

Utjecaj porodne traume na odluku o sljedećoj trudnoći i broju planirane djece

(Izvorni znanstveni rad)

Marijana Ivančić, mag.obs., Hrvatska komora primalja

Doc.dr.sc. Karin Kuljanić, KBC Rijeka, Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci

Kontakt: Marijana Ivančić

E mail: majaivancic@gmail.com

Tel. +385 98/1833 832

SAŽETAK

Pojam postpartalne traume veže se za pojam posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP). Prema dostupnoj literaturi PP-PTSP razvije oko 3 % žena. Neprepoznat i netretiran PP-PTSP ima dalekosežne posljedice na ženu, partnerske odnose, povezivanje s djetetom te utječe na društvo u cjelini. Glavni cilj ovog istraživanja je istražiti utječe li i koliko doživljeni PP-PTSP na ženinu odluku da ponovno rodi i na broj planirane djece. Također, istraživalo se i koji su faktori uključeni u subjektivnu procjenu žena o doživljaju poroda te koliko je COVID-19 pandemija, kao nametnuti faktor, utjecala na zadovoljstvo porodom. Istraživanje je provedeno na 551 ispitanici kojoj je posljednji porođaj bio unutar posljednje tri godine. Istraživanje je provedeno online upitnikom u koji je bila uključena validirana skala za procjenu doživljene porođajne traume. Statističkom obradom dobivenih podataka došlo se do zaključka da je u istraživanom uzorku 9,1 % ispitanica razvilo PP-PTSP te da ne planiraju ponovnu trudnoću. Način dovršetka poroda utjecao je na negativnu subjektivnu procjenu poroda. Antenatalni trudnički tečaj kod ispitanica koje su ga pohađale ima pozitivan utjecaj na subjektivan doživljaj poroda, dok prisustvo pratnje na porodu nema značajnog utjecaja na zadovoljstvo porodom. Veći broj ispitanica navodi da im je pozitivna komunikacija i interakcija s osobljem prisutnim na porodu pozitivno utjecala na subjektivnu procjenu zadovoljstva porodom. COVID-19 pandemija značajno je utjecala na ispitanice koje su porod subjektivno doživjele kao traumatičan. Potrebno je dodatno istražiti antenatalne faktore koji mogu biti predisponirajući za nastanak PP-

PTSP-a, promovirati pohađanje antenatalne edukacije, raditi na sustavnoj edukaciji zdravstvenog osoblja na komunikaciji s roditeljama i podizanju svijesti o traumama.

Ključne riječi: porod, trauma, PTSP, planiranje trudnoće, zadovoljstvo porodom, komunikacija

Popis korištenih kratica

City BiTS – City Birth Trauma Scale

DSM-V – Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders, fifth edition

NJIL – Neonatološka jedinica intenzivnog liječenja

PPD – Postpartalna depresija

PP-PTSP – Postpartalni posttraumatski stresni poremećaj

PTSP – Posttraumatski stresni poremećaj

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

Uvod i pregled područja istraživanja

Na trudnice, roditelje i žene nakon poroda uvijek se gledalo kao na posebno vulnerabilnu skupinu. Pojam vulnerabilnosti sadržava tri bitna elementa koje žene proživljavaju tijekom perioda trudnoće, poroda i nakon njega, a to su: prijetnja, prepreka i oporavak. Prijetnja u ovom slučaju bi, npr., mogla biti slaba educiranost o trudnoći i porodu, prepreka loša komunikacija s osobljem gdje izostaje oporavak, odnosno potpora u suočavanju s doživljenim iskustvom. Biološke, psihološke i sociološke prilike svake žene mogu doprinijeti njezinoj razini ranjivosti u tom razdoblju, a elementi koji na to utječu izmjenjuju se (1). Tako, recimo, žene koje imaju nisko samopouzdanje mogu se u određenoj situaciji osjećati bespomoćno i izloženo tuđoj volji, bez mogućnosti iskazivanja svojih želja, volje i izbora. Njihov psihološki odgovor u tom slučaju može biti negativan i utjecati na njihov doživljaj i sam ishod poroda. No ako su doživjele potporu i razumijevanje, njihov psihološki odgovor bitno će se promijeniti. Koncept vulnerabilnosti u perinatalnom razdoblju pobliže je objašnjen u istraživanju koje objašnjava zašto su neke žene ranjivije od drugih i kako žene koje su se izdigle iz

stanja ranjivosti imaju razvijeniju otpornost (*eng. resilience*) te kako im zdravstveno osoblje uključeno u skrb o njima može pomoći (1).

Trudnoća, porod i rođenje djeteta te prelazak u roditeljsku ulogu velika su životna promjena, a osobito onima koji postaju roditeljima prvi put. Psihička prilagodba nakon trudnoće i poroda ne prolazi kod svih žena jednako te će nekim ženama biti teže proći taj period. Većina žena nakon poroda iskusi blaže psihičke smetnje, no kod manjeg broja njih te se smetnje, ako se ne prepoznaju i ne tretiraju na vrijeme, mogu produbiti i kasnije stvoriti veći problem u normalnom funkcioniranju.

Pojam postpartalne traume veže se za pojam posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP). To je poremećaj koji je prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje, peto izdanje (*eng. DSM-V*) svrstan u kategoriju traumatičnih poremećaja povezanih sa stresorima te je jedan od poremećaja koji je najčešće mijenjao kriterije za dijagnostiku (2). PTSP nastaje nakon izlaganja zastrašujućem, opasnom, ugrožavajućem stresnom događaju, odnosno nakon događaja u kojem je pojedinac sudjelovao ili mu je svjedočio, a u kojem mu je prijetila opasnost za život. Obično su to situacije nakon terorističkih napada, po život opasnih nesreća, prirodnih katastrofa poput potresa, teških fizičkih napada ili situacija u kojima se pojedinac, ili njemu bliska osoba, našao, a koje su mogle uzrokovati takvu traumu (3).

Kada na porod gledamo kao na nešto prirodno i fiziološko teško da ćemo pomisliti da bi netko mogao imati PTSP nakon njega. Porod s jedne strane može biti osnažujuće iskustvo za ženu, pomažući joj da spozna snage za koje nije niti znala da ih ima, no s druge strane, može biti razarajuće iskustvo dovodeći ženu do stanja da izgubi spoznaju o tome tko je ona zapravo (4). Gotovo svaka treća žena porod doživi kao prijetnju za sebe ili novorođenče te njih oko 3 % razvije PTSP (5). Dok je postpartalna depresija (PPD) u velikoj mjeri prepoznata i o njoj se puno više govori nego o porodnoj traumi, postpartalni PTSP (PP-PTSP) je još uvijek tema o kojoj se gotovo ne govori izvan stručnih krugova (6). Ne umanjujući značaj ni jednog psihičkog poremećaja vezanog za porod, traumatično iskustvo poroda može uzrokovati različite postpartalne psihičke poteškoće kao što su strah od buduće trudnoće, strah od odlaska ginekologu, poremećaje koji ometaju povezivanje majke i djeteta (7) (8), poteškoće s dojenjem (9), a što posljedično može negativno utjecati na razvoj djeteta (10). Sve te poteškoće odražavaju se i na partnerski odnos i odnos prema okolini, što utječe na roditeljsku ulogu obaju partnera i prenosi se na zdravlje djeteta (11).

Humanizacija poroda za cilj ima poboljšati mentalno zdravlje žena te ishode poroda (12). Individualni pristup i uvažavanje ženine neovisnosti, bez obzira na način rađanja, utječe na njezin doživljaj poroda. Implementacija takvog pristupa u kliničku praksu ne utječe na hitne intervencije i nužne postupke u porodu (12). U Republici Hrvatskoj prije nekoliko godina pod pokroviteljstvom UNICEF-a pokrenuta je inicijativa „Rodilišta prijatelja majki i djece“, a poseban naglasak odnosi se na humanizaciju porođaja i skrb tijekom njega. Kao doprinos inicijativi izdan je Priručnik za zdravstvene djelatnike uključene u skrb za žene tijekom perinatalnog razdoblja (13). Usprkos nastojanjima da se porod humanizira i da se loše prakse u porodu ukinu one se u kliničkoj praksi još uvijek provode. Tim povodom u Hrvatskoj je bila i aktualna kampanja *#prekinimošutnju* u kojoj su žene iznosile svoja traumatična iskustva s poroda. Najčešće spominjan te ujedno i zabrinjavajući problem u iskazima žena bilo je opstetričko nasilje (najčešće verbalno i psihološko) i dehumanizirajuće intervencije tijekom poroda (14). Pojam opstetričkog nasilja nije nepoznat ni u drugim zemljama gdje se opstetričko nasilje također manifestira kroz verbalne i psihološke aspekte nasilja nad ženama u porodu (15) (16). Nadalje, opstetričke intervencije koje djeluju dehumanizirajuće pokazale su se povezanim s nastankom PP-PTSP-a te ih se preporuča izbaciti iz prakse (17).

U dugogodišnjem radu sa ženama u perinatalnom razdoblju često se može čuti kako se žene zbog lošeg doživljaja s prethodnog poroda teže odlučuju ili uopće ne odlučuju na sljedeću trudnoću. Ovim istraživanjem nastoji se pobliže istražiti kako porodna trauma utječe na ženinu odluku o ponovnom rađanju i u kojem je omjeru ta odluka u skladu s njezinim planovima o broju djece prije doživljene traume. Sam porod ne mora biti uzrokom nastanka PP-PTSP-a već može biti okidač na već doživljenu traumu, poput obiteljskog nasilja, silovanja, gubitka djeteta, prethodnog pobačaja, prethodnog traumatičnog poroda i niza drugih traumatičnih događaja kojima je žena bila izložena tijekom života (18). Kod žena koje su već imale neki od psihičkih poremećaja poput postpartalne depresije nakon prethodnog porođaja, anksioznosti, depresije i dr. povećana je mogućnost za razvoj PP-PTSP-a (19).

Prema *DSM-V*, kriterije za dijagnostiku PTSP-a karakterizira skup simptoma (2), dok simptome PP-PTSP-a karakteriziraju i neki specifični simptomi (20) koji se obično javljaju tri do šest tjedana nakon poroda, a uključuju:

- anksioznost i panične napade
- neželjeno ponovno proživljavanje traumatskog iskustva, noćne more

- izbjegavanje svega što se povezuje s porodom/traumom (odlazak liječniku, strah od bolnice)
- depresivnost i iritabilnost, napadi bijesa
- poteškoće povezivanja s djetetom
- poteškoće pri dojenju
- strah od buduće trudnoće i poroda (mogući razlog traženja neindiciranog carskog reza).

Važno je naglasiti da je sâm PP-PTSP normalna reakcija na traumatičan porod, a ne psihička bolest te da se ženu ne bi smjelo promatrati kao psihički bolesnu (21) već joj je potrebno pružiti potporu i razumijevanje kako bi mogla povratiti osjećaj sigurnosti (22) (23).

Kao indikator kvalitete maternalne skrbi prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) navodi se zadovoljstvo porodom, njegovom i skrbi koju žene dobiju u zdravstvenim jedinicama gdje se provodi skrb za trudnice, roditelje i žene nakon poroda (24) (25). Jedan od bitnih faktora koji utječe na doživljaj poroda kao traumatičnog iskustva je i interakcija s osobljem prisutnim na porodu. Stoga je nužno razumjeti što žene vide kao negativno iskustvo poroda i otežanu interakciju s osobljem te na njeno zadovoljstvo porodom (26) (27). U ovom istraživanju stoga će biti ispitan utjecaj interakcije i komunikacije s osobljem na porodu na zadovoljstvo porodom i utjecaj na nastanak traume.

Za pozitivno iskustvo poroda jedan od važnih faktora je i pripremljenost i informiranost žene za porod, odnosno njezino znanje o događajima vezanim za porod i mogućnost donošenja informiranih odluka. Iz toga proizlazi i visoka samokontrola, bolja komunikacija s osobljem, a sve u svrhu samoispunjenja kao važnog faktora za pozitivno iskustvo poroda (28).

Jedan od specifičnih ciljeva ovog istraživanja bit će i utjecaj podrške na porodu od strane bliske osobe (pratnje) na iskustvo poroda. U nastavku se opisuju specifične varijable kojima se ovo istraživanje bavi, a koje doprinose osobnom zadovoljstvu porodom, doživljaju poroda kao traume i mogućem nastanku PP-PTSP-a. Iste su opisane i u literaturi kao najčešći faktori koji utječu na nastanak PP-PTSP-a. Također, jedan je od specifičnih ciljeva u ovom istraživanju povezan s COVID-19 pandemijom. Istraživanja o ovom nametnutom faktoru kao stresoru u posljednje dvije godine tek su započela i nema ih mnogo, pogotovo onih koja se bave utjecajem COVID-19 pandemije na nastanak PP-PTSP-a.

CILJ ISTRAŽIVANJA

Glavni cilj ovog istraživanja je saznati utječe li porodna trauma kod žena na odluku o sljedećoj trudnoći i na broj planirane djece.

Specifični ciljevi koji su povezani sa zadovoljstvom porodom i eventualnom porodnom traumom su:

1. Ispitati utjecaj načina dovršetka poroda s mogućom doživljenom traumom
2. Ispitati utjecaj pripremljenosti za porod (trudnički tečaj, plan poroda) sa subjektivnim zadovoljstvom porodom
3. Ispitati utjecaj podrške na porodu od strane bliske osobe (pratnja) sa subjektivnim zadovoljstvom porodom
4. Ispitati utjecaj interakcije s osobljem na porodu sa subjektivnim zadovoljstvom porodom
5. Ispitati utjecaj COVID-19 pandemije na subjektivno zadovoljstvo porodom.

ISPITANICI I METODE

Ispitanici

Ispitanici u ovom istraživanju bile su žene iz opće populacije koje su rodile u posljednjih 36 mjeseci (zadnje tri godine), a dob žena bila je između 18 i 50 godina starosti. Ispitivanje je uključivalo sve terminske porode (od 37. do 42. tjedna trudnoće) i odnosilo se samo na posljednji porod koji je žena imala unutar navedenog razdoblja.

Anketu je ispunilo 600 ispitanica, od kojih je 551 uključena u istraživanje. Isključni faktori su bili porod prije 37. tjedna trudnoće i posljednji porod prije više od 36 mjeseci. Brzina prikupljanja podataka i veliki odaziv ispitanica govore o tome da je ova tema zanimljiva i potrebno je o njoj više govoriti i pisati te joj posvetiti više istraživanja i prostora u stručnim radovima.

Postupak

Ispitivanje je provedeno putem anketnog upitnika koji je bio podijeljen na društvenoj mreži Facebook, upitnik je bio dostupan za ispunjavanje pet dana. Ispitivanje je provedeno na području Republike Hrvatske. Anketni upitnik kreiran je na platformi Google obrasci i sadržavao je niz otvorenih i zatvorenih pitanja. U obrascu je objašnjena svrha ispitivanja kao i to da je upitnik u potpunosti anonim i dragovoljan. Osobni podaci poput imena i prezimena ili kontakt podaci nisu traženi. Za sva pitanja

vezana za upitnik ispitanice su se mogle javiti autorici istraživanja putem adrese elektroničke pošte navedene u uvodnom dijelu upitnika. Mogućnost javljanja s dodatnim pitanjima tijekom ispunjavanja upitnika ispitanice nisu koristile.

S etičkog aspekta ispitanicama je u uvodnom dijelu upitnika informativnim pismom objašnjen postupak i način ispitivanja te da se njihovi osobni podaci neće pohranjivati i da mogu odustati od ispunjavanja upitnika u svakom trenutku. Svoju informiranu suglasnost ispitanice su davale odabirom ponuđene opcije da se slažu s ispitivanjem te nastavkom ispunjavanja i podnošenjem upitnika po završetku ankete. Dobiveni podaci obrađeni su pomoću statističkog programa za računalnu obradu podataka.

Instrumentarij

Unutar samog upitnika implementirana je validirana skala za procjenu porodne traume (*eng. City Birth Trauma Scale (City BiTS)*) pomoću koje su diferencirane ispitanice koje su imale subjektivno traumatično iskustvo poroda i one koje imaju simptome PP-PTSP-a.

Anketni upitnik

Anketni upitnik sastojao se od četiri dijela. U prvom, uvodnom dijelu objašnjena je svrha istraživanja i predstavljanje autorice te informativni naputak za informiranu suglasnost ispitanica. Veći dio upitnika te pitanja osmišljena za potrebe ovog istraživanja temelje se na teorijskom pregledu literature. Drugi dio upitnika sadržavao je sociodemografska pitanja o dobi, stručnoj spremi, bračnom statusu i mjesečnim primanjima ispitanica. Treći dio upitnika sadržavao je niz pitanja vezanih za temu i posljednji porod. Ispitanice su odgovarale na pitanja o broju prethodnih poroda, starosti djeteta kojeg su posljednje rodile, planiranom broju djece, te o tome imaju li dijete s posebnim potrebama, kao i o načinu dovršetka posljednjeg poroda, epiziotomiji, trajanju trudnoće prilikom posljednjeg poroda, dojenju, pohađanju trudničkog tečaja, planu poroda, pratnji na porodu i utjecaju COVID-19 pandemije na doživljaj poroda. Dio pitanja je bio zatvorenog tipa uz mogućnost odabira ponuđene opcije, dok je dio pitanja bio otvorenog tipa gdje su ispitanice mogle slobodnim unosom iznijeti svoje mišljenje. Takva su se pitanja odnosila na zadovoljstvo porodom, odnosno objašnjenja prethodnog odgovora ako su odgovorile potvrdno ili niječno i sl. Četvrti dio upitnika je

na hrvatski jezik prevedena i validirana *City BiTS* skala, za koju je važno naglasiti da ne zamjenjuje kliničku dijagnostiku, ali je validan alat za procjenu simptoma te za koju je pribavljena suglasnost autorice. Unutar skale je niz pitanja kojima se ispituju simptomi nastali nakon porođaja. Bodovanjem odgovora dolazi se do pouzdane procjene simptoma PP-PTSP-a. Skala je korištena kako bi se diferencirale ispitanice koje imaju PP-PTSP od onih koje nemaju simptome PTSP-a, ali su navele da su imale traumatičan porod.

Na samom kraju ispitanice su odabirom gumba „podnesi“ završavale upitnik nakon čega su se odgovori anonimno pohranili u sustavu Google obrazaca i koristili za daljnju statističku obradu.

City Birth Trauma Skala (City BiTS)

Ova je skala razvijena kao alat za procjenu simptoma PP-PTSP-a, budući da ni jedan od dostupnih upitnika ne procjenjuje PP-PTSP u skladu s kriterijima navedenim u najnovijem izdanju *DSM-V*. *City BiTS* je upitnik od 29 stavki razvijen za procjenu simptoma PP-PTSP-a prema kriterijima *DSM-V*: kriterija stresora (A), simptoma ponovnog doživljavanja (B), izbjegavanja (C), negativnih spoznaja i raspoloženja (D) i prekomjernog uzbuđenja (E), kao i trajanje simptoma (F), značajne tegobe ili oštećenja (E) i kriterije isključenja ili druge uzroke (H). Dvije dodatne stavke iz *DSM-IV* također su uključene na temelju dokaza koji ukazuju na to da bi mogle biti važne u ovoj populaciji. Prvi je bio kriterij A2 da su žene na događaje tijekom poroda reagirale intenzivnim strahom, bespomoćnošću ili užasom. Drugi su bili simptomi emocionalnog otupljivanja (46). Skala je validirana i prevedena na hrvatski jezik (47).

Bodovanjem odgovora dolazi se do rezultata procjene i otkrivanja žena koje imaju simptome PP-PTSP-a. Uputa za bodovanje dostupna je na upit i dobivena je uz odobrenje autorice za korištenje skale.

Statističke metode

Istraživanje je ustrojeno kao presječno istraživanje (48). Kategorijski podaci su predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. Razlike u kategorijskim podacima

testirane su χ^2 testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Shapiro - Wilkovim testom. Zbog raspodjele numeričkih podataka koji ne slijede normalnu razdiobu, numerički su podaci opisani medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Unutarnja pouzdanost skala izražena je koeficijentom Cronbach Alpha (49). Sve P vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti je postavljena na Alpha = 0,05. Za statističku analizu korišten je statistički program MedCalc® Statistical Software version 19.6 (MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2020) i IBM SPSS Statistics 23 (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

Rezultati

Osnovna obilježja ispitanica

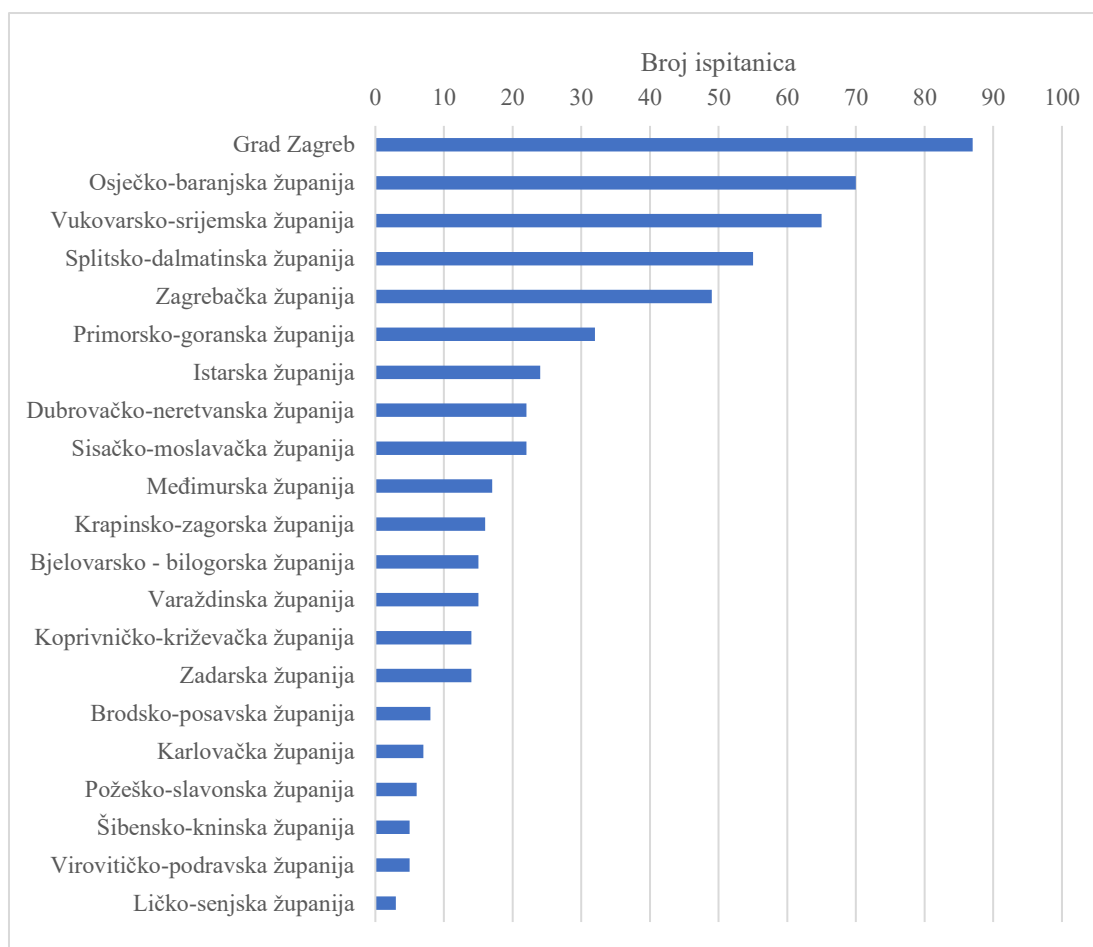
Istraživanje je provedeno na 551 ispitanici kojoj je posljednji porođaj bio unutar posljednje tri godine. Medijan dobi ispitanica je 31 godina (interkvartilnog raspona od 28 do 34 godine) u rasponu od 18 do najviše 50 godina. U braku je 477 (86,6 %) ispitanica, a prema razini obrazovanja, najviše ih je, njih 267 (48,5 %) visoke stručne sprema. Zaposleno je 450 (81,7 %) ispitanica, a ukupna mjesečna primanja u kućanstvu veća od 8.000 kuna imaju 373 (67,7 %) ispitanica, a manja od 4.500 kuna 24 (4,4 %) ispitanice (tablica 1).

Tablica 1. Osnovna obilježja ispitanica

	Broj (%) ispitanika
Status veze	
U braku	477 (86,6)
Izvanbračna zajednica	65 (11,8)
Samohrani roditelj	9 (1,6)
Razina obrazovanja	
Osnovna škola	3 (0,5)
Srednja stručna sprema	206 (37,4)
Viša stručna sprema	75 (13,6)

Visoka stručna sprema	267 (48,5)
<hr/>	
Radni status	
Zaposlena	450 (81,7)
Nezaposlena	94 (17,1)
Studentica	7 (1,3)
<hr/>	
Ukupna mjesečna primanja u kućanstvu	
< 4.500 kn	24 (4,4)
od 4.500 kn do 6.000 kn	47 (8,5)
od 6.000 kn do 8.000 kn	107 (19,4)
više od 8.000 kn	373 (67,7)
<hr/>	
Ukupno	551 (100)
<hr/>	

Najviše ispitanica je iz Grada Zagreba, njih 87 (15,8 %), Osječko-baranjske županije 70 (12,7 %) ispitanica, iz Vukovarsko-srijemske županije 65 (11,8 %) ispitanica i Splitsko-dalmatinske županije njih 55 (10 %), dok su iz drugih županija u manjem broju (slika 1).



Slika 1. Raspodjela ispitanica prema županiji u kojoj žive

Do sada su ispitanice imale od jednog do 12 poroda, a posljednje dijete je medijana dobi 11 mjeseci, u rasponu od 10 dana do najviše 36 mjeseci. Prije posljednjeg poroda ispitanice su planirale imati od ni jednog do sedmero djece (tablica 2).

Tablica 2. Obilježja posljednjeg poroda

	Medijan (interkvartilni raspon)	Minimum – maksimum
Koliko su puta do sada rodile	1 (1 – 2)	1 – 12
Koliko mjeseci ima dijete koje su posljednje rodile	11 (4 – 18)	10 dana – 36 mjeseci

Koliko su planirale imati djece prije posljednjeg poroda	2 (2 – 3)	0 - 7
--	-----------	-------

Dijete s poteškoćama u razvoju ima 16 (2,9 %) ispitanica. Najčešća vrsta dovršetka porođaja je za 398 (71,7 %) ispitanica vaginalni porod, a za 94 (17,1 %) hitan carski rez. Od ukupnog broja ispitanica koje su imale vaginalni porod njih 201/398 (50,5 %) je imalo epiziotomiju (tablica 3).

Tablica 3. Ispitanice prema tome imaju li dijete s poteškoćama u razvoju i prema vrsti dovršetka poroda

	Broj (%) ispitanica
Imaju dijete s poteškoćama u razvoju	16 (2,9)
Dovršetak posljednjeg porođaja	
Vaginalni	398 (71,7)
Instrumentalni vaginalni (npr. vakuum)	11 (2)
Dogovoreni/planirani carski rez	51 (9,3)
Hitni carski rez	94 (17,1)
Imale su tijekom posljednjeg porođaja epiziotomiju	201 (36,5)

Medijan tjedna trudnoće posljednjeg poroda je 40. tjedan (interkvartilnog raspona od 39. do 41. tjedna) u rasponu od 37. do 43. tjedna.

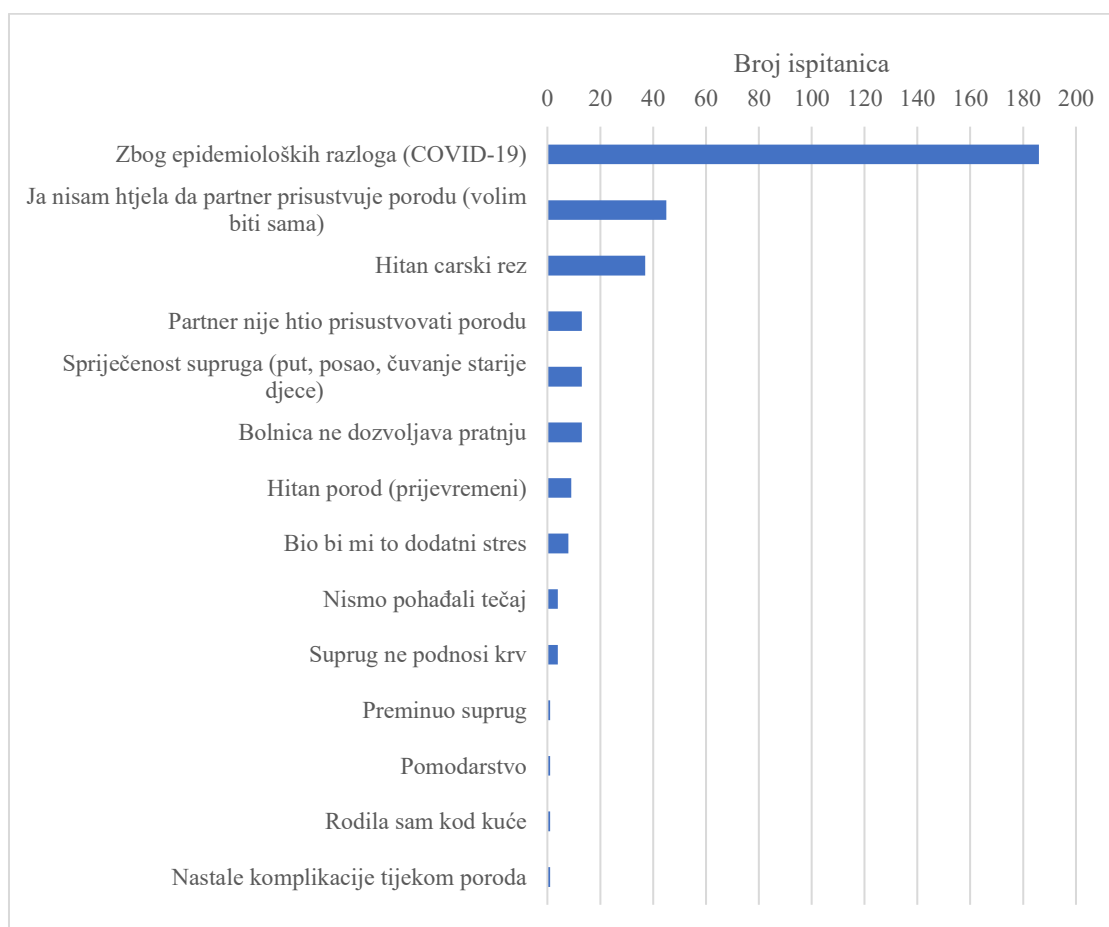
Tečaj za trudnice pohađalo je 296 (53,7 %) ispitanica, a sa sobom na porod je 67 (12,2 %) ispitanica ponijelo plan poroda. Pratnju bliske osobe na porodu imalo je 209 (37,9 %) ispitanica (tablica 4).

Tablica 4. Ispitanice prema pohađanju tečaja i pratnji na porodu

	Broj (%) ispitanica
--	---------------------

Pohađale su tečaj za trudnice (online, uživo)	296 (53,7)
Na porodu su imale plan poroda	67 (12,2)
Imale su pratnju bliske osobe na porodu	209 (37,9)

Najučestaliji razlog zbog kojeg ispitanice nisu imale pratnju tijekom poroda su epidemiološke mjere zbog bolesti COVID-19, u 186 (55,4 %) slučajeva, a u 45 (13,4 %) slučajeva ispitanice nisu željele pratnju, hitan carski rez je spriječio pratnju na porodu u 37 (11 %) slučajeva, dok su ostali razlozi u manjem broju (slika 2).



Slika 2. Razlozi zbog kojih nije pratnja prisustvovala porodu

Zadovoljno komunikacijom s osobljem na porodu bilo je 418 (75,9 %) ispitanica, a posljednje dijete došlo je njih 480 (87,1 %).

Nakon porođaja 177 (32,1 %) ispitanica je bilo odvojeno od djeteta, od kojih je najčešći razlog bio zbog carskog reza, u 26 (14,6 %) slučajeva, u 22 (12,4 %) slučaja razlog su

bile komplikacije tijekom poroda od strane majke, dok je u 22 (12,4 %) slučaja to procedura u rodilištu. Ostali razlozi odvajanja djeteta nakon porođaja od majke su zastupljeni u manjem broju (tablica 5).

Tablica 5. Ispitanice prema zadovoljstvu komunikacijom s osobljem, dojenju i prema razlozima odvojenosti od djeteta nakon poroda

	Broj (%) ispitanica
Bile su zadovoljne komunikacijom s osobljem na porodu	418 (75,9)
Dojile su posljednje dijete	480 (87,1)
Nakon porođaja su bile odvojene od djeteta	177 (32,1)
Razlog odvajanja od djeteta	
Čekao se test na COVID-19	12 (6,7)
Dijete je bilo u inkubatoru	19 (10,7)
Dijete odvezeno na pedijatriju (infekcija)	6 (3,4)
Majka na intenzivnoj	21 (11,8)
Zbog carskog reza	26 (14,6)
Da se majka odmori	15 (8,4)
Komplikacije tijekom poroda od strane majke (ruptura maternice, vađenje posteljice, anestezija i sl.)	25 (14)
Procedura u rodilištu	22 (12,4)
Komplikacije kod djeteta pri porodu	14 (7,9)
Ne znam	10 (5,6)
Nedonošče, neurorizično dijete	5 (2,8)
Potres, prokišnjavanje u bolesničkoj sobi	2 (1,1)

Posljednji porođaj je bio traumatično iskustvo za 194 (35,2 %) ispitanica, a najučestaliji razlog traumatičnog iskustva je za 35 (17,9 %) ispitanica neljubaznost i ne empatičnost zdravstvenog osoblja tijekom samog poroda, za 29 (14,9 %) ispitanica strah od bolova, za 25 (12,8 %) ispitanica traumatično iskustvo je bilo trajanje poroda (sati), a inducirani porod ili upotreba dripa su traumatično iskustvo za 27 (14,4 %) ispitanica.

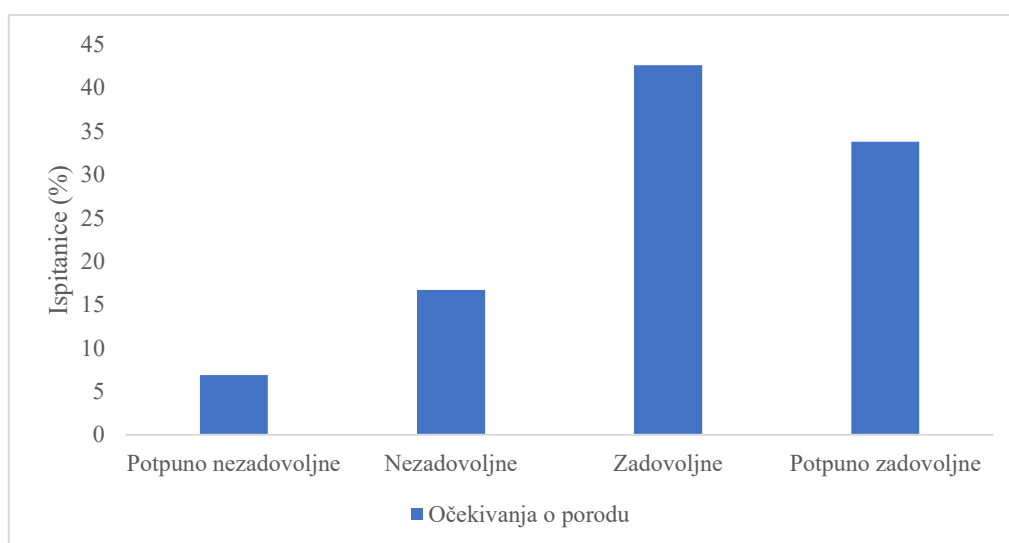
Hitan neplanirani carski rez je traumatično iskustvo za 22 (11,3 %) ispitanice, a kod manjeg broja ispitanica su jaki trudovi, strah za dijete, oživljavanje i smrt djeteta, zaraza koronom prije poroda, epiziotomija, forsiranje dojenja i komplikacije kod majke tijekom samog poroda (vrsta dovršetka poroda, krvarenje, nepodnošenje anestezije i sl.) (tablica 6).

Tablica 6. Doživljaj posljednjeg poroda i razlozi zbog kojih su posljednji porođaj ocijenile traumatičnim

	Broj (%) ispitanica
Posljednji porođaj je bio traumatično iskustvo	194 (35,2)
Razlog traumatičnog iskustva	
Neljubaznost i neempatičnost zdravstvenog osoblja tijekom poroda	35 (17,9)
Strah od bolova	29 (14,9)
Inducirani porod / drip	27 (14,4)
Trajanje poroda (sati)	25 (12,8)
Hitan carski rez	22 (11,3)
Komplikacije tijekom samog poroda (vrsta dovršetka poroda, krvarenje, nepodnošenje anestezije i sl.)	17 (8,7)
Jaki trudovi	9 (4,6)
Događaji nakon poroda	8 (4,1)
Epiziotomija	7 (3,6)
Strah za dijete	5 (2,6)
Neinformiranost o radnjama	4 (2,1)
Umrlo dijete	2 (1)
Nošenje maske na porodu	1 (0,5)

Zaraza koronom neposredno prije poroda	1 (0,5)
Oživljavanje djeteta	1 (0,5)
Forsiranje dojenja	1 (0,5)

Općenito je 235 (42,6 %) ispitanica zadovoljno porodom, 186 (33,8 %) ih je potpuno zadovoljno, 92 (16,7 %) ispitanice navode da su nezadovoljne, a potpuno nezadovoljne svojim očekivanjima o porodu je 38 (6,9 %) ispitanica (slika 3).



Slika 3. Zadovoljstvo očekivanjima o porodu

Ljudskost i ljubaznost u ophođenju tijekom poroda od strane osoblja je za 151 (27,4 %) ispitanicu najviše utjecalo na zadovoljstvo porodom, a za 88 (16 %) ispitanica profesionalno iskustvo tijekom poroda s primaljom/liječnikom. Velik utjecaj ima i komunikacija, prisustvo pratnje, rođenje zdravog djeteta i osobna informiranost prije samog poroda (tablica 7).

Tablica 7. Ispitanice prema tome što je najviše utjecalo na zadovoljstvo porođajem

Što je najviše utjecalo na zadovoljstvo porođajem	Broj (%) ispitanica

Profesionalno iskustvo tijekom poroda s primaljom/liječnikom	88 (16)
Ljudskost/ljubaznost u ophođenju tijekom poroda	151 (27,4)
Neljubaznost	20 (3,6)
Komunikacija	43 (7,9)
Brz oporavak	5 (0,9)
Prisustvo pratnje	48 (8,7)
Što je sve prošlo dobro	24 (4,4)
Osobna informiranost prije samog poroda	19 (3,4)
Porod kod kuće	5 (0,9)
Epiduralna anestezija	5 (0,9)
Carski rez	9 (1,6)
Zdravo rođeno dijete	31 (5,6)
Forsiranje prirodnog poroda	5 (0,9)
Neizvjesnost	1 (0,2)
Iskustvo s prijašnjeg poroda	2 (0,4)
Mentalna i fizička spremnost	4 (0,7)
Organiziranost privatne klinike	3 (0,5)
Ne znam	10 (1,8)
Nošenje maske tijekom porođaja zbog pandemije	9 (1,6)

Na 284 (51,5 %) ispitanice COVID-19 pandemija nimalo nije utjecala na očekivanja o porodu, a na 330 (59,9 %) niti na zadovoljstvo porodom. U vrijeme poroda 3 (0,5 %) su ispitanice bile pozitivne na COVID-19.

Prije posljednjeg porođaja 19 (3,4 %) ispitanica je imalo ili je bilo liječeno zbog nekog psihičkog poremećaja, najčešće se radilo u 9/49 slučajeva o anksioznosti i u 7/19 slučajeva o depresiji, dok je kod manjeg broja ispitanica bio dijagnosticiran PTSP ili panični napad (tablica 8).

Tablica 8. Utjecaj COVID-19 pandemije na očekivanje i zadovoljstvo porodom te prijašnji psihički poremećaji

	Broj (%) ispitanika
Koliko je COVID-19 pandemija utjecala na očekivanja o porodu	
Nimalo	284 (51,5)
Umjereno	130 (23,6)
Jako	137 (24,9)
Koliko je COVID-19 pandemija utjecala na zadovoljstvo porodom	
Nimalo	330 (59,9)
Umjereno	119 (21,6)
Jako	100 (18,1)
U vrijeme poroda su bile pozitivne na COVID-19	3 (0,5)
Prije posljednjeg porođaja su imale ili su bile liječene zbog nekog psihičkog poremećaja	19 (3,4)
Koji psihički poremećaj	
Anksioznost	9/19
Depresija	7/19
Panični napad	2/19
PTSP	1/19

Ponovnu trudnoću ne planira 261 (47,4 %) ispitanica, a najčešći razlog je što navode da imaju dovoljno djece u 107 (41,5 %) slučajeva. Starija životna dob je razlog za 26 (10,1 %) ispitanica, a za 20 (7,8 %) ispitanica strah od poroda. Iako nisu imale traumatično iskustvo s porodom ili oporavkom, ne žele ponovo prolaziti kroz sve to 34 (13,2 %) ispitanice. Traumatičan porod je razlog ne planiranja nove trudnoće za 12 (4,7 %) ispitanica.

Kao razloge još navode da su više puta imale carski rez, financijske razloge, strah od lošeg iskustva s osobljem, nezadovoljstvo zdravstvenom ustanovom u kojoj su rodile,

puno obaveza poslije poroda bez pomoći obitelji ili nekog drugog, a dvije (0,8 %) ispitanice navode da ne planiraju novu trudnoću jer nisu znale što znači imati dijete, da je to prevelika obaveza i odgovornost (tablica 9).

Tablica 9. Ispitanice prema planiranju ponovne trudnoće i razlozima zbog kojih ne planiraju ponovnu trudnoću

	Broj (%) ispitanica
Planiraju ponovnu trudnoću	
Ne	261 (47,4)
Da	290 (52,6)
Razlozi zbog kojih ne planiraju ponovnu trudnoću	
Imaju dovoljno djece	107 (41,5)
Već su imale više puta carski rez	13 (5)
Traumatičan porod	12 (4,7)
Dob	26 (10,1)
Financijski razlozi/stambeni problemi	10 (3,9)
Strah od poroda	20 (7,8)
Strah od ponovljenog lošeg iskustva sa zdravstvenim osobljem	2 (0,8)
Rodit će ponovno, ali samo u drugoj zdravstvenoj ustanovi	1 (0,4)
Ne žele prolaziti ponovno kroz trudnoću/porod/oporavak bez obzira na to što nije bio traumatičan	34 (13,2)
Nisu znale što znači imati dijete (prevelika obaveza i odgovornost)	2 (0,8)
Možda u budućnosti, za sada ne zbog obaveza	18 (7)
Obiteljski problemi (udovica, bez partnera i sl.)	8 (3,1)
Puno obaveza poslije poroda, a nemaju pomoć	2 (0,8)
Stanje u zdravstvu; pandemija; stanje u svijetu	3 (1,2)

Traumatično iskustvo tijekom porođaja (City Birth Trauma Scale – City BiTS skala)

Traumatično iskustvo tijekom porođaja procijenili smo putem upitnika s četiri domene: ponovno doživljeni simptomi, izbjegavanje, negativne spoznaje i raspoloženje te uznemirenost. Unutarnja pouzdanost cijele skale Cronbach Alpha je 0,884 što znači da je upitnik dobar alat za procjenu traumatičnog iskustva na našem uzorku ispitanica.

Za vrijeme trudova, porođaja i neposredno nakon poroda je 115 (20,9 %) ispitanica mislilo da će one ili njihovo dijete biti ozbiljno ozlijeđeni, a isti broj ispitanica je mislilo da bi one ili njihovo dijete mogli umrijeti.

Domena ponovo doživljenih simptoma

Domenu ponovo doživljenih simptoma čini pet čestica. Uzrujanost pri podsjećanju na porođaj 2 do 4 puta ili 5 ili više puta ima 105 (18,9 %) ispitanica, osjećaj napetosti ili tjeskobe pri podsjećanju na porođaj više od 2 puta ima 103 (18,7 %) ispitanica, a njih 125 (19 %) ima 2 do 4 ili 5 ili više puta iznenadna i jasna sjećanja o porođaju (eng. *flashbacks*) i/ili ponovno proživljavanje iskustva (tablica 10).

Tablica 10. Samoprocjena domene ponovo doživljenih simptoma

	Broj (%) ispitanica				Ukupno
	Ne uopće	Jedanput	2 – 4 puta	5 ili više puta	
Ponavljajuća neželjena sjećanja na porođaj (ili dijelove porođaja) koja se pojavljuju bez kontrole	383 (69,5)	93 (16,9)	61 (11,1)	14 (2,5)	551 (100)
Ružni snovi ili noćne more o porođaju (ili povezani s porođajem)	486 (88,2)	42 (7,6)	17 (3,1)	6 (1,1)	551 (100)

Iznenadna i jasna sjećanja o porođaju (eng. <i>flashbacks</i>) i/ili ponovno proživljavanje iskustva	324 (58,8)	122 (22,1)	80 (14,5)	25 (4,5)	551 (100)
Uzrujanost pri podsjećanju na porođaj	335 (60,8)	112 (20,3)	76 (13,8)	28 (5,1)	551 (100)
Osjećaj napetosti ili tjeskobe pri podsjećanju na porođaj	330 (59,9)	118 (21,4)	77 (14)	26 (4,7)	551 (100)

Domena izbjegavanja

Pokušaj izbjegavanja razmišljanja o porođaju više od dva puta navodi 95 (17,2 %) ispitanica, a izbjegavanja stvari koje ih podsjećaju na porođaj njih 52 (9,4 %) (tablica 11).

Tablica 11. Samoprocjena domene izbjegavanja

	Broj (%) ispitanica				Ukupno
	Ne uopće	Jedanput	2 – 4 puta	5 ili više puta	
Pokušaj izbjegavanja razmišljanja o porođaju	385 (69,9)	71 (12,9)	73 (13,2)	22 (4)	551 (100)
Pokušaj izbjegavanja stvari koje me podsjećaju na porođaj (npr. ljudi, mjesta, televizijski programi)	460 (83,5)	39 (7,1)	37 (6,7)	15 (2,7)	551 (100)

Domena negativne spoznaje i raspoloženja

Pet ili više puta su 52 (9,4 %) ispitanice osjećale otuđenost od drugih ljudi, a njih 36 (6,5 %) gubitak interesa za aktivnosti koje su im bile važne. Po 43 (7,8 %) ispitanice navode da su 2 do 4 puta imale osjećaj krivnje prema sebi ili drugima za ono što se dogodilo tijekom porođaja ili su imale nemogućnost doživljavanja pozitivnih emocija (npr. sreća, uzbuđenost). Samo jedanput je 95 (17,2 %) ispitanica imalo snažne negativne osjećaje u vezi porođaja (npr. strah, ljutnju, sram) (tablica 12).

Tablica 12. Samoprocjena domene negativne spoznaje i raspoloženja

	Broj (%) ispitanica				Ukupno
	Ne uopće	Jedanput	2 – 4 puta	5 ili više puta	
Osjećaj krivnje prema sebi ili drugima za ono što se dogodilo tijekom porođaja	444 (80,6)	50 (9,1)	43 (7,8)	14 (2,5)	551 (100)
Snažni negativni osjećaji u vezi porođaja (npr. strah, ljutnja, sram)	372 (67,5)	95 (17,2)	63 (11,4)	21 (3,8)	551 (100)
Negativni osjećaji o sebi ili razmišljanje kako će se nešto strašno dogoditi	399 (72,4)	70 (12,7)	61 (11,1)	21 (3,8)	551 (100)
Gubitak interesa za aktivnosti koje su mi bile važne	372 (67,5)	72 (13,1)	71 (12,9)	36 (6,5)	551 (100)
Osjećaj otuđenosti od drugih ljudi	320 (58,1)	90 (16,3)	89 (16,2)	52 (9,4)	551 (100)
Nemogućnost doživljavanja pozitivnih emocija (npr. sreća, uzbuđenost)	444 (80,6)	50 (9,1)	43 (7,8)	14 (2,5)	551 (100)

Domena uznemirenosti

Probleme s koncentracijom je pet ili više puta imalo 47 (8,5 %) ispitanica, njih 51 (9,3 %) su osjećale napetost i kao da su „na rubu“, a 45 (8,2 %) ispitanica je pet ili više puta osjećalo razdražljivost i agresivnost. Nesmotreno ili samo uništavajuće ponašanje uopće nije imalo 475 (86,2 %) ispitanica. Pretjeranu reakciju na iznenadni podražaj ili plašljivost jednom je imalo 99 (18 %) ispitanica, a smetnje spavanja zbog razloga nevezanih s bebinim navikama spavanja jednom je imala 81 (14,7 %) ispitanica (tablica 13).

Tablica 13. Samoprocjena domene uznemirenosti

	Broj (%) ispitanica				Ukupno
	Ne uopće	Jedanput	2 – 4 puta	5 ili više puta	
Osjećaj razdražljivosti ili agresivnosti	283 (51,4)	128 (23,2)	95 (17,2)	45 (8,2)	551 (100)
Nesmotreno ili samouništavajuće ponašanje	475 (86,2)	48 (8,7)	21 (3,8)	7 (1,3)	551 (100)
Osjećaj napetosti i kao da sam „na rubu“	284 (51,5)	113 (20,5)	103 (18,7)	51 (9,3)	551 (100)
Pretjerana reakcija na iznenadni podražaj ili plašljivost	334 (60,6)	99 (18)	78 (14,2)	40 (7,3)	551 (100)
Problemi s koncentracijom	309 (56,1)	102 (18,5)	93 (16,9)	47 (8,5)	551 (100)
Smetnje spavanja zbog razloga nevezanih s bebinim navikama spavanja	368 (66,8)	81 (14,7)	60 (10,9)	42 (7,6)	551 (100)

Ukupna skala simptoma

Ukupna skala simptoma je u rasponu od 0 do 60, a možemo ju podijeliti na dvije podskale, PTSP simptomi povezani s porodom (raspon od 0 do 30) i općeniti PTSP simptomi (raspon od 0 do 30) gdje veći broj ukazuje na više izražene simptome.

Na našem uzorku, ukupna skala simptoma kreće se od 0 do 55, a podskala simptoma povezanih s porodom od 0 do 27, a općenitih simptoma u rasponu od 0 do 29 (tablica 14).

Tablica 14. Mjere sredine ukupne skale simptoma i podskala: simptomi povezani s porodom i općeniti simptomi

	Moguć raspon	Medijan (interkvartilni raspon)	Minimum – maksimum
Ukupno skala simptoma	0 – 60	8 (2 – 17)	0 – 55
Simptomi povezani s porodom	0 – 30	2 (0 – 6)	0 – 27
Općeniti simptomi	0 – 30	4 (0 – 10)	0 – 29

PTSP s odgođenim početkom prisutan je kod 31 (5,6 %) ispitanice, a od prije poroda kod 76 (13,8 %) ispitanica.

Odgovori na dva pitanja odnose se na disocijativne simptome (psihofizičke reakcije na stres), koji nisu u osnovi PTSP simptomi, ali se navode zasebno u svrhu daljnje dijagnostike. Osjećaj odvojenosti ili „kao da su u snu“ 2 do 4 ili 5 ili više puta navodi 56 (10,2 %) ispitanica, a 37 (6,7 %) ispitanica je imalo osjećaj više od dva puta da su stvari iskrivljene i nerealne. S obzirom na kriterij, da je bilo koji od osjećaja prisutan bar jednom, 157 (28,5 %) ispitanica ima disocijativne simptome (tablica 15).

Tablica 15. Disocijativni simptomi

	Broj (%) ispitanica				Ukupno (100)
	Ne uopće	Jedanput	2 – 4 puta	5 ili više puta	
Osjećaj odvojenosti ili „kao da si u snu“	416 (75,5)	79 (14,3)	39 (7,1)	17 (3,1)	551 (100)
Osjećaj da su stvari iskrivljene i nerealne	461 (83,7)	53 (9,6)	27 (4,9)	10 (1,8)	551 (100)

S obzirom na ukupne simptome i postavljene kriterije (prema *City BiTS* skali), 50 (9,1 %) ispitanica ima PTSP.

Povezanost subjektivne procjene poroda kao traumatičnog iskustva, zadovoljstva porodom i prisutnog PTSP-a s obilježjima ispitanica

Ispitanice koje su svoj porod ocijenile kao traumatično iskustvo značajno manje planiraju ponovnu trudnoću, njih 87 (44,8 %), u odnosu na druge ispitanice (χ^2 test, $P = 0,007$). Također, značajno je više ispitanica s traumatičnim iskustvom koje su svoj porod dovršile instrumentalno vaginalno, osam (4,1 %) ili hitnim carskim rezom, njih 56 (28,9 %) u odnosu na ispitanice koje su porod dovršile vaginalno ili s dogovorenim/planiranim carskim rezom (χ^2 test, $P < 0,007$). One ispitanice koje nisu pohađale tečaj za trudnice značajnije su doživjele porod kao traumatično iskustvo (χ^2 test, $P = 0,008$). Nema značajnog utjecaja prisustvo bliske osobe na porodu na subjektivnu ocjenu doživljenog traumatičnog iskustva pri porodu, kao ni broj djece koji su planirale imati prije porođaja, a značajna povezanost se ne bilježi ni kod onih koje su prije posljednjeg porođaja imale ili su bile liječene zbog nekog psihičkog poremećaja. Od ukupno 418 (75,9 %) ispitanica koje su zadovoljne komunikacijom s osobljem na porodu, značajno je više, njih 318 (89,1 %) koje nemaju traumatično iskustvo (χ^2 test, $P < 0,001$). Od ukupno 100 (18,2 %) ispitanica koje navode da je COVID-19 pandemija jako utjecala na njihovo zadovoljstvo porodom, značajno je više onih koje su imale traumatično iskustvo, njih 52 (26,9 %) (χ^2 test, $P < 0,001$). Od ukupno 50 (9,1 %) ispitanica koje imaju prema *City BiTS* skali PTSP, značajno je više, njih 44 (22,7 %), koje su imale subjektivno traumatično iskustvo pri porodu (χ^2 test, $P < 0,001$) (tablica 16).

Tablica 16. Raspodjela ispitanica prema traumatičnom iskustvu pri porodu u odnosu na obilježja ispitanica

	Broj (%) ispitanica prema tome kakav je porod bio iskustvo			P*
	Nije traumatično	Traumatično	Ukupno	
S obzirom na planirani broj djece planiraju ponovnu trudnoću	203 (56,9)	87 (44,8)	290 (52,6)	0,007
Dovršetak posljednjeg porođaja				
Vaginalni	278 (77,9)	117 (60,3)	395 (71,7)	<0,001
Instrumentalno vaginalni	3 (0,8)	8 (4,1)	11 (2)	
Dogovoreni/planirani carski rez	38 (10,6)	13 (6,7)	51 (9,3)	
Hitni carski rez	38 (10,6)	56 (28,9)	94 (17,1)	
Broj djece koji su planirale imati prije posljednjeg porođaja				
Ni jedno	5 (1,4)	4 (2,1)	9 (1,6)	0,840
Jedno	23 (6,4)	11 (5,7)	34 (6,2)	
Dvoje	168 (47,1)	96 (49,7)	264 (48)	
Troje i više (do sedam)	161 (45,1)	82 (42,5)	243 (44,2)	
Prije posljednjeg porođaja su imale ili su bile liječene zbog nekog psihičkog poremećaja				
Pohađale su tečaj za trudnice	177 (49,6)	119 (61,3)	296 (53,7)	0,008
Imale su pratnju bliske osobe na porodu	134 (37,5)	75 (38,7)	209 (37,9)	0,795
Zadovoljne su komunikacijom s osobljem na porodu	318 (89,1)	100 (51,5)	418 (75,9)	<0,001
Koliko je COVID-19 pandemija utjecala na njihovo zadovoljstvo porodom				

Nimalo	216 (60,7)	114 (59,1)	330 (60,1)	<0,001
Umjereno	92 (25,8)	27 (14)	119 (21,7)	
Jako	48 (13,5)	52 (26,9)	100 (18,2)	
<hr/>				
Prisutan PTSP (City BiTS)				
Ne	351 (98,3)	150 (77,3)	501 (90,9)	<0,001
Da	6 (1,7)	44 (22,7)	50 (9,1)	
<hr/>				
Ukupno	357 (100)	194 (100)	551 (100)	

* χ^2 test

Nema značajne razlike u raspodjeli ispitanica prema zadovoljstvu porodom u odnosu na planiranu trudnoću, broj djece koji su planirale imati prije posljednjeg porođaja, te prema tome je li pri porodu bila/nije bila prisutna bliska osoba, odnosno jesu li prije posljednjeg porođaja imale ili su bile liječene zbog nekog psihičkog poremećaja.

Potpuno su nezadovoljne ili nezadovoljne porodom one ispitanice koje su dovršetak poroda imale instrumentalno vaginalni ili je bio hitan carski rez (χ^2 test, $P < 0,001$). Ispitanice koje su pohađale tečaj za trudnice zadovoljnije su ili su potpuno zadovoljne porodom (χ^2 test, $P = 0,005$), kao i one koje su zadovoljne komunikacijom s osobljem na porodu (χ^2 test, $P < 0,001$). Značajno su zadovoljnije porodom one ispitanice koje su ocijenile da COVID-19 pandemija nimalo nije utjecala na njihovo zadovoljstvo porodom (χ^2 test, $P < 0,001$), kao i one ispitanice kod kojih nije prisutan PTSP (χ^2 test, $P < 0,001$) (tablica 17).

Tablica 17. Raspodjela ispitanica prema zadovoljstvu porodom u odnosu na obilježja ispitanica

	Broj (%) ispitanica prema zadovoljstvu porodom				P*
	Potpuno nezadovoljna	Nezadovoljna	Zadovoljna	Potpuno zadovoljna	
S obzirom na planirani broj djece planiraju	14 (36,8)	44 (47,8)	132 (56,2)	100 (53,8)	0,115

ponovnu trudnoću					
Dovršetak posljednjeg porođaja					
Vaginalni	21 (55,3)	51 (55,4)	172 (73,2)	151 (81,2)	<0,001
Instrumentalno vaginalni	2 (5,3)	4 (4,3)	3 (1,3)	2 (1,1)	
Dogovoreni/ planirani carski rez	3 (7,9)	6 (6,5)	19 (8,1)	23 (12,4)	
Hitni carski rez	12 (31,6)	31 (33,7)	41 (17,4)	10 (5,4)	
Broj djece koji su planirale imati prije posljednjeg porođaja					
Ni jedno	0	3 (3,3)	3 (1,3)	3 (1,6)	0,549
Jedno	3 (8,1)	4 (4,3)	17 (7,2)	10 (5,4)	
Dvoje	13 (35,1)	45 (48,9)	120 (51,1)	86 (46,2)	
Troje i više (do sedam)	21 (56,8)	40 (43,5)	95 (40,4)	87 (46,8)	
Prije posljednjeg porođaja su imale ili su bile liječene zbog nekog psihičkog poremećaja					
Pohađale su tečaj za trudnice	23 (60,5)	61 (66,3)	129 (54,9)	83 (44,6)	0,005
Imale su pratnju bliske osobe na porodu					
Zadovoljne su komunikacijom s	5 (13,2)	35 (38)	198 (84,3)	180 (96,8)	<0,001

osobljem na porodu					
Koliko je COVID-19 pandemija utjecala na njihovo zadovoljstvo porodom					
Nimalo	23 (60,5)	50 (54,3)	128 (54,7)	129 (69,7)	<0,001
Umjereno	7 (18,4)	12 (13)	61 (26,1)	39 (21,1)	
Jako	8 (21,1)	30 (32,6)	45 (19,2)	17 (9,2)	
Prisutan PTSP (City BiTS)					
Ne	20 (52,6)	72 (78,3)	225 (95,7)	184 (98,9)	<0,001
Da	18 (47,4)	20 (21,7)	10 (4,3)	2 (1,1)	
Ukupno	38 (100)	92 (100)	235 (100)	186 (100)	

* χ^2 test

Ispitanice kod kojih je prisutan PTSP značajno manje planiraju ponovnu trudnoću (χ^2 test, $P < 0,001$), značajno su manje zadovoljne komunikacijom s osobljem na porodu (χ^2 test, $P < 0,001$), te navode da je COVID-19 pandemija jako utjecala na njihovo zadovoljstvo porodom (χ^2 test, $P = 0,002$) (tablica 18).

Tablica 18. Raspodjela ispitanica prema prisustvu PTSP-a (City BiTS skala) u odnosu na obilježja ispitanica

	Broj (%) ispitanica prema prisutnosti			P*
	Bez PTSP	PTSP	Ukupno	
S obzirom na planirani broj djece planiraju ponovnu trudnoću	273 (54,5)	17 (34)	290 (52,6)	0,006
Dovršetak posljednjeg porođaja				
Vaginalni	364 (72,7)	31 (62)	395 (71,7)	0,213
Instrumentalno vaginalni	9 (1,8)	2 (4)	11 (2)	

Dogovoreni/planirani carski rez	47 (9,4)	4 (8)	51 (9,3)	
Hitni carski rez	81 (16,2)	13 (26)	94 (17,1)	
<hr/>				
Broj djece koji su planirale imati prije posljednjeg porođaja				
Ni jedno	9 (1,8)	0	9 (1,6)	0,285
Jedno	31 (6,2)	3 (6)	34 (6,2)	
Dvoje	245 (49)	19 (38)	264 (48)	
Troje i više (do sedam)	215 (43)	28 (56)	243 (44,2)	
<hr/>				
Prije posljednjeg porođaja su imale ili su bile liječene zbog nekog psihičkog poremećaja	18 (3,6)	1 (2)	19 (3,4)	> 0,99
<hr/>				
Pohađale su tečaj za trudnice	265 (52,9)	31 (62)	296 (53,7)	0,218
<hr/>				
Imale su pratnju bliske osobe na porodu	187 (37,3)	22 (44)	209 (37,9)	0,354
<hr/>				
Zadovoljne su komunikacijom s osobljem na porodu	404 (80,6)	14 (28)	418 (75,9)	<0,001
<hr/>				
Koliko je COVID-19 pandemija utjecala na njihovo zadovoljstvo porodom				
Nimalo	299 (59,9)	31 (62)	330 (60,1)	0,002
Umjereno	116 (23,2)	3 (6)	119 (21,7)	
Jako	84 (16,8)	16 (32)	100 (18,2)	

* χ^2 test

Rasprava

U novije vrijeme mnoga se istraživanja bave faktorima koji mogu utjecati na nastanak PP-PTSP-a. Unatoč tome još uvijek je nejasan omjer i svi faktori koji neke žene stavljaju u rizik nastanka PP-PTSP-a (50). Subjektivan doživljaj poroda kao traumatičnog i stresni odgovor na njega uključuje niz drugih faktora koji mogu dovesti do razvoja simptoma PTSP-a i smatraju se valjanim razlozima za nastanak traume (51). Traumatičan porod mogao bi se definirati i kao događaj tijekom poroda koji

uključuje stvarnu ili prijeteću opasnost za život žene i/ili njenog djeteta. Mogli bismo ga opisati i kao događaj u kojem je komplikacija s fatalnim ishodom izbjegnuta „za dlaku“. U literaturi se taj fenomen naziva *near miss* te se odnosi na situacije u porodu i neposredno nakon njega gdje su život majke i/ili djeteta bili ugroženi i gdje su bile nužne hitne i intervencije kojima se spašava život (52).

Prema podacima dobivenim u istraživanju 115 (20,9 %) ispitanica su za vrijeme trudova, poroda i neposredno nakon poroda mislile da će one ili njihovo dijete biti ozbiljno ozlijeđeni, a isti broj ispitanica su mislile da bi one ili njihovo dijete mogli umrijeti. Kod takvih situacija tijekom poroda roditelja osjeća strah, bespomoćnost i gubitak kontrole što se kasnije može odraziti na razvoj PP-PTSP-a (53). Porodna trauma, odnosno PP-PTSP, ne nastaje uvijek nakon traumatičnog poroda jer što je za jednu ženu trauma, za drugu to ne mora biti. Dok će netko nakon poroda naći mehanizme za prevladavanje traume, neke će se žene teško nositi sa stresnim odgovorom na doživljenu traumu i postupno će razviti simptome PTSP-a. Sposobnost osobe da se izdigne iz stanja ranjivosti povezan je s otpornošću na stresne događaje (54).

U istraživanju su 194 ispitanice (35,2 %) navele da im je porod bio traumatično iskustvo. Od ukupnog broja ispitanica koje su navele da su imale traumatičan porod, odnosno subjektivno su porod doživjele kao traumu, njih 44 (22,7 %) razvilo je simptome PP-PTSP-a (prema *City BiTS* skali), dok je ukupan broj ispitanica koje su razvile simptome PP-PTSP-a 50 (9,1 %) što je viši postotak od prosječnih 3 % koji se navode u literaturi (55).

Istraživanjem se došlo i do podatka da je od ukupnog broja ispitanica njih 32,1 % bilo iz nekog razloga odvojeno od novorođenčeta nakon poroda (tablica 5). Najčešći razlozi odvajanja od djeteta kod ispitanica u ovom istraživanju su carski rez, komplikacije od strane majke, zdravstveno stanje djeteta (infekcija, boravak u neonatološkoj jedinici intenzivnog liječenja (NJIL), u manjoj mjeri su ispitanice navele da je do odvajanja od djeteta nakon poroda došlo jer su čekale nalaz testiranja na COVID-19 ili je takva procedura u rodilištu. Odvojenost od djeteta koje je zaprimljeno u NJIL jedan je od faktora za nastanak simptoma PP-PTSP-a što je potvrđeno i nedavnim istraživanjem (56). S obzirom na to da je u ovom istraživanju *City BiTS* skala korištena kao alat za detekciju ispitanica sa simptomima PP-PTSP-a odvojenost od djeteta je ispitivana kao

dio anamnestičkih podataka i nije posebno statistički obrađivan kao faktor za nastanak PP-PTSP-a.

U literaturi se navodi da određeni psihički poremećaji poput anksioznosti, depresije i postojećeg PTSP-a mogu biti rizični faktori za nastanak PP-PTSP-a (57). Kod ispitanica u ovom istraživanju depresivni i ostali mentalni poremećaji koje su ispitanice navele da imaju (anksioznost, depresija, panični napadi, PTSP) ili su imale tijekom trudnoće nisu se pokazali kao statistički značajni za nastanak PP-PTSP-a u ispitivanom uzorku.

Ovo istraživanje primarno se bavi jednim od simptoma PP-PTSP-a, a to je strah od buduće trudnoće i utjecaju na promjene u broju planirane djece zbog utjecaja porodne traume na ženu. Varijable ili faktori uključeni u nastanak PTSP-a u ovom istraživanju samo su dio od mnoštva pojedinačnih faktora koji se mogu dodatno istražiti.

Kada porod promatramo kao prirodan i fiziološki proces ne očekujemo da se nešto loše može dogoditi tijekom tog procesa. Nažalost, zbog više faktora porod se ponekad mora dovršiti operativnim putem ili se dogode neželjene komplikacije gdje su život žene i/ili djeteta ugroženi bilo tijekom ili neposredno nakon poroda. Takve, po život prijeteće situacije su iznimno stresne za ženu (58). Tijekom ovog istraživanja dobiveni su podaci ukazali na to da je način dovršetka poroda značajno povezan sa subjektivnim doživljajem poroda, no ne i s nastankom PP-PTSP-a, odnosno, da su ispitanice kod kojih je porod dovršen instrumentalno vaginalno ili hitnim carskim rezom porod subjektivno doživjele kao traumatičan (tablica 16).

Strah od poroda ponekad može biti vrlo snažan faktor za sam doživljaj poroda, niz događaja u kojem roditelj gubi kontrolu i biva preplavljena užasom od onoga što slijedi mogu utjecati na doživljaj poroda kao traumatičnog (59). Zbog nedostatka specifičnih znanja o porodu i straha od nepoznatog neke buduće majke mogu razviti osjećaje zabrinutosti, straha ili anksioznosti. Sve to povećava i vulnerabilnost i smanjuje mogućnost uspješnog suočavanja sa situacijom te povećava negativan psihološki odgovor na događaje u porodu. Pohađanje trudničkog tečaja može ih pripremiti za porod i odagnati strahove i zabrinutost (60). Dokazano je i da žene koje su pohađale trudnički tečaj u većoj mjeri rode vaginalno, što dovodi do smanjenja stope carskih rezova (61). To bi se moglo objasniti činjenicom da žene koje su pohađale trudnički tečaj imaju bolja znanja o porodu, razumnija očekivanja i manji strah. Samim time

povećana im je samokontrola i osjećaj kontrole situacije. Trudnički tečajevi predviđeni su za edukaciju majki i očeva o porodu te im se time omogućava lakše donošenje informiranih odluka tijekom poroda (62). SZO podupire pohađanje trudničkih tečajeva kao temelj za sigurniju trudnoću i porod. Planiranjem poroda, odnosno izradom plana poroda trudnica se informira i priprema o svim aspektima poroda te se tako i informira o potencijalnim komplikacijama koje mogu nastati. Također, olakšana je i komunikacija s osobljem na porodu kao i donošenje informiranih odluka (63). Literatura međutim navodi da se plan poroda ne poštuje od strane zdravstvenog osoblja te je to jedan od znakova nepoštivanja autonomije žene u porodu što doprinosi negativnom subjektivnom doživljaju poroda (64). U našem istraživanju samo je manji broj ispitanica imao plan poroda sa sobom no nije utvrđeno je li plan bio predstavljen osoblju (tablica 4).

U provedenom istraživanju više od polovice ispitanica pohađalo je neki od online ili tečajeva uživo (tablica 4). Nisu dodatno pitane o sadržaju i načinu provođenja tečaja te o kvaliteti informacija dobivenim takvim načinom edukacije. Na pitanje što je utjecalo na njihovo zadovoljstvo porodom samo mali dio njih je naveo da su bile informirane o porodu iako nisu navele iz kojih izvora, što je velika razlika u odnosu na broj njih koje su prošle trudnički tečaj. Ispitanice koje nisu pohađale tečaj za trudnice značajnije su porod doživjele kao traumatično iskustvo, dok su ispitanice koje su pohađale tečaj značajno više zadovoljne subjektivnim iskustvom poroda (tablica 17). Zbog velike razlike ispitanica koje su pohađale tečaj i onih koje su nezadovoljne iskustvom poroda nameće se pitanje sadržaja i načina provođenja tečaja. U novije vrijeme, poglavito u vrijeme COVID-19 pandemije tečajevi uživo nisu bili dostupni te je moguće da su ispitanice dio informacija o trudnoći i porodu pronašle i na internetu. Istraživanja potvrđuju nedostatnost takvog oblika edukacije o trudnoći i porodu (65) (66). Iako se održavanje prenatalne edukacije podržava, ipak još uvijek postoje nesuglasice o sadržaju i načinu provođenja i nema univerzalnog modela po kojem bi to bilo izvedivo. U svijetu je uobičajeno da su nositelji trudničkih edukacija primalje koje edukaciju temelje na znanstveno dokazanim činjenicama, no to u Hrvatskoj nije slučaj i tečajeve u najvećem broju održavaju osobe koje nisu dovoljno educirane u području primaljske skrbi. Jedna pilot studija iz Švedske predlaže održavanje trudničkih tečajeva na kojima bi predavači bile primalje, a unutar kojih bi bilo održano, uz stručni dio, i inspirativno predavanje (67).

Pratnja bliske osobe na porodu za roditelja može značiti dodatnu sigurnost, pomoć i utjehu. Pratnja u porodu može biti partner roditelja ili bilo koja druga osoba kojoj roditelja vjeruje i uz koju se osjeća sigurno (68). Ovim istraživanjem došlo se do podatka da je manje od 40 % ispitanica imalo pratnju na porodu (tablica 4). Manji broj njih odgovorilo je da je na pozitivno zadovoljstvo porodom utjecalo prisustvo pratnje na porodu. Kod više od polovice ispitanica zbog COVID-19 pandemije pratnja nije bila dopuštena na porodu, dok dio njih navodi da nisu željele pratnju na porodu. Neki od razloga za odsustvo pratnje na porodu koje su ispitanice navodile su da želi biti sama i sve sama proći, partner koji nije želio biti prisutan, spriječenost partnera, uvjeti koje je postavila bolnica u kojima je rađala. Kod dijela ispitanica pratnja na porodu nije bila prisutna zbog dovršenja poroda carskim rezom (slika 2). U ovom istraživanju nema značajne razlike u subjektivnom doživljaju poroda i prisustvu pratnje na porodu. Iako se u literaturi navode pozitivni efekti pratnje na porodu (69), dobiveni rezultati ne govore u prilog tome jer same ispitanice navode kako nisu željele pratnju supruga na porodu. Razlozi za takve stavove ispitanica trebali bi se dodatno ispitati jer je u većini zapadnih zemalja prisustvo i podrška osobe od povjerenja na porodu postalo standard, no u Hrvatskoj takva praksa nije uobičajena jer je prisustvo pratnje na porodu uvjetovano različitim kriterijima (plaćanje, završen trudnički tečaj, isključivo suprug itd.).

Zadovoljstvu porodom u velikoj mjeri doprinosi odnos s osobljem na porodu. To uključuje međusobno poštivanje, kvalitetnu komunikaciju, uvažavanje dostojanstva roditelja, povjerljivost i autonomiju. U istraživanjima provedenim na ovu temu ispitanice su gotovo jednoglasne da bi im iskustvo poroda bilo mnogo ugodnije da je osoblje na porodu bilo empatičnije, bolje komuniciralo (informiranje o postupcima), slušalo što govore i sl. Jednako je potvrđeno i drugim istraživanjima (70). Podaci dobiveni ovim istraživanjem govore da je za nezadovoljstvo porodom kod jednog dijela ispitanica glavni razlog neljubaznost i izostanak empatije kod zdravstvenog osoblja. S druge strane, zadovoljstvo porodom i pozitivnu interakciju s osobljem navodi gotovo trećina ispitanica.

S obzirom na to da je vremenski okvir u kojem su se ispitanice prisjećale svog posljednjeg poroda bio u protekle tri godine, neizbježno je bilo uključiti i utjecaj COVID-19 pandemije na iskustvo poroda. Epidemija COVID-19 virusom utjecala je na cijeli svijet i donijela mnoge probleme pojedincima i društvima u cjelini. Kao posebno osjetljiva skupina, trudnice i roditelje su promatrane u svjetlu ishoda poroda ako su bile

pozitivne na virus, no istraživanja o utjecaju na mentalni status trudnica i roditelja su rijetka i ograničena (71). Već smo vidjeli da je jedan od problema koje je pandemija uzrokovala bio zabrana pratnje na porodu u sklopu epidemioloških mjera, isto tako zabranjene su i posjete u bolnicama. Odvojenost od bližnjih, nemogućnost primanja podrške od članova obitelji, primarne i sekundarne moguće je da su povećale stres i neizvjesnost kod trudnica koje su iščekivale porod i mijenjalo je njihova očekivanja u vezi poroda (72).

Istraživanje provedeno u Italiji (73) govori da je protektivnu ulogu u porodu za vrijeme pandemije imalo osoblje na porodu. U ovom istraživanju na upit o utjecaju COVID-19 pandemije na očekivanja i zadovoljstvo porodom na polovicu ispitanica COVID-19 pandemija nimalo nije utjecala na očekivanja o porodu, a na više od polovice njih ni na zadovoljstvo porodom. U vrijeme poroda tri su ispitanice bile pozitivne na COVID-19 (tablica 8). Značajno je više ispitanica koje su porod subjektivno doživjele kao traumatičan među onima na koje je COVID-19 jako utjecao na doživljaj poroda. Iz dobivenih rezultata može se zaključiti da iako za većinu ispitanica COVID-19 pandemija nije imala utjecaj na doživljaj poroda, na dio njih koje su porod subjektivno doživjele kao traumatičan, COVID-19 pandemija imala je utjecaj na mentalno zdravlje.

Subjektivno iskustvo traumatičnog poroda može biti prediktor za razvoj PP-PTSP-a (50). Zbog toga je u ispitivanju istražen i broj žena koje su porod subjektivno doživjele kao traumatičan kako bi se među njima diferencirale žene koje su razvile simptome PP-PTSP-a. Poznato je, naime, i potvrđeno istraživanjima, kako je jedan od simptoma PP-PTSP-a strah žene od sljedeće trudnoće (74). Prema dobivenim rezultatima može se zaključiti da žene koje imaju PP-PTSP značajno manje planiraju ponovnu trudnoću u odnosu na žene koje nemaju simptome PP-PTSP-a. Kod žena koje su porod subjektivno doživjele kao traumatičan postoji značajna razlika u planiranju nove trudnoće, no nema utjecaja na broj planirane djece. Rezultati koji su dobiveni pokazuju da postoji statistički značajna povezanost u planiranju sljedeće trudnoće sa simptomima PP-PTSP-a. Jedno od mogućih objašnjenja ovakvih nalaza može biti u tome što neke žene neplanirano ostanu trudne i zbog toga što sljedeći porod može na ženu djelovati iscjeljujuće (75).

City BiTS skala – rezultati

Bodovanjem i statističkom analizom *City BiTS* skale došlo se do podatka da u ovom istraživanju u ispitivanom uzorku 50 (9,1 %) ispitanica ima PP-PTSP. Postotak razvoja simptoma PP-PTSP-a može biti i veći od navedenog prosječnog. Prema literaturi taj postotak može se kretati čak i do 15 % ako se radi o ciljanim skupinama u kojima je rizik za nastanak PP-PTSP-a veći (76). To su primarno žene kod kojih su rizični faktori trenutna depresija i komplikacija s novorođenčecom, ovisno od ispitivanog uzorka i ciljane skupine ispitanica. Nadalje, u literaturi se navodi da su rizični faktori za nastanak PP-PTSP-a u općoj populaciji trenutna depresija i traumatično iskustvo s poroda. Ako uzmemo u obzir da su ispitanice u ovom istraživanju iz opće populacije i da je gotovo četvrtina ispitanica imala subjektivno traumatično iskustvo poroda te su razvile simptome PP-PTSP-a, možemo zaključiti da navedeni podaci u literaturi približno odgovaraju podacima dobivenim u ovom istraživanju. Još jedan faktor koji može biti razlogom drugačijeg interpretiranja rezultata u ovom i ostalim istraživanjima su i različiti instrumenti za detekciju rizičnih faktora i PP-PTSP-a (57). Stoga se neki zaključci u raspravi oslanjaju na dostupnu literaturu u kojoj su korišteni drugi instrumenti za procjenu stresa, traume, zadovoljstva i sl.

U literaturi se navodi da i neki od psihičkih poremećaja poput anksioznosti, depresije i ranijeg PTSP-a mogu doprinijeti razvoju PP-PTSP-a (77). Istraživanjem se došlo do podatka da je u našem uzorku 19 ispitanica imalo neki od psihičkih poremećaja prije ili tijekom trudnoće (tablica 8). Rezultati ispitivanja pokazuju da psihički poremećaji ispitanica koji su dijagnosticirani prije trudnoće ili u antenatalnom razdoblju na uzorku ispitanica ovog istraživanja nemaju statistički značajnog utjecaja na nastanak PP-PTSP-a (tablica 18).

Osim istraživanja koja su provedena radi validacije *City BiTS* skale u pojedinim zemljama (47) (78) itd. druga ispitivanja koja su koristila u svojim istraživanjima navedenu skalu su rijetka (79). Ovo ispitivanje jedno je od rijetkih u svijetu koje su skalu upotrijebile za validaciju postavljenih ciljeva i hipoteza

Kao dodatak raspravi dodatno će biti prikazano koliko su kod ispitanica koje imaju PP-PTSP istraživani faktori na subjektivno iskustvo poroda imali utjecaj na doživljene simptome i razvoj PP-PTSP-a.

Statističkom analizom zaključeno je da način dovršetka poroda ne utječe značajno na doživljene simptome i razvoj PP-PTSP-a. To se može objasniti činjenicom da su neke ispitanice u odgovorima napisale da im je rođenje zdravog djeteta i činjenica da je porod dobro završio utjecalo na veće zadovoljstvo porodom.

Pohađanje trudničkog tečaja, plan poroda i pratnja na porodu kod ispitanica koje imaju PP-PTSP nisu utjecali na doživljene simptome. U literaturi nije pronađeno istraživanje koje bi objasnilo ovakav rezultat. Jedan od mogućih razloga ovakvom rezultatu je prevaga drugih faktora koji su bitnije utjecali na nastanak simptoma PP-PTSP-a. To bi moglo potvrditi istraživanje provedeno u Španjolskoj gdje su žene navodile niz faktora koji su više utjecali na njihov doživljaj poroda (64).

Istraživanjem se došlo do podatka da je kod ispitanica koje imaju PP-PTSP nezadovoljavajuća komunikacija s osobljem značajno utjecala na nastanak PP-PTSP-a. Ovaj problem je vrlo značajan za praksu i govori nam da je nedostatna interakcija i komunikacija s osobljem na porodu gotovo najznačajniji faktor za nastanak PP-PTSP-a. Istraživanja u novije vrijeme sve više govore o tome koliko je interakcija roditelja s osobljem važna (80). Rezultati ovog istraživanja pokazuju da je loša komunikacija s osobljem značajno utjecala na nastanak simptoma PP-PTSP-a. Problem koji se proteže kroz niz istraživanja je dehumanizacija poroda unatoč preporukama SZO-a i nastojanjima da se žene u porodu tretira s dostojanstvom (81). Ono na što se žene najčešće žale u interakciji s osobljem je nepoštivanje njihove individualnosti, neinformiranje o procedurama i postupcima koji im se čine tijekom poroda, fizičko i psihičko nasilje poput vaginalnih pregleda bez pristanka žene, pritiska na trbuh tijekom izгона (Kristellerov hvat), vikanja i zastrašivanja. Sve to doprinosi većoj traumatizaciji roditelja i važan je prediktor za nastanak PP-PTSP-a (22). Dobra komunikacija s roditeljom znači poštivanje njezine individualnosti, informiranje o postupcima, uvažavanje onoga što govori i podrška tijekom poroda. Prevencija i eliminacija nepoštivanja i zlostavljanja roditelje tijekom poroda je etička odgovornost zdravstvenog osoblja zaduženog za skrb o njima (81).

COVID-19 pandemija i PP-PTSP

Ispitanice koje su odgovorile da im je COVID-19 značajno utjecao na subjektivan doživljaj poroda značajno su više razvile simptome PP-PTSP-a. Ovaj podatak

značajan je za daljnja istraživanja utjecaja COVID-19 pandemije na psihičke poremećaje kod žena vezano za trudnoću, porod i postpartalni period. Istraživanja potvrđuju da žene koje su rodile tijekom pandemije imaju povišene razine stresa tijekom poroda (82). Taj osjećaj potaknut je zabrinutošću za vlastito i zdravlje djeteta te brigom o dostupnosti skrbi što može povećati rizik za nastanak postpartalnih psihičkih poremećaja poput PPD-a i PP-PTSP-a (83). Sva dostupna istraživanja naglasak stavljaju na visoke razine stresa kod žena tijekom trudnoće i poroda što ima prelijevajući utjecaj na subjektivni doživljaj poroda. Ovim istraživanjem dokazan je utjecaj COVID-19 pandemije na razvoj simptoma PP-PTSP-a no nije dokazan i nema statističke razlike kod žena koje porod subjektivno nisu doživjele kao traumatičan. Ovaj rezultat teško je potvrditi iz literature jer nedostaju specifična istraživanja o utjecaju COVID-19 pandemije na subjektivan doživljaj poroda. U jednom dostupnom istraživanju pokazalo se da je potpora pružena od strane zdravstvenog osoblja tijekom pandemije bila protektivan faktor u nastanku PP-PTSP-a (73). Moguće je da je osoblje preuzelo protektivnu ulogu tijekom pandemije za roditelje s obzirom na epidemiološke mjere koje se poduzimaju u svrhu zaštite zdravlja, takvo istraživanje moglo bi se provesti među djelatnicima koji skrbe za roditelje i žene nakon poroda.

Subjektivna procjena zadovoljstva porodom, traumatičan porod i iskazi ispitanica

Tijekom ovog istraživanja ispitanice su ispunjavajući anketni upitnik na pitanje o tome što je za njih bio traumatičan porod vlastitim riječima opisale iskustvo poroda. Ovo je kvalitativan doprinos istraživanju i navest ćemo odgovore koji idu u prilog razvoja PP-PTSP-a opisanim u literaturi i potvrđuju rezultate ovog istraživanja (84). Neke od objavljenih knjiga autora koji su uključeni u psihoterapiju žena s PP-PTSP-om bave se upravo ovom tematikom i iskazi žena su često potresni (85) (86). S obzirom na to da je svaka žena različita i da je trauma ono što žena doživi i integrira u svoje iskustvo, neke od odgovora ćemo citirati kako ti odgovori ne bi ostali iza statističkih brojeva. Citiram:

Abrupcija posteljice, hitan carski rez te odvajanje od djeteta.

Jako neugodna babica koja je vrijeđala mene, moje sugrađanke, koje se navodno isto ponašaju kao ja, nije slušala moje želje i strahove već je radila po svom.

SC u bloku koju sam čitavu osjetila.

Jer nakon 12 sati u boksu bez gotovo ikakve podrške sam završila na hitnom carskom.

Nisam se nikada tako osjećala kao na porodu, a zlostavljana sam većinu života. Dakle, dolje te tretiraju kao životinju, a ne kao osobu. Ponižavanje, vrijeđanje, ignoriranje. Da ne kažem da su mi ugrozili život bebe.

Nisam očekivala toliku bol, bilo bi lakše da je netko bio sa mnom.

Bila sam sama, izgubljena, prestrašena. Nitko mi ništa nije objašnjavao, nikoga nije bilo osim kad je već došao kraj poroda. Nikoga stisnuti za ruku, topla ljudska riječ, ohrabrenje.

Moj prvi porođaj je za mene bio trauma, zbog čega mi je trebalo pet godina da odlučim imati još djece. I zato sam odlučila roditi kod kuće svoje drugo dijete.

ZAKLJUČAK

Preporuka za daljnje istraživanje je istražiti utjecaj prenatalnih faktora na strah od poroda i nastanak PP-PTSP-a poput prethodno doživljene traume, prethodnog traumatičnog poroda i sl. te provesti longitudinalna istraživanja, odnosno imati više od dvije vremenske točke mjerenja.

Sugestija za praksu je poboljšanje komunikacije osoblja s trudnicama i roditeljama te sustavno provođenje i promocija trudničkih edukacija. Nužna je i edukacija osoblja o značaju prepoznavanja rizičnih faktora za nastanak traume kao i edukacija o prepoznavanju znakova koji, ako se ne prepoznaju, mogu utjecati na otežano suočavanje i nošenje s iskustvom poroda i razvoj PP-PTSP-a. Potrebno je educirati zdravstveno osoblje i roditelje o dugoročnim posljedicama PP-PTSP-a kojeg mogu razviti roditelje nakon poroda kojeg dožive traumatičnim, posebice o utjecaju na vlastito otežano funkcioniranje, posljedično i na brigu od sebi, i brigu o novorođenčetu na koje se prenosi doživljaj traume kao podsjetnika na traumatsko doživljeno porođajno iskustvo majke.

LITERATURA

1. Briscoe L., Lavender T., McGowan L., Pgce M., Rn R/. A concept analysis of women's vulnerability during pregnancy, birth and the postnatal period. J Adv

- Nurs. 2016., 72(10):2330-45.
2. Levin A. P., Kleinman S. B., Adler J. S., DSM-5 and Posttraumatic Stress Disorder. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2014., 42:146-58.
 3. What Is PTSD? [Internet]. [cited 2021 Aug 13]. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>
 4. Kendall-Tackett K., Birth Trauma: The Causes and Consequences of Childbirth-Related Trauma and PTSD. *Women's Reprod Ment Heal Across Lifesp* [Internet]. 2014 Feb 1 [cited 2021 Aug 30];177-91. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-05116-1_10
 5. Nakić Radoš S., Sawyer A., Ayers S., Burn E., Stilovi suočavanja povezani sa simptomima posttraumatskog stresa i depresije nakon porođaja kod hrvatskih žena. *Psihol teme* [Internet]. 2018 Dec 13 [cited 2021 Aug 13];27(3):543-59. Available from: <https://doi.org/10.31820/pt.27.3.10>
 6. Beck C. T., Driscoll J. W., Watson S., Traumatic childbirth. *Traumatic Childbirth*. Routledge; 2013., 1-257 p.
 7. Radoš S. N., Matijaš M., Anđelinović M., Čartolovni A., Ayers S.. The role of posttraumatic stress and depression symptoms in mother-infant bonding. *J Affect Disord*. 2020., 268:134-40.
 8. Radoš S. N., Sawyer A., Ayers S., Burn E., Coping styles associated with post-traumatic stress and depression symptoms following childbirth in croatian women. *Psihol Teme*. 2018., 7(3):543-59.
 9. Cook N., Ayers S., Horsch A., Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *J Affect Disord*. 2018 Jan 1;225:18-31.
 10. Simpson M., Catling C., Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth*. 2016 Jun 1;29(3):203-7.
 11. Johansson M., Benderix Y., Svensson I., Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2020 Jan 1;15(1).

12. Curtin M., Savage E., Leahy-Warren P., Humanisation in pregnancy and childbirth: A concept analysis. *J Clin Nurs.* 2020 May 1;29(9-10):1744-57.
13. Stanojević M., Rodilište prijatelj majki i djece. Priručnik za zdravstvene i nezdravstvene djelatnike rodilišta. UNICEF. 2020.
14. RODA. #PrekinimoŠutnju [Internet]. 2019 [cited 2021 Aug 10]. Available from: <https://www.prekinimosutnju.hr/>
15. Martínez-Vázquez S., Rodríguez-Almagro J., Hernández-Martínez A., Martínez-Galiano J. M., Factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder (Ptd) following obstetric violence: A cross-sectional study. *J Pers Med.* 2021 May 1;11(5).
16. Marques F. C., Vilela J. V. M., Costa E. N., Andrade K. S., De Melo N. C., Honorato E. J. S., et al. Humanized Childbirth: a Transdisciplinary Review. *Int J Res -GRANTHAALAYAH.* 2020., 8(7):1-16.
17. Martínez-Vázquez S., Rodríguez-Almagro J., Hernández-Martínez A., Delgado-Rodríguez M., Martínez-Galiano J. M., Obstetric factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder after spontaneous vaginal birth. *Birth* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2021 Aug 26];48(3):406-15. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/birt.12550>
18. Choi K. R., Seng J. S., Predisposing and precipitating factors for dissociation during labor in a cohort study of posttraumatic stress disorder and childbearing outcomes. *J Midwifery Womens Heal.* 2016., 61:68-76.
19. Anniverno R., Bramante A., Mencacci C., Durban F., Anxiety Disorders in Pregnancy and the Postpartum Period. 2013 [cited 2020 Nov 20]; Available from: <http://dx.doi.org/10.5772/52786>
20. Internet: www.birthtraumaassociation.org.uk Email: enquiries@birthtraumaassociation.org.uk BTA CONFERENCE 2 nd [Internet]. 2005 [cited 2020 Nov 22]. Available from: www.birthtraumaassociation.org.uk
21. BTA Conference; An Introduction to Post Natal PTSD. 2005;(June).
22. Ford E., Ayers S., Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychol*

- Health [Internet]. 2011 Dec [cited 2021 Aug 12];26(12):1553-70. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870446.2010.533770>
23. Soltani N., Abedian Z., et al. The Association of Family Support After Childbirth With Posttraumatic Stress Disorder in Women With Preeclampsia. *Iran Red Crescent Med J* [Internet]. 2015 Oct 6 [cited 2021 Aug 12];17(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26568844/>
 24. WHO. Quality, Equity, Dignity A Network for Improving Quality of Care for Maternal, Newborn and Child Health Quality of care for maternal and newborn health: A monitoring framework for network countries. 2019.
 25. Ghanbari-Homaie S., Meedyia S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi S., Jafarabadi M. A., Mohammadi E., Mirghafourvand M., Recommendations for improving primiparous women's childbirth experience: results from a multiphase study in Iran. *Reprod Health*. 2021 Dec 1;18(1).
 26. Grekin R., Hara M. W. O., Clinical Psychology Review Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder : A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2014., 34(5):389-401. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003>
 27. Ayers S., Jessop D., Pike A., Parfitt Y., Ford E., The role of adult attachment style, birth intervention and support in posttraumatic stress after childbirth: A prospective study. *J Affect Disord*. 2014., 155(1):295-8.
 28. Ahmar E. Al., Tarraf S., Ahmar E. Al., Tarraf S., Assessment of the Socio-Demographic Factors Associated with the Satisfaction Related to the Childbirth Experience. *Open J Obstet Gynecol* [Internet]. 2014 Jul 15 [cited 2021 Jul 14];4(10):585-611. Available from: http://www.scirp.org/Html/1-1430713_47828.htm
 29. Hinton L., Locock L., Knight M., Support for mothers and their families after life-threatening illness in pregnancy and childbirth: a qualitative study in primary care. *Res e563 Br J Gen Pract*. 2015.
 30. Oladepo O., Vassilakou T., Tang Y., Gao J., Sun L., Gao Y., et al. Promotion of Pre-natal Education Courses Is Associated With Reducing the Rates of Caesarean Section: A Case-Control Study. *Front Public Heal* |

- www.frontiersin.org [Internet]. 2021., 1:666337. Available from:
www.frontiersin.org
31. National Standards for Antenatal Education in Ireland. 2020.
 32. MA H, MA M, MY M. Perspective of pregnant women regarding antenatal preparation: A qualitative study. *Women Birth* [Internet]. 2018 Dec 7 [cited 2021 Sep 12];32(6):558-63. Available from:
<https://europepmc.org/article/MED/30528818>
 33. Miquelutti M. A., Cecatti J. G., Makuch M. Y., Antenatal education and the birthing experience of Brazilian women: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 Sep 5;13.
 34. Ahmadpour P., Mosavi S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi S., Jahanfar S., Mirghafourvand M., Evaluation of the birth plan implementation: a parallel convergent mixed study. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00989-6>
 35. Mei J. Y., Afshar Y., et al. Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2021 Jul 25];43(2):144-50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26915304/>
 36. Harris R., Ayers S., What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum 'hotspots.' <http://dx.doi.org/10.1080/088704462011649755> [Internet]. 2012 Oct [cited 2021 Aug 19];27(10):1166-77. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870446.2011.649755>
 37. Committee on Obstetric Practice Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth.
 38. Hrvatska Udruga doula | Nježna podrška svakoj obitelji [Internet]. [cited 2021 Sep 12]. Available from: <https://doula.hr/>
 39. Hodnett E. D., Gates S., Hofmeyr G. J., Sakala C., Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013., 2013(7).
 40. Bohren M. A., Hofmeyr G. J., Sakala C., Fukuzawa R. K., Cuthbert A., Continuous support for women during childbirth. Vol. 2017, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2017.

41. Tunc Ö., Pena-Rosas J. P., Lawrie T., Bucagu M., Oladapo O. T., Portela A., et al. World Health Organization, Geneva, Switzerland b Department of Nutrition for Health and Development, World Health Organization. World Heal Organ [Internet]. [cited 2021 Aug 16]; Available from: www.bjog.orgCommentary
42. Perriman N., Davis D. L., Ferguson S., What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*. 2018 Jul 1;62:220-9.
43. Baranowska B., Pawlicka P., Kiersnowska I., Misztal A., Kajdy A., Sys D., et al. Woman's Needs and Satisfaction Regarding the Communication with Doctors and Midwives during Labour, Delivery and Early Postpartum. 2021., Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare9040382>
44. Esteban-Gonzalo S., Caballero-Galilea M., Luis González-Pascual J., Álvaro-Navidad M., Esteban-Gonzalo L., Ezzatvar Y., et al. Anxiety and Worries among Pregnant Women during the COVID-19 Pandemic: A Multilevel Analysis. 2021., Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph18136875>
45. Dib S., Rougeaux E., Vázquez-Vázquez A., Wells J. C. K., Fewtrell M., Maternal mental health and coping during the COVID-19 lockdown in the UK: Data from the COVID-19 New Mum Study. *Int J Gynecol Obstet*. 2020 Dec 1;151(3):407-14.
46. Ayers S., Wright D. B., Thornton A., Development of a measure of postpartum PTSD: The city birth trauma scale. *Front Psychiatry*. 2018., 9(SEP):1-8.
47. Nakić Radoš S., Matijaš M., Kuhar L., Anđelinović M., Ayers S., Measuring and conceptualizing PTSD following childbirth: Validation of the City Birth Trauma Scale. *Psychol Trauma*. 2020., 12(2):147-55.
48. Marušić M., i sur. Uvod u znanstveni rad u medicini. 4. izdanje. Zagreb, Medicinska naklada, 2008.
49. Ivanković D., i sur. Osnove statističke analize za medicinare. Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1988.
50. Dekel S., Stuebe C., Dishy G., Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: A systematic review of prevalence and risk factors. *Front Psychol*.

2017 Apr 11;8(APR).

51. Andersen L. B., Melvaer L., et al. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2012 Nov [cited 2021 Jul 15];91(11):1261-72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22670573/>
52. W von Rosen I. E., Shiekh R. M., Mchome B., Chunsen W., Khan K. S., Rasch V., et al. Quality of life after maternal near miss: A systematic review. 2021.
53. Beck C. T., Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nurs Res* [Internet]. 2004 [cited 2021 Aug 17];53(4):216-24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15266160/>
54. Babić R. B. M., et al. Resilience in Health and Illness. *Psychiatr Danub* [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 20];32(Suppl 2):226-32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32970640/>
55. De Graaff L. F., Honig A., Van Pampus E. G., Stramrood C. A., Preventing post-traumatic stress disorder following child-birth and traumatic birth experiences: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018.
56. Harrison S. E., Ayers S., Quigley M. A., Stein A., Alderdice F., Prevalence and factors associated with postpartum posttraumatic stress in a population-based maternity survey in England. *J Affect Disord*. 2021 Jan 15;279:749-56.
57. King L., McKenzie-McHarg K., Horsch A., Testing a cognitive model to predict posttraumatic stress disorder following childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Jan 14;17(1).
58. Dekel S., Stuebe C., Dishy G., Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Front Psychol* | www.frontiersin.org [Internet]. 2017., 8:560. Available from: www.frontiersin.org
59. Dencker A., Nilsson C., Begley C., Jangsten E., Mollberg M., Patel H., et al. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and Birth*. 2019 Apr 1;32(2):99-111.
60. Hassanzadeh R., Abbas-Alizadeh et al. Fear of childbirth, anxiety and

- depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending and regularly attending childbirth preparation classes. *BMC Womens Health* [Internet]. 2020 Aug 14 [cited 2021 Aug 18];20(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32799875/>
61. Stoll K. H., Hall W., Childbirth Education and Obstetric Interventions Among Low-Risk Canadian Women: Is There a Connection? *J Perinat Educ* [Internet]. 2012 Jan 1 [cited 2021 Jul 25];21(4):229-37. Available from: <https://connect.springerpub.com/content/sgrjpe/21/4/229>
 62. Karabulut O., Coşkuner Potur D., Doğan Merih Y., Cebeci Mutlu S., Demirci N., Does antenatal education reduce fear of childbirth? *Int Nurs Rev*. 2016 Mar 1;63(1):60-7.
 63. Afshar Y. M. J., et al. Birth Plans and Childbirth Education: What Are Provider Attitudes, Beliefs, and Practices? *J Perinat Educ* [Internet]. 2019;28(1):10–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.28.1.10>
 64. Rodríguez-Almagro J., Hernández-Martínez A., Rodríguez-Almagro D., Quirós-García J. M., Miguel Martínez-Galiano J., Gómez-Salgado J., Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. 2019., Available from: www.mdpi.com/journal/ijerph
 65. Lima-Pereira P., Bermúdez-Tamayo C., Jasienska G., Use of the Internet as a source of health information amongst participants of antenatal classes. *J Clin Nurs*. 2012 Feb;21(3-4):322-30.
 66. Lagan B. M., Sinclair M., Kernohan W. G., What Is the Impact of the Internet on Decision-Making in Pregnancy? A Global Study. *Birth* [Internet]. 2011 Dec 1 [cited 2021 Aug 20];38(4):336-45. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1523-536X.2011.00488.x>
 67. Bäckström C., Thorstensson S., Ekström-Bergström A., Effects of the "Inspirational Lecture" in Combination With "Ordinary Antenatal Parental Classes" as Professional Support for Expectant Parents: A Pilot Study as a Randomized Controlled Trial. *Front Public Heal* | www.frontiersin.org [Internet]. 2020;1:285. Available from: www.frontiersin.org
 68. BohrenMA C. A., *Cochrane Library Cochrane Database of Systematic Reviews*

- Continuous support for women during childbirth (Review). 2017., Available from: www.cochranelibrary.com
69. City Birth Trauma Scale.
 70. Pijl M. S. G. van der, Kasperink M., Hollander M. H., Verhoeven C., Kingma E., Jonge A. de. Client-care provider interaction during labour and birth as experienced by women: Respect, communication, confidentiality and autonomy. *PLoS One* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2021 Aug 19];16(2):e0246697. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0246697>
 71. Mayopoulos G. A., Ein-Dor T., Li K. G., Chan S. J., Dekel S., COVID-19 positivity associated with traumatic stress response to childbirth and no visitors and infant separation in the hospital. *Sci Reports* | [Internet]. 123AD;11:13535. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-92985-4>
 72. Meaney S., Leitao S., Olander E. K., Pope J., Matvienko-Sikar K.. The impact of COVID-19 on pregnant womens' experiences and perceptions of antenatal maternity care, social support, and stress-reduction strategies. *Women and Birth*. 2021.
 73. Ostacoli L., Cosma S., Bevilacqua F., Berchiolla P., Bovetti M., Carosso A. R., et al. Psychosocial factors associated with postpartum psychological distress during the Covid-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2021 Jul 21];20(1). Available from: [/pmc/articles/PMC7671935/](https://pmc/articles/PMC7671935/)
 74. Beck C. T., Middle Range Theory of Traumatic Childbirth: The Ever-Widening Ripple Effect. *Glob Qual Nurs Res* [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2021 Aug 4];2:1-13. Available from: [/pmc/articles/PMC5342633/](https://pmc/articles/PMC5342633/)
 75. Ayers S., Bond R., Bertullies S., Wijma K., The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. 2021., Available from: <https://doi.org/10.1017/S0033291715002706>
 76. Grekin R., O'Hara M. W., Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2014 Jul 1 [cited 2021 Aug 29];34(5):389-401. Available from:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735814000725>

77. Ayers S., Bond R., Bertullies S., Wijma K., The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Med.* 2016., 46(6):1121-34.
78. Bingöl F. B., Bal M. D., Dişsiz M., Sormageç M. T., Yildiz P. D., Validity and reliability of the Turkish version of the City Birth Trauma Scale (CityBiTS). <https://doi.org/101080/0144361520201821354> [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 10]; Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01443615.2020.1821354>
79. Handelzalts J. E., Levy S., Molmen-Lichter M., Ayers S., Krissi H., Wiznitzer A., et al. The association of attachment style, postpartum PTSD and depression with bonding- A longitudinal path analysis model, from childbirth to six months. *J Affect Disord.* 2021 Feb 1;280:17-25.
80. Hollander M. H., Van Hastenberg E., Van Dillen J., Van Pampus M. G., De Miranda E., Stramrood C. A. I., Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Arch Womens Ment Health.* 2017 Aug 1;20(4):515-23.
81. Beck C. T., A Secondary Analysis of Mistreatment of Women During Childbirth in Health Care Facilities. *JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2021 Sep 12];47(1):94-104. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2016.08.015>
82. Mariño-Narvaez C., Puertas-Gonzalez J. A., Romero-Gonzalez B., Peralta-Ramirez M. I., Giving birth during the COVID-19 pandemic: The impact on birth satisfaction and postpartum depression. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2021 Sep 13];153(1):83-8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.13565>
83. Liu C. H., Erdei C., Mittal L., Risk factors for depression, anxiety, and PTSD symptoms in perinatal women during the COVID-19 Pandemic. *Psychiatry Res.* 2021 Jan 1;295:113552.
84. Bohren M. A., Vogel J. P., Hunter E. C., Lutsiv O., Makh S. K., Souza J. P., et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A

Mixed-Methods Systematic Review. PLOS Med. 2015.

85. Scotland M., Birth shock: how to recover from birth trauma - why at least you've got a healthy baby isn't enough. 2020 [cited 2021 Aug 17];223. Available from: https://books.google.com/books/about/Birth_Shock.html?hl=hr&id=e1yfqEACAAJ
86. E. S. Why Birth Trauma Matters - Emma Svanberg - Google Knjige [Internet]. [cited 2021 Jul 20]. Available from: https://books.google.hr/books?hl=hr&lr=&id=ezOyDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=lasting+impact+birth+trauma&ots=oHHJOVCVwn&sig=Dq_Woch3A19kgaIhu3U4Yw3LGt8&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false