije • poštovanje prava majki i novorođenčadi, skrb s poštovanjem i mehanizmi odgovornosti • interpersonalna komunikacija, savjetodavne vještine i kulturološka kompetencija • učinkoviti postupci informiranog pristanka	Udio zdravstvenog osoblja u odjelima za trudnoću i porođaj u rodištu koja su prošla obuku u skladu s navedenim kriterijima.	
Supervizija i mentorstvo (vježbe i simulacije)	Svaki 1-3 mjeseca	Učinkovita komunikacija • aktivno slušanje, postavljanje pitanja, odgovaranje na pitanja • provjera razumijevanja potreba žena i njihovih obitelji • pomoć ženama u rješavanju problema • upoznavanje pratnje s njegovom/njezinom ulogom u pružanju podrške tijekom trudova i porođaja • interpersonalna i kulturološka kompetencija u pružanju emocionalne podrške	Zdravstveno osoblje demonstrira navedene vještine i kompetencije kroz podržavajuću superviziju i mentorstvo.	
vještine i kompetencije	Prije otpusta	Pisano i usmeno informiranje i savjetovanje o sljedećim elementima • ishrana i higijena, • razmak između trudnoća i planiranje obitelji, • isključivo dojenje i održavanje laktacije, • održavanje bebe toplom i čistom, • komunikacija i igra s bebom, • znakovi opasnosti za majku i novorođenče. • kamo se obratiti u slučaju komplikacija		

Bilješke:

Sljedeće prakse provodi zdravstvena ustanova	Pokazatelj kvalitete	Standard kvalitete	Izjava o kvaliteti	Upišite %,
praćenje i dokumentacija napretka porođaja pomoću partograma i 4-satnim periodom napretka porođaja ponuđeno ublažavanje boli tijekom porođaja i rađanja prema izboru majke podržan spontani vaginalni porođaj, vođen prirodnim nagonom majke za tiskanjem	% žena koje su rodile u ustanovi	Q51 Prakse utemeljene na dokazima: Svaka žena i novorođenče primaju rutinsku, na dokazima utemeljenu skrb i upravljanje komplikacijama tijekom porođaja, rađanja i ranog postnatalnog razdoblja.	1.1a: Ženama se pruža pravovremena i odgovarajuća skrb.	
Aktivno vođenje trećeg porođajnog doba				
s intravenskim ili intramuskularnim oksitocinom primijenjenim unutar jedne minute nakon rođenja			1.1b: Novorođenčad prima rutinsku skrb odmah nakon rođenja.	
novorođenče temeljito osušeno i odmah nakon rođenja postavljeno u kontakt koža na kožu s majkom				
novorođenče ostaje u kontaktu koža na kožu (s pokrivenom glavom i tijelom) s majkom najmanje 1 sat	% novorođenčadi na postnatalnim odjelima u ustanovi ...			
Podržano dojenje unutar prvog sata nakon rođenja				
dgođeno stezanje pupkovine 1–3 minute nakon rođenja			1.1c: Majke i novorođenčad primaju rutinsku postnatalnu skrb.	
Rutinsko aspiriranje u novorođenčadi rođenoj u bistroj plodnoj vodi se ne provodi (osim ako je medicinski indicirano)	% novorođenčadi na postnatalnim odjelima u ustanovi ...			
Podržava se isključivo dojenje od rođenja do otpusta (odnosi se na stabilnu novorođenčad).				
bez hrane ili pića osim majčinog mlijeka, osim ako nije medicinski indicirano			1.9: Nijedna žena niti novorođenče ne smiju biti podvrgnuti nepotrebnim ili štetnim praksama tijekom porođaja, rađanja i ranog postnatalnog razdoblja.	
Kompletan fizički pregled novorođenčeta, uključujući njegu očiju i pupčanog bataljka				
ne primjenjuju se nikakve farmakološke tvari na pupkovinu				
Primjena vitamina K i cjepiva, prema nacionalnim smjernicama				
Odgodeno kupanje za 24 sata	% svih zdravih žena / novorođenčadi na postnatalnim odjelima u ustanovi ...			
% novorođenčadi koja su okupana rano i kojoj je uklonjen verniks unutar 6 sati od rođenja				
Omogućen boravak majke i djeteta u istoj sobi (rooming-in) 24 sata dnevno				
odnosi se na zdravu novorođenčad bez kontraindikacija				
Savjetovanje i podrška pri dojenju pružena od strane kvalificiranog zdravstvenog djelatnika				
Ne koriste se dode varalice i sisači za dojene bebe				
Priprema mliječne formule demonstrirana majkama i članovima obitelji novorođenčeta				
samo kada je potrebno, uz potpuno objašnjenje opasnosti nepravilne uporabe				
Ne koriste se niti prakticiraju nepotrebne i štetne prakse/intervencije. To uključuje:	% žena koje su rodile u ustanovi i bile podvrgnute nekoj od navedenih praksi ...			
- rutinski klistiri u bilo koje vrijeme prije vaginalnog porođaja - brijanje stidnice ili medice prije vaginalnog porođaja - pojačanje porođaja oksitocinom bez naznake/potvrde odgode u tijeku - pritisak na fundus kako bi se ubrzao drugi stupanj porođaja				
Sljedeće prakse/intervencije se ne provode, osim ako su medicinski indicirane:	% žena koje su rodile u ustanovi i bile podvrgnute nekoj od ovih intervencija bez medicinske indikacije ...			
- epiziotomija kod nekomplikiranih spontanah vaginalnih porođaja - tamponiranje maternice u svrhu kontrole krvarenja - instrumentalni vaginalni porođaj - carski rez (prijavljen prema Robsonovim klasifikacijskim skupinama)				

Bilješke:

Standard kvalitete	Izjava o kvaliteti	Teme / Pitanja	Pokazatelj kvalitete	Upišite %,
QS4 Učinkovita komunikacija Žene bi trebale dobiti sve informacije o svojoj skrbi i biti uključene u donošenje svih odluka koje ih se tiču.	4.1: Informacije o pruženoj skrbi i učinkovita interakcija s osobljem.	• zdravstveni djelatnici su se predstavili • pružena pažnja u primjerenom vremenskom okviru u skladu s politikom ustanove o trijaži i čekanju • zdravstveni djelatnici pokazuju dobro poznavanje medicinske povijesti pacijentice i prethodno pružene skrbi • žena se osjećala adekvatno informiranom o pretragama, postupcima i donesenim odlukama vezanim uz svoju skrb • zadovoljstvo zdravstvenom edukacijom i primljenim informacijama od strane pružatelja skrbi • pružena prilika za raspravu o zabrinutostima i preferencijama • uvažavanje potreba i preferencija žene tijekom trudnoće, porođaja, i babinja	% žena koje su rodile u ustanovi i izvršile o ovim procesnim i/ili ishodnim pokazateljima učinkovite komunikacije i/ili koordinirane skrbi, poštovanja dostojanstva te skrbi usmjerene na individualne potrebe.	
	4.2: Koordinirana skrb s jasnom i točnom razmjenom informacija između zdravstvenih i socijalnih djelatnika.			
QS5 Poštovanje i dostojanstvo Privatnost i povjerljivost treba poštovati u svakom trenutku, a svaki oblik neprimjerenog postupanja treba biti izbjegnut.	5.1: Privatnost tijekom porođaja i rađanja te poštovanje privatnosti.	• pacijentica je tretirana s poštovanjem, a njezino dostojanstvo je očuvano • fizičko, verbalno ili seksualno nasilje nad pacijenticom ili njezinim novorođenčetom tijekom trudnoće, porođaja ili babinja • omogućena prijava pritužbi koje su bile razmotrene bez negativnih posljedica za pacijenticu • pacijentica je bila svjesna da ima pravo prihvatiti ili odbiti liječenje • pacijentica se osjećala uključenom u donošenje odluka o trudnoći, porođaju ili babinjama • [ako je porođaj obavljen carskim rezom] pacijentica je bila svjesna razloga za izvođenje carskog reza		
	5.2: Nema neprimjerenog postupanja poput fizičkog, seksualnog ili verbalnog nasilja, diskriminacije, zanemarivanja, pritvaranja, iznuđivanja ili uskraćivanja usluga. 5.3: Informirani izbori o primljenim uslugama, jasno objašnjenje razloga intervencija ili ishoda.			
QS6 Emocionalna podrška usmjerena na individualne potrebe Cilj je osnažiti ženu i ojačati njezino povjerenje u vlastite sposobnosti.	6.1: Mogućnost da žena tijekom porođaja i rađanja bude u pratnji osobe po vlastitom izboru.	• najmanje jedna osoba u pratnji po vlastitom izboru, prema kulturološkom primjeru, tijekom porođaja i babinja • pacijentica je izvijestila da joj je bilo omogućeno dovoljno hrane i pića tijekom porođaja • omogućeno kretanje tijekom prvog porođajnog doba • pacijentica je rodila u položaju koji je sama odabrala • [Ako je pacijentica doživjela gubitak djeteta ili nepovoljan ishod] pružena joj je dodatna emocionalna podrška od strane zdravstvenog osoblja • opće zadovoljstvo zdravstvenim uslugama		
	6.2: Podrška za jačanje sposobnosti žene tijekom porođaja.			

Bilješke:

PREPORUKE

Za uvođenje skrbi s poštovanjem u skladu s preporukama i smjericama stručne međunarodne zajednice nisu potrebne dodatne preporuke jer su one dovoljno jasne i univerzalne.

Pa ipak, nekoliko se preporuka nameće imajući u vidu hrvatski kontekst i činjenicu da u Republici Hrvatskoj koncept skrbi s poštovanjem još nije našao svoje mjesto u kurikulumima, na stranicama rodilišta, u javnim politikama, protokolima, a ni u praksi.

Imajući to u vidu, preporučuje se sljedeće:

1. Uvođenje edukacije i medicinske prakse te treninga uz senzibilizaciju za ljudska prava trudnica, roditelja i majki te za skrb s poštovanjem na sveučilištima i u svakoj zdravstvenoj ustanovi, a koja bi uključivala:
 - edukaciju o ljudskim pravima i rodnoj ravnopravnosti
 - edukaciju o smjericama i praksama RMC-a za primalje i tijekom studija medicine, osobito iz RMC-a u ginekologiji
 - edukaciju tijekom specijalizacije iz ginekologije i porodništva, osobito iz RMC-a u ginekologiji
 - trajnu edukaciju svih specijalista ginekologije i opstetricije, praćenje svjetskih smjernica i preporuka kao što su preporuke i smjernice FIGO²⁷, SZO²⁸, NICE^{29,30}, ACOG³¹, AIM³²
 - uvođenje sustavne edukacije o kvalitetnoj komunikaciji, informiranju i informiranom izboru te suodlučivanju u donošenju odluka za sve postupke i zahvate
 - u izvedbenom planu kliničkog predmeta „Ginekologija i opstetricija” u kategoriji „Ciljevi predmeta” kao jedan od ciljeva istaknuti važnost usvajanja dobre komunikacije i skrbi s poštovanjem prema roditeljima za vrijeme porođaja
 - sa studentima i studenticama na seminarskoj nastavi uoči kliničkih vježbi u rađaonici obraditi temu komunikacije i skrbi s poštovanjem prema roditeljima uz vježbanje kliničkih scenarija kroz igranje uloga s naglaskom na empatično i profesionalno promišljanje i poštujuću komunikaciju s pacijenticama te kritički osvrt nakon kliničkih vježbi

27 FIGO ETHICAL FRAMEWORK FOR RESPECTFUL MATERNITY CARE DURING PREGNANCY AND CHILDBIRTH

https://www.figo.org/sites/default/files/2021-09/FIGO_Statement_Ethical-Framework-Respectful-Maternity-Care-During-Pregnancy-Childbirth_0.pdf

28 WHO- RESPECTFUL MATERNITY CARE ORIENTATION PACKAGE for Health Care Providers

<https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/afg-mn-32-01-operationalguidance-2017-eng-523476805-respectful-maternity-care-providers.pdf>

29 NICE Antenatal care, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201>

30 Intrapartum care guidance, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>

31 ACOG Respectful care eModules, <https://www.acog.org/education-and-events/emodules/respectful-care>

32 ALLIANCE FOR INNOVATION ON MATERNAL HEALTH

2. Pristup primaljskoj skrbi za svaku trudnicu, roditelja i novorođenčeta koja je individualizirana, dostojanstvena, profesionalna, znanstveno utemeljena, uvažavajuća i sigurna u skladu s njihovim pravima i potrebama te u skladu s RMC-ovim smjernicama.
3. Poticanje interdisciplinarnе suradnje među primaljama, ginekolozima, opstetričarima, zdravstvenim institucijama, civilnim društvom te doulama.
4. Osiguravanje mehanizma za praćenje i evaluaciju primjene RMC-a.
5. Pokretanje inicijative za provedbu pilot-projekta u nekoliko hrvatskih rodilišta po uzoru na inicijative Rodilište – prijatelj djece i Rodilište - prijatelj majki i djece.

SAŽETAK

Maternalna skrb s poštovanjem obuhvaća emocionalne, psihološke i socijalne promjene koje svaka žena doživljava tijekom trudnoće, porođaja i babinja. Na iskustvo svake majke snažno utječu uvjeti u kojima je rađala i podrška koju je dobila prije, tijekom i nakon porođaja. Pozitivno porođajno iskustvo potrebno je omogućiti svakoj ženi koja rađa jer ono može pridonijeti njezinu osnaživanju, povećanju samopouzdanja i mentalnom zdravlju, dok negativno iskustvo može imati dugotrajne nepovoljne posljedice za majku, njezinu obitelj i društvo.

Maternalna skrb s poštovanjem temelji se na poštovanju ljudskih prava, dostojanstva i autonomije svake žene, a globalne organizacije poput Svjetske zdravstvene organizacije, Međunarodne konfederacije primalja, Međunarodnog udruženja ginekologa i opstetričara te drugih ističu potrebu za promjenama u pristupu maternalnoj skrbi kako bi se poboljšali ishodi za majke, novorođenčad i društvo, o čemu svjedoče njihove brojne preporuke i smjernice.

Maternalna skrb s poštovanjem jest skrb tijekom koje se poštuju ljudska prava žena, a ona uključuju pravo na slobodu od lošeg postupanja, pravo na informirani pristanak, pravo na privatnost, dostojanstvo, pravednu skrb, pravovremenu zdravstvenu skrb te autonomiju i slobodu od prisile. Preporuke Svjetske zdravstvene organizacije iz 2018. naglašavaju važnost skrbi usmjerene na žene, a koja uključuje informiranje, emocionalnu i psihosocijalnu podršku te zajedničko donošenje odluka. Uz to, pravo na informiranost i slobodan izbor ključni su etički elementi zdravstvene skrbi s poštovanjem.

Za osiguranje kvalitetne maternalne skrbi u zdravstvenim ustanovama potrebno je provesti aktivnosti koje podrazumijevaju izradu javnih politika, kurikuluma i protokola, osiguranje mehanizama evaluacije, interdisciplinarnu suradnju. Prije svega potrebna je svijest i senzibilizacija o važnosti takve skrbi u čijem središtu se nalaze trudnice, roditelje, majke i novorođenčad. Skrb s poštovanjem nije samo pitanje zdravstvene politike, već i ključna komponenta osnaživanja žena i promicanja zdravlja cijele zajednice.

O PROJEKTU

Ovaj dokument kao i istraživanje Skrb s poštovanjem za trudnice, roditelje i majke nastali su u okviru projekta RESPECT – Usmjerenost na skrb s poštovanjem za trudnice, roditelje i majke: Unapređenje suodlučivanja i informiranog izbora na Cipru i u Hrvatskoj. Projekt se provodio u Hrvatskoj i na Cipru od 1. travnja 2023. do 31. ožujka 2025. Partneri na projektu RESPECT uz udrugu Roditelji u akciji – Roda bili su Ciparsko tehnološko sveučilište (CUT), udruga Birth Forward s Cipra, Sveučilište Genova (UNIGE) iz Italije te suradničke organizacije Mediteranski institut za rodne studije (MIGS) i udruga CyFPA (OSAK) s Cipra.

Kroz ovaj projekt želja je bila promovirati kulturu poštovanja u zdravstvenoj skrbi za trudnice, roditelje, majke i djecu sukladno načelima relevantnih međunarodnih organizacija poput Svjetske zdravstvene organizacije, Međunarodne konfederacije primalja, Međunarodne federacije ginekologa i opstetričara te neprofitne organizacije White Ribbon Alliance koja je inicirala ideju skrbi s poštovanjem.

Kroz projekt su provedene različite aktivnosti: istraživanje o skrbi s poštovanjem koje je i sastavni dio ovog dokumenta, e-tečaj namijenjen ženama, kurikulum za stručnjake, dva promotivna videa, kampanje u javnosti, a projektni rezultati predstavljeni su na skupu stručnjaka u Italiji, na Cipru i u Hrvatskoj.

Projekt je financirala Europska unija kroz program CERV-2022-DAPHNE u ukupnom iznosu od €425.043,59. uz sufinanciranje Ureda za udruge Vlade Republike Hrvatske u iznosu od €10.426,61.

Rezultati projekta trajno su dostupni na internetskim stranicama www.roda.hr.

**IZVJEŠTAJ O
PROVEDENOM
ISTRAŽIVANJU**

Skrb s poštovanjem -
Respectful Maternity
Care (RMC)

SADRŽAJ

UVOD	51
SKRB S POŠTOVANJEM ZA TRUDNICE I RODILJE	52
METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA	53
Kvantitativna metodologija	53
Kvalitativna metodologija	54
REZULTATI ISTRAŽIVANJA I INTERPRETACIJA	58
Analiza prema temama	58
GLAVNI ZAKLJUČCI	73
O PROJEKTU	75
LITERATURA I IZVORI PODATAKA	76
IMPRESSUM	77

UVOD

Trudnoća i porođaj značajno obilježavaju život žena diljem svijeta, a odnos s pružateljima zdravstvene skrbi tijekom trudnoće, porođaja i postporođajnog razdoblja od vitalne je važnosti za njihovu dobrobit te pozitivno iskustvo. Kako je i jasno naznačeno u Povelji o pravima na maternalnu skrb s poštovanjem (engl. *Respectful Maternity Care Charter*)¹, sjećanja žena na iskustvo porođaja ostaju s njima cijeli život, katkad u pozitivnom, ali katkad i u negativnom svjetlu. Iskustva su žena u zdravstvenom sustavu i s pružateljima zdravstvene skrbi tijekom trudnoće i porođaja individualna i različita te ih mogu osnažiti i utješiti ili im, naprotiv, nanijeti fizičke povrede ili izazvati emocionalnu traumu koja utječe i na njihovo samopouzdanje i samopoštovanje, ali i na odluku o broju djece koju planiraju imati. Nepridržavanje najviših profesionalnih kliničkih i etičkih standarda skrbi može dovesti do niza situacija, uvjeta, interakcija ili ishoda koje trudnice i roditelje doživljavaju kao nepoštovanje. Stoga je od iznimne važnosti sustavno uvoditi najviše standarde skrbi koji se temelje na dokazima i u središtu kojih se nalaze dijete i majka, a koji promoviraju mogućnost informiranog izbora i zajedničko donošenje odluka.

Ovaj izvještaj predstavlja sveobuhvatan prikaz rezultata istraživanja koje je provedeno u dvije zemlje, u Cipru i u Hrvatskoj, a koje je uzelo u obzir perspektivu žena. Rezultati prikazani u ovom izvještaju isključivo se odnose na specifičnosti hrvatskog zdravstvenog sustava i rezultate prikupljene od ispitanica u Hrvatskoj.

Istraživanje kao i ovaj izvještaj nastali su u okviru projekta *RESPECT – Usmjerenost na skrb s poštovanjem za trudnice i roditelje: Unapređenje suodlučivanja i informiranog izbora u Cipru i u Hrvatskoj* (engl. *RESPECT – Toward a culture of Respectful Maternity Care (RMC): Enhancing Provider-Client Shared Decision Making and Informed Choice*)² čiji je jedan od ciljeva približavanje viziji da svaka majka svoje jedinstveno iskustvo porođaja može ispričati s osmijehom na licu. Jedan od ciljeva je i promovirati kulturu poštovanja u zdravstvenoj skrbi za majke i djecu sukladno načelima Svjetske zdravstvene organizacije i Povelje o pravima na skrb za majke s poštovanjem (engl. *Respectful Maternity Care, RMC*) koju je inicirala organizacija *White Ribbon Alliance*, a koju podržavaju i promoviraju čelne stručne organizacije poput Svjetske zdravstvene organizacije, Međunarodnog udruženja ginekologa i opstetričara (The International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO) te Međunarodne konfederacije primalja (International Confederation of Midwives, ICM).

1 White Ribbon Alliance (2011). Respectful Maternity Care Charter.

2 Za više informacija: <https://www.roda.hr/udruga/projekti/respect/>.

SKRB S POŠTOVANJEM ZA TRUDNICE I RODILJE

Skrb s poštovanjem za trudnice, roditelje i majke (RMC) temeljno je ljudsko pravo. Svjetska zdravstvena organizacija definira RMC kao skrb koja čuva dostojanstvo, privatnost i povjerljivost trudnica i roditelja, osigurava slobodu od štete i zlostavljanja te omogućuje informirani izbor i kontinuiranu podršku tijekom poroda i rađanja.³ RMC naglašava autonomiju i prava žena tijekom cijelog porođaja i zahtijeva organizaciju i upravljanje zdravstvenim sustavima tako da se poštovanje ženskih ljudskih prava stavi u središte pružene skrbi.⁴

RMC bi trebao biti primarni cilj svih medicinskih radnika i radnica, no žene često doživljavaju nepoštovanje i zlostavljanje tijekom trudnoće i porođaja u različitim globalnim kontekstima, osobito u zemljama s niskim i srednjim prihodima.⁵ Iako neke žene te prakse doživljavaju kao „normativne“ priznajući da medicinski radnici i radnice nisu imali namjeru nanijeti štetu svojim ponašanjem, druge ih opisuju kao ponižavajuće i dehumanizirajuće za svoj osjećaj dostojanstva naglašavajući nedostatak izbora i osjećaj nemoći.

Nepoštovanje i zlostavljanje podrazumijeva različite situacije i suboptimalne prakse koje ne osiguravaju pravo žena na pozitivno iskustvo porođaja poput nedostatka autonomije, neprimjerene ili neučinkovite komunikacije medicinskih radnika i radnica o dostupnim opcijama skrbi, medikalizacije porođaja, nepotrebnih medicinskih zahvata, nepoštovanja želja roditelja, uključujući mogućnost pratnje po izboru tijekom porođaja i odabir položaja za rađanje te općenito nedostatak podrške trudnicama u donošenju informiranih odluka o vlastitoj skrbi, što sve može negativno utjecati na njihovo zdravlje, dobrobit i prilagodbu na majčinsku ulogu.

Koncept skrbi s poštovanjem takve neprihvatljive i neutemeljene prakse pretvara u prakse koje su u skladu s najvišim profesionalnim kliničkim i etičkim standardima, a temelj toga koncepta jesu pravo na informacije i podrška u informiranju. To zahtijeva da pružatelji i pružateljice zdravstvene skrbi za majke i djecu te žene/korisnice usluga surađuju, zajednički donose odluke o skrbi te prakticiraju principe informiranog izbora.

3 World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement. 2014. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf.

4 World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

5 Puthussery, S., Bayih, W.A., Brown, H. et al. Promoting a global culture of respectful maternity care. BMC Pregnancy Childbirth 23, 798 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06118-y>

METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Uzimajući u obzir ciljeve projekta kako bi se postigao sveobuhvatan uvid u problematiku, korištene su kvantitativna i kvalitativna metoda prikupljanja i analize iskustava žena u Hrvatskoj. Odabrane metode uključuju anketu kao kvantitativnu metodu te fokus-grupe kao kvalitativnu metodu. Anketa i protokol fokus-grupa kreirani su za potrebe istraživanja, a ovaj mješoviti pristup metodologiji projekta omogućio je bolje razumijevanje vrijednih iskustava sudionica ankete i ispitanica fokus-grupa diljem Hrvatske o svim ključnim pitanjima skrbi s poštovanjem za trudnice i roditelje – komunikacije sa zdravstvenim radnicima i radnicama, sudjelovanja u donošenju odluka, informiranju i informiranom pristanku te usmjerenosti (zdravstvenih radnika i radnica) na osobu.

Dakle, obje istraživačke metode koristile su se za istraživanje iskustava i zadovoljstva žena zdravstvenom skrbi za trudnice i roditelje u Hrvatskoj s naglaskom:

- na skrb s poštovanjem za trudnice i roditelje temeljenoj na načelima i kriterijima kvalitete koje opisuje Svjetska zdravstvena organizacija i druge europske i međunarodne organizacije
- na aktivno sudjelovanje u donošenju odluka koje promiču i podržavaju informirane izbore o opcijama unutar zdravstvenog sustava
- na poštovanje izbora i želja, uključujući među ostalim podršku tijekom porođaja, odabir položaja za rađanje i prava poput informirane odluke
- na pružanje skrbi usmjerene na osobu (engl. *person-centered*) za trudnice i roditelje radi pozitivnog iskustva porođaja.

Kvantitativna metodologija

Anketno istraživanje provedeno je od 12. listopada 2023. do 3. veljače 2024. Ispitanice su regrutirane putem društvenih mreža (*Facebook i Instagram*) i službenih stranica udruge Roditelji u akciji – Roda. Korišten je neprobabilistički, prigodni tip uzorka te je stoga provedena isključivo deskriptivna statistička analiza podataka. Analiza obuhvaća 855 ispitanica iz svih dijelova Hrvatske. Anketni upitnik sastavljen je na temelju okvira Skrbi s poštovanjem s naglaskom na tri glavne teme: komunikaciji s pružateljima i pružateljicama zdravstvene skrbi tijekom trudnoće i/ili porođaja i/ili babinja, informiranosti o postupcima i intervencijama te informiranom donošenju odluka. Ispitanice su odgovarale na različita pitanja otvorenog i zatvorenog tipa, a pitanja su najčešće postavljana u obliku skala slaganja na temelju četiri već uspostavljena alata za mjerenje skrbi s poštovanjem usmjerene na osobu:

- sudjelovanje u donošenju odluka tijekom trudnoće i/ili porođaja (engl. *Mothers Autonomy in Decision Making scale – MADM*)
- majke na indeksu poštovanja (engl. *Mothers on Respect Index – MORi*)
- indeks nepoštovanja (engl. *Mistreatment index – MIST*)⁶

6 Birth Place Lab – Measuring Respectful Maternity Care Tools (<https://www.birthplacelab.org/tools/>).

- skrb za trudnice, roditelje i majke s poštovanjem i usmjerena na osobu (engl. *Person-Centered Maternity Care – PCMC*)⁷
 - *Responsive & Supportive Care*
 - *Dignity & Respect*
 - *Communication & Autonomy*.

Anketa je obuhvaćala niz sociodemografskih pitanja kako bi se nalazi o skrbi tijekom trudnoće i porođaja mogli kontekstualizirati. Analiza odgovora na ta pitanja pokazala je:

- da ispitanice većinski spadaju u dobnu skupinu 25-34 godine (77,4 %)
- da 71 % ispitanica ima završen fakultet ili višu školu
- da 81,6 % ispitanica radi u punom radnom vremenu
- da najveći broj ispitanica prebiva na području Grada Zagreba i Zagrebačke županije (35,6 %), no anketu su ispunile ispitanice iz svih županija
- da je preko polovice ispitanica odgovaralo o svojem prvom porođaju (64,1 %) nakon jednostruke trudnoće (97,2 %) u javnoj bolnici (97,8 %)
- da je preko šezdeset posto (65,1 %) ispitanica imalo vaginalni porođaj dok je trećina ispitanica (29,9 %) rodila carskim rezom.

Kvalitativna metodologija

Kvalitativni pristup osiguran je kroz provođenje četiri fokus-grupe tijekom listopada i studenoga 2023. sa sudionicama iz različitih dijelova Hrvatske. Ispitanice su regrutirane putem društvenih mreža te sudjelovanjem u prethodno opisanoj anketi. Fokus-grupe provodile su se na temelju konstruiranog protokola koji sadrži nekoliko setova pitanja otvorenog tipa temeljenih na prethodnim relevantnim studijama u međunarodnoj literaturi.^{8 9 10} Ukupno je prikupljeno jedanaest različitih iskustava kroz fokus-grupe. Jedna je fokus-grupa održana licem u lice u Splitu, dok su ostale tri održane *online* sa sudionicama iz sjeverne i južne Hrvatske. Sudjelovanje je bilo potpuno dobrovoljno, a sudionice su mogle odustati u bilo kojem trenutku. Rezultati su anonimizirani tijekom faze izvještavanja kako bi se osigurala privatnost sudionica i njihovih iskustava. Fokus-grupe provedene su na temelju prethodno sastavljenog protokola koji je uključivao nekoliko tema pokrivenih anketom: komunikaciju s pružateljima i pružateljicama zdravstvene skrbi tijekom trudnoće i/ili porođaja, informiranost o postupcima i intervencijama te informirano donošenje odluka.

Nakon održanih fokus-grupa sve su snimke transkribirane te analizirane. Analiza okvira odabrana je kao odgovarajuća metoda kvalitativne analize uzimajući u obzir istraživačke ciljeve te projekt u cijelosti. Jedan od razloga za odabir analize okvira u ovom projektu ogleda se u njezinoj prikladnosti za primijenjeno istraživanje zdravstvenih politika i praksi. Značajna prednost analize okvira u odnosu

7 Person-Centered Equity Lab Birth Place Lab (<https://personcenteredequitylab.ucsf.edu/measurement>).

8 Molenaar J, et al Birth (2018). Needs of parents and professionals to improve shared decision-making in interprofessional maternity care practice.

9 Nicholls J, et al European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology (2019). Consent in pregnancy: A qualitative study of the views and experiences of women and their healthcare professionals.

10 Yuill C, et al . BMC pregnancy and childbirth (2020). Women's experiences of decision-making and informed choice about pregnancy and birth care: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research.

na mnoge druge metode kvalitativne analize jest njezina upotreba matrice koja tijekom istraživačkog procesa omogućuje sustavnu analizu podataka prema sudionicama i temama, što je u ovom istraživanju bilo od velike važnosti. Kako je istraživanje obuhvaćalo tri razdoblja kroz koja svaka žena prolazi na putu do majčinstva (trudnoća, porođaj, babinje) te se fokusiralo na nekoliko tema (opće iskustvo, komunikaciju, informiranost, sudjelovanje u donošenju odluka), analiza okvira pružila je sve istraživačke alate koji omogućuju najbolju sistematizaciju prikupljenih iskustava.

Teorijski okvir koji je služio kao temelj analize okvira predstavlja rad E. Shakibazadeh i suradnika *Skrb s poštovanjem tijekom porođaja u zdravstvenim ustanovama diljem svijeta: kvalitativna sinteza dokaza*.¹¹ Taj rad postavlja okvir od tri razine tema temeljenih na sedam prava odnosno načela skrbi s poštovanjem koje je opisala organizacija White Ribbon Alliance:

1. pravo na informacije i informirani izbor
2. pravo na poštovanje i dostojanstvo
3. pravo na kvalitetnu i sigurnu skrb
4. pravo na autonomiju i sudjelovanje u odlučivanju
5. pravo na pristup pravdi u slučaju zlostavljanja ili diskriminacije
6. pravo na podršku tijekom cijele trudnoće, porođaja i babinja
7. pravo na pristup pravima i uslugama bez diskriminacije na temelju rase, etničke pripadnosti, spola, jezika, vjere, političkog ili drugog mišljenja, nacionalnog ili socijalnog podrijetla, imovine, rođenja ili drugog statusa.

Rad prepoznaje tri razine tema: prvu, drugu i treću razinu. Treća razina tema najopširnija je te uključuje teme druge i prve razine. Slijedi druga razina tema koja nešto detaljnije opisuje ponašanje koje podrazumijeva skrb s poštovanjem i teme prvog reda koje u detalje opisuju ponašanja medicinskih radnika i radnica koja se smatraju pružanjem skrbi s poštovanjem. Radi jednostavnijeg razumijevanja i snalaženja tablica 1. prikazuje podjelu u teme trećeg i drugog reda koje su korištene u analizi te što one podrazumijevaju. Teme prvog reda smatrane su predetaljnima za analizu primjenjivu u ovom kontekstu.

Tablica 1. Prikaz tema trećeg i drugog reda prema okviru *Skrbi s poštovanjem tijekom porođaja u zdravstvenim ustanovama diljem svijeta*

Teme trećeg reda	Teme drugog reda
Izostanak povrede i zlostavljanja	Izostanak povišenog tona, vikanja i deranja na žene
	Pružanje sigurne skrbi pune potpore
Osiguravanje privatnosti i povjerljivosti	Osiguravanje privatnosti tijekom pregleda
	Osiguravanje povjerljivosti osobnih podataka žena
	Pružanje ženama osjećaja dobrodošlice
	Razmatranje žene kao „ljudskog bića“, a ne kao „stvari“

11 Shakibazadeh E, et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. BJOG 2018; 125: 932–942.

Očuvanje dostojanstva žene	Promicanje dostojanstvene skrbi u kliničkim situacijama visokog i niskog rizika
	Poštovanje kultura, vrijednosti i uvjerenja
	Senzibiliziranost za potrebe i želje žena
Kontinuirano pružanje informacija i traženje informiranog pristanka	Jasno i neutralno davanje informacija o okruženju, procesu/postupcima rada i planu skrbi
	Pružanje informacija o pravima žena
	Traženje dopuštenja za obavljanje postupaka pri porođaju
	Dobivanje informiranog pristanka za sve intervencije te jasno objašnjavanje razloga za provedene intervencije
	Informiranje žena o načinu prijavljivanja slučajeva kršenja ili zlostavljanja
Uključivanje u učinkovitu komunikaciju	Razgovor i slušanje žena
	Poticanje učinkovite neverbalne komunikacije
	Iskrenost
	Dostupnost tumača u slučaju jezičnih barijera i kulturnih razlika
	Pružanje empatije
Poštovanje izbora žena radi osnaživanja za porođaj	Promicanje osnaživanja žena
	Poticanje aktivnog sudjelovanja i odlučivanja žena
	Osiguravanje slobode izbora, udobnosti i pružanje ohrabrenja
	Omogućavanje preferiranog položaja za porođaj
	Poticanje kretanja pri porođaju
Pružanje jednake skrbi	Dostupnost jednakih usluga za sve bez obzira na dob, etničku pripadnost, vjeru ili druga obilježja
	Skrb bez osuđivanja
Osiguravanje kontinuiranog pristupa potpori obitelji i zajednice	Prisutnost obitelji i pratnje po izboru
	Osiguravanje prostora za partnere, obitelj i prijatelje
Osiguravanje kvalitetnog okruženja i resursa za rađanje	Pružanje ugodnog, čistog i umirujućeg okruženja za porođaj
	Osiguravanje pristupa osnovnim resursima kao što su lijekovi i oprema
Dostupnost kompetentnih i motiviranih ljudskih resursa	Dostupnost kompetentnog osoblja predanog svojim profesionalnim odgovornostima
	Svijest zdravstvenih radnika i radnica o važnosti humanizacije porođaja
	Potpora iskusnijih zdravstvenih radnika i radnica po potrebi

Pružanje učinkovite i djelotvorne skrbi	Promicanje timske skrbi uključujući ženu, partnera, primalju, medicinske sestre i druge zdravstvene radnike i radnice
	Izbjegavanje nepotrebnih pregleda i postupaka
	Smanjenje boli primjerenim intervencijama
	Poticanje odmora i oporavka nakon porođaja
	Pravovremeno pružanje skrbi
Kontinuitet skrbi	Kontinuitet skrbi tijekom trudnoće i porođaja
	Stalna prisutnost osoblja tijekom porođaja
	Skrb puna potpore tijekom i nakon porođaja

S obzirom na to da okvir pretpostavlja samo pozitivnu konotaciju, bilo je potrebno dodati još jednu dimenziju analize – ton (pozitivan, negativan ili neutralan). Kako bi se razlikovala različita iskustva, dodana je još jedna analitička kategorija – razdoblje (trudnoća, porođaj, babinje). Dakle, citati koji su se istaknuli kroz analizu dodijeljeni su trećim i drugim temama koje su prikazane u tablici. Ako se citat smatrao odgovarajućim za nekoliko tema, dodijeljene su mu maksimalno tri teme kako bi se izbjeglo „prekodiranje“, tj. dodjeljivanje prekomjernog broja kodova jednom citatu. Kroz poglavlje *Rezultati istraživanja i interpretacija* detaljno će se opisati dvanaest tema trećeg reda definiranih prethodno objašnjenim teorijskim okvirom, predstaviti ključni nalazi popraćeni citatima i rezultatima dobivenim putem provedene ankete.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA I INTERPRETACIJA

Interpretacija rezultata istraživanja temelji se na detaljnom opisu tema trećeg reda analize okvira popraćenih opisom deskriptivne analize ankete. Dakle, interpretacija rezultata objedinjuje rezultate ankete i fokus-grupa tako da se kroz detaljan opis fokus-grupa prožimaju teme srodnih rezultata ankete.¹² Taj pristup smatra se najprikladnijim u interpretaciji specifičnih iskustava žena tijekom svih faza na putu do majčinstva – trudnoće, porođaja i babinja. Postoje velike razlike među sudionicama svih fokus-grupa ovisno o njihovom prethodnim iskustvima, razini pripremljenosti (tečajevi, radionice i sl.), osobnosti itd. U fokus-grupama sudjelovale su ispitanice iz raznih dijelova Hrvatske, četiri iz sjeverne Hrvatske te sedam iz južne Hrvatske. Samo je jedna sudionica imala blizanačku trudnoću. Sve sudionice rodile su u javnoj bolnici, dvije carskim rezom, a devet vaginalnim putem.

Kroz analizu temeljenu na teorijskom okviru skrbi s poštovanjem dvije teme nisu se istaknule kao ostale, odnosno iskazi ispitanica (citati) nisu bili u tolikoj mjeri kodirani u te teme: Očuvanje dostojanstva žene te Pružanje pravedne skrbi. Ipak, te će teme biti ukratko pojašnjene i kontekstualizirane u okviru istraživanja.

Prije interpretacije rezultata prema temama važno je napomenuti da su prikupljena dva vrlo teška iskaza dviju sudionica koja označavaju isključivo negativna iskustva, posebice pri porođaju. Jedna sudionica sudjelovala je u fokus-grupi 3 održanoj *online* dok je druga prisustvovala fokus-grupi 2 održanoj uživo u Splitu. S druge strane, prisutna su dva iskustva koja su prepoznata kao znatno pozitivnija od ostalih – iskustvo jedne ispitanice u fokus-grupi 1 te druge u fokus grupi 4. Spomenuta ekstremno negativna i pozitivna iskustva većinski se odnose na sam porođaj, no mogu se prepoznati i tijekom trudnoće i babinja. Ta iskustva jednako su uzeta u obzir u analizu kao i ostala, no bilo je važno naglasiti kako imaju nešto izraženija negativna i pozitivna obilježja nego druga iskustva podijeljena u fokus-grupama.

Analiza prema temama

(1) Izostanak povrede i zlostavljanja

Većinom se odnosi na grubo ponašanje pružatelja i pružateljica zdravstvene skrbi prema ženama poput podizanja tona ili vikanja te nepružanje sigurnog i ugodnog okruženja punog potpore. Analiza pokazuje kako pružatelji i pružateljice zdravstvene skrbi, uključujući sve osoblje s kojim se žene susreću tijekom trudnoće i porođaja, često neprikladno tretiraju žene čineći da se osjećaju kao teret, zahtjevne, izolirane, ranjive itd. **Rezultati ankete upućuju na to da je 17,4 % žena ponekad, većinu vremena ili cijelo vrijeme osjećalo da su njihovi pružatelji i pružateljice zdravstvene skrbi grubo postupali ili ih fizički sputavali.** S druge strane, verbalno zlostavljanje češće je prepoznato, točnije u 31,9 % slučajeva istaknuto je da je došlo do nekog oblika verbalnog nasilja (vikanje, grđenje, grub razgovor, vrijeđanje ili prijetnja). Preko polovice žena (51,6 %) složilo se da su se barem nekoliko puta

¹² U tom smislu termin „sudionice“ odnosi se na žene koje su sudjelovale u fokus-grupama dok se termin „ispitanice“ odnosi na žene koje su ispunile anketu.

osjećale zanemarene. Također, rezultati pokazuju da se **11,3 % ispitanica osjećalo diskriminirano na temelju rase, etničke pripadnosti, prihoda, obrazovanja, seksualne orijentacije** ili bilo kojeg drugog obilježja dok je čak **46,9 % žena smatralo da su bile prisiljene donositi odluke tijekom porođaja.**

To pokazuju i fokus-grupe na kojima su sudionice često opisivale pristup osoblja kao nepristojan i neodgovarajući. Navedeno rezultira neuspostavljanjem sigurnog okruženja za žene koje su već u prilično ranjivom položaju zbog fizičkog i emocionalnog stanja u kojem se nalaze, posebice tijekom porođaja.

„(...) ja ne znam je li ona (medicinska sestra) **bila nervozna, ali vrijeđala me.** Dosta je... čudan način ohrabrivanja, možda bi tako bilo najbolje da se izrazim.“ (FG 2)

„Tad sam baš zvala da netko dođe jer nitko baš nije bio u prostoriji i onda ova cura što je bila pored mene je zvala ljude da dođu i onda **je sestra prema meni bila malo gruba – ne morate se derat, kao, tu smo čujemo vas.**“ (FG 2)

Žene visoko cijene ako pružatelji i pružateljice zdravstvene skrbi sebe ili cijeli tim predstave kao osobe koje će ženu pratiti tijekom porođaja. Također, bodrenje da će sve biti u redu istaknuto je u nekoliko navrata kao značajan pozitivan utjecaj. Empatija takve vrste istaknula se kao najvažniji element podrške koji pružatelji i pružateljice zdravstvene skrbi mogu imati u komunikaciji sa ženama, posebice pri porođaju.

„Na prvom porodu, ta primalja koja je tad bila u rodilištu je bila **izrazito ljubazna i draga. Zbilja je komunikacija s njom čitavo vrijeme bila jako dobra.** Ja dan-danas kada sretnem ženu u gradu, stanem, javimo se. Baš je bilo jedno ugodno iskustvo. Ona je meni dala loptu tad, nisam je ja tad bila niti tražila. Ona je donijela tu loptu, doduše, sjela me na nju, možda nije trebala (smijeh). Možda me trebala pustiti da klečim, ali dobro nema veze. **Potrudila se žena oko mene.** Bila je čitavo vrijeme uz mene i bila je jako ljubazna.“ (FG 4)

Iako je empatija visoko cijenjena, rezultati ankete ukazuju na njezin manjak. **Gotovo osamdeset posto (78,8 %) žena ističe kako ih zdravstveni radnici i radnice nisu nikada pitali o njihovu emocionalnom stanju ili dobrobiti tijekom porođaja dok 72,6 % žena nije osjećalo da se cijenilo njihovo iskustvo i znanje.** Ako uzmemo u obzir navedeno i dodamo spomenuti izražen osjećaj zanemarivanja, može se donijeti zaključak da se žene u sigurnom emocionalnom okruženju tijekom porođaja osjećaju znatno podržanije od onih koje se nisu osjećale kao da su u sigurnom emocionalnom okruženju. Neki od drugih zanimljivih nalaza povezanih uz tvrdnje¹³ o Dostojanstvu i poštovanju (*Dignity and respect*) te Odgovornoj i podržavajućoj skrbi (*Responsive and supportive*) u anketi pokazuju:

- da se zdravstveni radnici i radnice nisu odnosili s poštovanjem prema obitelji roditelja u 28,8 % slučajeva da se **36,7 % ispitanica nije osobno osjećalo poštovano** od strane zdravstvenih radnika i radnica
- da **33,1 % ispitanica nije moglo imati pratnju po izboru**

13 Ovim su tvrdnjama ispitanice odgovarale na skali od 1 do 4, na kojoj su opcije bile: 1 – Ne, nikada; 2 – Da, ponekad; 3 – Da, većinu vremena; 4 – Da, cijelo vrijeme. Prikazani postoci predstavljaju zbroj odgovora ‘Ne, nikada’ i ‘Da, ponekad’, koji se smatraju negativnim dijelom ovog spektra.

- da 40,3 % roditelja smatra da povjerljivost podataka tijekom cijelog procesa nije uvijek bila u potpunosti očuvana
- da 43,9 % roditelja spominje kako njihova privatnost nije uvijek poštovana da više od polovice roditelja (čak 60,2 %) nije doživjelo porođajno okruženje kao ugodno.

Značajne su razlike u iskustvima sudionika fokus-grupa u pogledu ove teme. Neke žene imale su vrlo ugodno iskustvo bez verbalnog nasilja te uz ugodno okruženje, dok su druge isticale različite probleme. Navedeno se može pripisati tome što je iskustvo izostanka povrede i zlostavljanja izuzetno individualno i ovisi o tome s kojim se medicinskim osobljem žene susretnu. Često se i u istoj bolnici događaju pozitivna i negativna iskustva. Neki su liječnici i liječnice, medicinske sestre i primalje opisani kao ljubazni i brižni, kojima je zaista stalo do pružanja sigurnog okruženja, prvenstveno pri porođaju, dok su drugi opisani kao nepristojni i nedostupni.

(2) Osiguravanje privatnosti i povjerljivosti

U pogledu ove teme najveći je naglasak na osiguravanju prava svake žene na privatnost i povjerljivost tijekom jednog od najintimnijih i najranjivijih trenutaka – porođaja. Ovdje se najviše ističe osiguravanje privatnosti tijekom pregleda i zahvata. Svi citati unutar ove teme imaju negativnu konotaciju, što ukazuje na to da sudionice očekuju da se njihova privatnost poštuje. Najveće povrede prisutne su u već spomenuta dva najgora iskustva (FG2 i FG3).

Negativna iskustva uglavnom uključuju fizičko izlaganje drugima osim dodijeljenom medicinskom osoblju (često studentima ili stažistima itd.), boravak u prostoriji koja nije namijenjena pregledima gdje i drugi ljudi mogu vidjeti pregled, neograničavanje broja prisutnih osoba tijekom pregleda i slično. **Narušenu fizičku privatnost istaknulo je 27,1 % ispitanica ankete.**



„Došle su i čistačice. Nisam znala tko će tu više pomoć, što će raditi. Ne znam zašto me nisu spustili dolje u intenzivnu jer dolje imaju operacijsku salu.“ (FG2)

„I osjećala sam da je moj prvi doktor bio vrlo... bio je prilično bezobrazan... samo (pauza). Da, prvi tjedan sam išla tamo do 16. tjedna, i on je još uvijek koristio vaginalni pregled, a ja nisam razumjela zašto nakon određene točke. Pitala sam ga i on je samo rekao ‘Rekao sam ti da se skineš, skini se’ i nije čak ni namjeravao odgovoriti na pitanje.“ (FG 3)

Unutar ove teme u sklopu prava na skrb s poštovanjem, spominje se percepcija žena kao „ljudskih bića“, a ne „stvari“. Pokazalo se kako je ta tema nešto što bi se moglo dodijeliti većini podijeljenih iskustava i događa se u svim razdobljima, dakle tijekom trudnoće, porođaja i babinja. Također, kodovi unutar te kategorije preklapaju se u nekim slučajevima djelomično s temom Kontinuirano pružanje informacija i traženje informiranog pristanka.

(3) Očuvanje dostojanstva žena

Tema uključuje promicanje jednake skrbi u kliničkim situacijama visokog i niskog rizika, poštovanje kulture, vrijednosti i uvjerenja svake pojedine žene te osjetljivost na želje i potrebe žena. Ta tema manje je zastupljena od ostalih. Navedeno je rezultat bolje prigodnosti kodiranja citata u druge teme pri analizi.

(4) Kontinuirano pružanje informacija i traženje informiranog pristanka

Ovo je jedna od najzastupljenijih tema koja je prisutna u svim razdobljima (trudnoći, porođaju i babinjama) s pozitivnim i negativnim tonom te koja podrazumijeva da pružatelji i pružateljice zdravstvene skrbi:

- jasno i neutralno pružaju informacije o okruženju u kojemu se pruža skrb, porođajnim procedurama i planu skrbi
- kontinuirano traže dozvolu odnosno pristanak za provođenje postupaka i zahvata tijekom porođaja dobiju jasan informirani pristanak za bilo kakve intervencije i jasno objašnjavaju razloge za određene intervencije.

Važno je napomenuti kako je pružanje informacija kodirano za dva razdoblja – trudnoću i porođaj – budući da je pružanje informacija u babinjama obuhvaćeno temom (12) Kontinuitet skrbi.

Tijekom trudnoće i porođaja pružanje informacija o porođajnim procesima i postupcima uvelike ovisi o pružateljima i pružateljicama zdravstvene skrbi. Vrlo je važno u kojem je trenutku ženama pružena informacija jer je značajna razlika ako se žene informira prije, tijekom ili nakon što je određeni postupak već proveden. Iz prikupljenih podataka vidljivo je da zdravstveni radnici i radnice ženama često objašnjavaju postupak dok se obavlja ili je već obavljen, ne pružajući im opciju informiranog pristanka. Ispitanice naglašavaju kako bi voljele biti obaviještene unaprijed te kako se ne bi usprotivile stručnom mišljenju liječnika/liječnice ili medicinske sestre, ali bi htjele biti informirane.

„Međutim, kako se sve to brzo odvijalo, zapravo... nisu me ništa pitali. Ni za to prokidanje vodenjaka, ni kad, ni kako, ni što. (pauza) Objašnjavale su mi zapravo što rade. Informirale su me. Rekle su da neće boljeti na primjer to prokidanje. **Kako je sve to nekako i brzo došlo, više je to bilo... informacije nakon što bi se dogodile. Znači, nije me nitko pitao želim li to ili ne želim.**“ (FG 1)

„Da, epiziotomija. **To su mi isto napravili međutim nisu me pitali želim li to ili ne**, nego su mi samo nakon što su to napravili da oprostim, ali da će mi tako bit lakše i da je to morala napraviti da ne popucam više. Onog dijela prvog u kojem me pitaju za mišljenje toga nema, ali sve su objasnili što su napravili i kako i zašto.“ (FG 1)

„S time da sam više puta trebala naglasiti zdravstvenom djelatniku/djelatnici - što ja želim, kako to želim. Znači, **ni u jednom trenutku se mene to nije pitalo nego sam ja izričito inzistirala** i kad sam inzistirala nisam dobila nekakvu negativnu reakciju na to, ali da nisam inzistirala (naglasak) i da me boljelo toliko da nisam bila u stanju reagirati na vrijeme - nitko me određene stvari ne bi pitao. Da li želim drip, da li mi treba lopta, da li bi sjedila, ležala i sve što ide s tim u paketu.“ (FG 2)

Tijekom porođaja odluke koje donose liječnici i liječnice često nisu komunicirane ili su pogrešno komunicirane, što rezultira zbunjenošću i zabrinutošću žena, gubitkom povjerenja u medicinsko osoblje i shodno tome lošijim iskustvom porođaja. Medicinsko osoblje često razgovara međusobno, izostavljajući žene iz razgovora, kao da nisu prisutne. Rezultati ankete ukazuju na isto – **77,3 % žena osjeća da nije tijekom cijelog porođaja bilo uključeno u donošenje odluka.**

„Ponekad se donose odluke bez tebe i ti nisi... i mislim da to nije samo jezična stvar, mislim da jednostavno ne pitaju tebe ili ti ne kažu. Da, i nije bilo, rekla bih, **i ne pretjerujem, nije bilo komunikacije tijekom cijelog poroda o tome što se događa, kada se događa, jesi li u redu.**“ (FG 3)

„Liječnik taj nije bio neljubazan, ali nije reagirao na sve te neljubaznosti koje su zapravo primalje najviše odašiljale, on je samo bio tih i nije uopće komunicirao sa mnom. Komunicirao je samo s primaljama. **Meni se nitko praktički nije niti obraćao.**“ (FG 4)

Od žena se često ne traži pristanak/odobrenje prilikom provođenja manje zahtjevnih postupaka ili fizičkog dodira. Epiziotomija se često izvodi bez obavješćavanja žena prije, tijekom ili čak u nekim slučajevima nakon postupka. Često žene ne znaju koliko je šavova napravljeno na rezovima nakon postupka i to nije navedeno u njihovu otpusnom pismu. Tijekom porođaja često je korišten „drip“ bez pristanka žena ili objašnjenja. Najčešće im se čini da je to zato da bi se ubrzao proces čak iako nije potrebno. U nekoliko slučajeva navode da su medicinske sestre na silu izvlačile posteljicu. **61,6 % žena iskusilo je barem jednu od navedenih intervencija bez pristanka prikazanih u tablici 1.**

„Meni je krenula masirat trbuh i vuć posteljicu, ja sam joj rekla ‘ne, prestanite’, **ali me nije poslušala**, ona je povukla posteljicu van. Tako da je to jedina neka ono... ružno iskustvo i ružna intervencija koju sam u tom drugom porodu tamo doživjela.“ (FG 4)

„I onda je zapravo krenula ta priprema uobičajenog, valjda, za prvorotku. Klistir, to je bio moj prvi klistir u životu. **Nisam znala da ga mogu odbiti**, bez obzira što sam bila na WC-u to jutro. To je bilo užasno neugodno. Brijanje iako sam bila na depilaciji jedno tjedan dva prije toga.“ (FG 4)

Tablica 2. Intervencije i zahvati uz nedostatak informiranog pristanka

Intervencije i zahvati	%
carski rez	1,5
kardiotokografija (CTG)	5,4
umetanje intravenske kanile	7,5
indukcija porođaja	8,2
brijanje stidnih dlaka	8,3
klistir	9,0
vaginalni pregled	12,9
prisutnost studenata/ica tijekom porođaja	15,3
epiziotomija	18,5
pregled novorođenčeta, cijepljenje i/ili davanje lijeka	22,8
primjena dripa	24,6
hranjenje novorođenčeta adaptiranim mlijekom ili drugim tekućinama	27,3

S druge strane, primjena epiduralne anestezije nešto je što je većina žena sama zatražila i objašnjene su im prednosti i moguće posljedice. Često se provodi amniotomija (prokidanje vodenjaka) pri čemu se žene također pitaju je li to bilo nužno. Retrospektivno i uz nedostatak informacija zaista je teško procijeniti je li prokidanje vodenjaka bio potreban medicinski zahvat. Klistir je također nešto što se ženama često ne objašnjava.

„Ja sam samo tražila epiduralnu i to su mi dali i objasnili sve što se događa. U kojem položaju trebam bit, koji je značaj toga. Bili su korektni.“ (FG 2)

„I onda je zapravo krenula ta priprema uobičajenog, valjda, za prvorotku. Klistir, to je bio moj prvi klistir u životu. Nisam znala da ga mogu odbiti, bez obzira što sam bila na WC-u to jutro. To je bilo užasno neugodno. Brijanje, iako sam bila na depilaciji jedno tjedan dva prije toga.“ (FG 4)

„Tik prije nego što sam počela tiskati je sestra samo došla do moje ruke i išla ubosti iglu bez pitanja i ja sam se onako odvojila i makla i stala i pitala što radi. Da bi ona rekla kao pa nisu ti dovoljno jaki trudovi samo ćemo ti dati malo dripa za izgon i naravno opet sam ja posustala i rekla dobro to će bit samo za izgon, opet je bolje nego cijelo vrijeme.“ (FG 4)

„Pa ako se fokusiramo na porod, onda zapravo, ono što sam i rekla, sve je napravljeno bez da me se pitalo želim li to ili ne. Znači to prokidanje vodenjaka koje sam navela prije.“ (FG 1)

Osim značajnog postotka provođenja medicinskih zahvata bez traženja pristanka žena, jedno od najznačajnijih saznanja unutar ove teme je nedostatak pružanja alternativnih rješenja. Povezano i s komunikacijom, **sudionice ističu kako bi cijenile razgovor o zahvatima i procedurama te pružanje više različitih rješenja umjesto samog izvođenja zahvata ili samog informiranja o provođenju tog istog zahvata.** Čak i ako pružatelji i pružateljice zdravstvene skrbi pružaju informacije i traže pristanak, **nuđenje alternativnih postupaka nije prisutno.**

„Nitko se nije derao na mene, nisu mi objašnjavali što mi rade i zašto mi rade, ali s obzirom da sam došla s takvim stavom ‘oni znaju najbolje’ nije mi bilo ni potrebno objašnjenje. (...) Tako da ne mogu reći da je to njihova krivica, a i nekako ideš sa tim stavom da očekuješ da će ti objasniti i kad ti ne objasne, onda valjda nije potrebno. Čini mi se da kad oni i kažu nešto da je to više kao oni će tebe pitati, ali je to više kao naredba i da oni ne očekuju tvoj odgovor. (...) I onda ti to prihvatiš. Ali opet sam s drugim jednostavno imala više snage da ipak uspostavam neku komunikaciju da me čuju, ali i dalje me ne čuju – nisu slušali. Da napravim nekakav akt di skuže da... (...) da ne bi trebalo doći do toga da se ja trebam boriti da se pomaknem ili da me netko čuje.“ (FG 4)

Možemo reći da žene razvijaju „strategije“ kako bi izbjegle nepotrebne medicinske intervencije i zahvate. Spomenute **strategije uključuju odgađanje dolaska u bolnicu odnosno ostanak kod kuće u trudovima koliko god je moguće i prisutnost partnera već u ranijim fazama porođaja.**

Također, važno je spomenuti rezultate ankete¹⁴ koji upućuju na to da su se tijekom donošenja odluka ispitanice osjećale:

- **neugodno dok su postavljale pitanja (43,6 %)**
- **neugodno dok su prihvaćale mogućnosti zdravstvene skrbi koju su im liječnik ili primalja nudili (42,9 %)**
- **prisiljeno odabrati mogućnosti koje su im liječnik ili primalja predlagali (45,7 %)**
- **neugodno dok su odbijale ponuđenu zdravstvenu skrb (65,3 %).**

Tijekom fokus-grupa nije spomenuto da je medicinsko osoblje pružilo ženama informacije o tome kako i kada mogu prijaviti slučajeve povreda ili zlostavljanja ako je došlo do njih. Ipak, važno je naglasiti da u protokolu za provođenje fokus-grupa nije bilo predviđeno pitanje o tome.

(5) Uključivanje u učinkovitu komunikaciju

Poteškoće u angažiranju u učinkovitoj komunikaciji prisutne su u svim razdobljima – trudnoći, porođaju i babinjama. Učinkovita komunikaciju podrazumijeva razgovor i aktivno slušanje, pozitivnu neverbalnu komunikaciju, iskrenost te empatiju.

Tema ignoriranja i hladne neverbalne komunikacije nešto je što se proteže kroz nekoliko tema pa tako i kroz ovu.



„Al’ ovaj, nisu me pustili na WC (smijeh), dali su mi gusku iako sam tražila da idem na WC da se mogu oprati i da mogu se presvući, ali... mislim da je bila gužva tada i većinom sam tih znači 6 sati bila u otvorenom boksu u kojem su me ignorirali (smijeh). Samo su prolazili.“ (FG 1)

Dostupnost tumača zbog jezičnih ograničenja i kulturnih razlika bila je tema drugog reda koja se može primijeniti samo na jednu ispitanicu budući da ona predstavlja jedinu imigranticu u provedenim fokus-grupama.

Žene se često osjećaju kao samo jedna od brojnih pacijentica te primjećuju da im nije posvećeno vrijeme koje je potrebno da bi se osjećale ugodno tijekom skrbi koju dobivaju.



*„Ono znam kad bi išla na **preglede pred sami kraj u rodilište, tad je to baš to, ono na traci si** – samo te prozovu, odrade CTG, kažu u redu ili nije u redu i dođi sutra ili prekosutra, kad već trebaš. Nema nekih velikih priča zapravo. Tako da, ne. Mislim općenito komunikacija je stvarno loša, loša.“ (FG 3)*

Pružatelji i pružateljice zdravstvene skrbi često ne vjeruju prosudbi žena u vezi s fizičkim senzacijama koje osjećaju u svojem tijelu. Nedostatak povjerenja u žene rezultira produženjem

14 Majke na Respect indeksu (MORi) – Ispitanice su odgovarale na skali koja je obuhvaćala raspon od „U potpunosti se slažem“ do „U potpunosti se ne slažem“. Prikazani postoci odnose se na odgovore koji upućuju na neslaganje: „U potpunosti se ne slažem“, „Ne slažem se“, „Donekle se ne slažem“ i „Donekle se slažem“.

čekanja, produženim i nepotrebnim medicinskim intervencijama. Tako 72,6 % ispitanica ankete ističe kako se njihovo znanje ili iskustvo, teorijsko ili s prijašnjih porođaja, nije cijenilo.

„I ništa, ja ulazim u rodilište, ulazim u rađaonu i govorim joj - ja rađam! Ona me, legla sam na stol i ona me spojila na CTG i gleda trudove i govori mi ma nećete vi još rodit, a ja joj govorim - ja rađam! ja sad stvarno rađam! I ona okrene očima ode po doktora. Dolazi još jedna primalja u prostoriju. (...) Znači, došla sam u rodilište u ponoć manje deset, rodila sam u ponoć i deset. Dvadeset minuta je to otprilike trajalo. Oni su samo stajali pored mene i gledali. Nisu uopće ništa intervenirali i ubacivali se. Sve je to brzo prošlo, ali su bili izuzetno hladni, neljubazni i bezobrazni.“ (FG 4)

„Jer sam osjećala da ne mogu razgovarati s bilo kim, nema nastavka – ovo je tvoj doktor i trebao bi te voditi kroz ovo. To je ono, idi ovamo, uzmi ovo, uzmi ovaj papir ovdje, oni ti neće pomoći, obavi ovo. I, znate, vrlo je teško.“ (FG 2)

Neverbalna komunikacija nešto je što se često spominje među sudionicama. Žene se nerijetko osjećaju kao teret, ignorirane, ostavljene same bez podrške. Često se neverbalna komunikacija pružatelja i pružateljica zdravstvene skrbi opisuje kao hladna i nedostupna.

„Ja sam na kraju zbog te njihove hladnoće uzela mobitel i na videopoziv nazvala svog partnera i držala ga na videopozivu čitavo to vrijeme dok sam bila u rađaoni. U jednom trenutku sam ja njima rekla... bila je mrtva tišina, nitko nije, nakon što sam ja njega rodila nitko nije niti riječ rekao. Oni su samo nešto tamo radili, muvali se po toj rađaoni. Ja sam u jednom trenutku rekla, kao ovo je Neven ili nešto takvo, a primalja mi se okrenula i rekla nas to nije briga. I ja sam tu shvatila da ja više s njima nemam što ni pričat ni ništa. I bila sam na videopozivu sa svojim partnerom.“ (FG 4)

Zanimljivo je da, ako su liječnici i sestre empatični i srdačni, žene imaju znatno bolji dojam samog porođaja bez obzira na to kolika je bila razina komplikacija te koliko je intervencija učinjeno. Prema iskustvima sudionica fokus-grupa, ne može se utvrditi koji pružatelji i pružateljice skrbi su najmanje učinkoviti u komunikaciji.

(6) Poštovanje izbora žena radi osnaživanja za porođaj

Osnaživanje žena za porođaj pružatelji i pružateljice zdravstvene skrbi mogu poticati kroz ohrabrivanje žena za aktivno sudjelovanje i donošenje odluka, dopuštanje željenog položaja za porođaj te poticanjem kretanja tijekom porođaja. Kao i u temi trećeg reda Kontinuirano pružanje informacija i traženje informiranog pristanka, čini se da žene **teško razlikuju kada im je stvarno pružen izbor ili su samo informirane o postupcima**. Ponekad imaju osjećaj da su imale izbor iako im nikad nije ponuđena alternativa.

„Ne. Ne, nisu me pitali. Stvarno nije bilo u nijednom trenu. I evo iskreno se ne žalim na ništa od toga jer je sve prošlo okej, brzo, ugodno s njihove strane. Znači bili su i topli i... stvarno okej u tom dijelu, ali ne, nije me nitko ništa pitao.“ (FG 1)

„Nisu, ne. Nismo imali neku situaciju gdje je bio potreban izbor, neki izbor izvan nekakvog... Išlo je, znači, dali su mi tu epiduralnu i dali su mi drip. To su mi rekli da to ide jedno s drugim da to treba tako.“ (FG 2)

„Kao sad ćemo napraviti nešto što je normalno i nemoj se ti ništa brinuti, ali nitko ti nije rekao da postoji alternativa niti da ti o tome možeš odlučiti. U drugom porodu nisu ništa radili osim tog izvlačenja posteljice, nit su mi najavili da će mi izvlačiti posteljicu, da će mi masirati trbuh, nit su me upozorili na to, nit su me pitali, ništa. U još onoj situaciji, ja kad sam ga rodila, oni su ga planirali odmah prekinut pupčanu i odvest na pranje, nisu ga planirali uopće stavljati na mene. I tu sam ja morala reći e ček, ček! ne ne! ne bi me ni o tome informirali da ja nisam sama tražila. Kasnije u sobama isto nisu pitali za priistanak, mogu li uzeti dijete, mogu li odnijeti dijete na vaganje, one samo makinalno rade ono što one trebaju raditi.“ (FG 4)

Unutar ove teme javlja se podtema *promicanje osnaživanja žena* koja je minimalno zastupljena kroz fokus- grupe. To je zbog toga što, na primjer, pružanje povjerenja ženama ili adresiranje njihovih sumnji više odgovara drugim temama. Također, važno je naglasiti da **nisu zabilježene pozitivne prakse koje bi mogle biti smatrane promicanjem osnaživanja žena i njihovih sposobnosti** u tom kontekstu.

Neke žene imale su pripremljen plan porođaja, dok druge nisu. Za sudionice koje su imale plan porođaja može se reći da su više poštovane njihove odluke i želje. Također, sudionice čak spominju bolnice u kojima nisu dopušteni planovi porođaja, pa ga stoga nisu pisale.

„Pa ispoštovalo se sve po planu poroda, ali... ja sam papir stavila na svoj krevet i stalno sam na njega pokazivala (pokazuje prstom). Pogotovo kad bi me se nešto pitalo ili bi sestra došla u predrađeonu, a ja sam baš bila u trudu i nisam mogla na neke stvari odgovarati baš onako kako sam htjela.“ (FG 2)

Dopuštanje ženama da biraju položaj za porođaj vidljivo je samo u jednom slučaju koji je bio vrlo specifičan zbog toga što je sudionica poznavala primalju koja je sklona porođaju na stolčiću. U svim drugim slučajevima žene nisu imale mogućnost rađanja u željenom položaju pa je tako i **75,5 % ispitanica ankete istaknulo kako nisu mogle roditi u položaju koji su odabrale.**

„U rađaoni mi je nekako prirodno dolazilo da rađam u sjedećem položaju, ali mi je rečeno da im tako im nije jednostavno stavljati CTG na trbuh. Tako da sam trebala ležati na boku. Prvo malo na desnom pa na lijevom i stalnu su me tako okretali i **to mi je bilo strašno neudobno.**“ (FG 2)

„Jesam, jesam, **ali mi svejedno nisu odobrili, da se tako izrazim, da rađam u sjedećem.** Međutim, kada je stigao muž u rađaonu dok nije bilo sestre i doktora, kao što sam i rekla potkapacitirani su pa su išli iz jedne rađaone u drugu, ja sam ga zamolila da mi pomogne da se ustanem. Tako da sam se ja ustala svejedno, unatoč njihovom da moram ležati sa strane, i hodala sam jer mi se činilo da ide... da beba ide dole na taj način. Naravno kad je došla sestra (pauza) me izgrdila ako mogu to tako reći (smijeh) da se moram vratiti na krevet.“ (FG 2)

„I forsirano je ležanje. Znači, dizanje nije bilo. Ja sam onu loptu gledala s čežnjom jer sam se pripremila na to sve i jednostavno me tražilo da se dignem.. da ne znam, skačem, bilo što, ali to nije bilo dozvoljeno. Znači, nema šanse.“ (FG 2)

*„Oko 3 mi je rekla da se smijem ustati i otići na WC, i da obavim sve što treba **jer se više neću imat pravo dizat**. I onda sam iskoristila taj odlazak na WC da se prošetam malo po hodniku jer sam shvatila da mi je puno lakše podnositi trudove u stojećem. I onda sam se malo naslanjala na radijator. I onda je prošlo nekih 10-15 minuta i ona je valjda shvatila da joj je trudnica pobjegla pa me došla tražiti i vratila nazad na krevet i ponovno spojila na drip i tu mi je rekla da će mi dati nešto za bolove jer vidi da me jako boli. I naravno u tom trenu ja sam pristala.“ (FG 4)*

Također, ne potiče se kretanje i mobilizacija kada su žene u trudovima iako ističu da bi im to odgovaralo. Često se moraju boriti za svoje pravo da šecu, koriste pilates loptu itd., a dolazi i do situacija u kojima je zabranjeno kretanje po sobi ili hodniku.

„(...) sam čula za plan poroda, ali sam svejedno čula da ga u našem rodilištu ne prihvaćaju, da ga nema smisla pisati, ali sam zato znala da ne želim inducirani porod nipošto, da ne želim bit da dripu, da ne želim klistir niti brijanje. I to je zapravo bio jedini način da ostanem što duže doma da to izbjegnem, naravno... intervencije poput puknuća vodenjaka mi nisu toliko smetale jer bi bile pred sami izgon. Iako bi sam pukao, da nema nikakve potrebe. I možda taj CTG što sam predugo ležala na njemu. Nisu to bile nekakve grozne intervencije i dobila sam ipak drip na kraju, malo se to razlikovalo od mog plana u glavi, ali je sve u svemu bilo puno bolje nego prvi put.“ (FG 4)

Nadalje, i kroz druge rezultate ankete¹⁵ uočava se manjak autonomije i izbora u svim fazama porođaja. Tako je **59,1 % ispitanica istaknulo kako nisu imale izbor u hranjenju djeteta, već se dijete hranilo prema nahođenju zdravstvenih radnika i radnica**. Generalizirajući sve aspekte porođaja, **preko dvije trećine žena (77,3 %) smatra kako nije cijelo vrijeme bilo uključeno u proces donošenja odluka**. Dakle, ne iznenađuju i sljedeći nalazi, gdje u **68,7 % slučajeva nije praćen plan poroda te 78,9 % slučajeva pregleda i intervencija bez pristanka na njih**.

¹⁵ Na ovim su tvrdnjama ispitanice odgovarale na skali od 1 do 4, gdje su opcije bile: 1 – Ne, nikada; 2 – Da, ponekad; 3 – Da, većinu vremena i 4 – Da, cijelo vrijeme. Prikazani postoci predstavljaju zbroj odgovora ‘Ne, nikada’ i ‘Da, ponekad’, koji se smatraju negativnim dijelom ovog spektra.

(7) Pružanje jednake skrbi

Pružanje jednake skrbi uključuje pravo na skrb bez osuđivanja i diskriminacije te dostupnost jednake skrbi svima, bez obzira na dob, etničku pripadnost, religiju ili druga obilježja. Dakle, žene moraju biti lišene diskriminacije na temelju rase, etničke pripadnosti, religije, socioekonomskog statusa, jezika itd. Ta tema nije se značajno isticala u kontekstu ovog istraživanja. To dijelom možemo pripisati uzorku u kojem je bila prisutna nacionalna i rasna homogenost specifična za hrvatski kontekst. Tijekom fokus-grupa dvije ispitanice su izravno rekle da su diskriminirane, jedna na temelju tjelesne težine, a druga na temelju jezika. Druga ispitanica imala je znatno negativnije iskustvo zbog kompleksnosti svoje situacije u zemlji koja joj nije domovina i čiji jezik ne zna u potpunosti. S druge strane, treba naglasiti kako su i njihova iskustva češće odgovarala drugim temama koje se odnose na nedostatak komunikacije i manjak empatije više negoli na direktnu diskriminaciju.

(8) Osiguravanje kontinuiranog pristupa potpori obitelji i zajednice

Istraživanje pokazuje kako žene cijene mogućnost kontinuirane prisutnosti partnera ili članica obitelji na porođaju. Ta tema ima dvije dimenzije. Prva uključuje samu mogućnost da bližnji budu prisutni dok se druga ogleda u odnosu zdravstvenih radnika i radnica prema prisutnim članicama obitelji na porođaju. Prisutnost bližnjih pruža ženama osjećaj ohrabrenja i potpore u trenucima u kojima svoj fokus čvrsto drže na senzacijama kroz koje njihovo tijelo prolazi u porođaju. **Uočeno je kako su žene tretirane s više poštovanja ako je prisutna druga osoba, uglavnom njihov partner, tijekom porođaja.** Nema općih pravila koja vrijede za sva iskustva odnosno za sve porođaje. Uz neke žene njihov je partner bio prisutan tijekom cijelog porođaja, dok je uz druge bio prisutan samo na izgonu. **Sudionice fokus-grupa spominju kako su se zbog prisutnosti druge osobe pri porođaju pružatelj i pružateljice zdravstvene skrbi odnosili prema njima s više poštovanja te kako su u nekim situacijama njihovi bližnji mogli jasnije zagovarati njihove želje i potrebe.** Ipak, većina citata u ovoj temi ima pozitivnu konotaciju gdje su bližnji zaista bili prisutni tijekom najvažnijih trenutaka te su žene zadovoljne načinom na koji su medicinski radnici i radnice postupali prema njima. Kao što je i prethodno spomenuto, **71,2 % ispitanica ankete smatra kako su se prema njihovoj pratnji na porođaju odnosili s poštovanjem, dok 63,3 % smatra da su se zdravstveni radnici i radnice prema njima odnosili s poštovanjem.** Dakle, prema rezultatima ankete, postoji diskrepancija između razine poštovanja koju su iskusile same žene i njihova pratnja, gdje žene imaju osjećaj manjeg poštovanja prema sebi nego prema svojoj pratnji.

„Onda su mi primalje govorile porod vam dobro napreduje, još malo i budemo vam rekle kad možete pozvati partnera. Kad smo došli već do te faze onda mi je primalja rekla možete slobodno reći partneru da dođe. Čekali su samo da primim tu epiduralnu i kad su anesteziolozi otišli onda je on došao do mene.“ (FG 1)

„Partner je bio cijelo vrijeme sa mnom, znači nije da su ga pustili samo na izgon nego je odmah mogao ući u rodilište i bio je čitavo vrijeme sa mnom.“ (FG 4)

Pandemija COVID-19 predstavlja specifičan kontekst za nekoliko žena koje su rodile 2020. godine jer njihovi partneri nisu mogli biti prisutni na porođaju. Žene koje nisu imale pratnju zbog uvjeta u bolnicama imale su osjećaj izolacije i općenito lošije iskustvo u usporedbi sa ženama kojima su na porođaju bili prisutni partneri ili članice obitelji.



„Ne znam koji su detalji bitni, ali općenito sam boravak u bolnici, i svo to vrijeme nakon poroda koje sam bila u bolnici... Ne znam, bilo mi je jako teško. Evo na primjer taj period u bolnici nakon poroda. Bila sam tjedan dana zato jer mi je dijete dobivalo antibiotik. Uz mastitis i sve ostalo, to mi je bilo malo... traumatično (smijeh). Ali nije nitko mogao dolaziti kod mene jer je bilo ono razdoblje nakon korone kad su bili zabranjeni posjeti i sve, tako da sam bila praktički sama... u svemu tome.“ (FG 1)

(9) Osiguravanje kvalitetnog okruženja i resursa za rađanje i (10) Dostupnost kompetentnih i motiviranih ljudskih resursa

Navedene su dvije teme u analizi bile odvojene, no zbog međusobne povezanosti u interpretaciji su prikazane zajedno. Nedostatak resursa hrvatskog zdravstvenog sustava u smislu manjka medicinskog osoblja te nedostatka financijskih i prostornih kapaciteta opće su poznata problematika. Jednako kao i u drugim područjima, ginekologija i opstetricija nisu iznimka te se žene i trudnice svakodnevno susreću s raznim nedostacima kao što su zastarjela tehnologija, dugo čekanje na potrebne preglede, užurbanost osoblja zbog prevelikog broja pacijentica itd. Tijekom provođenja fokus-grupa primijećeno je kako se sve veći broj žena odlučuje pratiti trudnoću kod privatnog ginekologa te u javnu bolnicu odlazi samo na porođaj. Na taj način žene smatraju kako su dobile bolju zdravstvenu skrb tijekom trudnoće. **Sudionice ističu osjećaj razumijevanja i empatije prema zdravstvenim radnicima i radnicama zbog preopterećenosti i potkapacitiranosti te u tome pronalaze razloge manjka komunikacije i posvećenosti koje doživljavaju tijekom trudnoće, porođaja i babinja.**

(11) Pružanje učinkovite i djelotvorne skrbi

Prema okviru prava na skrb s poštovanjem, zdravstveni radnici i radnice mogu pružati učinkovitu i djelotvornu skrb na različite načine:

- promicanjem timske skrbi koja uključuje ženu, partnera, primalju, medicinsku sestru i druge zdravstvene radnike i radnice izbjegavanjem nepotrebnih pregleda i postupaka smanjenjem boli
- poticanjem na odmor i oporavak nakon porođaja pravovremenim pružanjem skrbi.

Stvaranje ozračja u kojem su svi zdravstveni radnici i radnice te žena uključeni u porođaj i osjećaju se kao tim zasigurno je najbolje iskustvo koje žena može imati. Podijeljena su dva iskustva porođaja koja se mogu smatrati primjerima timskog pristupa skrbi koji uključuje žene (FG1 i FG4). No, nažalost, to nije praksa pri svakom porođaju jer žene često osjećaju da ih se pregledava rutinski.

„Čini mi se da su oni meni htjeli olakšati to iskustvo. Nekako, ja sam se **osjećala osnaženo u svemu tome**. Osjećala sam se dobro. Osjećala sam se sretno. Drugi dan kad mi je došla vizita, oni su svi bili sretni i rekli ‘mama, uspjeli smo’. Vizita cijela, njih 5-6, su rekli ‘mama, uspjeli smo’. To mi je bila kao neka kompenzacija toga što nisam dobila taj zlatni sat i djeca možda nisu dobila sve što su trebala u nekom idealnom scenariju.“ (FG 1)

U vezi s ovom temom najistaknutije je provođenje nepotrebnih pregleda i postupaka. Kao što je spomenuto kod prethodnih tema, posebice *Kontinuiranog pružanja informacija i traženja informiranog pristanka* te *Poštovanja izbora žena radi osnaživanja za porođaj*, žene često doživljavaju nepotrebne postupke (među ostalima drip, epiziotomiju, amniotomiju) koji se ne komuniciraju učinkovito u smislu razloga koji stoje iza njih. Nalijeganje na trbuh (Kristellerov hvat) koristilo se u dva porođaja iako se više ne preporučuje zbog opasnosti za majku i dijete. Osim toga, prisilno izvlačenje posteljice navodi se u nekoliko slučajeva što je opisano kao vrlo neugodno iskustvo i čak je bilo izvedeno neispravno u jednom slučaju. U oba slučaja medicinske sestre nisu tražile informirani pristanak roditelja.

S druge strane, kao što je spomenuto u temi *Poštovanje izbora žena radi osnaživanja za porođaj*, upravljanje boli u obliku davanja lijekova protiv bolova ili epiduralne anestezije adekvatno je provedeno. **Zanimljivo je kako su žene dobro informirane o svojim pravima u zahtijevanju sredstava protiv bolova, posebice epiduralne anestezije te ju i same traže. Čini se da su informiranije o tome nego o drugim postupcima koje mogu doživjeti tijekom porođaja.**

„Ja sam ih tu odmah **tražila ako mogu dobiti epiduralnu**. Tu su bili okej s te strane. Objasnili su mi sve, dali su mi neki obrazac da si pročitam. Objasnili su mi da se to daje u određenoj fazi, koliko točno trebam biti otvorena, ako će anesteziolozi biti slobodni da će oni doći i pratili su tu situaciju kako se razvijala. Sve je bilo okej.“ (FG 1)

„Ja sam samo tražila epiduralnu i to su mi dali i objasnili sve što se događa. U kojem položaju trebam biti, koji je značaj toga. Bili su korektni.“ (FG 2)

Ipak, 50,1 % žena koje su ispunile anketu smatraju kako pružatelji i pružateljice zdravstvene skrbi nisu učinili sve što su mogli kako bi im pomogli umanjiti bol. Zbog manjka povjerenja u žene i njihov osjećaj za ono što im se događa s tijelom u nekim slučajevima izostalo je pravovremeno pružanje skrbi. Žene su vraćene kući ili su bile ignorirane kada su pokušavale komunicirati što se događa. **Preko polovice (50,2 %) ispitanica ankete imalo je osjećaj da im pružatelji i pružateljice zdravstvene skrbi nisu pravodobno odgovorili kada su tražile pomoć.**

„Pa samo to kad sam došla i kad je doktor rekao da sam 40 + 4 i jake kontrakcije, koje postaju sve jače, da je on mene ubijedio da idem kući... Meni je to, ne znam, ne mogu to uopće objasniti.. Ali kad sam ja rekla da bi ja ostala, rekao mi je okej. Bit ćete na promatranju. I rodila sam jako brzo. Tako da mi je čudna ta uopće njegova odluka. Ali eto na kraju me poslušao, nije me samo poslao.“ (FG 2)

„I ništa, ja ulazim u rodilište, ulazim u rađaonu i govorim joj - ja rađam! Ona me legla sam na stol i ona me spojila na CTG i gleda trudove i govori mi ma nećete vi još roditi, a ja joj govorim - ja rađam! Ja sad stvarno rađam! I ona okrene očima ode po doktora. Dolazi još jedna primalja u prostoriju. (...) Znači, došla sam u rodilište u ponoć manje deset, rodila sam u ponoć i deset. Dvadeset minuta je to otprilike trajalo. Oni su samo stajali pored mene i gledali.“ (FG 4)

Često se događa da žene ne dobivaju informacije o sljedećim koracima koji će se poduzeti pri porođaju. Shodno tome, vrijeme čekanja ponekad se nepotrebno produžuje, žene su ostavljene bez informacija o tome koliko dugo trebaju čekati ili što će se sljedeće dogoditi. To dovodi do frustracije i manjka povjerenja prema pružateljima i pružateljicama skrbi.

(12) Kontinuitet skrbi

Kontinuitet skrbi odnosi se na prisutnost i podršku osoblja tijekom i nakon porođaja. Iskustva ispitanica uglavnom su povezana s tretmanom tijekom dojenja. **Gotovo sve žene imaju vrlo negativna iskustva s komunikacijom i pomoći koju pružaju medicinske sestre tijekom uspostave dojenja na odjelu babinjača. Jednako je pokazalo i anketno istraživanje iz kojeg je vidljivo da 55,2 % žena smatra da nije dobilo podršku koja im je trebala vezano za prehranu djeteta.** Zbog toga žene traže pomoć i savjete za dojenje iz drugih izvora budući da im zdravstvene radnice nisu od pomoći.

„Ali ono što bi istaknula, da **u bolnici nisam dobila apsolutno nikakvu pomoć što se tiče dojenja.** To sam sve radila sama. Došla sam već do toga da mi je zapravo treći dan onako sve iz bradavica išla krv van.“ (FG 1)

„Konkretno zbog dojenja. Znači imala sam užasan mastitis. Mlijeka sam imala jako puno. Znači, to je stalno samo curilo iz mene i molila sam da mi pomognu nekoliko puta. Oni su samo došli i dali su mi termofor na struju i ja sam u 7. mjesecu s tim termoforu stalno bila na prsima dok nisam dojila i...“ (FG 1)

„Isto sam zvala sestre svako malo i ono jedna kaže jedno, druga kaže ne stavljajte ga uopće nije vam došlo mlijeko jer to je carski. **Ono svak' ti daje neke različite informacije.** (...) **Tako da je ta komunikacija o dojenju bila na razini nule.** (...) Posteru posvuda „dojite svoje dijete“, a nitko ti ne dođe i ne sjedne pored tebe i kaže ajmo skupa to probat. Jedna je sestra koja je baš kao educirana za to i ona je dolazila... mene potrefila da mi je bila jednom u mojih 6 dana u rodilištu. Nije mi iskreno puno pomogla. Na kraju sam ja zvala mamu da mi donese izdajalicu i izdajala sam se i davala sam mu na bočicu.“ (FG 3)

Kontinuitet skrbi se također odnosi na prisutnost istog osoblja tijekom porođaja te na odjelu babinjača. U većini slučajeva takav način skrbi izostaje zbog potkapacitiranosti, istovremeno velikog broja roditelja i sličnih problema. Diskontinuitet skrbi vidljiv je i tijekom trudnoće zbog potkapacitiranosti osoblja ili nedovoljnih resursa, zbog čega trudnice moraju obavljati različite preglede na više mjesta, što je djelomice opisano i u sklopu teme Dostupnost kompetentnih i motiviranih ljudskih resursa.

„Nema kontinuiteta u skrbi. Svaki put je novi doktor, nova medicinska sestra, i ponašaju se kao da nisu odgovorni za vas. Kao da su tu samo da osiguraju da ste vi i vaša beba živi. Uvijek ću biti zahvalna što smo medicinski prošli kroz porod, ali to ne bi trebalo biti jedino što nam se nudi. Radi se o malo više poštovanja. Ne mogu... razumjeti.“ (FG 3)

Zabrinjavajuće je kako neke žene opisuju dane provedene u bolnici nakon porođaja kao traumatične i vrlo teške za njihovo psihičko, ali i fizičko stanje.

„Ne znam koji su detalji bitni, ali općenito sam boravak u bolnici, i svo to vrijeme nakon poroda koje sam bila u bolnici... Ne znam, bilo mi je jako teško. Evo na primjer taj period u bolnici nakon poroda. Bila sam tjedan dana zato jer mi je dijete dobivalo antibiotik. Uz mastitis i sve ostalo, to mi je bilo malo... traumatično (smijeh). Ali nije nitko mogao dolaziti kod mene jer je bilo ono razdoblje nakon korone kad su bili zabranjeni posjeti i sve, tako da sam bila praktički sama... u svemu tome.“ (FG 1)

Podrška tijekom i nakon porođaja podrazumijeva povezivanje majke i djeteta. To nije omogućeno u svim slučajevima. Žene spominju da se prekida povezivanje s djetetom nakon porođaja, skraćuje vrijeme pulsiranja pupkovine i tzv. zlatnog sata, odvođenje djeteta na preglede bez obavješćavanja majke itd. Posljednje je vrlo često isticano među sudionicama fokus-grupa. Žene smatraju zaista problematičnim što ih se ne obavještava o tome gdje im je novorođenčad. Djeca se odvođaju na razne testove i pretrage bez znanja majki te čak u nekim slučajevima nisu ni podijeljeni rezultati testova s roditeljima.

„Da. Jesu, ali u tonu... da ja radim paniku bez veze i da mi mislim da bi mi odnijeli dijete. Tako nekako malo ovako (pauza) polubezobrazno.“ (FG 2)

„Generalno mi je bilo okej, ali isto što me zasmetalo što mi nismo dobili nikakav feedback o tome što oni gledaju kod naše djece kad ih gledaju. Mi imamo informaciju o tjelesnoj masi, o dužini, na Apgar-test, a sad jesu oni njima gledali vid, sluh, jesu im vadili krv - to ne znamo ništa. Jedino kad ih odvedu na cijepljenje, ono BCG cjepivo, to znamo jer ih odvedu i vrate.(...) Nisam uopće dobila informaciju, ono - zdravo je dijete i to je to. Mislim, Bogu hvala da je zdravo, ali ipak nekako... Voljela bih više znati u tom momentu.“ (FG 2)

GLAVNI ZAKLJUČCI

Glavni zaključak istraživanja jest da nije moguća generalizacija u ovoj specifičnoj i osjetljivoj istraživačkoj temi. Svako individualno iskustvo treba tretirati pažljivo i s poštovanjem. Unatoč tome radi jednostavnijeg prikaza dan je pregled osnovnih zaključaka dobivenih kombinacijom analize kvantitativnog i kvalitativnog istraživanja:

- Značajne su razlike između sjevernih i južnih dijelova Hrvatske. U južnim dijelovima Hrvatske znatno je niža stopa sudjelovanja u odlučivanju, manje je komunikacije i sudjelovanja u donošenju odluka itd.
- Sve žene imaju pozitivna iskustva ako su trudnoću pratile kod privatnoga ginekologa. Neke su to učinile u svojoj drugoj trudnoći, neke čak nisu ni pokušale ući u javni sustav zbog iskustava drugih žena.
- Često žene pronalaze podršku i informacije od majki, sestara, prijateljica ili žena s kojima dijele sobu u bolnici. To je čest slučaj kod prvorotkinja, posebno u vezi s dojenjem ako dijele sobu sa ženama koje su već imale iskustvo rađanja.
- Dopuštanje pratnje i odnos prema obitelji pokazao se kao vrlo važan faktor u iskustvu žena pri porođaju. Ugodan odnos i ponašanje zdravstvenih radnika i radnica prema pratnji na porođaju pozitivno utječe na iskustvo žena.
- Empatija, strpljiv i topao odnos prema ženama značajno utječu na njihovu pozitivnu percepciju porođaja neovisno o tome koliko je bilo medicinskih intervencija i/ili komplikacija.
- Žene često govore o svojim traumatičnim iskustvima jer se prema njima postupalo kao prema objektu, ignorirane su ili im se osoblje obraćalo s podsmjehom.
- Tijekom porođaja odluke koje donose liječnici često nisu komunicirane s roditeljama ili su pogrešno komunicirane, što rezultira zbunjenošću i zabrinutošću žena, gubitkom povjerenja u medicinsko osoblje, svojevrsnom pobunom i željom da odu kući itd. Često to također rezultira lošijim iskustvom porođaja.
- Kako bi izbjegle intervencije koje smatraju nepotrebnim, žene razvijaju „strategije“ koje uključuju odgađanje dolaska u bolnicu, odnosno ostanak kod kuće koliko god je moguće, prisutnost partnera u što ranijim fazama te kućni porođaj.
- Ponekad je teško retrospektivno tvrditi je li određena medicinska intervencija zaista bila nužna. Treba naglasiti da postoji određena diskrepancija između medicinske nužnosti postupaka te percepcije sudionica i sugovornica o nužnosti postupaka, no može se zaključiti da je ona rezultat loše komunikacije pružatelja i pružateljica zdravstvene skrbi s roditeljama.
- Čini se da stopa sudjelovanja i odlučivanja opada kako napreduju trudnoća i porođaj. Postoje razlike u informiranosti žena o tome što se događa, u objašnjavanju postupaka, mogućnosti izbora, ovisno o tome je li žena u predrađaonici ili rađaonici.

- U sudjelovanju tijekom donošenja odluka u trudnoći i/ili pri porođaju ispitanice najviše naglašavaju uskraćivanje informacija o alternativnim postupcima i intervencijama.
- Značajan je postotak ispitanica, gotovo 2/3, doživjelo neku vrstu intervencije tijekom porođaja bez pristanka. Najčešće se primjenjuju drip i epiziotomija, što je potvrđeno i kroz iskustva na fokus-grupama.
- Najznačajniji problem u babinjama je nedostatak podrške tijekom dojenja. Drugi čest problem je nedostatak komunikacije o tome što se događa s bebom dok je odvojena od majke.
- Za razdoblje babinja također je značajno spomenuti da žene koje su morale duže ostati u bolnici zbog komplikacija (svojih ili djetetovih) iskustvo opisuju kao traumatično.

Izveštaj možemo završiti zaključkom kako trudnice nisu bolesne pacijentice, već uglavnom zdrave žene koje dolaze roditi i kao prema svim pacijentima i pacijenticama, zdravstveni radnici i radnice moraju se prema njima odnositi s poštovanjem i pažnjom. Njihov dolazak u bolnicu nije znak bolesti, već prirodan dio životnog ciklusa. Stoga je ključno da zdravstveni radnici i radnice pruže podršku koja naglašava njihovu snagu i sposobnost, osiguravajući kod njih osjećaj poštovanja, informiranosti i uključenosti u sve odluke vezane uz porođaj.

O PROJEKTU

*RESPECT – Usmjerenost na skrb s poštovanjem za trudnice i roditelje: Unapređenje suodlučivanja i informiranog izbora na Cipru i u Hrvatskoj*¹⁶ provodi se od 1. travnja 2023. do 31. ožujka 2025. Projekt je financiran kroz program CERV-2022-DAPHNE.

Glavni cilj projekta RESPECT bio je poticanje žena na aktivnu ulogu tijekom trudnoće i porođaja te poticanje zdravstvenih radnika i radnica na pružanje aktivne podrške ženama i usvajanje standarda zdravstvene skrbi koja se temelji na poštovanju usmjerenom na ženu (engl. *women-centered*). Za postizanje tog cilja postavljeno je niz podciljeva projekta:

- utvrditi trenutnu situaciju iz perspektive zdravstvenih radnika i radnica i, naravno, na temelju iskustava samih žena (kroz strukturirani istraživački proces)
- postaviti načela, procese i standarde skrbi kroz participativan proces u partnerstvu s profesionalnom zajednicom
- razvijati potrebne vještine i kompetencije kroz obrazovne i edukativne aktivnosti usmjerene na trenutačne i buduće zdravstvene radnike i radnice te buduće majke
- postaviti visok standard kliničke prakse koji treba prepoznati i promovirati kao pravo i kao obvezu kroz podizanje društvene svijesti o pravu žena na pozitivno iskustvo rađanja.

¹⁶ Partneri projekta su Cyprus University of Technology (CUT), Birth Forward Cyprus: Birth Forward (BF), Roda – Roditelji u akciji (Hrvatska), Sveučilište u Genovi (UNIGE): Sveučilište u Genovi - DINOEMI (Odjel za neurologiju, genetiku, oftalmologiju, znanosti o majci i djetetu).

LITERATURA I IZVORI PODATAKA

1. Birth Place Lab – Measuring Respectful Maternity Care Tools: <https://www.birthplacelab.org/tools/>.
2. Molenaar J, et. al. (2018). *Needs of parents and professionals to improve shared decision-making in interprofessional maternity care practice*. 45(3):245-254.
3. Nicholls J, et. al. (2019). *Consent in pregnancy: A qualitative study of the views and experiences of women and their healthcare professionals*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 238: 132–137.
4. Person-Centered Equity Lab Birth Place Lab: <https://personcenteredequitylab.ucsf.edu/measurement>.
5. Shakibazadeh E, et al. (2018). *Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis*. BJOG 125: 932–942.
6. Službene stranice Udruge roditelja u akciji – RODA: <https://www.roda.hr/udruga/projekti/respect/>.
7. White Ribbon Alliance (2011). Respectful Maternity Care Charter.
8. Yuill C, et al. (2020). *Women's experiences of decision-making and informed choice about pregnancy and birth care: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research*. BMC pregnancy and childbirth 20 (1): 343.

IMPRESSUM

Naslov:

**Rezultati istraživanja o skrbi s poštovanjem za trudnice
i roditelje u Republici Hrvatskoj**

Autorica:

Magdalena Barešić, mag.soc.

Izdavač: Roditelji u akciji – Roda, Ulica Jurja Žerjavića 10, Zagreb

Broj izdanja: 1

Godina izdanja: 2025.



U ovoj publikaciji nalazi se prva verzija
Nacrta prijedloga plana za uvođenje
maternalne skrbi s poštovanjem u rodilišta
u Republici Hrvatskoj, a sve sljedeće verzije
bit će dostupne na stranici www.roda.hr
putem ovog QR koda:



Financirano sredstvima Europske unije. Izneseni stavovi i mišljenja su stavovi
i mišljenja autora i ne moraju se podudarati sa stavovima i mišljenjima
Europske unije ili Europske izvršne agencije za obrazovanje i kulturu (EACEA).
Ni Europska unija ni EACEA ne mogu se smatrati odgovornima za njih.
[Project: 101096681 — RESPECT — CERV-2022-DAPHNE]. Sadržaj ovog
dokumenta i izražena stajališta isključiva su odgovornost udruge Roditelji u
akciji - Roda i ne odražavaju nužno stajalište Ureda za udruge Vlade Republike
Hrvatske. Program podržava Zaklada Solidarna kroz Fond za žene u sklopu
programskih potpora za OCD-e.
Ovaj projekt sufinancira Ured za udruge Vlade RH.