Percepcija kvalitete perinatalne skrbi u bolnicama iz perspektive majki

Lukić, Rafaela

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:293439

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



DIPLOMSKI RAD br.020/SSD/2020

PERCEPCIJA KVALITETE PERINATALNE SKRBI U BOLNICAMA IZ PERSPEKTIVE MAJKI

RAFAELA LUKIĆ

Varaždin, listopad, 2020.

SVEUČILIŠTE SJEVER

SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo - menadžment u sestrinstvu



DIPLOMSKI RAD br. 020/SSD/2020

PERCEPCIJA KVALITETE PERINATALNE SKRBI U BOLNICAMA IZ PERSPEKTIVE MAJKI

Student:
Rafaela Lukić, 0996/336D

Mentor:
doc. dr. sc. Marijana Neuberg

Varaždin, listopad, 2020.

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR-42000 Varaždin

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za sestrinstvo

STUDIJ: diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu

PRISTUPNIK: Rafaela Lukić | MATIČNI BROJ: 0996/336D

DATUM: 24.06.2020 | KOLEGIJ: Vještine vođenja i organizacije rada u sestrinstvu

NASLOV RADA: Percepcija kvalitete perinatalne skrbi u bolnicama iz perspektive majki

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: Perception of the quality of perinatal care in hospitals from a mother`s perspective

MENTOR: dr.sc. Marijana Neuberg | ZVANJE: Docent

ČLANOVI POVJERENSTVA:
1. doc.dr.sc. Hrvojka Soljačić Vraneš, predsjednik
2. doc.dr.sc. Marijana Neuberg, mentor
3. doc.dr.sc. Rosana Ribić, član
4. doc.dr.sc. Tomislav Meštrović, zamjenski član
5.

Zadatak diplomskog rada

BROJ: 020/SSD/2020

OPIS

Skrb za majku i dijete je danas od neprocjenjive važnosti. Majka i dijete spadaju u najosjetljivije skupine stanovništva, te je Hrvatska kao i većina zemalja suvremenog svijeta osigurala potrebne mjere za očuvanje njihova zdravlja, u što spada i perinatalna skrb. Biološki opstanak u prvome redu ovisi o broju rođenih, a na što značajno utječe između ostalog i organiziranost zdravstvenog sustava. U diplomskom radu prikazati će se osvrt na kvalitetu perinatalne skrb u bolnicama. Ona je važan aspekt u cjelokupnoj perinatalnoj skrbi, na koju možemo utjecati u smislu stalnog poboljšanja pružanja skrbi, koja se prilagođava potrebama majke i djeteta.

Cilj rada je ispitati zadovoljstvo majki pruženom skrbi, utvrditi postoje li povezanost između zadovoljstva majki i njenim socijalnim statusom, ima li majka potrebno povjerenje u zdravstvene djelatnike...
Svrha diplomskog rada je utvrditi kvalitetu pružene perinatlne skrbi u bolnicama, što u budućnosti može biti motivacija za unaprjeđenje iste.
Citirati će se recentna literatura, a rezultati provedenog istraživanja korelirati sa sličnim u Europi i svijetu.

ZADATAK URUČEN: 02.07.2020. | POTPIS MENTORA:

SVEUČILIŠTE SJEVER

Predgovor

Zahvaljujem svojoj mentorici na usmjeravanju, savjetima i izdvojenom vremenu prilikom pisanja ovog rada.

Također želim se zahvaliti svim profesorima, mentorima i asistentima na Sveučilištu Sjever na predanom znanju kojeg sam stekla tijekom studiranja. Zahvaljujem svom osoblju Sveučilišta Sjever na ugodnoj suradnji.
Želim se posebno zahvaliti svojoj obitelji i najbližima koji su mi pružali punu i najveću podršku tijekom studiranja, također zahvaljujem svim kolegama i kolegicama na studiju tako i prijateljima koji su mi pomagali i bodrili me tijekom studija.

Sažetak

Uvod: Bolnice i druge zdravstvene ustanove temelj su pomoći oboljelima koji se nađu u nezavidnom položaju, te je vrlo važan odnos i usluga koji se pružaju svima onima kojima je to potrebno.

Cilj rada: je ispitati zadovoljstvo majki pruženom skrbi, utvrditi postoje li povezanosti između zadovoljstva majki i socijalnog statusa i ima li majka potrebno povjerenje u zdravstvene djelatnike.

Metode rada: U svrhu izrade ovoga rada kreiran je upitnik pomoću Google obrasca, te je distribuiran po cijeloj Hrvatskoj u online formatu. Podijeljen u određene grupe na društvenim mrežama čiji su članovi većinom trudnice i majke. Upitnik je anoniman i dobrovoljan, te je izrađen za potrebe istraživanja u sklopu izrade diplomskog rada. Pri provođenju istraživanja poštivana su etička načela u prikupljanju podataka, odnosno sudjelovanje u istraživanju je bilo anonimno i dobrovoljno. U istraživanju su ukupno sudjelovale 593 sudionice.

Rezultati istraživanja: Sudionice koje su sudjelovale u istraživanju ocjenjivale su svoje zadovoljstvo pruženom uslugom zdravstvene ustanove ocjenama od 1 – 5. Tako je s najnižom ocjenom 3,14 ocijenjeno zadovoljstvo higijenom prostorija, opremljenošću toaleta (topla voda, sapun, toalet papir). S najvišom ocjenom 4,18 ocijenjeno je zadovoljstvo programom "baby friendly" (dijete uz majku cijelo vrijeme). Zadovoljstvo prehranom u bolnici (kvaliteta i količina obroka) ocijenjena je s ocjenom 3,18. S ocjenom 3,26 ocijenjeno je upoznavanje s planom poroda, predstojećim procedurama i intervencijama od strane ginekologa/opstetričara. Zadovoljstvo sa savjetima i dobivenom pomoći u vezi dojenja i njege novorođenčeta u prvim danima ocijenjeno je s ocjenom 3,29. Briga, informiranje, odgovaranje na pitanja i posvećivanje vremena od strane neonatologa/pedijatra ocijenjeno je s ocjenom 3,46. S ocjenom 3,46 ocijenjeno je zadovoljstvo higijenom prostorija, učestalošću zamjene spavaćice i posteljine. Udobnost sobe, broj rodilja u sobi, namještaj i temperatura sobe ocijenjena je s ocjenom 3,5. Zadovoljstvo s pedijatrijskom sestrom u posvećivanju dovoljno vremena, pružanja potrebne informacije i davanja odgovora na sva pitanja ocijenjeno je ocjenom 3,56. Posvećivanje dovoljno vremena, pružanje potrebne informacije i davanja odgovora na sva postavljena pitanja ocijenjeno je s ocjenom 3,64. S ocjenom 3,69 ocijenjena je ljubaznost, povjerenje i razumijevanje pedijatrijske sestre za vrijeme poroda i boravka u bolnici. Zadovoljstvo odnosa, ljubaznost, povjerenje i razumijevanje od strane pedijatara/neonatologa tijekom

poroda i boravka u bolnici ocijenjeno je s ocjenom 3,71. Ocjenom 3,71 ocijenjeno je zadovoljstvo tretmanom pripreme za porod (klizma, brijanje, uzimanje zdjeličnih mjera i vaganje). Ljubaznost za vrijeme poroda i boravka u bolnici, ostvarenje odnosa povjerenja i razumijevanja od strane ginekologa/opstetričara ocijenjeno je ocjenom 3,78. Ocjenom 3,83 ocijenjeno je zadovoljstvo s procedurama tijekom prijema i otpusta iz bolnice (čekanje na otpust i prijem, administracija). Zadovoljstvo sudjelovanjem primalje tijekom cijelog poroda ocijenjeno je s 3,89. Ljubaznost, ostvarenje odnosa i razumijevanja od strane primalje ocijenjeno je s ocjenom 3,90. Ocjenom 3,97 ocijenjeno je dobivanje informacija o stanju djeteta, vlastitom stanju i viđanje djeteta odmah nakon poroda.

Zaključak: Prema istraživanju koje je provedeno vidljivo je kako se percepcija perinatalne skrbi razlikuje prema određenim varijablama. Tako je statistički dokazano kako je percepcija perinatalne skrbi u ovisnosti o stupnju obrazovanja te socijalnom statusu. Drugim riječima uviđa se kako veći stupanj obrazovanja ujedno označava i veće nezadovoljstvo perinatalnom skrbi, odnosno kako bolji socijalni status ujedno znači i veće nezadovoljstvo perinatalnom skrbi. Ono što je svakako nužno naglasiti je činjenica kako se na kvaliteti cjelokupnog zdravstvenog sustava treba raditi pa tako i na provođenju i pružanju kvalitetne perinatalne zdravstvene skrbi.

Ključne riječi: perinatalna skrb, kvaliteta, socijalni status, obrazovanje.

SUMMARY

Introduction: Hospitals and other health care facilities are the basis for helping patients who find themselves in an unenviable position, and the relationship and services provided to all those in need are very important.

The aim of this paper is to examine the satisfaction of mothers with the care provided, to determine whether there are links between maternal satisfaction and social status and whether the mother has the necessary trust in health professionals.

Methods of work: For the purpose of making this paper, a questionnaire was created using the Google form, and it was distributed in an online format. The questionnaire is anonymous and voluntary, and was developed for research purposes as part of the preparation of the thesis. The questionnaire was available during July 2020, it was distributed throughout Croatia so that it was divided into certain groups on social networks consisting of members mostly pregnant and mother. When conducting the research, it is stated that ethical measures were adhered to when collecting data, ie that consent was obtained for the research.

A total of 593 participants took part in the research. The focus is on the research of the perception of the quality of perinatal care in the Republic of Croatia.

Survey results: Participants who participated in the survey rated their satisfaction with the service provided by the health institution with scores from 1 to 5. Thus, with the lowest score of 3.14, satisfaction with room hygiene, toilet equipment (hot water, soap, toilet paper) was rated. Satisfaction with the "baby friendly" program (child with mother all the time) was rated with the highest score of 4.18. Satisfaction with hospital nutrition (quality and quantity of meals) was rated 3.18. With a score of 3.26, the introduction to the birth plan, upcoming procedures and interventions by a gynecologist / obstetrician was rated. Satisfaction with the advice and assistance received regarding breastfeeding and newborn care in the first days was rated with a score of 3.29. Care, information, answering questions and dedication of time by the neonatologist / pediatrician was rated with a score of 3.46. Satisfaction with the hygiene of the premises, the frequency of changing nightgowns and bedding was rated with a score of 3.46. Room comfort, number of mothers in the room, furniture and room temperature were rated with a score of 3.5. Satisfaction with the pediatric nurse in devoting enough time, providing the necessary information, and answering all questions was rated 3.56. Dedicating enough time, providing the necessary information and giving answers to all the questions asked was rated with a score of

3.64. With a score of 3.69, the kindness, trust and understanding of the pediatric nurse during childbirth and hospital stay was rated. Satisfaction of the relationship, kindness, trust and understanding by the pediatrician / neonatologist during childbirth and hospital stay was rated 3.71. Satisfaction with the treatment of preparation for childbirth (enema, shaving, taking pelvic measures and weighing) was rated 3.71. Kindness during childbirth and hospital stay, achieving a relationship of trust and understanding by the gynecologist / obstetrician was rated 3.78. Satisfaction with the procedures during admission and discharge from the hospital was assessed (waiting for discharge and admission, administration) Satisfaction with the participation of midwives throughout the birth was rated with 3.89. Kindness, achievement of relationship and understanding by the midwife was rated with a score of 3,90. A score of 3.97 was given to obtaining information about the child's condition, one's own condition and seeing the child immediately after birth.

Conclusion: According to the research conducted, it is evident that the perception of perinatal care differs according to certain variables. Thus, it was statistically proven that the perception of perinatal care depends on the level of education and social status. In other words, it is realized that a higher level of education also means greater dissatisfaction with perinatal care, ie that a better social status also means greater dissatisfaction with perinatal care. What is certainly necessary to emphasize is the fact that the quality of the entire health care system should be worked on, including the implementation and provision of quality perinatal health care.

Key words: perinatal care, quality, social status, level of education

Sadržaj:

1. Uvod 1

2. Porod 3

2.1. Zdravstvena njega babinjače 4

2.1.1. Razdoblje babinja 4

2.1.2. Potencijalni zdravstveni problemi u babinju 5

2.2. Sestrinska skrb 9

2.2.1. Važnost sestrinske skrbi 9

2.2.2. Prikaz sestrinske skrbi babinjača nakon vaginalnog poroda 12

2.2.3. Prikaz sestrinske skrbi babinjača nakon poroda carskim rezom 13

3. Kvaliteta zdravstvene njege i skrbi 15

3.1. Definiranje zdravstvene skrbi 15

4. Istraživanje percepcije kvalitete perinatalne skrbi u RH 17

4.1. Ciljevi i hipoteze 17
4.2. Opis uzorka 17
4.3. Opis instrumenta 17
4.4. Prikupljanje podataka 18
4.5. Statistička analiza podataka 18
4.6. Rezultati istraživanja 18
4.7. Rasprava 27

5. Zaključak 32

6. Literatura 33

7. Popis slika, tablica i grafikona 36

Prilozi 37

1. Uvod

Skrb za majku i dijete danas je od neprocjenjive važnosti. Majka i dijete spadaju u najosjetljivije skupine stanovništva, te je Hrvatska kao i većina zemalja suvremenog svijeta osigurala potrebne mjere za očuvanje njihova zdravlja u što se ubraja i perinatalna skrb. Biološki opstanak u prvome redu ovisi o broju rođenih, a na što značajno utječe između ostalog i organiziranost zdravstvenog sustava [1].

Zdravstvena zaštita trudnice i djeteta u maternici, a kasnije majke i novorođenčeta provodi se unutar zdravstvenih ustanova i to putem antenatalne, perinatalne i postnatalne zdravstvene zaštite. Antenatalna zdravstvena zaštita provodi zaštitu trudnice i ploda tijekom trudnoće. Temeljne zadaće uključuju čuvanje zdravlja trudnice tijekom trudnoće, kontinuiranost u praćenju ploda i razvoja istog i rano uočavanje nepravilnosti u trudnoći radi mogućnosti liječenja. Perinatalna zaštita nadzire i uključuje razdoblje pred kraj trudnoće i razdoblje tijekom poroda. Među temeljnim zadaćama perinatalne zaštite navodi se pružanje sveobuhvatne skrbi i pomoći rodilji u što spada adekvatan liječnički pristup trudnici ili majki, psihološka i emocionalna podrška, praćenje i kontrola općeg stanja majke i djeteta, ublažavanje bolova odgovarajućim metodama te sprječavanje infekcija i ostalih komplikacija tijekom perinatalnog razdoblja. Postnatalna skrb uključuje razdoblje babinja, tj. puerperij, koje započinje porodom posteljice, a završava u prosjeku šest tjedana nakon poroda. Babinje predstavlja intenzivno razdoblje za ženu kojeg karakterizira amenoreja, laktacija te involucija maternice. To je razdoblje prilagodbe majke na novonastalu situaciju i zahtjeva medicinski nadzor u slučaju mogućih komplikacija [1].

U diplomskom radu prikazati će se osvrt na kvalitetu perinatalne skrbi u bolnicama. Kvalitetna perinatalna zdravstvena skrb u bolnicama važan je dio perinatalne zaštite, te je to razdoblje posebno osjetljivo za majku i dijete. Sveobuhvatnom skrbi smanjujemo moguće komplikacije, rizike i neželjene događaje što pridonosi većem zadovoljstvu majki [1].

Primarno istraživanje je provedeno na temelju već postojeće literature s naglaskom na znanstvene radove i rezultate istraživanja provođenih od strane renominiranih organizacija i stručnjaka kako u Republici Hrvatskoj, tako i u svijetu.

Ovaj rad se temelji na induktivnoj metodi putem koje su formirani zaključci na temelju činjenica i spoznaja. Navedenom metodom predviđeni su i novi događaji.

Putem analize prikupljeni su podaci koji omogućavaju uočavanje, otkrivanje i izučavanje znanstvene istine u svrhu formiranja jedinstvenog zaključka. Putem sinteze podaci su povezani u misaone cjeline. Deskripcijom je izvršeno opisivanje fenomena iz postojeće literature.

Rad se sastoji od nekoliko temeljnih poglavlja koja se dalje granaju u svoja potpoglavlja kako bi se tema razradila. Istraživanje govori o trenutnom stanju percepcije zadovoljstva pruženom skrbi i o njihovom zadovoljstvu tijekom boravka u rodilištu, što se u zaključku izdvaja s najbitnijim spoznajama do kojih se došlo tijekom izrade ovog rada.

2. Porod

Kada se radi o perinatalnoj skrbi najprije je potrebno definirati pojam poroda, odnosno porođajnih doba. Ukupno postoje tri temeljna stadija poroda [1]. Prvo porođajno doba predstavlja proces u kojem započinju trudovi, a završava kompletnim otvaranjem cerviksa koje iznosi deset centimetara. Važno je naglasiti kako se prvo porođajno doba sastoji od ukupno dva razdoblja. Prvo razdoblje odnosi se na latentno razdoblje, riječ je o razdoblju gdje stezanja maternice postaju sve jača, vrat maternice se stanjuje i otvara. Postepeno te progresivno dolazi do usklađivanja stezanja, a samim time i neugodnost stezanja je manja dok cerviks nestaje, te se širi do četiri centimetra. Ovo vremensko razdoblje je vrlo teško odrediti. Uobičajeno kod nulipara latentno razdoblje traje u prosjeku osam i pol sati dok kod multipara u prosjeku traje do pet sati. U prvom porođajnom dobu postoji i drugo razdoblje, odnosno aktivno razdoblje. Naime, aktivno razdoblje predstavlja razdoblje unutar kojeg dolazi do potpunog otvaranja cerviksa. Ujedno se kod ovog razdoblja događa da se predležeća čest obično glavica spušta u samu zdjelicu. Ako se radi o nulipari ovo razdoblje u prosjeku traje u rasponu od pet do sedam sati. S druge strane kod multipara navedeno razdoblje u prosjeku traje kraće od dva do četiri sata [1].

Gledajući samo otvaranje cerviksa, navodi se kako bi se cerviks trebao u prosjeku otvarati brzinom od 1 do 2 centimetra po satu. U ovom se razdoblju ginekološki pregled u prosjeku obavlja svaka dva do tri sata radi procjene napredovanja poroda. Što se tiče napredovanja prilikom otvaranja, odnosno procesa koji uključuje spuštanje predležeće česti, nenapredovanje trudnoće može ukazivati i na distociju. Ukoliko ne dođe do spontanog pucanja vodenjaka tada je potrebno učiniti postupak amniotomije. Nakon što je ovaj postupak izvršen tada dolazi i do bržeg napredovanja poroda. Ujedno na ovaj način moguće je brže otkriti postoji li mekonijska plodova voda [2].

Drugo porođajno doba predstavlja razdoblje u kojemu dolazi do potpunog otvaranja cerviksa, a završava porodom djeteta. Ako se promatra prosječno trajanje ovog razdoblja, kod nulipara navedeno traje u prosjeku dva sata dok kod multipara jedan sat [2].

Ukoliko je došlo do primjenjivanja epiduralne analgezije ili pak određene jake sedacije opijatima, navodi se kako tada porod može trajati čak i sat vremena duže, nego li je bilo predviđeno [2]. Posljednje, treće porođajno doba započinje nakon

poroda djeteta, a porodom posteljice završava i traje samo nekoliko minuta. Uobičajena je podjela trajanja poroda na tri doba, međutim radi visokog rizika od komplikacija neposredno nakon poroda posteljice, rodilja se nadzire preventivno dva sata nakon poroda te se to smatra četvrtim porodnim dobom [2].

2.1. Zdravstvena njega babinjače

Zdravstvena njega i skrb prije svega mora biti usmjerena na babinjaču, a kao takva mora biti kvalitetna i sveobuhvatna. Samo tako mogu se zadovoljiti sve potrebe babinjače kako bi rezultati liječenja i završetak babinja protekli bez komplikacija ili s minimalnim mogućim komplikacijama. Zdravstvena njega babinjače uvijek započinje procjenom stanja, zatim se individualiziranim pristupom planira i provodi njega u svrhu očuvanja i unaprjeđenja zdravlja i sprječavanja bolesti. Ona je neizostavan dio skrbi babinjače, jer nepravilno pružena zdravstvena njega povećava rizik nastanka komplikacija i neželjenih događaja [1].

2.1.1. Razdoblje babinja

Kada se radi o postpartalnom razdoblju govori se o babinju, odnosno puerperiju. Riječ je o razdoblju koje kao takvo podrazumijeva proces koji započinje dva sata nakon poroda, a u konačnici obuhvaća razdoblje od šest tjedana nakon poroda. Drugim riječima, ono završava četrdeset dana nakon poroda. U razdoblju babinja organizam babinjače treba se vratiti u početno stanje, tj. u stanje koje je bilo prije same trudnoće. U ovom razdoblju, žena se naziva babinjačom ili puerperom [1].

Unutar ovog razdoblja postpartalna skrb je usmjerena na nadzor babinjače, tj. provođenje kontrolnih pregleda kako za vrijeme boravka unutar rodilišta tako i u vremenu nakon što je zabilježen izlazak iz rodilišta. U ovom razdoblju obavezan je i poseban ginekološki kontrolni pregled koji se provodi šest tjedana nakon poroda [3].

U postpartalnu skrb uključen je i nadzor babinjače kod kuće. Radi se o nadzoru koji se provodi kroz patronažnu zdravstvenu zaštitu. Patronažna sestra prati i nadzire babinjaču u njenom domu te planira kućne posjete prema individualnoj procjeni odnosno prema potrebama majke. Procjenu donosi na temelju općih informacija koje se odnose na babinjaču, kao i na temelju određenih anamnestičkih podataka, tjelesnog procjenjivanja, procjenjivanja stila života te psihosocijalne procjene.

Anamnestički podaci se odnose na sve one podatke koji su vezani uz zdravstveno stanje tijekom cjelokupne trudnoće, tijek iste, stanje tijekom boravka u rodilištu i stanje nakon poroda [3]. Patronažna sestra educira majku o tijeku babinja, provodi zdravstveni odgoj, pruža psihološku i emocionalnu potporu babinjači. Upravo iz tih razloga je vidljivo kako prilikom otpusta majke iz rodilišta veliku ulogu preuzima patronažna sestra, tj. patronažna zdravstvena zaštita [3]. Patronažna zdravstvena zaštita, osim što je usmjerena prema dobrobitima majke, usmjerena je i na dobrobit novorođenčeta čiji rast i razvoj prati sve do adolescencije. Patronažna sestra započinje edukaciju i zdravstveni odgoj majke već za vrijeme trajanja trudnoće kako bi majka bila pripremljena i spremna za tijek trudnoće, porod i majčinstvo [3].

2.1.2. Potencijalni zdravstveni problemi u babinju

Kada je riječ o oporavku u postpartalnom periodu, jasno je kako isti uvelike ovisi o samoj vrsti, tj. o težini samog poroda. U tom periodu sestrinska skrb je usmjerena na educiranje majki kako bi majka pravovremeno prepoznavala i uspostavila normalnu funkciju pojedinih organskih sustava, odnosno kako bi na vrijeme prepoznala znakove bilo kakvih komplikacija koje se mogu javiti u tom razdoblju. Isto tako, medicinska sestra vrši edukacije o procesu dojenja, o poteškoćama koje se javljaju tijekom dojenja i načinima njihovog ublažavanja ili potpunog izbjegavanja. Edukacija se provodi s ciljem stjecanja samopouzdanja i znanja babinjače u svrhu uspješnog dojenja i spriječavanja komplikacija koje se mogu razviti tijekom babinja. Pomoć i potpora medicinske sestre u ovom razdoblju predstavlja veliku važnost za babinjaču [3].

Ovo razdoblje je obilježeno različitim involucijskim procesima, odnosno postupkom zacjeljivanja rana, početkom i održavanjem, te ponovnim uspostavljanjem ovarijske funkcije. Ovi procesi su svakako najintenzivniji unutar samog uterusa. Naime, nakon poroda uterus teži u prosjeku 1000 grama dok se kroz razdoblje babinja ponovno vraća na svoju početnu težinu od svega 50 grama. Involucijski procesi se ujedno očituju i na mišićima zdjeličnog dna, tj. same trbušne stijenke, kao i mokraćnog mjehura i crijeva. Nakon poroda posteljice dolazi do pada razine hormona koji su vezani uz trudnoću, posljedično tome žena se osjeća umornom i pospanom [3]. Nekoliko sati nakon poroda javlja se ponovna bol koja je posljedica trudova u babinju. Riječ je o spontano ritmičkim kontrakcijama, tj. kontrakcije se

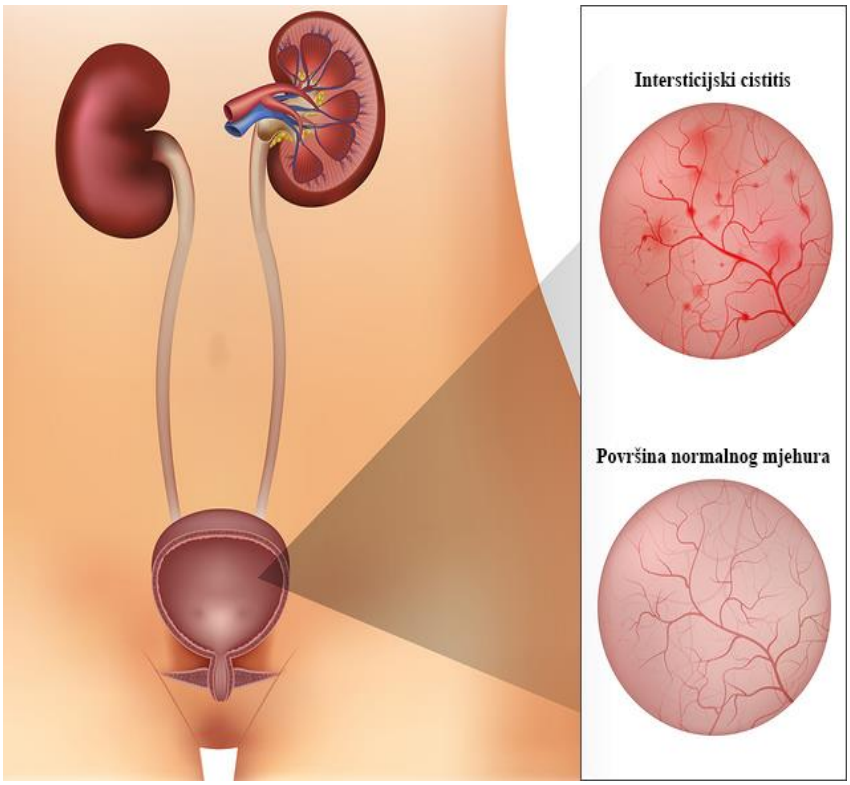
osjećaju kao svojevrsni podražajni trudovi. Važno je istaknuti da te kontrakcije mogu trajati četiri do pet dana nakon poroda. Kod spomenutih kontrakcija uviđa se ponovno tvrd i napet uterus [3].

Prilikom poroda moguće je pojavljivanje spontanih ili pojedinih ritmičkih kontrakcija koje se kod primjerice prvorotkinja neće niti osjetiti, dok će ih višerotkinje opisati kao neugodne bolove. Navodi se kako su podražajni trudovi zapravo dio trudova koji se vežu uz dojenje kod babinjača, odnosno babinjače ih navode kao određene bolove. Oksitocin u tom segmentu izaziva kontrakciju mliječnih žlijezda, a ujedno i uterusa [3].

Već drugog dana dolazi do formacije vrata maternice, a trećeg dana je vidljivo i formiranje portio vaginalis uteri, tj. egzocerviksa. U narednom razdoblju, od osmog do desetog dana, moguće je uočiti i proces potpunog formiranja cerviksa, no naglašava se kako je cervikalni kanal i dalje dovoljno prohodan za lohije [4]. Zbog svega navedenog, zdravstvena skrb babinjače zapravo je usmjerena na procese njege unutar bolnice nakon poroda, a ujedno i na procese njege u pospartalnom razdoblju koje se vrši od strane medicinske sestre. Vidljivo je kako se sama profesija medicinske sestre prije svega utemeljuje na određenoj spremnosti reagiranja, stečenome znanju, stručnosti i dobroj namjeri njege. Već je navedeno kako se u puerperiju mogu javiti brojne komplikacije. Upravo je unutar ovog razdoblja, rodilja uslijed brojnih promjena, izložena različitim bolestima. Njezin imunološki sustav nije u ravnoteži, a samo područje maternice je vrlo ranjivo. Što se tiče puerperalnih bolesti, radi se konkretno o bolestima koje se javljaju u prvim danima nakon što je uslijedio porođaj, odnosno najčešće u prvih nekoliko tjedana. To su stanja koja se mogu na direktan ili na indirektan način povezani s porođajem, tj. najčešće bolesti koje su povezane s porođajnim organima, odnosno s različitim deficitarnim bolestima, različitim toksikozama i neurozama. Kada se radi o nekim od najučestalijih komplikacija, tada se može govoriti o zaostalim dijelovima posteljice, cistitisu, puerperalnom mastitisu, endometritisu, tromboflebitisu ili pak puerperalnoj sepsi. Jedan od navedenih problema jest zaostala posteljica što je posebna postporođajna komplikacija, a učestalost navedene događa se u 0,2% slučajeva, a uzrok zaostale posteljice može biti inkarceracija posteljice, spazam cervikalnog ušća, prirasle posteljice, placentarna invazivna loša placentacija, zatim srasle i urasle posteljice. Dijelovi posteljice koji su zaostali sprječavaju cijeljenje endometrija što prolongira krvarenje i samim time se povećava rizik od nastanka infekcija [5]. Od simptoma

moguće je uočiti najprije iscjedak koji je iznimno neugodnog mirisa. Pojava temperature također je jedan od učestalih znakova, kao i jako krvarenje koje može trajati dulje od deset dana. Sukladno navedenom, medicinska sestra usmjerena je na edukaciju babinjače, kako bi se ona mogla pravovremeno javiti liječniku ako uoči jedan od spomenutih simptoma [5].

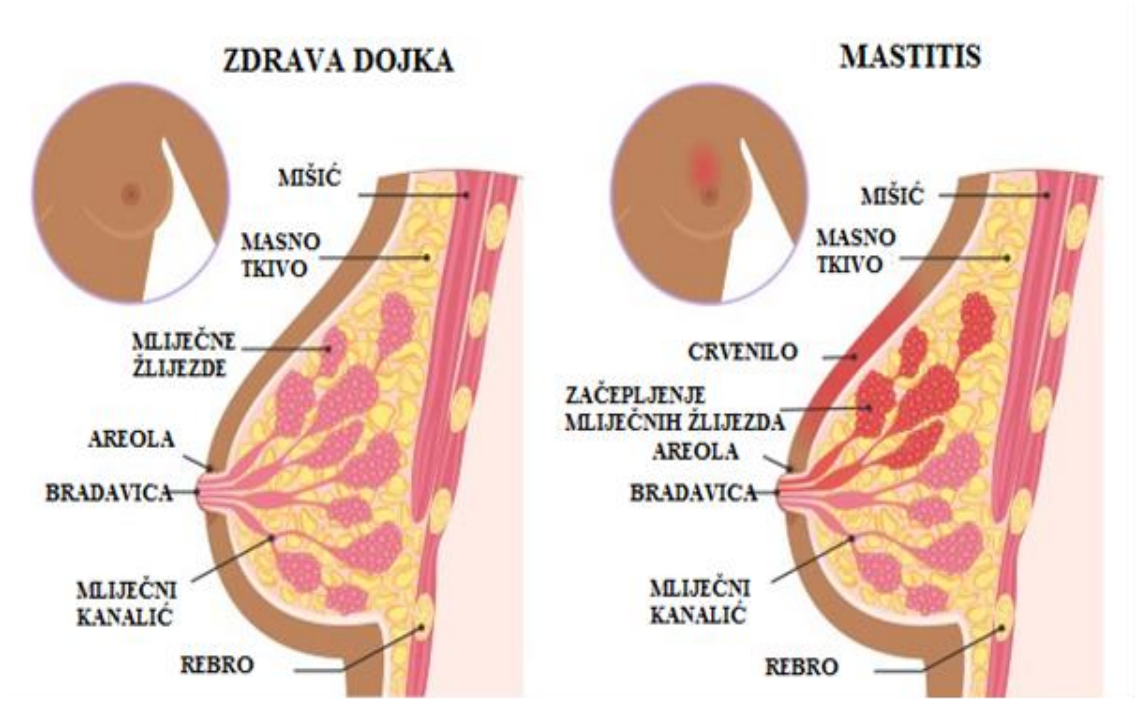
Druga komplikacija koju je moguće istaknuti jest upala mokraćnog mjehura (lat. Cystitisa). Bakterije koje se nalaze unutar vagine mogu putovati dalje kroz uretru, a potom u mjehur. Prikaz upale mokraćnog mjehura vidljiv je na slikovnom prikazu 2.1.2.1. Moguće je istaknuti neke specifične simptome kao što su izrazito bolno i učestalo mokrenje, zamućenje mokraće i povišena tjelesna temperatura. Promatrajući načine liječenja navodi se kako se ova komplikacija liječi putem uporabe određenih vrsta antibiotika koje se primjenjuju na temelju rezultata antibiograma [6].



Slika 2.1.2.1 Cystitis

Izvor: https://www.starclinic.org/content/intersitial-cystitis (preuzeto 25.08.2020.)

Sljedeća komplikacija, koja je isto tako česta, jest pojava puerperalnog mastitisa. Riječ je o vrlo bolnom upalnom procesu koji se odvija u dojci. Naime, simptomi koji se ovdje mogu javiti uključuju simptome osjetljivosti dojke, bola te otoka na dojci. Dojka boli na sam dodir, a može se pojaviti i iznimno visoka temperatura. Ovdje se također liječenje odvija na temelju primjene različitih antibiotika koje propisuje liječnik [7]. Prikaz mastitisa moguće je vidjeti na sljedećem slikovnom prikazu 2.1.2.2 gdje je vidljiva razlika između zdrave dojke i dojke u kojoj se odvija upalni proces.



Slika 2.1.2.2 Mastitis

Izvor: https://www.whattoexpect.com/mastitis.aspx (preuzeto 25.08.2020.)

Još jedna potencijalna komplikacija u razdoblju babinja je puerperalni endometritis. Ovo se oboljenje najčešće javlja nakon porođaja ili nakon abortusa. Riječ je o vrsti infekcije maternice koja je uzrokovana bakterijama koje proizlaze iz donjeg dijela spolnog sustava. Postoji nekoliko simptoma koji ukazuju na postojanje navedene infekcije. Prije svega to je vrlo jaka osjetljivost, bol koja se javlja unutar trbuha, povišena tjelesna temperatura i ne tako česta pojava iscjetka. Infekcija se javlja u čak 1 do 3% normalnih poroda, a liječi se primjenom antibiotika [7].

Od drugih komplikacija nužno je istaknuti i tromboflebitis kojeg karakterizira upala i stvaranje ugrušaka u površinskim venama. Tromboflebitis je proces koji nastaje na

spontan način ili se pojavljuje kao određena komplikacija medicinske ili pak kirurške intervencije. Što se tiče samog nastanka ove komplikacije, isti je moguće povezati uz nepokretnost ili pak uz neko određeno stanje nakon operacije. Važno je istaknuti kako uzročnik ovog stanja može ujedno biti i sama trudnoća. Tromboflebitis se manifestira lokaliziranom boli, oticanjem te crvenilom kože iznad upalom zahvaćene vene koja se vrlo brzo razvija. Koža ovog područja postaje topla, a s obzirom na to da je krv u veni zgrušana, vena se može pod kožom napipati kao tvrda žica. Bitno je napomenuti kako pojedine terapijske procedure mogu na neki način smanjiti samu incidenciju plućne embolije te u konačnici i smanjiti pojavu potencijalnog smrtnog ishoda [8].

Komplikacija koja se može pojaviti je i puerperalna sepsa koja je jedan od najtežih oblika infekcija. Što se tiče samog izvora navedene infekcije ista se veže uz mikroorganizme koji se nalaze u spolnim organima te se kasnije mogu razmnožavati u samoj krvi žene. Simptomi puerperalne sepse jesu tresavica, iznimno visoka temperatura, opće loše stanje i promjene u krvnoj slici. Liječenje puerperalne sepse vrši se primjenom antibiotika prema nalazu antibiograma [7].

Kod spomenutih komplikacija iznimno je važno provoditi kvalitetnu i pravilnu zdravstvenu skrb za babinjaču.

2.2. Sestrinska skrb

Nakon što su prikazane različite potencijalne komplikacije koje se mogu javiti u razdoblju babinja, potrebno je posvetiti pažnju na činjenici važnosti provođenja adekvatne zdravstvene skrbi, odnosno razlike u pristupu kod vaginalnog poroda te kod poroda carskim rezom.

2.2.1. Važnost sestrinske skrbi

Kada se govori o temeljnom zadatku medicinskog osoblja tada je potrebno naglasiti kako navedeni uključuju sljedeće procese [8]:

- Proces provođenja njege babinjače
- Proces u kojem se usmjerenost postavlja na primjenjivanje terapije
- Proces izravnog načina sudjelovanja prilikom provođenja dijagnosticiranja
- Promatranje općeg stanja babinjače

- Usmjerenost prema učinkovitom prepoznavanju svih potencijalnih alarmantnih stanja
- Usmjerenost prema pružanju stručne i adekvatne skrbi
- Zdravstveni odgoj

Organizirana sestrinska skrb predstavlja tip skrbi koja uključuje cjelokupnu koordiniranost aktivnosti s ciljem pružanja kvalitetne njege samih zaposlenika. Naime, kako bi se navedeni oblik skrbi mogao provoditi, nužno je imati prije svega obrazovano i kvalitetno medicinsko osoblje koje posjeduje stručne kompetencije. Njega i briga za babinjaču predstavlja osnovni i temeljni zadatak medicinske sestre. Nadalje, naglašava se kako sveobuhvatna skrb za babinjaču podrazumijeva zadovoljavanje svih fizioloških potreba uz emocionalnu potporu [7].

Medicinsko osoblje je zaduženo i za pružanje psihološke potpore babinjači, kao i osiguravanje provođenja kvalitetne komunikacije. Medicinska sestra vrši kontrolu svih vitalnih znakova babinjače te praćenje tehnika dojenja i dojke [9].

Medicinska sestra treba davati savjete koji su vezani uz prehranu, praćenje i uspostavljanje procesa mokrenja, defekacije, poticanju što ranijeg ustajanja iz kreveta i pružanju potrebne pomoći prilikom obavljanja osobne higijene. Sestra treba pacijenticu savjetovati i poticati je na uspostavljanje laktacije i zajedničkog životnog ritma koji se odnosi na vrijeme dojenja i spavanja. Vidljiva je važna uloga medicinskih sestara u pružanju skrbi jer su upravo medicinske sestre te koje ženama daju osjećaj sigurnosti. Ovim se putem doprinosi samome zdravlju žena i osnaživanju zajednice [3].

Medicinske sestre predstavljaju poseban profil zdravstvenih djelatnika kojima je zadatak pravilno provoditi adekvatnu sestrinsku skrb, odnosno zdravstvenu njegu.

Potrebno je voditi računa o svim verbalnim i neverbalnim znakovima pri provođenju komunikacijskog procesa. Naime, nužno je uspostaviti kvalitetnu komunikaciju s babinjačom kako bi se uklonile sve nedoumice i strahovi prisutni kod iste. Plan zdravstvene njege i provođenje intervencija individualno je prilagođeno svakoj babinjači u skladu s njezinim potrebama i mogućnostima. Na ovaj način provodi se mogućnost ostvarenja svih potrebnih uvjeta koji su nužni za kvalitetno i kontinuirano vršenje zdravstvene skrbi [7].

Nadalje se navodi kako sama fizička priprema pacijentice predstavlja pripremu koja kao takva obuhvaća nekolicinu bitnih segmenata. Ovdje se prije svega radi o

pretragama, odnosno o činjenici provođenja što adekvatnije prehrane, proučavanju same pacijentice te provođenju općih priprema ako se primjerice radi o određenim operativnim zahvatima kao što je carski rez. U navedenom kontekstu dolazi i do provođenja pretraga koje će kao takve omogućiti vršenje procjene općeg stanja radi same anestezije [13].

Važno je napomenuti kako se pri svakodnevnoj njezi provodi mjerenje tjelesne temperature, krvnog tlaka, saturacije i drugih parametara. Medicinska sestra uz navedeno, prema uputama ginekologa obavlja i hematološke pretrage krvi kao što su KG, Rh faktor i drugi parametri, u svrhu praćenja općeg stanja babinjače [8].

Osim navedenih priprema, važna je i psihološka priprema koja predstavlja jedinstven proces pružanja pomoći babinjači koji omogućuje bolju suradnju babinjače s medicinskim osobljem, smanjuje neizvjesnost babinjače i potiče prihvaćanje nove situacije. Ovdje se medicinsko osoblje usmjerava na pojašnjenje i davanje svih potrebnih informacija o stanju s ciljem smirivanja babinjače. Na temelju kvalitetno provedene psihološke pripreme dolazi do ublažavanja straha i smanjenja zabrinutosti same pacijentice. Isto tako nužno se usmjeriti na provođenje korisnih ciljeva kako bi se u konačnici poboljšala sama učinkovitost provođenja cjelokupnog tretmana. Na ovaj način se pacijentica rješava nakupljenog stresa te se pravilno suočava sa situacijom u kojoj se nalazi [14].

Pacijentica je informirana, te kod navedene postoji daleko manje dvojbi nego primjerice kod pacijentice kojoj nije pružena adekvatna psihološka potpora. Isto tako vrlo bitnu ulogu imaju i primalje s obzirom da su navedene zadužene za procese zbrinjavanja pacijentice prije, odnosno tijekom i nakon samog porođaja. U takvom procesu iznimno je bitno cijelo vrijeme pratiti stanje pacijentice. Prate se vrijednosti krvnog tlaka, disanja i tjelesna temperatura. Sve navedeno provodi se s ciljem ranijeg uočavanja potencijalnih komplikacija koje se mogu javiti usred zahvata [11].

Jasno je kako je kvalitetna njega prije svega usmjerena prema stvaranju partnerskog odnosa s trudnicom. Ovdje je nužno prikupiti apsolutno sve potrebne informacije koje bi mogle imati određenu važnost za porođaj, a potom kasnije i za potencijalno javljanje nekih komplikacija. Pri uspostavljanju kontakta prema pacijentici važno je pristupiti i komunicirati na vrlo razumljiv način te je potrebno osigurati kvalitetnu i cjelovitu komunikaciju [12].

2.2.2. Prikaz sestrinske skrbi babinjača nakon vaginalnog poroda

Već je navedeno kako sama zdravstvena skrb babinjače započinje još u rodilištu. Naglašava se kako se procjena stanja babinjače mora odvijati svakih petnaest minuta, tj. jedan do dva sata nakon što je porođaj gotov. Ako ne postoje problemi nakon porođaja tada se procjena stanja može odvijati u vremenskim intervalima koji su u prosjeku svakih osam sati [15].

Naime, ono što se prati prije svega su vitalni znakovi. Prvih šest do deset dana moguće je uočiti laganu bradikardiju i to od 50 do 70 otkucaja u minuti. Kasnije će se ista povećati na 60 do 90 otkucaja u minuti. Što se tiče same frekvencije disanja navedena iznosi 16 do 24 udisaja u minuti dok je prosječna tjelesna temperatura prvih dana u prosjeku 37˚C. U narednom periodu dolazi i do laganog procesa nadolaženja mlijeka, a ujedno i do nešto blažeg povećanja temperature. Medicinska sestra mora prijaviti onu tjelesnu temperaturu koja je viša od 38˚C. Ujedno, medicinska sestra dužna je prijaviti svaku potencijalnu promjenu pulsa, odnosno ako dođe do pojavnosti abnormalnog pulsa te abnormalnog disanja. Što se tiče vaginalnog poroda, nakon navedenog važno je provjeravanje fundusa gdje je pažnja usmjerena na čvrstoću, visinu i na sam položaj [14].

Potrebno je promatrati i homeostatsko postignuće, perineum, lohije, fundus te status mokraćnog mjehura i probave. Kod dojki prati se laktacija, boja dojke te bilo kakva uočljiva potencijalna odstupanja [15]. Promatrajući lohije nužno je obratiti pažnju na boju lohija, na količinu, miris te na prisutnost ugrušaka koji se mogu pojaviti. Prilikom provjeravanja međice treba promatrati postoje li edemi ili hematomi. Ukoliko je provedena epiziotomija tada je nužno provjeravati stanje rane. Ovdje se koristi i REED akronim (uvid u zacjeljivanje rane). Nužno je provjeriti postoje li hemoroidi ili pak neki drugi stupanj neudobnosti. Isto tako važno je praćenje stanja mokraćnog mjehura gdje se vodi računa o količini mokraće te njenom izlučivanju, postoji li možda kakva bol ili pečenje pri mokrenju. Što se tiče dojki, promatra se postoje li znakovi upale dojke, postoje li zapreke u dojenju u smislu uvučenih bradavica te na koji način bi se trebalo uspostaviti dojenje. Što se tiče samih crijeva nadzor je usmjeren prema određivanju stupnja nadutosti te vrši li se defekacija adekvatno [7].

Ako babinjača navodi da ima bol, navedenu je nužno lokalizirati kako bi se utvrdilo kojeg je karaktera. Ujedno je nužno uočiti učestalost pojavnosti boli te potencijalno koristiti metode ublažavanja boli prema dogovoru s liječnikom [13].

Također, osim spomenutog nužno je pratiti i zdravstveno stanje babinjače gdje se promatra emocionalno stanje, tj. prati se uključivanje obitelji, postoje li znakovi depresije, interesira li se za novorođenče, postoji li kontakt očima i dodirom te ima li sposobnost odgovora i reagiranja na plač djeteta [10].

2.2.3. Prikaz sestrinske skrbi babinjača nakon poroda carskim rezom

Oporavak nakon poroda carskim rezom svakako je dulji i teži u odnosu na porod koji se odvio vaginalnim putem. Carski rez je zahvat koji obuhvaća kirurško otvaranje prednje trbušne stijenke i maternice kako bi se izvadilo dijete iz maternice. Kod ovog oblika poroda postoji daleko više potencijalnih opasnosti koje se mogu javiti. Kako bi se smanjio rizik za razvoj komplikacija nakon operativnog zahvata, potrebno je provoditi adekvatnu sestrinsku skrb, koja uz sva pravila asepse i antisepse sadrži i druge važne aspekte u njezi i skrbi oko babinjače [3]

U tom kontekstu medicinska sestra koristi takozvanu skalu boli s pomoću koje dolazi do potrebnih informacija o intenzitetu boli kojima se potom služi za pružanje adekvatne skrbi rodilji. Skala služi kako bi se detektirala razina boli koja se javlja prije i nakon intervencije. Ovim se načinom ocjenjuje i subjektivan doživljaj boli što je izrazito važno kako bi se pružila adekvatna potpora rodilji [16]. Osim ublaživanja boli, važno je poticati babinjaču da često mijenja položaj, ako je to potrebno, tijelo i ekstremitete je nužno poduprijeti jastukom. Na ovaj način moguće je smanjiti iznimno neugodan pritisak. Ovaj pritisak se javlja nakon dugotrajnog zauzimanja istog položaja. Potrebno je mijenjati položaj kako bi se omogućilo oslobađanje potencijalnog sekreta iz pluća. Isto tako medicinska sestra savjetuje babinjaču na koji način može koristiti mali jastučić pomoću kojeg pritišće ranu tijekom okretanja ili pak tijekom kašljanja. S ciljem pridržavanja te smanjenja osjeta boli [16].

Medicinska sestra je zadužena i za primjenu ordinirane analgezije, odnosno primjenu terapije prema potrebama i intenzitetu boli prisutne kod babinjače. Važno je naglasiti kako se na vrijeme moraju mijenjati zavoji i provoditi drenaža. Ukoliko se javi crvena boja navedena upućuje na postojanje krvarenja koje se zapravo ne bi smjelo

nikako povećavati. Ako dođe do pojave neugodnog mirisa isti predstavlja vrlo jasan znak da je nastupila infekcija [16].

Što se tiče tjelesne temperature ista se mora mjeriti svaka četiri sata, a svaka temperatura koja je preko 38˚C, 24 sata nakon poroda će se povezati s nastankom infekcije. Medicinska sestra mora informirati i educirati pacijenticu o potrebnome vremenu zacjeljivanja rane, odnosno o izgledu rane te o njezinoj njezi [12].

Nadalje se ističe kako medicinska sestra mora savjetovati babinjaču o načinima kako se pravilno tuširati te koje znakove mora pratiti i kada se treba javiti liječniku. U tom kontekstu babinjača uči razlikovati ono što je uobičajeno od onog što nije, odnosno uči prepoznati znakove mogućih komplikacija [12].

Isto tako usmjerava babinjaču na redovite kontrole, educira je o važnosti redovitih ginekoloških pregleda u svrhu praćenja zdravstvenog stanja i njezinog napretka, tj. kako bi se na vrijeme mogle prepoznati i riješiti bilo kakve komplikacije [12].

3. Kvaliteta zdravstvene njege i skrbi

Sama zdravstvena skrb prije svega se posvećuje pacijentici, a mora biti kvalitetna i cjelovita kako bi mogla zadovoljiti sve njene potrebe i imati dobar ishod liječenja.

3.1. Definiranje zdravstvene skrbi

Kada se govori o brizi i skrbi za pacijenta, navodi se kako je temeljna svrha postizanje zdravlja. U svemu tome medicinske sestre imaju veliku ulogu budući da su konstantno prisutne uz pacijentice i babinjače, prate njihovo psihičko i fizičko opće stanje od početka prijema u rodilište pa sve do otpusta, te uvelike pridonose njihovom oporavku.

Ovdje su istaknuti zadaci medicinskog osoblja [18]:

- Provođenje njege pacijenata
- Primjenjivanje adekvatne terapije
- Sudjelovanje u dijagnostici
- Promatranje stanja pacijenata
- Uočavanje alarmantnih stanja
- Pružanje prve pomoći
- Psihološka podrška

Naime, njega i briga za pacijenticu, predstavlja temeljni zadatak medicinskog osoblja. Iz navedenog razloga pacijentima je potrebno pružiti adekvatnu skrb koja kao takva uključuje razne čimbenike od fizioloških pa sve do psiholoških. Naime, nužna je svaka vrsta potpore i komunikacije [17].

Kvalitetu, sigurnost te slijedivost zdravstvenih postupaka omogućuje zdravstvena njega, postojeća medicinsko - tehnička dostignuća te priznati standardi liječenja. Svaki plan zdravstvene njege će se individualizirati prema samom pacijentu, u ovom slučaju babinjači. Babinjača je ta koja se smatra temeljnim partnerom prilikom procesa odlučivanja o zdravstvenoj njezi te prilikom provođenja iste. Prilikom planiranja i provođenja zdravstvene njege pruža se individualna i kontinuirana njega. Kvaliteta same njege, odnosa između pacijentice i medicinskog osoblja, uspješnost suradnje tumačit će se kao kvalitetna zdravstvena njega [17].

Da bi zdravstvena njega babinjače bila cjelovita i kvalitetna prvo se moraju utvrditi prioriteti. Utvrđivanje prioriteta zajednička je radnja babinjače i medicinske sestre, pri čemu medicinska sestra koristi svoje stečeno znanje i iskustvo, a babinjača se koristi subjektivnom percepcijom vlastitog stanja. Pri utvrđivanju prioriteta od velikog je značaja mišljenje babinjače, naravno ukoliko to mišljenje nije suprotno medicinskim smjernicama i postupcima. Takav pristup odraz je stručnosti medicinskog kadra, a ujedno doprinosi osjećaju sigurnosti i psihičke stabilnosti babinjače. Nakon što se utvrdi redoslijed prioriteta, definiraju se ciljevi koji su usmjereni ka ublažavanju tegoba i riješavanju problema. Prema postavljenim ciljevima medicinska sestra planira intervencije koje djelimo na tri vrste [17]:

- Izravna fizička pomoć (pomoć pri obavljanju osobne higijene, prilagodba okoline babinjači…)
- Usmjeravanje, vođenje, motiviranje i osiguravanje socijalne podrške (upoznati je s mogućnostima koje ima, omogućiti komunikaciju s najbližima…)
- Edukacija i savjetovanje (upoznavanje babinjače s tijekom poroda, savjetovanje o tehnikama ublažavanja tegoba…)

Intervencije medicinske sestre trebaju biti utemeljene na znanju, prilagođene svakoj babinjači individualno, sa što manje neželjenih događaja. Odabir intervencija se mora bazirati na iskustvu, provjerenim spoznajama i rezultatima istraživanja. Sve intervencije su usmjerene prema zadovoljenju ljudskih potreba, koje je Abraham Maslow podjelio prema pravilima koje objašnjava hijerarhijom motiva. Opisao je pet skupina ljudskih potreba, koje su zajednički svim ljudima pa tako i babinjačama, a to su fiziološke potrebe, potrebe za sigurnošću, afilijativne potrebe, zatim potrebe za samopoštovanjem i samoaktualizacijom. Prema njegovoj hijerarhiji, ljudske potrebe na nižoj razini su najneophodnije, međutim da bi čovjek bio zadovoljan moraju se zadovoljiti sve nabrojane potrebe. Iz navedenoga spoznajemo da je nužan psihološki pristup koji zahtjeva iskustvo i stručna znanja, što dovodi do kvalitetnog individualiziranog pristupa i doprinosi osjećaju sigurnosti, povećava samopouzdanje i motivira babinjaču. Svaka medicinska sestra je dužna učiti kroz svoj radni vijek, potrebna znanja stječe iskustvom, kontinuiranim proučavanjem dostupne literature, zatim praćenjem novih spoznaja i istraživanja vezanih uz sestrinsku profesiju [17].

4. Istraživanje percepcije kvalitete perinatalne skrbi u RH

U nastavku rada prikazuju se ciljevi rada, postavljene hipoteze, opis sudionika uključenih u istraživanje, metode prikupljanja i obrade podataka koji su dobiveni temeljem upitnika koji je proslijeđen majkama na području cijele Republike Hrvatske.

4.1. Ciljevi i hipoteze

Temeljni cilj rada je utvrđivanje čimbenika koji utječu na percepciju kvalitete perinatalne skrbi u Republici Hrvatskoj. U tom kontekstu postavljaju se sljedeće hipoteze:

H1: Majke s višim socijalnim statusom nisu zadovoljne s perinatalnom skrbi u rodilištu.

H2: Majke s višim stupnjem obrazovanja nisu zadovoljne s perinatalnom skrbi u rodilištu.

4.2. Opis uzorka

Uzorak istraživanja čine 593 žene (majke) na području cijele Hrvatske. Tijekom provođenja istraživanja nije moguće saznati udio osoba koje su prihvatile ili odbile sudjelovanje u istraživanju zbog načina provođenja istog pomoću društvenih mreža. Kriterij je bio da su sudionice majke koje žive na području RH.

4.3. Opis instrumenta

U svrhu izrade ovoga rada kreiran je upitnik pomoću Google obrasca te je distribuiran u online formatu. Korišten je upitnik autorice Matejić B. uz njenu pismenu suglasnost. Upitnik je anoniman i dobrovoljan. Pri provođenju istraživanja poštivana su etička načela, odnosno sudjelovanje u istraživanju je bilo anonimno i dobrovoljno. Upitnik je sastavljen od dva dijela, prvi dio se sastoji od sedam pitanja o socio-demografskim obilježjima zatvorenog tipa gdje su sudionice dale svoj odgovor zaokruživanjem. Drugi dio je sastavljen od niza tvrdnji gdje sudionice izražavaju svoju razinu zadovoljstva tijekom boravka u rodilištu. Pitanja se odnose na zadovoljstvo o opremljenosti prostorija u rodilištu, higijenu i čistoću rodilišta, zatim pruženim informacijama za vrijeme boravka u rodilištu, pristupačnost liječnika i

medicinskih sestara tijekom boravka u bolnici, vremenu koje im je osoblje posvetilo te razinom pružene skrbi.

4.4. Prikupljanje podataka

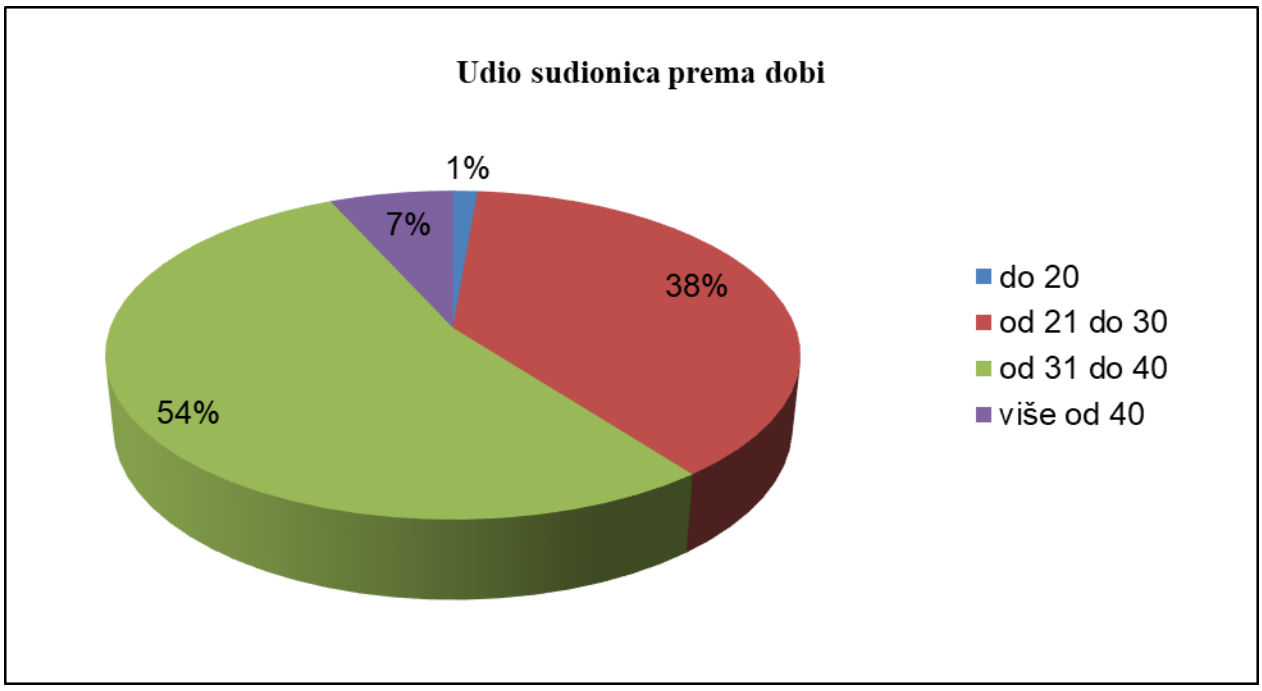
Upitnik je bio dostupan tijekom srpnja 2020. godine, distribuiran je po cijeloj Hrvatskoj tako da je podijeljen u određene grupe na društvenim mrežama koje čine članovi većinom trudnice i majke. Upitnik je bio dobrovoljan, te se u bilo kojem trenutku moglo odustati od ispunjavanja upitnika.

4.5. Statistička analiza podataka

U radu se koriste metode grafičkog i tabličnog prikazivanja kojima se prezentira struktura odgovora na anketna pitanja. Upotrebom metoda deskriptivne statistike prezentiraju se srednje vrijednosti, i to aritmetičke sredine. Povezanost među varijablama ispituje se Spearmanovom i Pearsonovom korelacijom, dok se smjer utjecaja određuje teorijski. Opravdanost upotrebe korelacije kod analize kretanja dviju nezavisnih varijabli proizlazi iz povezanosti korelacijske i regresijske analize preko koeficijenta determinacije koji upućuje na reprezentativnost regresijskog modela, zbog čega bi procjena regresijskih modela dala na reprezentativne modele. Analiza je rađena u statističkom programu STATISTICA 12.

4.6. Rezultati istraživanja

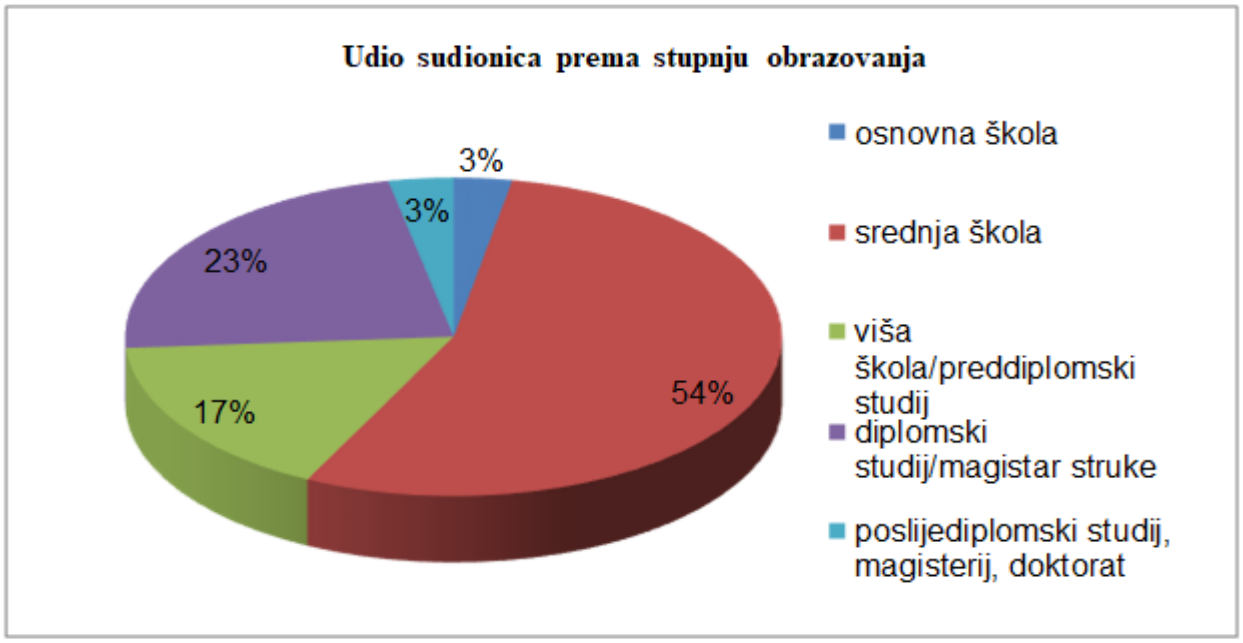
U istraživanju je ukupno sudjelovalo 593 sudionika, odnosno sudionica. Usmjerenost je postavljena na pitanja istraživanja percepcije kvalitete perinatalne skrbi u Republici Hrvatskoj. Pitanja se odnose na zdravstvenu skrb prema majci i djetetu, kao izrazito osjetljivim skupinama. Uzorak promatranja čine osobe ženskog spola, točnije 593 sudionice. Najveći udio sudionica pripada životnoj dobi u rasponu od 31 do 40 godina (54%) i životne dobi od 21 do 30 godina (38%). Manji udio bio je dobi 40 i više godina (7%) i najmanje sudionica do 20 i manje godina čini 1% sudionica (grafikon 4.6.1.)



Grafikon 4.6.1. Udio sudionica prema dobi

Izvor: autor R.L.

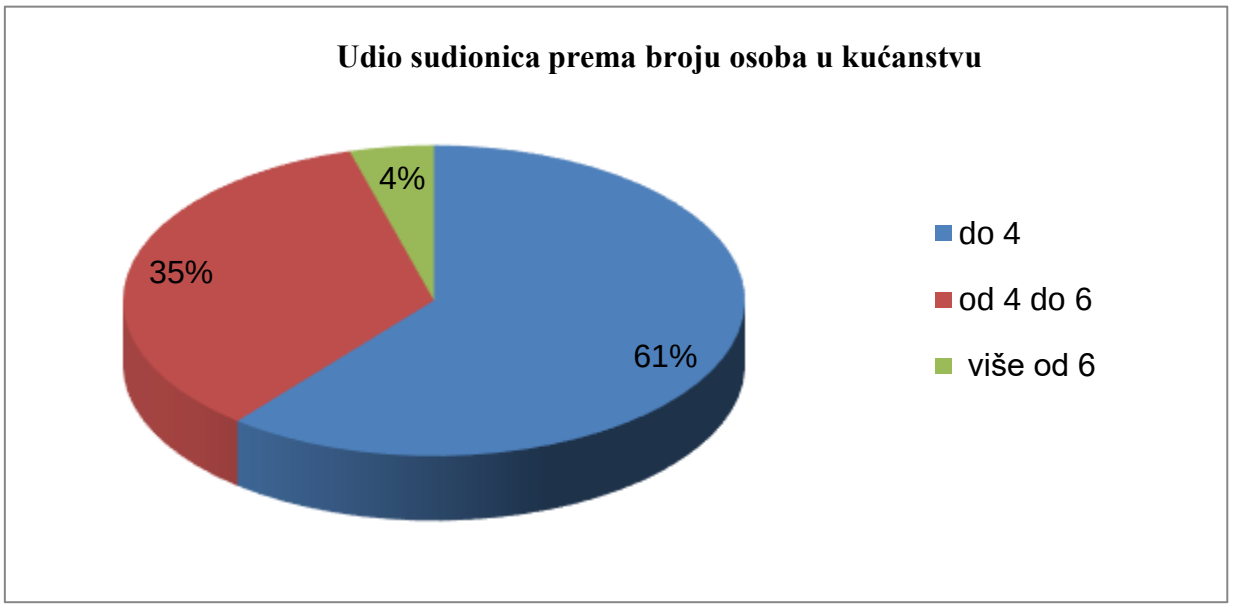
Najveći broj sudionica steklo je srednju stručnu spremu odnosno završenu srednju školu (54%). Nakon srednje stručne spreme sljedeći najveći udio čine sudionice s titulom magistra struke odnosno završenim diplomskim studijem (23%). Dok sudionice sa završenim prvostupništvom odnosno preddiplomskim studijem (17%). Najmanji udio čine sudionice s titulom doktora odnosno položenim poslijediplomskim studijem (3%), te sudionice sa završenom osnovnoškolskom naobrazbom (grafikon 4.6.2.).



Grafikon 4.6.2. Udio sudionica prema stupnju obrazovanja

Izvor: autor R.L.

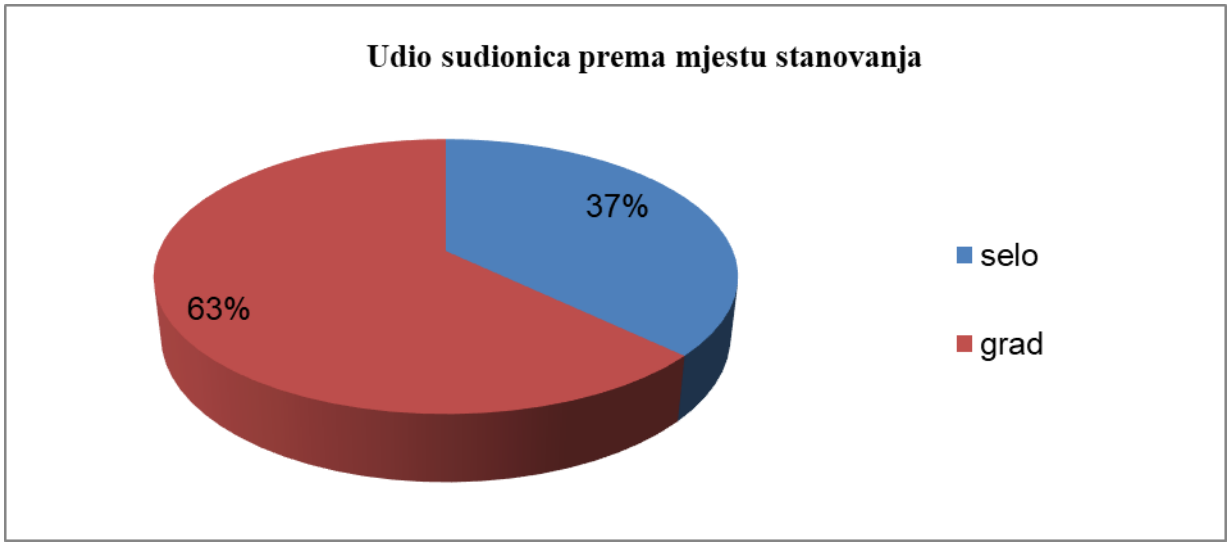
Grafikon 4.6.3. opisuje udio sudionica prema broju osoba u kućanstvu u kojem se nalaze. Najveći udio sudionica pripada kućanstvima koje čine najviše četiri osobe (61%). Najmanji broj (4%) ispitanih sudionica živi u kućanstvima s više od šest osoba.



Grafikon 4.6.3. Udio sudionica prema broju osoba u kućanstvu

Izvor: autor R.L.

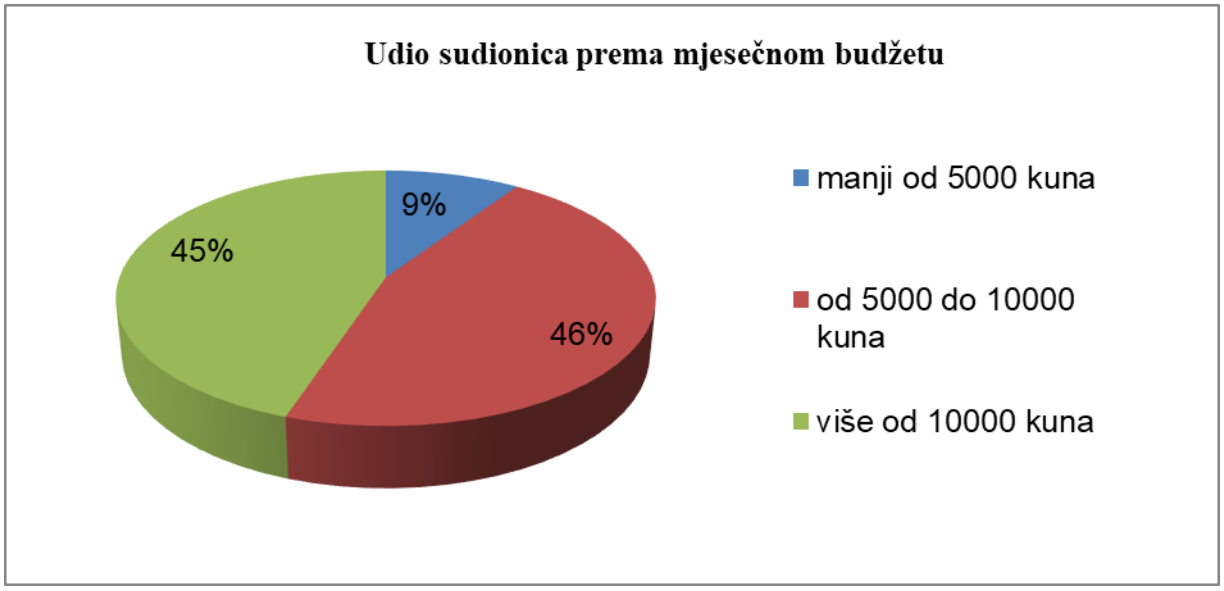
Najveći udio sudionica živi u gradu (63%) dok ostatak ispitanih sudionica živi u ruralnim sredinama tj. selu (grafikon 4.6.4).



Grafikon 4.6.4 Udio sudionica prema mjestu stanovanja

Izvor: autor R.L.

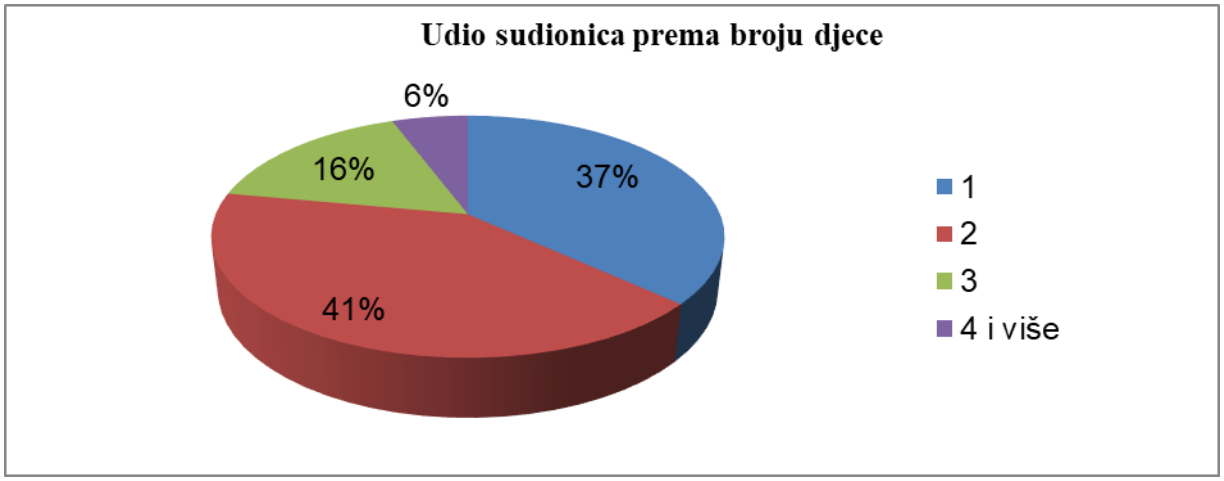
Najmanji mjesečni budžet od 5000 kuna ostvaruje najmanji udio sudionika (9%). Sljedeći prema zastupljenosti su oni s mjesečnim budžetom većim od 10 000 kuna (45%). Potom slijede oni s budžetom od 5000 do 10 000 kuna (grafikon 4.6.5).



Grafikon 4.6.5 Udio sudionica prema mjesečnom budžetu

Izvor: autor R.L.

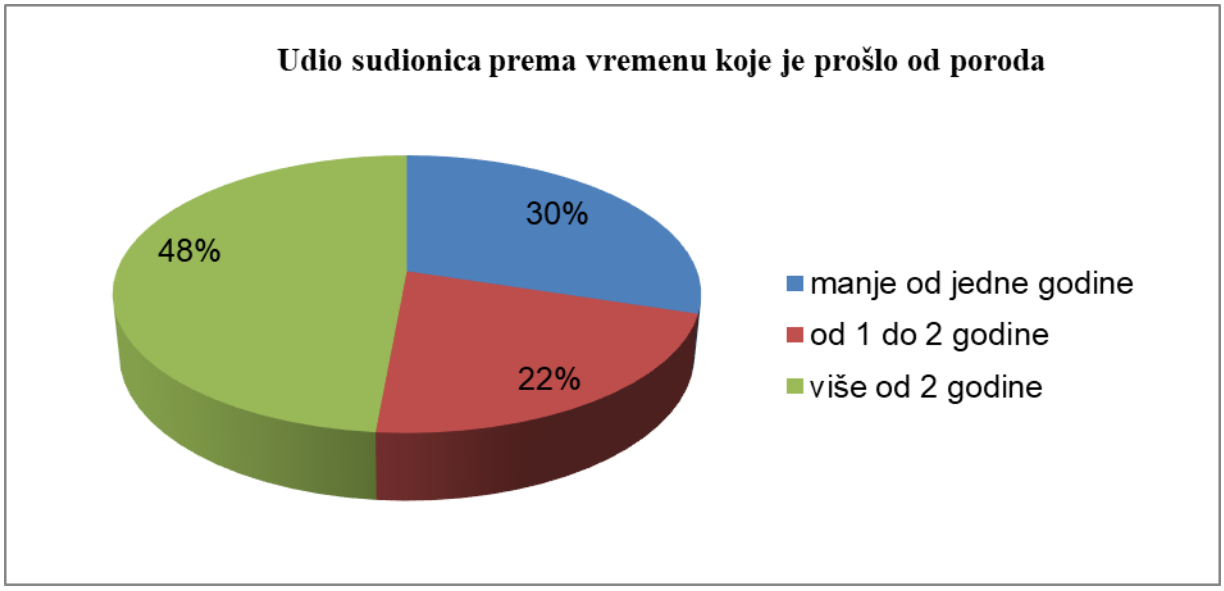
Grafikon 4.6.6. prikazuje udio ispitanih sudionica prema broju djece. Najveći broj (41%) navodi kako ima dvoje djece, jedno dijete ima 37% njih, troje djece 16%, dok najmanji udio ima četiri i više djece (6%).



Grafikon 4.6.6. Udio sudionica prema broju djece

Izvor: autor R.L.

Prema grafikonu 4.6.7. vidljivo je kako najmanji broj sudionica navodi kako je nakon poroda prošlo jedna do dvije godine (22%). Sljedeća tvrdnja prema zastupljenosti je kako je od poroda prošlo manje od godinu dana (30%) dok najveći udio (48%) navodi kako je prošlo više od dvije godine.



Grafikon 4.6.7. Udio sudionica prema vremenu koje je prošlo od poroda

Izvor: autor R.L.

U sljedećem pitanju ispitivalo se zadovoljstvo pružene skrbi uz pomoć Likertove skale gdje je 1, označavalo „potpuno sam nezadovoljna“, 2 „pomalo sam nezadovoljna“, 3 „niti sam zadovoljna, niti sam nezadovoljna“, 4 „zadovoljna sam“ i 5 „potpuno sam zadovoljna“.

Najveći stupanj zadovoljstva se vidi u pogledu mogućnosti da dijete bude uz majku tijekom cijelog boravka u rodilištu te činjenice što je pratnja, odnosno suprug mogao sudjelovati na samome porodu.

Najmanju ocjenu dobile su higijena u prostorima rodilišta, prehrana u rodilištu, pristup primalja u prvim danima nakon poroda te davanja potrebnih savjeta vezanih uz novorođenče (tablica 4.6.1.).

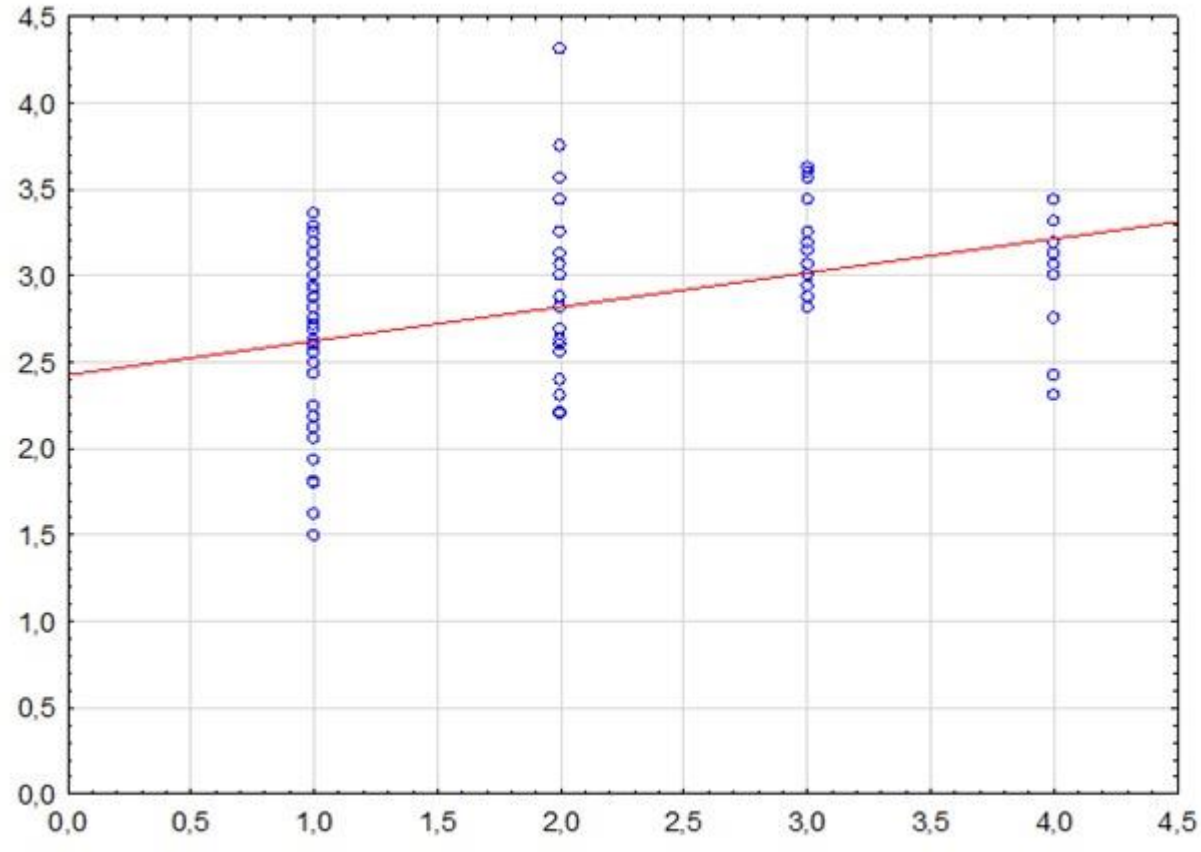
Aspekti skrbi primljeni tijekom vašeg boravka u rodilištu	**Prosječna ocjena zadovoljstva**
Zadovoljna sam higijenom prostorija, učestalošću zamjene spavaćice i posteljine	3,46
Zadovoljna sam higijenom prostorija, opremljenošću toaleta (topla voda, sapun, toalet papir...)	3,14
Zadovoljna sam udobnošću sobe (broj rodilja u sobi, namještaj, temperatura sobe...)	3,50
Zadovoljna sam ishranom u bolnici (kvaliteta i količina obroka)	3,18
Zadovoljna sam tretmanom same pripreme za porod (klizma, brijanje, uzimanje zdjeličnih mjera, vaganje...)	3,72
Ginekolog/opstetričar me je upoznao sa planom poroda, predstojećim procedurama i intervencijama te sam dala svoj pristanak na isto.	3,26
Ginekolog/opstetričar mi je posvetio dovoljno vremena, pružio mi potrebne informacije i dao odgovore na sva moja pitanja.	3,51
Primalja mi je posvetila dovoljno vremena, pružila mi potrebne informacije i dala odgovore na sva moja pitanja	3,64
Neonatolog/pedijatar mi je posvetio dovoljno vremena, pružio mi potrebne informacije i dao odgovore na sva moja pitanja	3,46
Pedijatrijska sestra mi je posvetila dovoljno vremena, pružila mi potrebne informacije i dala odgovore na sva moja pitanja	3,56

Zadovoljna sam sudjelovanjem primalje tijekom cijelog poroda.	3,89
Zadovoljna sam tretmanom, neposredno nakon poroda (dobila sam informacije o stanju djeteta i o svom stanju, omogućeno mi je da odmah vidim dijete).	3,97
Zadovoljna sam savjetima i pomoći koju sam dobila u vezi dojenja i njege novorođenčeta u prvim danima.	3,29
Zadovoljna sam "baby friendly" programom (beba uz majku cijelo vrijeme)	4,18
Zadovoljna sam procedurama tijekom prijema i otpusta iz bolnice (čekanje na otpust i prijem, administracija).	3,83
Ginekolog/opstetričar je pri prijemu, za vrijeme poroda i boravka u bolnici bio ljubazan, ostvaren je odnos povjerenja i razumijevanja.	3,78
Primalja je pri prijemu, za vrijeme poroda i boravka u bolnici bila ljubazna, ostvaren je odnos povjerenja i razumijevanja.	3,90
Pedijatar/neonatolog je za vrijeme poroda i boravka u bolnici bio ljubazan, ostvaren je odnos povjerenja i razumijevanja.	3,71
Pedijatrijska sestra je za vrijeme poroda i boravka u bolnici bila ljubazna, ostvaren je odnos povjerenja i razumijevanja.	3,69
Zadovoljna sam mogućnošću da moj suprug prisustvuje porođaju i da aktivno sudjeluje u porodu.	4,08

Tablica 4.6.1. Prosječna ocjena zadovoljstva

Izvor: autor R.L.

Grafikon 4.6.8. prikazuje povezanost socijalnog statusa s kvalitetom dobivene zdravstvene skrbi. U grafikonu vidljive su povezanosti pitanja postavljenog u prvoj hipotezi gdje se provjerava povezanost majke s višim socijalnim statusom te percepcijom kvalitete perinatalne skrbi.



Grafikon 4.6.8. Povezanost socijalnog statusa i percipiranja kvalitete zdravstvene skrbi

Izvor: autor R.L.

Naime, ovdje je moguće uvidjeti povezanost između percipiranja kvalitete zdravstvene skrbi i socijalnog statusa majke. Povezanost je pozitivna te je statistički značajna (rho=0,51; p< 0,001). Drugim riječima ako je socijalni status majke viši ujedno raste i nezadovoljstvo s percipiranjem kvalitete skrbi čime je potvrđena prva hipoteza. Sve navedeno vidi se na temelju sljedećeg tabličnog prikaza (tablica 4.6.2.).

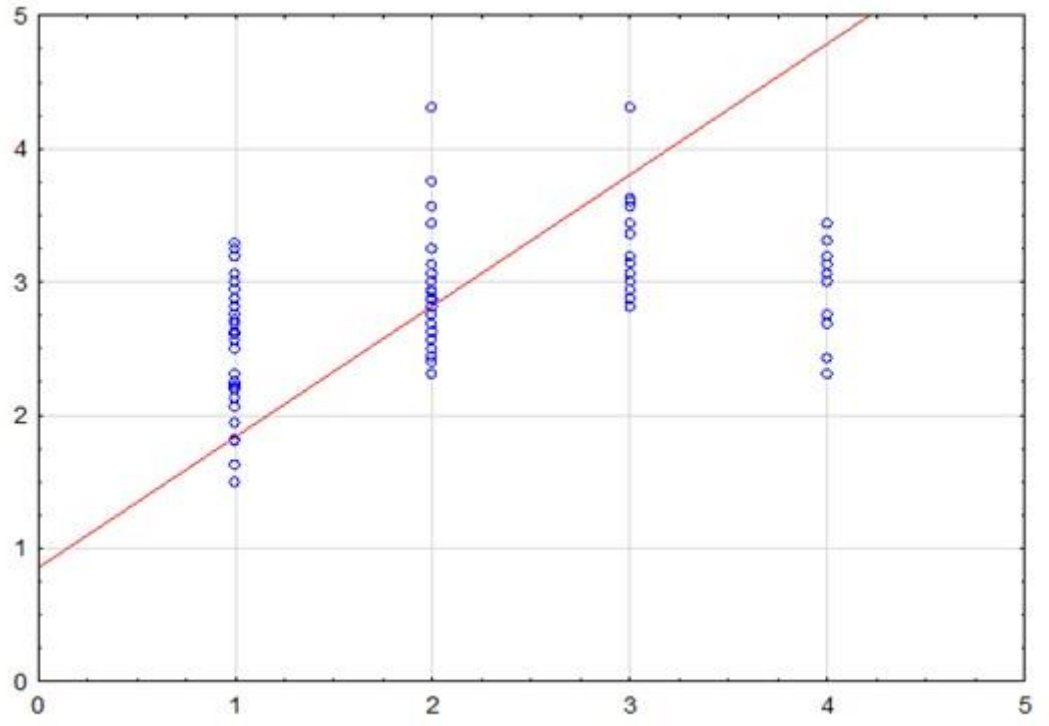
Funkcionalna skala	rho	p*
Socijalni status majke	0,51	<0,001

*Spearmanova korelacija

Tablica 4.6.2. Povezanost socijalnog statusa majke i percipiranja kvalitete perinatalne skrbi

Izvor: autor R.L.

Grafikon 4.6.9. prikazuje povezanost pitanja druge hipoteze kojom se ispituje postoji li povezanost između stupnja obrazovanja i percepcijom kvalitete perinatalne skrbi. Prema rezultatima vidljivo je da rezultati istraživanja pokazuju blisku korelaciju stupnja obrazovanja s kvalitetom perinatalne skrbi.



Grafikon 4.6.9. Povezanost stupnja obrazovanja i percipirane kvalitete perinatalne skrbi

Izvor: autor R.L.

Na tablici 4.6.3. uočava se jasna povezanost stupnja obrazovanja i percipiranja kvalitete perinatalne skrbi koja je pozitivna i statistički značajna (rho=0,47; p<0,001). Drugim riječima ako je stupanj obrazovanja viši ujedno će i stupanj nezadovoljstva kvalitetom perinatalne skrbi biti veći čime je potvrđena i druga postavljena hipoteza.

Funkcionalna skala	rho	p*
Stupanj obrazovanja	0,48	<0,001

*Spearmanova korelacija

Tablica 4.6.3. Povezanost stupnja obrazovanja i percipiranja kvalitete perinatalne skrbi

Izvor: autor R.L.

4.7. Rasprava

U radu se istraživalo opće zadovoljstvo kvalitetom perinatalne skrbi u Republici Hrvatskoj. Na temelju istraživanja nastojalo se uvidjeti koji su to konkretno čimbenici koji utječu na razinu zadovoljstva same rodilje. U tom pogledu naglasak je postavljen na nekoliko temeljnih stavki koje su se tijekom provedbe istraživanja potvrdile. Razina obrazovanja kao i socijalni status u međusobnoj su ovisnosti s percepcijom kvalitete zdravstvene perinatalne skrbi, tj. drugim riječima one rodilje koje imaju višu razinu obrazovanja te bolji socio-ekonomski status ujedno su i one majke koje će biti nezadovoljnije pruženom skrbi, tj. težit će boljoj skrbi.

U istraživanju Matejić (2014) prikupljeno je 34.431 popunjenih upitnika (84,2% uzorka studije). Prosječna dob sudionika bila je 27,7 godina (raspon, 15-52 godine). Udio majki koje su rađale u klinikama i kliničkim centrima bio je najveći (65,3%), u usporedbi s općim bolnicama i rodilištima u ustanovama primarne zdravstvene zaštite. Od svih majki, njih 51,2% se obratilo bolnici za prvi porod. Više od 23% porođaja obavljeno je carskim rezom. Otprilike 58% žena nije bilo ili je samo djelomično informirano o pravima pacijenata, a gotovo 50% majki nije bilo dovoljno informirano o trudnoći i porođaju putem Savjetodavne službe za majke. Pojedinačne varijable koje su procjenjivale majčino zadovoljstvo grupirane su u tri ljestvice koje su pokazale dobru unutarnju konzistentnost, kako slijedi: ljestvica čimbenika okoliša (Cronbachov α = 0,817); ljestvica komunikacije i međuljudski aspekti skrbi (Cronbachov α = 0,777); i ljestvica tehničkih i profesionalnih aspekata zdravstvene zaštite [22]. Ljestvica čimbenika okoliša uglavnom je pokazala najnižu ocjenu zadovoljstva, jer je gotovo polovica majki nezadovoljna higijenom i sanitarnim čvorovima te kvalitetom posluženih obroka što je ujedno potvrđeno i na temelju

istraživanja koje je prikazano unutar ovog rada. Najviša prosječna ocjena zadovoljstva (4,43) odnosila se na sveukupno sudjelovanje primalja tijekom poroda [22]. Visok udio majki bio je zadovoljan tretmanom i postupcima tijekom pripreme za porod (81%) i nakon poroda (82,2%). Zadovoljstvo komunikacijom i međuljudskim aspektima njege bilo je vrlo visoko, krećući se od 74,6% zadovoljnih majki. Kao i zadovoljstvo ljubaznošću i razumijevanjem pedijatrijskih sestara do gotovo 82%. Zadovoljstvo programom bolnice prilagođene djeci bilo je slabo, s prosječnom ocjenom 3,82 [22]. Na temelju univarijatne logističke regresijske analize, povezanost neovisnih varijabli s majčinim zadovoljstvom otkrila je značajne čimbenike u različitim dimenzijama zadovoljstva [22]. Varijable koje su značajno povezane sa sve tri dimenzije zadovoljstva bile su razina obrazovanja, paritet i vrsta ustanove. Točnije, niži stupanj obrazovanja, multiparitet i hospitalizacija u općim bolnicama donijeli su povećano zadovoljstvo majki [22]. Ujedno je i provedenim istraživanjem utvrđeno kako je razina obrazovanja u ovisnosti o stupnju zadovoljstva, odnosno kako su majke koje imaju viši stupanj obrazovanja one koje su u prosjeku manje zadovoljne kvalitetom zdravstvene skrbi. Višestruka logistička regresijska analiza otkrila je da su sva tri aspekta zadovoljstva bila čvrsto povezana s dvije varijable, a to su svijest o pravima pacijentica i priprema za trudnoću i porođaj [22]. Majke informirane o pravima pacijentica i informirane o trudnoći i porođaju putem Savjetodavne službe za majke vjerojatnije će biti zadovoljne čimbenicima okoliša u bolnici, tehničkim i profesionalnim aspektima njege te komunikacijskim i međuljudskim aspektima njege. Mlađe majke i majke s prethodnim iskustvom poroda bile su manje zabrinute okolišnim uvjetima na bolničkim odjelima (OR = 0,55, p = 0,006; odnosno OR = 1,82, p = 0,004). Najveća vrijednost Pearsonovog koeficijenta korelacije uočena je između ukupne ocjene zadovoljstva i zadovoljstva komunikacijom i međuljudskim aspektima skrbi [22]. Manje od jedne trećine sudionica ispunilo je dva otvorena pitanja u upitniku. Odgovarajući na pitanje o aspektima skrbi koje su procijenile kao povoljne, odgovori su uglavnom bili u domeni komunikacije i profesionalnosti zdravstvenog osoblja. Najveću pohvalu dobile su primalje. Tematska analiza svih odgovora o aspektima bolničke njege koje su žene identificirale kao posebno nezadovoljavajuće utvrdila je četiri različita područja: higijena na odjelima, zastarjela oprema i bolnički inventar, pitanja u vezi s vremenom i trajanjem posjeta i mogućnost dobivanja potrebnih informacija o dojenju i njezi novorođenčeta [22].

Provedenim istraživanjem također je utvrđena vrlo niska razina zadovoljstva higijenom prostora, učestalošću zamjene posteljine, higijenom prostorija te opremljenošću toaleta što je ujedno sukladno istraživanju Matejić (2014). Vrlo nisko zadovoljstvo ostvareno je i u pogledu udobnosti sobe te ishrane u bolnici. Što se tiče samog tretmana pripreme za porod rodilje i dalje imaju vrlo nisko zadovoljstvo s prosječnom ocjenom 3,72. Što se tiče upoznavanja s planom poroda, procedurama i intervencijama zabilježena je vrlo niska ocjena, a radi se o ocjeni 3,26. Veću ocjenu dobile su primalje 3,64. Nešto veće zadovoljstvo vidljivo je u pogledu zadovoljstva tretmanom neposredno nakon poroda, a odnosi se na stanje djeteta te vlastito stanje kao i mogućnost da odmah vide dijete. Riječ je o prosječnoj ocjeni 3,97. Što se tiče sudjelovanja primalje tijekom poroda, prosječna ocjena iznosila je 3,89. Nešto viša ocjena ostvarena je i u pogledu "baby friendly " programa, odnosno programa stalnog boravka djeteta uz majku, a radi se o ocjeni 4,18. Također, viša ocjena postignuta je i u pogledu zadovoljstva mogućnošću prisustvovanja supruga na porodu, odnosno aktivnog sudjelovanja s ocjenom 4,08. Vidljivo je kako oba istraživanja prikazuju prije svega nezadovoljstvo majki u pogledu trenutne razine uređenja bolnice, poglavito zastarjelosti instrumentarija, higijene i sl. Također, problematika se uviđa u pristupu samoj rodilji gdje je naglašeno kako nedostaje dovoljno komunikacije te relevantnih informacija o tijeku poroda, stanju i sl. Ono što je svako prednost, no i na navedenom se i dalje mora kontinuirano raditi je upravo važnost kvalitete skrbi u pogledu rodilišta prijatelja djece, tj. mogućnosti da dijete bude uz majku cijelo vrijeme. Isto tako tu je i čimbenik prisutnosti supruga na porodu što doprinosi majčinoj smirenosti, opuštenosti i sigurnosti.

Provedeno je kohortno prospektivno istraživanje u tri javne bolnice u Brisbaneu, u Australiji koje je ispitivalo povezanost kvalitete života i perinatalnog razdoblja. Istraživanje je pokazalo da dolazi do značajnih promjena kod žena nakon poroda, u smislu fizičkog zdravlja, iskustva boli, emocionalne i mentalne uloge. Ističe se važnost zdravog partnerskog odnosa, čak i statusa samca kao faktora koji utječe na opće emocionalno i mentalno zadovoljstvo žene. Vrsta poroda (vaginalni ili carski), paritet, dob i etničko podrijetlo također utječu na ukupno zadovoljstvo žene. Novonastala uloga majke zna biti izrazito stresna, te se negativno odražava na društvenu ulogu same žene. To upućuje na činjenicu da je sestrinska uloga od iznimne važnosti, kako u potpomaganju i podršci rodiljama, tako i u educiranju žena o tijeku poroda [23]. Kroz navedeno istraživanje dolazimo do zaključka da je važna

cjelovita skrb babinjače, koja uz fizičku potporu zahtijeva i psihološki pristup te pridonosi većem samopouzdanju majke što rezultira njenim većim emocionalnim zadovoljstvom.

Studija rađena u Malawiji ispituje kvalitetu perinatalne skrbi iz percepcije žena u lokalnoj bolnici. Istraživanje je pokazalo da su žene očekivale da ih se tretira s poštovanjem, ljubaznošću, povjerenjem i susretljivošću, ali i da su u konačnici bile zadovoljne pruženom skrbi. Istraživanje upućuje na to da su kod žena prisutna niska očekivanja koja nije teško zadovoljiti, odnosno teško ih je razočarati kako bi iskazale nezadovoljstvo pruženom skrbi. Ono što se izvlači iz zaključka jest činjenica da zbog lošeg socio-ekonomskog statusa i niskih očekivanja nije dopustivo iskorištavanje neznanja i neupućenosti pacijentica za pružanje adekvatne skrbi. Zdravstvena skrb bi trebala biti univerzalna i na najvišoj razini u skladu s mogućnostima u danom trenutku [24]. Ova studija ide u prilog postavljenoj hipotezi ovog istraživanja kako su žene sa višim socijalnim statusom manje zadovoljne perinatalnom skrbi.

Spomenuta istraživanja vode do zaključka da na globalnoj razini postoji manjak edukacije majki o tijeku poroda, o procedurama i intervencijama vezanim uz porod. Iz navedenog primjećujemo kako žene koje nisu educirane i pripremljene za porod i majčinstvo, nisu zadovoljne pruženom skrbi.

Postojeće nezadovoljstvo majki i manjak pružene skrbi povezano je s trenutnim stanjem u zdravstvenom sustavu, kojeg obilježava osim manjka financijskih sredstava i veliki manjak zdravstvenog kadra na razini cijele Hrvatske i šire. Zdravstveni djelatnici su preopterećeni poslom, nastavno tome nisu u mogućnosti provesti potrebno vrijeme uz pacijenta što rezultira nezadovoljstvom pacijenata i zdravstvenih djelatnika. Kako bi zadovoljstvo raslo i kvaliteta pružene skrbi bila potpunija potrebno je osim financijskih faktora, omogućiti bolje uvijete rada, omogućiti napredovanje i stimulirati znanje. U radu u trećem poglavlju se spominje i sustav upravljanja kvalitetom, čija je svrha usmjerena na standardiziranje procesa upravljanja sustava. Cilj standardiziranih procesa je poboljšati kvalitetu i na taj način povećati konkurentnost na tržištu [17]. Pozitivne rezultate možemo očekivati kada se zdravstvena skrb bude pružala prema definiranim i jedinstvenim smjernicama. Kako je kvaliteta i sustav upravljanja kvalitetom proces koji zahtijeva organizaciju prema smjericama, potrebno je imati uz zdravstvene djeltnike svih profila i djelatnike koji su educirani i osposobljeni upravljati sustavom odnosno moraju imati menadžerske vještine. Rezultati će biti vidljivi kroz zadovoljstvo pacijenta, zaposlenika, suradnika,

trudnica i babinjača. Pokazatelj kvalitete pružene skrbi je, između ostalog, zadovoljstvo majki. Da bi zadovoljstvo pruženom perinatalnom skrbi bilo veće potrebno je izraditi plan koji je standardiziran i primjenjiv u našem zdravstvenom sustavu. Magistra sestrinstva je educirana za vođenje i osmišljavanje organizacijske vizije, što podrazumijeva osiguravanje funkcionalnosti u radnom procesu. Kroz interaktivnu suradnju potiče motiviranost, profesionalni razvoj i zadovoljstvo medicinskih sestara, rezultati takve suradnje su educirane medicinske sestre koje su osposobljene provoditi cjelovitu skrb. Sveobuhvatna skrb podrazumijeva učinkovito praćenje fizičkog, emocionalnog i mentalnog stanja babinjača, prema kojem se dalje planira i provodi individualizirana zdravstvena skrb. Iz navedenog spoznajemo kako je neizostavan dio kvalitetne perinatalne skrbi profesionalni razvoj medicinskih sestara čiji se rad redovito evaulira i prolazi kontrolu kvalitete [25]. Visoko obrazovan kadar sestrinstva je kompetentan za prepoznavanje potencijalnih faktora rizika za nezadovoljstvo pacijentica te pravovremenu reakciju u prevenciji istih ili u ublažavanju posljedica već postojećih problema i prema tome organizirati zdravstvenu njegu i uključiti multidisciplinaran tim.

5. Zaključak

Kvaliteta perinatalne skrbi podrazumijeva sveobuhvatan pristup babinjači, ona osigurava da se svi postupci provode prema zadanim smjernicama. Smjernice osiguravaju potpunu emocionalnu i fiziološku skrb, što rezultira zadovoljstvom majki. Educirane majke su i zadovoljne, lakše se prilagođavaju na novonastalu situaciju, znaju prepoznati komplikacije u babinju i pravovremeno reagiraju u slučaju pojave istih. Prema istraživanju koje je provedeno vidljivo je kako se percepcija perinatalne skrbi razlikuje prema određenim varijablama. Tako je statistički dokazano kako je percepcija perinatalne skrbi u ovisnosti sa stupnjem obrazovanja i socijalnog statusa. Drugim riječima uviđa se kako veći stupanj obrazovanja ujedno označava i veće nezadovoljstvo perinatalnom skrbi, odnosno kako bolji socijalni status ujedno znači i veće nezadovoljstvo perinatalnom skrbi. Što se može povezati s time da su majke naučene na određenu razinu kvalitete u životu i da očekuju istu kvalitetu u bolnici, u ovom slučaju u rodilištu. Što je i razumljivo, jer trudnoća i babinje su osjetljivo i važno razdoblje za majke, prožeto određenom količinom neizvjesnosti koje zahtjeva sveobuhvatnu skrb kako bi se majke osjećale sigurnima. Iako samo perinatalna skrb ne utječe na demografsku sliku Hrvatske, svakako je važan dio u cjelovitoj skrbi žene kao buduće majke. Prema perinatalnoj skrbi se ne treba odnositi samo medicinski, već se uzima u obzir i socijalni pristup, jer nastupa novo životno razdoblje koje zahtjeva prilagodbu i od iznimne je važnosti da u prvim danima majčinstva skrb bude sveobuhvatna. Tek cjelovita skrb osigurava potrebnu kvalitetu, a neželjene događaje svodi na minimum.

Kako u svijetu tako i u Hrvatskoj, standard života je sve viši nastavno tome i zdravstveni sustav treba mijenjati, zdravstvo treba pružati veću razinu skrbi u smislu sveobuhvatnosti i kvalitete. U tom kontekstu jasno je kako je potrebno raditi na poboljšanju cjelokupnog zdravstvenog sustava, odnosno kako je nužno raditi na poboljšanju sustava perinatalne skrbi unutar Republike Hrvatske.

6. Literatura

[1] I. Kuvačić, A. Kurjak, J. Đelmiš: Porodništvo, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.

[2] A. Kurjak, V .Latin: Ususret roditeljstvu: Tiskara Tihomir, Varaždinske Toplice, 1998.

[3] C.D. Acosta, M. Knight: Sepsis and maternal mortality. Curr Opin Obstet Gynecol, vol.25(2), 2013., str.109–116

[4] J.R. Barton, B.M. Sibai: Severe sepsis and septic shock in pregnancy, Obstet Gynecol. vol.120(3), 2012., str. 689–706

[5] B. Erdeljac: Dojenje, UNICEF – Ured za Republiku Hrvatsku, 1999.

[6] M.E. Bauer, S.T. Bauer, B. Rajala, M.P. MacEachern, L.S.Polley, D. Childers, D.M. Aronoff: Maternal physiologic parameters in relationship to systemic inflammatory response syndrome criteria: a systematic review and metaanalysis, Obstet Gynecol, vol.124 (3), 2014., str.535–541

[7] C. Dolea, C.Stein: Global burden of maternal sepsis in the year 2000., World Health Organization, 2003, http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_maternalsepsis.pdf, dostupno 10.07.2020

[8] S.Marinović Kulišić, J.Lipozenčić: Tromboflebitis i lokalna primjena heparina, Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik, br.17, 2011., str. 92-93

[9] D. Habek: Medikamentozno liječenje zaostale posteljice injekcijom uterotonika u pupkovinu, Gynaecologia et perinatologia: journal for gynaecology, perinatology, reproductive medicine and ultrasonic diagnostics, 2006., vol.15, br.62

[10] G. Leifer: Introduction to maternity & pediatric nursing, Saunders, 4 edition, Missouri, 2003.

[11] L. Say, D. Chou, A. Gemmill, O. Tuncalp, A.B. Moller, J. Daniels, A.M. Gulmezoglu, M. Temmerman, L. Alkema: Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis, Lancet Glob Health, vol.2 (6), 2014., str. 323–333

[12] M. Singer, C.S. Deutschman, C.W.Seymour, M. Shankar-Hari, D. Annane, M. Bauer, R. Bellomo, G.R. Bernard, J.D. Chiche, C.M. Coopersmith: The third

international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3), JAMA, vol. 315, br. 8, 2016., str. 801–810

[13] J. van Dillen, J. Zwart, J. Schutte, J. van Roosmalen: Maternal sepsis: epidemiology, etiology and outcome, Curr Opin Infect Dis, vol.23, br. 3, 2010., str. 249-254

[14] J. Antony, P. Palsuk, S. Gupta, D. Mishra, P. Barach: Six Sigma in healthcare: a systematic review of the literature. International Journal of Quality & Reliability Management, vol. 35, br. 5,2017., str.1075-1092

[15] E. Blozik, M.Nothacker, T. Bunk, J. Szecsenyi, G. Ollenschläger, M. Scherer: Simultaneous development of guidelines and quality indicators–how do guideline groups act? A worldwide survey, International Journal of Health Care Quality Assurance, vol. 25, br.8, 2012., str. 712-729

[16] J. Filipović, M. Đurić, J. Ruso: Sistem menadžmenta kvalitetom,Fakultet organizacionih nauka, Beograd, 2018.

[17] G. Fučkar: Proces zdravstvene njege, Medicinski fakultet Sveučilišta, Zagreb, 1996.

[18] N. Fumić, M. Marinović, D. Brajan: Kontinuirana edukacija medicinskih sestara s ciljem unaprjeđenja kvalitete zdravstvene njege, Acta medica Croatica, vol. 68, br. 1, 2014.

[19] Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene Narodne novine 79/2011,

[20] P. Spath: Introduction to Healthcare Quality Management Chicago, IL. Health Administration Press, vol. 2, 2014.

[21] Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi. Narodne novine 124/2011

[22] B. Matejić, M. Šantrić Milićević, V. Vasić, B. Djikanović: Maternal satisfaction with organized perinatal care in Serbian public hospitals, BMC Pregnany and Childbirth, br.14, 2014.

[23] N. E. Emmanuel, J. Sing: Health related quality of life across the perinatal period among Australian women, Jornal of Clinical Nursing, vol. 23, str. 1611-1619, 2013.

[24] L.C Kumbani, E. Chirwa, A. Malata, J.Odland, G. Bjune: Do Malawian women cirtically asses the quality of care? A qualitative study on women's perceptions

of perinatal care at a district hospital in Malawi, BMC Reproductive Health, članak 9, br. 30, 2012.

[25] V.Jedvaj: Odrednice procesa profesionalnog sestrinstva u hrvatskoj, Diplomski rad, Medicinski fakultet, Zagreb, 2016

7. Popis slika, tablica i grafikona

Popis slika

Slika 2.1.2.1 Cystitis 7
Slika 2.1.2.2 Mastitis..... 8

Popis grafikona

Grafikon 4.6.1. Udio sudionica prema dobi..... 19
Grafikon 4.6.2. Udio sudionica prema stupnju obrazovanja 20
Grafikon 4.6.3. Udio sudionica prema broju osoba u kućanstvu..... 20
Grafikon 4.6.4 Udio sudionica prema mjestu stanovanja..... 21
Grafikon 4.6.5 Udio sudionica prema mjesečnom budžetu 21
Grafikon 4.6.6. Udio sudionica prema broju djece..... 22
Grafikon 4.6.7. Udio sudionica prema vremenu koje je prošlo od poroda 22
Grafikon 4.6.8. Povezanost socijalnog statusa i percipiranja kvalitete zdravstvene skrbi..... 25
Grafikon 4.6.9. Povezanost stupnja obrazovanja i percipirane kvalitete perinatalne skrbi..... 26

Popis tablica

Tablica 4.6.1. Prosječna ocjena zadovoljstva..... 24
Tablica 4.6.2. Povezanost socijalnog statusa majke i percipiranja kvalitete perinatalne skrbi..... 25
Tablica 4.6.3. Povezanost stupnja obrazovanja i percipiranja kvalitete perinatalne skrbi..... 27

Prilozi

Poštovane/i,
Ovaj upitnik je izrađen za potrebe istraživanja u sklopu diplomskog rada „**Percepcija kvalitete perinatalne skrbi u bolnicama, iz perspektive majki“** na studiju Sestrinstvo- menadžment u sestrinstvu pod mentorstvom doc.dr.sc Marijane Neuberg. Upitnik je anoniman i dobrovoljan, a rezultati će se koristiti za izradu diplomskog rada i objavu u znanstvenim časopisima, te je Vaš doprinos iznimno značajan za istinitost i stvarni prikaz procjene zadovoljstva.
Za upitnik je potrebno izdvojiti 10-tak minuta. Unaprijed puno zahvaljujem na vremenu i strpljenju kod rješavanja upitnika.

Rafaela Lukić
bacc.med.techn
Sveučilište Sjever, diplomski studij sestrinstva – Menadžment u sestrinstvu
104. Brigade 3, 42000 Varaždin

Opći podaci:

1. Vaša dob:
    - do 20 god
    - 21-30 god
    - 31-40 god
    - više od 40 god
2. Navedite Vaš stupanj obrazovanja:
    - osnovna škola
    - srednja škola
    - viša škola/preddiplomski studij (VŠS)
    - diplomski studij/magistar struke (VSS)
    - poslijediplomski studij, magisterij ili doktorat
3. Koliko osoba živi u vašem kućanstvu
    - do 4
    - od 4 do 6
    - više od 6
4. Živite u:
    - selu
    - gradu
5. Koliki je mjesečni budžet Vašeg kućanstva:
    - manji od 5000 kn
    - od 5000 – 10000 kn
    - više od 10000 kn
6. Koliko djece imate:

- 1
- 2
- 3
- 4 i više

7. Od poroda je prošlo:
    - manje od 1 godine
    - od 1 – 2 godine
    - više od 2 godine

8. *Sljedeće tvrdnje govore o Vašoj percepiji perinatalne skrbi u bolnicama:

Aspekti skrbi primljeni tijekom vašeg boravka u rodilištu	**Potpuno sam nezadovoljna**	**Pomalo sam nezadovoljna**	**Ni zadovoljna, ni nezadovoljna**	**Donekle zadovoljna**	**Potpuno zadovoljna**
Zadovoljna sam higijenom prostorija, učestalošću zamjene spavaćice i posteljine	1	2	3	4	5
Zadovoljna sam higijenom prostorija, opremljenošću toaleta (topla voda, sapun, toalet papir...)	1	2	3	4	5
Zadovoljna sam udobnošću sobe (broj rodilja u sobi, namještaj, temperatura sobe...)	1	2	3	4	5
Zadovoljna sam ishranom u bolnici (kvaliteta i količina obroka)	1	2	3	4	5
Zadovoljna sam tretmanom same pripreme za porod (klizma, brijanje, uzimanje zdjeličnih mjera, vaganje...)	1	2	3	4	5
Ginekolog/opstetričar me je upoznao sa planom poroda, predstojećim procedurama i intervencijama te sam dala svoj pristanak na	1	2	3	4	5

isto.					
Ginekolog/opstetričar mi je posvetio dovoljno vremena, pružio mi potrebne informacije i dao odgovore na sva moja pitanja.	1	2	3	4	5
Primalja mi je posvetila dovoljno vremena, pružila mi potrebne informacije i dala odgovore na sva moj pitanja	1	2	3	4	5
Neonatolog/pedijatar mi je posvetio dovoljno vremena, pružio mi potrebne informacije i dao odgovore na sva moja pitanja	1	2	3	4	5
Pedijatrijska sestra mi je posvetila dovoljno vremena, pružila mi potrebne informacije i dala odgovore na sva moja pitanja	1	2	3	4	5
Zadovoljna sam sudjelovanjem primalje tijekom cijelog poroda.	1	2	3	4	5
Zadovoljna sam tretmanom, neposredno nakon poroda (dobila sam informacije o stanju djeteta i o svom stanju, omogućeno mi je da odmah vidim dijete).	1	2	3	4	5
Zadovoljna sam savjetima i pomoći koju sam dobila u vezi dojenja i njege novorođenčeta u prvim danima.	1	2	3	4	5
Zadovoljna sam "baby friendly" programom (beba uz majku cijelo vrijeme)	1	2	3	4	5

Zadovoljna sam procedurama tijekom prijema i otpusta iz bolnice (čekanje na otpust i prijem, administracija).	1	2	3	4	5
Ginekolog/opstetričar je pri prijemu, za vrijeme poroda i boravka u bolnici bio ljubazan ostvaren je odnos povjerenja i razumijevanja.	1	2	3	4	5
Primalja je pri prijemu, za vrijeme poroda i boravka u bolnici bila ljubazna, ostvaren je odnos povjerenja i razumijevanja.	1	2	3	4	5
Pedijatar/neonatolog je za vrijeme poroda i boravka u bolnici bio ljubazan, ostvaren je odnos povjerenja i razumijevanja.	1	2	3	4	5
Pedijatrijska sestra je za vrijeme poroda i boravka u bolnici bila ljubazna, ostvaren je odnos povjerenja i razumijevanja.	1	2	3	4	5
Zadovoljna sam mogućnošću da moj suprug prisustvuje porođaju i da aktivno sudjeluje u porodu.	1	2	3	4	5

*Tvrdnje pod brojem 8. preuzete uz dozvolu doc.dr. Bojane Matejić sa stranice biomedcentral.com: https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-14

Izjava o autorstvu i suglasnost za javnu obranu

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

IZJAVA O AUTORSTVU I SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada. Ja, Rafaela Lukić pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autorica diplomskog rada pod naslovom Percepcija kvalitete perinatalne skrbi u bolnicama iz perspektive majki te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Studentica: Rafaela Lukić

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način. Ja, Rafaela Lukić neopozivo izjavljujem da sam suglasna s javnom objavom diplomskog rada pod naslovom Percepcija kvalitete perinatalne skrbi u bolnicama iz perspektive majki čija sam autorica.

Student/ica: Rafaela Lukić