

# ISKUSTVO PORODA IZ ASPEKTA OČEVA

---

Živković, Željka; Štimac, Tea

Source / Izvornik: **Primaljski vjesnik, 2023, 48 - 63**

**Journal article, Published version**

**Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:372683>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-29**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



Izvorni znanstveni rad

## **ISKUSTVO PORODA IZ ASPEKTA OČEVA**

Željka Živković, mag. obs

Izv. prof. dr. sc. Tea Štimac, dr. med

### **SAŽETAK**

#### **Svrha istraživanja**

Danas je prisustvo očeva na porodu uobičajena pojava. Shodno tome očevi su postali sastavni dio primaljske skrbi u porodu, međutim u formalnom obrazovanju primalje ne stječu dovoljna znanja o radu s očevima. Cilj ovog istraživanja bio je sagledati doživljaj poroda iz aspekta očeva.

#### **Metode**

Istraživanje je provedeno u razdoblju od 19. srpnja do 4. kolovoza 2021. godine. Odazvalo se 33 očeva koji su najmanje dva sata nakon poroda, odnosno prije no što su napustili rađaonicu, ispunili online „upitnik za očeve“. Osim sociodemografskih karakteristika, upitnik je sadržavao pitanja o prenatalnoj informiranosti, karakteristikama poroda, emocionalnom stanju i zadovoljstvu kvalitetom zdravstvene usluge tijekom njihovog prisustvovanja porodu u rodilištu Kliničkog bolničkog centra (KBC) Rijeka.

#### **Rezultati**

Analiza pitanja o osjećajima tijekom prisustvovanja porodu pokazala je kako je 96,97% očeva bilo sretno, 42,42% bespomoćno, 33,21% je osjetilo strah, 12,12% ih je bilo uzbuđeno, a 6,06% traumatizirano. Najveći postotak očeva (91,88%) mišljenja je da je najveću korist od njihove prisutnosti porodu imala supruga/partnerica. Da je prisustvovanje porodu bilo korisno iskustvo složilo se 81,31% ispitanika, a ujedno je koristilo braku/vezi (76,68%). Dojam da je prisustvovanje oca porodu bilo korisno za dijete složilo se 54,31% ispitanika. Samo 1,25% ispitanika je imalo dojam da je njihov dolazak na porod bio beskoristan. Nisu pronađene razlike u razini zadovoljstva i sociodemografskih obilježja ispitanika.

#### **Zaključak**

Doživljaj i iskustvo poroda za očeve povezan je s pozitivnim i negativnim osjećajima. Pozitivni osjećaji i zadovoljstvo su prevladavajući. Očevi smatraju kako njihova prisutnost najviše koristi njihovoj partnerici.

**Ključne riječi:** iskustvo, očevi, porod, primalje, rađaonica

## 1. UVOD

Ideja o aktivnom uključivanju očeva u perinatalnom razdoblju nije nova i postoji već nekoliko desetljeća. Primarna namjera bila je pružiti veću podršku trudnoj partnerici prije, za vrijeme i nakon poroda. Danas su očevi na porodu pravilo, a ne iznimka.

Većina očeva u europskim zemljama još od 1970-ih godina sudjeluje u perinatalnoj skrbi i prisustvuje rođenju svog djeteta (1).

U Engleskoj, primjerice, 95% očeva prisustvuje porodu svojega djeteta, dok u skandinavskim zemljama taj postotak iznosi 98% (2). U SAD-u 90% očeva prisustvuje porodu djeteta (3).

U Republici Hrvatskoj ne postoje točni podaci koliko je očeva prisustvovalo rođenju svojega djeteta iako se pratnja, roditelji značajne osobe, u većini hrvatskih rodilišta prakticira negdje od 2000. godine.

U KBC-u Rijeka pratnju na porodu odabire između 80 do 90% roditelja. Međutim, podatak o udjelu samih očeva ne postoji jer na porod osim očeva, dolaze prijateljice, majke, sestre ili doule.

Mogućnost prisustvovanja porodu, roditelji značajne osobe, zakomplicirala se u doba pandemije. Pratnja na porodu radi epidemiološke situacije bila je zabranjena godinu dana što je kod roditelja i očeva izazvalo veliko razočarenje i nezadovoljstvo. Pokretale su se peticije i grupe na društvenim mrežama „Moj porod, moja pratnja, moj izbor“ ili hashtag #KoronaTate) za ukidanje zabrana i ujednačavanje pravila u rađaonicama.

Rezultati tematskog istraživanja u rujnu 2020. godine o trudničkoj skrbi u vrijeme pandemije bolesti COVID-19 (kada su na snazi bile najstrože mjere i neposredno nakon toga), pratnju na porodu ostvarilo je 21% roditelja. U vrijeme prije pandemije pratnju na porodu imalo je 62% roditelja (4).

Upravo ovakva reakcija na epidemiološke mjere, primjer je koji govori u prilog činjenici kako budući roditelji žele podijeliti iskustvo rađanja te kako je sudjelovanje očeva u porodu postalo pravilo, pravo i potreba.

### **Čimbenici uključivanja očeva u perinatalnu skrb**

Uključivanje očeva u materalnu skrb povezano je s društvenim i tehnološkim promjenama tijekom 20-og stoljeća. Posljedično tome promijenile su se i paradigme u kulturi rađanja.

Promjene su se odnosile na: mjesto rođenja, osobe koje su prisutne tijekom poroda te medikalizaciju i uporabu tehnologije u skrbi za roditelje. Značajan doprinos dao je i drugi val feminizma 60-ih i 70-ih godina prošlog stoljeća (5,6).

Porod se iz poznatog, privatnog obiteljskog okruženja, uz poznatu primalju, preselio u javno bolničko okruženje (rodilišta) u kojem je prisutno, mnoštvo ženi nepoznatih osoba. Nepoznato okruženje i nepoznate osobe, roditeljama su izazvale nelagodu, strah i osjećaj usamljenosti.

Osobe koje skrbe o ženi u trudnoći, porodu i babinju tradicionalno su bile primalje. Prelaskom poroda u bolničko okruženje dolazi do medikalizacije poroda te se skrb uz primalju proširila na ginekologe, opstetričare, neonatologe, anesteziologe koji su u početku bili mahom muškarci.

Upravo se promjena mjesta rađanja, odnosno institucionalizacija poroda, pokazala najvažnijom komponentom uključivanja očeva u proces rađanja kako žena ne bi bila usamljena (5).

Značaj očeva u perinatalnom razdoblju žene naglašavao je i podupirao drugi val feminizma 60-ih i 70-ih godina prošlog stoljeća. U tom razdoblju naglašavao se prirodan porod kao alternativa medikaliziranom porodu u bolnicama.

Feministkinje drugog vala kritizirale su institucionalizaciju i odnos prema rađanju radi medikalizacije ženskog tijela, patologizacije poroda i provođenja nepotrebnih intervencija nad ženama i novorođenčadi (7,8).

Feminizam drugog vala pozicionirao je žene u svjetlu „normalnosti“ i „prirodnosti“. Žene su zahtijevale vraćanje kontrole nad procesom rađanja

doživljavajući se prirodnim stručnjacima te su smatrale sposobnima donositi samostalne odluke tijekom trudnoće i poroda (7).

Pitanje trudnoće i poroda za feministkinje bilo je povezano s kritikom patrijarhalnih društvenih odnosa koji, iz pozicije moći, ograničavaju i nadziru ženska reproduktivna prava i seksualnost.

Jelavić (2013.) na konferenciji prePOROD 2013. u svom predavanju na temu „Porod kao feminističko pitanje“ navodi:

*Radikalne feministkinje tvrde da se najveće potlačivanje žena vrši upravo preko kontrole reproduktivne uloge žena i njihove seksualnosti. Osim toga, položaj primalja unutar zdravstvenih sustava daje dodatne argumente za tvrdnju o potlačenosti žena, budući da je u bolničkom porodu centralna ličnost liječnik, muškarac, a ne žena, roditelj i primalja kao njezina podrška (8).*

Feminizam drugog vala i pokret za prirodan porod, oca djeteta vidio je kao najbolju podršku majci tijekom trudnoće, poroda i babinja (9-11).

### **Ograničenja za očeve**

Institucionalizacija rađanja donijela je sa sobom i određena pravila za očeve.

Za primjer, uvjeti prisustvovanja porodu, u KBC-u Rijeka, tijekom posljednjih 30 godina, mijenjali su se od potpune zabrane pristupa, udaljavanja kod različitih kliničkih postupaka, do omogućavanja pristupa u operacijsku salu (2016.) kod poroda carskim rezom u regionalnoj anesteziji.

Trenutno bolnička praksa u većini rodilišta ne dopušta prisustvo oca na porodu carskim rezom. Također, još uvijek, većina rodilišta u našoj zemlji, očevima uvjetuje sudjelovanje u porodu potvrdom o pohađanju tečaja pripreme za porod.

Neki od razloga isključivanja očeva u bolničkom okruženju bili su strah od infekcija.

Govori se i o tome kako bi svjedočenje porodu moglo imati negativan utjecaj na buduće seksualne odnose para što je i potvrđeno u nekim istraživanjima traumatičnih poroda (12).

Nadalje, postoje uvjerenja da očevi u rađaonici ometaju fiziološke procese rađanja i da ne bi trebali biti prisutni.

Francuski opstetričar Michel Odent, koji dijeli ovo mišljenje, bio je na meti kritika zbog stava da muški partner u porodu može izazvati tjeskobu žene i na taj način utjecati na smanjenje lučenja oksitocina, omesti napredovanje poroda te posljedično tome povećati stope carskog reza (13).

Premda istraživanja pokazuju kako žene žele prisustvo partnera u rađaonici, ponekad se špekulira i o tome koliko je to stvarna želja žene ili više odražava društvena očekivanja i pravila uključivanja oca u odgoj djece (14).

### **Načini uključenosti očeva u trudnoći i porodu**

Uključenost očeva u porodu može biti u rasponu od aktivne uključenosti do pasivne podrške (15).

Champan opisuje tri načina uključenosti očeva u porodu. Otac trener „coach“ sebe vidi kao vođu i veliku podršku partnerici tijekom poroda. Otac kao dio tima „teammate“ ,vidi sebe kao pomagača i podršku te odgovara na potrebe svoje partnerice. Otac svjedok „witness“ je pasivni promatrač koji često nije usmjeren na potrebe partnerice (na primjer, gleda u mobitel, odlazi i dolazi i sl.) (9).

Smatra se kako stupanj uključenosti očeva u porodu može biti prediktor njihove uključenosti u daljnju skrb o djetetu i obitelji i nakon poroda.

Lamb i suradnici definirali su tri komponente roditeljstva koje se mogu vidjeti i kod očeva koji prisustvuju porodu. To su: interakcija s partnericom, primaljom i/ili zdravstvenim timom koji o njoj brine, dostupnost partnera, bez obzira na stupanj interakcije te odgovornost za partnericu u smislu brige i skrbi tijekom poroda (16).

Očevi koji na porodu pružaju dobru emocionalnu, psihološku i praktičnu pomoć, doprinose pozitivnijem porođajnom iskustvu za oba roditelja (17).

Veliki značaj za dobrobiti majke i djeteta imaju očevi koji podržavaju svoje partnerice tijekom trudnoće. Njihova podrška u ovom razdoblju utječe na psihosocijalnu stabilnost i sigurnost majke. Ublažavanjem učinaka kroničnog stresa u majke, očevi mogu smanjiti rizik prijevremenih poroda (18).

Za očeve, prisustvo rođenju djeteta može imati pozitivan učinak u smislu bolje povezanosti s djetetom (19).

Osim toga, dijeljenje iskustva poroda potiče i emocionalnu povezanost između partnera, jača zajedničku odgovornost za skrb o djetetu i na taj način utječe na mnoge zdravstvene ishode djeteta (18).

### **Zašto su očevi važni?**

Aktivno uključivanje očeva u materalnu skrb donosi dugoročne zdravstvene i socijalne pogodnosti i za majku i dijete kao i za obitelj u cjelini (20).

Američka istraživanja potvrđuju da pozitivan odnos između očeva i djece, odnosno prisutnost oca i vrijeme provedeno s djetetom, rezultira boljim intelektualnim i socijalnim vještinama djeteta, ekonomskim prosperitetom te boljim zdravstvenim ishodima (21).

Primjerice, djeca čiji je otac prisutan i aktivno sudjeluje u njihovom životu postižu bolji uspjeh u školi i u životu:

- Vjerojatnost da će u školi zaraditi visoke ocjene bit će 39% veća
- Vjerojatnost za ponavljanje razreda 45% je manja
- Vjerojatnost da će dijete biti suspendirano ili izbačeno iz škole je 60% manja
- Postižu osam bodova više na testovima iz matematike i čitanja
- Postižu šest bodova više na testovima inteligencije
- Dva puta je vjerojatnije da će nakon srednje škole otići na fakultet i pronaći stabilno zaposlenje
- 75% manja vjerojatnost maloljetničkih trudnoća
- Čak 80% manje vjerojatnosti da će provesti vrijeme u zatvoru radi kriminalnih aktivnosti
- Upola manje šanse da će iskusiti simptome depresije
- 4% je manje vjerojatno da će doživjeti kognitivno zaostajanje.

Američka pedijatrijska udruženja, također pozivaju očeve da se što više uključe u život svoje djece i sudjeluju u praćenju zdravlja i/ili liječenju. Naglašavaju da je uključenost očeva u život djece povezana s boljim kognitivnim razvojem i mentalnim zdravljem, smanjenom stopom pretilosti i astme (22).

S druge strane, proširivanje fokusa pedijatrijske skrbi, s dijade majka-dijete na očeve, može na vrijeme otkriti zdravstvene i/ili socijalne probleme očeva koji mogu negativno utjecati na mnoge zdravstvene i socijalne dobrobiti djece, roditelja i obitelji u cjelini (22).

### **Prijelaz na očinstvo**

Prijelaz na očinstvo predstavlja izazovnu i važnu prekretnicu u životu muškarca. U usporedbi s prijelazom na majčinstvo i društvenom podrškom koju žene dobivaju, muškarci su u svom prijelazu na očinstvo često marginalizirani.

Izazovi s kojima se muškarci susreću u ovom razdoblju obuhvaćaju različita područja života. Preuzimanje novih uloga i razvoj emocionalne veze s djetetom ključna su pitanja ovoga prijelaza (23).

Većini očeva nova uloga donosi zadovoljstvo, podiže im vlastitu vrijednost i samopouzdanje. Očinstvo im donosi novu strukturu i svrhu života te ih potiče na promjene u načinu života (24,25).

Razvijanje emocionalne veze majke i djeteta široko se istražuje. Smatra se da su majke biološki i endokrinološki programirane za povezivanje s djetetom. Majke se s djetetom povezuju od početka trudnoće, a intenzitet povezanosti raste kako trudnoća odmiče i nastavlja se nakon poroda.

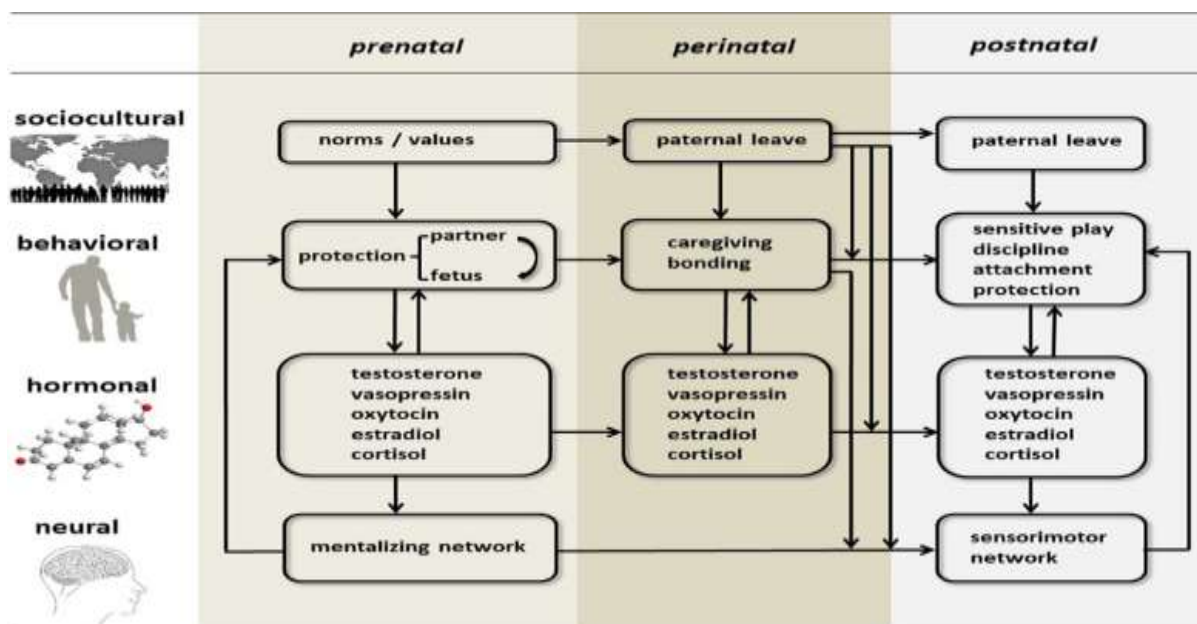
S druge strane, očevi se povezuju u trenutku kada dijete mogu osjetiti ili vidjeti na ultrazvučnom pregledu, prvim izravnim kontaktom nakon poroda i u doba ranog roditeljstva.

Danas se prijelaz na očinstvo sagledava iz više aspekata. Jedan od načina je biobiheviornalni aspekt (26).

Promjene koje očevi doživljavaju odvijaju se na socijalnim i kulturološkim, ponašajnim, hormonalnim i neuralnim razinama. Između svih razina postoje međutjecaji ovisno o tome radi li se o prenatalnoj, perinatalnoj i postnatalnoj fazi života.

*A biobehavioral model of emergent fatherhood*





Izvor: <https://doi.org/10.1111/cdep.12347>

Prema ovom modelu, socijalno i kulturološko okruženje može utjecati na očevo ponašanje, povezanost i uključenost u skrb i brigu o djetetu, ali isto tako sve to može biti i pod utjecajem hormonalnih i neuroloških procesa (26).

Socijalni i kulturalni čimbenici roditeljstva mijenjali su se tijekom vremena.

Danas, majke i očevi podjednako doprinose ekonomskoj dobrobiti obitelji. Tradicionalni pristup oca hranitelja koji nije uključen u skrb i odgoj djeteta sve je manje prisutan u većini razvijenih zemalja.

Da bi se pomoglo roditeljima, korištenje roditeljskog dopusta za oba roditelja, u većem ili manjem opsegu, ugrađeno je u zakone većine razvijenih zemalja. Iznimka su Sjedinjene Američke Države koja takve zakone nije uzela u obzir (26).

Unatoč tomu očevi to pravo manje koriste od majki. Razlozi su različiti i kreću se od toga da muškarci i dalje bolje zarađuju i na taj način ekonomski više doprinose obitelji. S druge strane, potreba djeteta za majkom je velika u periodu dojenja te očevi postaju sekundarni njegovatelji (26).

Odsutnost očeva u tom razdoblju i manja količina vremena provedenog u izravnoj skrbi za dijete, uzrokuje promjene na neuralnoj i hormonalnoj razini te posredno utječe na ponašanje u smislu manje uključenosti u skrbi za dijete (26).

Promjene ponašanja očeva započinju još u trudnoći. U tom razdoblju očevi mogu pozitivno utjecati na rast i razvoj fetusa utječući na mijenjanje loših zdravstvenih navika majke (npr. prestanak pušenja). Očevi mogu osigurati majci dovoljno odmora i zdravu prehranu i na taj način doprinijeti pravilnom rastu i razvoju fetusa. Nasuprot tomu, štetna ponašanja kao što je nasilje među partnerima može izazvati negativne zdravstvene ishode fetusa i žene (26).

Spoznaja trudnoće kod nekih muškaraca može izazvati mučninu, povraćanje, pojačani apetit, grčeve u nogama i ostale prateće simptome trudnoće kao kod žena. Takvo se stanje naziva Couvadeov sindrom ili muška empatska trudnoća koja se u pravilu pojavljuje kod muškaraca kada prvi put postaju očevi (27).

Ovaj sindrom poznat je od davnina. U nekim društvima Couvadeov sindrom dio je rituala prijelaza na očinstvo, kada otac nakon poroda ostaje u krevetu i oporavlja se, dok majka nastavlja sa svakodnevnim aktivnostima (26).

Pravi uzrok ovom psihosomatskom poremećaju nije poznat. Prema nekim obrazloženjima, pojačana empatija prema trudnoj partnerici, izaziva hormonske promjene u mozgu muškarca te posljedično tome psihosomatske promjene kao i kod trudnica. Incidencija ovog poremećaja kreće se između 11 do 76% (28).

Na koji način neuroendokrine promjene utječu na buduće roditeljsko ponašanje očeva utvrđeno je mjerenjem razine testosterona i kortizola u slini prije i jedan sat nakon poroda. Očevi su držali novorođenče nakon „zlatnog sata“. Rezultat ove interakcije bio je smanjenje razine testosterona i povećanje razine kortizola. Nakon dva i četiri mjeseca ponovo su kontaktirali očeve i zaključili kako je smanjenje testosterona i povećanje kortizola, kao odgovor na interakciju s djetetom, jedan od prediktora većeg uključivanja očeva u skrb o djetetu (29).

U sličnim istraživanjima, utjecaja kontakta „koža na kožu“, utvrđeno je da je 30 minuta kontakta oca i djeteta dovoljno da se kod oca povise razine dopamina i oksitocina. Ovi hormoni važni su u stvaranju novih neuralnih mreža koje će osigurati blisku povezanost s djetetom. Iz tog razloga, praksa provođenja ranog kontakta oca i djeteta, neposredno nakon poroda, pomaže očevima da pokrenu roditeljske instinkte te na taj način podupru prijelaz na očinstvo (30-32).

Iako fizički ne prolaze proces trudnoće i poroda, ipak je sve više dokaza da trudnoća i porod kod očeva uzrokuje brojne psihičke i fiziološke promjene. To govori u prilog tomu da su muškarci jednako kao i žene biološki vezani za roditeljstvo.

Rezultati istraživanja, također, ukazuju na potrebu promicanja uključenosti budućih očeva u trudnoći, porodu i ranom roditeljstvu da bi im se pomoglo u prijelazu na očinstvo s ciljem boljih roditeljskih ishoda i dobrobitima koji iz toga proizlaze.

Upravo stoga, Svjetska zdravstvena organizacija, Regionalni ured za Europu, 1997. godine u izvješću „Fatherhood and health outcomes in Europe“ istaknula je važnost uključivanja očeva u svim segmentima zdravstvene zaštite žena i djece prije, tijekom i nakon trudnoće (33).

U izvješću su analizirana većinom europska istraživanja o očinstvu i reproduktivnom zdravlju te je istaknuto kako muškarci kroz povećanu uključenost u roditeljstvo, planiranje obitelji i reproduktivno zdravlje mogu povoljno utjecati i na zdravlje žena i djece, kao i na vlastito zdravlje.

### **Očevi u rađaonici**

Prisutnost očeva u rađaonicama danas je očekivana. Uvriježeno je mišljenje da „dobri“ očevi prisustvuju rođenju svoga djeteta. Samim time od očeva se očekuje da budu partneri na porodu, prihvate svoju ulogu i suoče se sa situacijom bez obzira na osobne osjećaje (11).

Većina očeva na porod dolaze s pozitivnim emocijama i očekivanjima, međutim postoje i oni koji osjećaju tjeskobu, strah i napetost.

Osjećaji koji se javljaju tijekom poroda različiti su i mogu se kretati od euforije, sreće, šoka do tjeskobe (3).

Očevi navode kako su se tijekom poroda osjećali shrvano i bespomoćno međutim doživljaj poroda opisuju kao najbolje što su doživjeli u životu (34).

Rođenje djeteta nedvojbeno je događaj koji mijenja život budućih očeva. Međutim, malo je pažnje posvećeno njihovim osjećajima i očekivanjima bilo da su pozitivna ili negativna (35).

Iako se dolazak u rađaonicu i podrška partnerici tijekom poroda društveno i profesionalno potiče, ipak za neke očeve to predstavlja veliki problem. Zbog straha

od stigmatizacije okoline ili svoje partnerice, očevi nerado govore o svojim osjećajima.

Odluka oca o neprisutnosti na porodu ne smije biti osuđujuća. S druge strane, neosuđivanje očeva olakšalo bi i ženama, koje ne žele njihovu podršku, da bez straha od osude izaberu nekog drugog za podršku (35).

Očevi koji su na porod dolazili s pozitivnim očekivanjima često navode da su se osjećali kao pasivni promatrači bez ikakvog utjecaja jer su precijenili svoje sposobnosti. Rezultat stanja u kojem su se zatekli bio je strah od ishoda poroda. Unatoč tome, osjećali su potrebu da svoje strahove sakriju od svojih partnerica (35).

Loše pripremljeni očevi, osobito oni koji zapravo ne žele biti u rađaonici, mogu veoma lako razviti osjećaje bespomoćnosti, napetosti, straha i panike (36).

Negativan doživljaj poroda, koji proizlazi iz takvih emocija, može doprinijeti razvoju postpartalne depresije muškaraca šest tjedana nakon poroda (37).

Prepoznajući važnost očeva prilikom poroda i neželjene zdravstvene ishode koji se mogu pojaviti, primalje i opstetričari savjetuju očevima pripremu za ono što ih čeka u rađaonici.

Potrebe i očekivanja očeva u porodu slične su kao i potrebe majki. Zadovoljavanje tih potreba rezultira pozitivnim iskustvom rađanja (38).

### **Primalje i očevi**

Podrška zdravstvenih djelatnika u porodu važan je prediktor pozitivnog doživljaja poroda.

Primaljska skrb i podrška u perinatalnom razdoblju pokazala se jednim od najznačajnijih čimbenika koji doprinose pozitivnom doživljaju poroda i prijelazu na očinstvo (39).

Najjači faktor povezan s pozitivnim iskustvom poroda za očeve je podrška i stalna prisutnost primalje u rađaonici (39).

Kvalitetnu potporu i sigurnost u porodu očevi doživljavaju kada mogu ostvariti dobru komunikaciju s primaljom, kada mogu postavljati pitanja, kada mogu birati

kada će se uključiti a kada odstupiti, odnosno kada ih se doživljava s poštovanjem kao dio porođajnog tima (40).

Komunikacija s primaljom izrazito je važna na razini osjećaja kontrole, sigurnosti i uključenosti u događaje tijekom poroda (41).

Primalje diljem svijeta uviđaju važnost očeva u materalnoj skrbi. U tom smislu, naglašavaju nedostatke i poteškoće te predlažu brojne strategije uključivanja. Smatraju kako se dosadašnji fokus skrbi usmjeren na žene treba proširiti i na očeve odnosno obitelj.

U Engleskoj, primjerice, postoje smjernice o pružanju informacija i podrške za roditelje u antenatalnom i postnatalnom razdoblju (42).

Unatoč malom broju istraživanja, o percepciji primalja na uključivanje očeva u primaljsku skrb, vidljivo je kako većina primalja rad s očevima vidi kao sastavni dio svoga posla (43).

Isto tako, navodi se kako primalje nemaju nikakvo formalno obrazovanje u radu s očevima, već dodatnu edukaciju stječu pohađanjem radionica, seminara, konferencija u suradnji sa socijalnim radnicima i psiholozima (43).

Zaključno, većina primalja i opstetričara prepoznaje i uviđa važnost podrške očeva u porodu. Nasuprot tomu, mnogi zdravstveni sustavi s visokim resursima marginaliziraju očeve stvarajući im osjećaj isključenosti, straha i nesigurnosti.

Zanemarivanje, isključivanje, nepružanje adekvatne potpore kroz perinatalni period, očevima oduzima mogućnost da budu pripremljeni i učinkovito podupru svoje partnerice (20).

Uvažavanje očeva i njihovih potreba u rađaonici svakako doprinosi pozitivnom doživljaju poroda, a samim time i pozitivnom prijelazu na roditeljsku ulogu.

Očevi u perinatalnoj skrbi nisu ni pacijenti ni posjetitelji. Njihova uloga (emocionalna, fizička i društvena) puno je veća od pasivne podrške svojim partnericama. Definiranje prostora za očeve osigurava brojne zdravstvene dobrobiti žena i njihovih obitelji.

Dok se o iskustvima i očekivanjima žena u porodu dosta govori, očevima se još uvijek poklanja malo pažnje.

Štoviše, nepostojanje formalnog obrazovanja primalja o radu s očevima potaknulo nas je da sagledamo porod iz perspektive očeva na Klinici za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka.

Očekuje se da postoje razlike između ispitanika (očeva) u načinu prenatalnog informiranja (vrstama kontrole trudnoće i načinu informiranja o porodu), motivaciji za prisustvovanje porodu, primjenjivosti znanja s tečaja pripreme za porod prema sociodemografskim obilježjima. Očekuje se povezanost sociodemografskih obilježja, prenatalnog informiranja, motivacije, trajanja poroda, lijekova za pojačavanje trudova, obezboljenje, praćenja otkucaja djeteta i trudova, prvog dojenja, ocjene primalje i rađaonice s vlastitim emocijama, emocijama prema supruzi/partnerici, emocija prema djetetu i emocijama prema medicinskom osoblju i okolini doživljenih tijekom prisustvovanja ispitanika (očeva) porodu.

## **2. CILJEVI I HIPOTEZE**

Ciljevi ovog istraživanja su prikupiti informacije o sociodemografskim karakteristikama, prenatalnoj informiranosti, karakteristikama poroda, emocionalnom stanju i zadovoljstvu kvalitetom zdravstvene usluge očeva tijekom njihovog prisustvovanja porodu u rodilištu KBC-a Rijeka.

Dodatni ciljevi su ispitati postoje li razlike u odabiru načina kontrole trudnoće, u načinu prikupljanja informacija o porodu, o primjenjivosti saznanja o porodu stečenog na tečaju pripreme za porod, u zadovoljstvu kvalitetom zdravstvene usluge tijekom boravka u rađaonici, u povezanosti vlastitih osjećaja (strah, sreća, uzbuđenost, traumatiziranost, bespomoćnost) i sociodemografskih obilježja (dob, obrazovanje, duljina trajanja braka/veze). Potom, cilj je ispitati postoji li povezanost osjećaja prema supruzi/partnerici (strah, sreća, uzbuđenost, traumatiziranost, bespomoćnost) i sociodemografskih obilježja, osjećaja prema djetetu (strah, sreća, uzbuđenost, traumatiziranost, bespomoćnost) te prema medicinskom osoblju i okolini i sociodemografskih obilježja.

### **HIPOTEZE:**

1. Značajna je razlika u odabiru načina kontrole trudnoće, načinu prikupljanja informacija o porodu i sociodemografskih obilježja (dob, obrazovanje, duljina trajanja braka/veze).

2. Značajna je razlika u mišljenju o primjenjivosti saznanja o porodu na tečaju pripreme za porod i sociodemografskih obilježja (dob, obrazovanje, duljina trajanja braka/veze).

3. Značajna je razlika u zadovoljstvu kvalitetom zdravstvene usluge tijekom boravka u rađaonici i sociodemografskih obilježja (dob, obrazovanje, duljina trajanja braka/veze).

4. Postoji povezanost emocija očeva i njihovih sociodemografskih obilježja.

5. Postoji povezanost emocija očeva prema djetetu i njihovih sociodemografskih obilježja.

6. Postoji povezanost emocija očeva prema medicinskom osoblju i okolini i njihovih sociodemografskih obilježja.

### **3. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE**

Podaci su prikupljeni online anketnim upitnikom u vremenu od 19. srpnja do 4. kolovoza 2021. godine u rodilištu KBC-a Rijeka uz kriterij da je svaki potencijalni sudionik bio punoljetan i da je dao privolu za sudjelovanje. Svaki je ispitanik bio informiran o svrsi istraživanja uključujući i pitanja o povjerljivosti podataka. Nakon potpisivanja informiranog pristanka pristupili su popunjavanju upitnika kojega je ispravno ispunilo 33 očeva.

Upitnik je sadržavao 32 pitanja grupirana u šest poglavlja: prvo je sadržavalo pitanja o demografskim i društvenim karakteristikama ispitanika (od pitanja broj 1 do pitanja broj 6); drugo o njihovoj prenatalnom informiranosti (7. do 13.); treće se odnosilo na karakteristike poroda (14. do 25.), a četvrto je sadržavalo pitanja samoprocjene emocionalnog stanja vezanim uz porođaj (26).

Za samoprocjenu je korišten modificirani engl. *Kuopio Instrument for Fathers* (KIF) upitnik osmišljen za istraživanje emocija očeva koji prisustvuju porodu (44). Upitnik je podijeljen u četiri grupe pitanja s DA/NE odgovorima: za procjenu vlastitih osjećaja, za procjenu osjećaja prema supruzi/partnerici, za procjenu osjećaja prema djetetu te za procjenu osjećaja prema medicinskom osoblju i okolini.

U petom se poglavlju upitnika tražila ispitanikova procjena zadovoljstva kvalitetom zdravstvene usluge tijekom boravka u rađaonici (27. do 29.) i ocjena primalje Likertovom skalom od 1 do 5 gdje je 1 bila najniža, a 5 najviša ocjena. Posljednje poglavlje sadržavalo je zaključne komentare ispitanika (30. do 33.).

Numerički podaci iskazani su aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom, a normalnost raspodjele testirana je Shapiro Wilk testom. Razlike su ispitane Studentovim T-testom, korelacije Spearmanovim koeficijentom uz značajnost 5%, a sve p vrijednosti bile su dvostrane. Prikupljeni podaci analizirani su SPSS v.13.0 računalnim statističkim programom.

## 4. REZULTATI

### 4.1. Sociodemografski podaci

Anketni upitnik je ispravno popunilo 33 očeva koji su prisustvovali porodu. Prosječna dob ispitanika bila je  $32,61 \pm 5,25$  godina. Preddiplomski, diplomski ili poslijediplomski studij je u dobnoj skupini između 26 i 30 godina završilo 44,44% ispitanika, u dobnoj skupini između 31 i 35 godina 74,43%, a najviše (80,00%) u skupini između 36 i 40 godina.

U podstanarstvu živi 50% ispitanika dobne skupine između 18 i 25 godina, te 44,44% ispitanika dobne skupine između 26 i 30 godina. S roditeljima živi 14,29% ispitanika u dobi između 31 i 35 godina.

U izvanbračnoj zajednici živi 50% ispitanika u dobi između 18 i 25 godina, 55,56% ispitanika dobne skupine između 26 i 30 godina, 28,57% ispitanika u dobi između 31 i 35 godina te 33,33% starijih od 41 godinu.

Demografske i socijalne karakteristike uzorka prikazane Tablicom 1.

Tablica 1. Demografske i socijalne karakteristike uzorka (N=33)

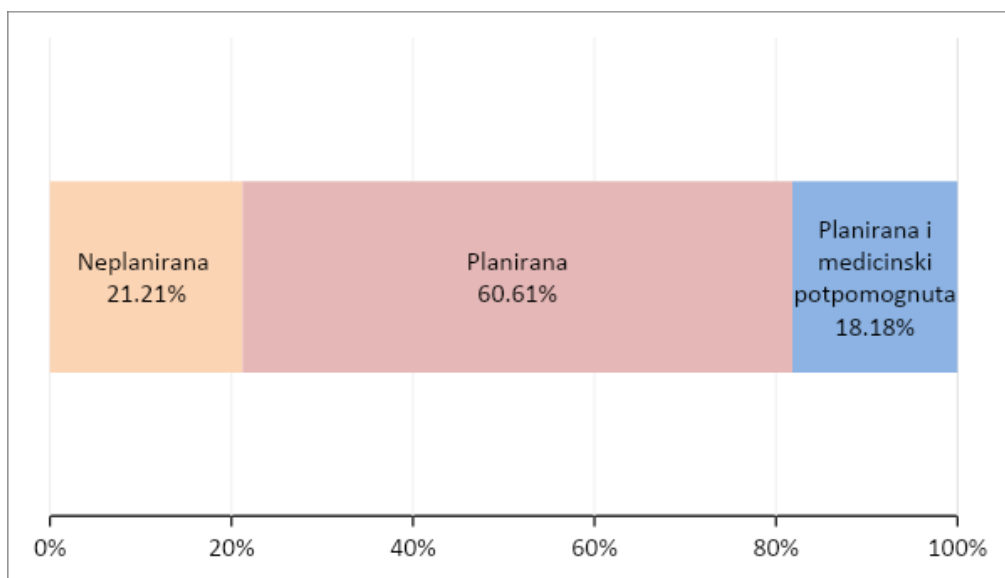
	N	%
<b>Obrazovanje</b>		
Osnovna škola	2	6,06
Srednja škola	13	39,39
Preddiplomski studij	6	18,18



Diplomski/poslijediplomski studij	12	36,36
<b>Radni status</b>		
Student	2	6,06
Zaposlen	31	93,94
<b>Stanovanje</b>		
U vlastitom stanu/kući	26	78,79
Podstanar	5	15,15
S roditeljima	2	6,06
<b>Bračni status</b>		
U braku	22	66,67
Izvanbračna zajednica	11	33,33
<b>Duljina braka/veze</b>		
Do 1 godine	1	3,03
Od 1 do 5 godina	19	57,78
Od 5 do 10 godina	8	24,24
Više od 10 godina	5	15,15

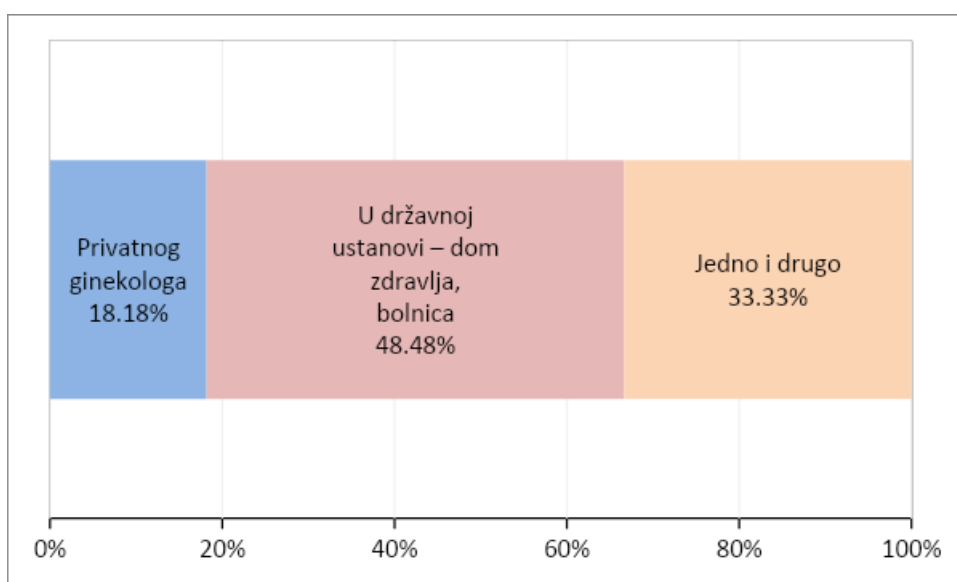
#### 4.2. Prenatalno informiranje

Na slici 1 prikazani su postoci planiranih, neplaniranih i medicinski potpomognutih trudnoća. Analizirajući odgovore po dobnim skupinama, pedeset posto ispitanika dobne skupine od 18 do 25 godina izjasnilo se da je trudnoća bila planirana. Taj je postotak kod ispitanika dobne skupine između 26 i 30 godina iznosio 66,67%, u skupini između 31 i 35 godina 64,29%, u skupini između 36 i 40 godina 20%, a u skupini starijih od 40 godina svi su se ispitanici (100%) izjasnili da je trudnoća bila planirana. Da je trudnoća bila medicinski potpomognuta odgovorilo je 11,11% ispitanika u dobi između 26 i 30 godina. Taj je postotak u skupini između 31 i 35 godina iznosio 14,29% te 60% kod ispitanika u dobi između 36 i 40 godina.



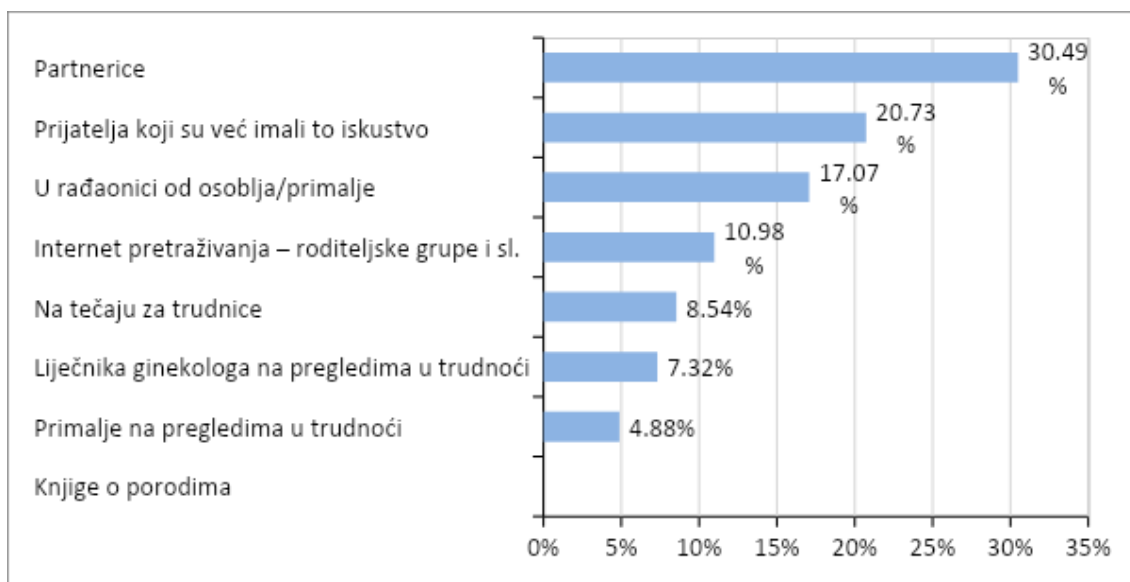
Slika 1. Vrste trudnoće (N=33)

Slika 2. Prikazani su postotni udjeli načina kontroliranja trudnoće (kod privatnog ginekologa, u državnoj ustanovi i/ili oba načina kontrole). Ispitana je razlika u odabiru načina kontroliranja trudnoće između ispitanika različitih dobnih skupina, obrazovnog statusa i duljini trajanja braka/veze. Dobivena je značajna razlika u odabiru načina kontroliranja trudnoće između ispitanika različitog obrazovnog statusa (obrazovaniji preferiraju kombinirati više načina kontrole;  $p < 0,01$ ). Razlike u odabiru kontroliranja trudnoće između ispitanika različitih dobnih skupina te između ispitanika različite duljine trajanja braka/veze nisu nađene.



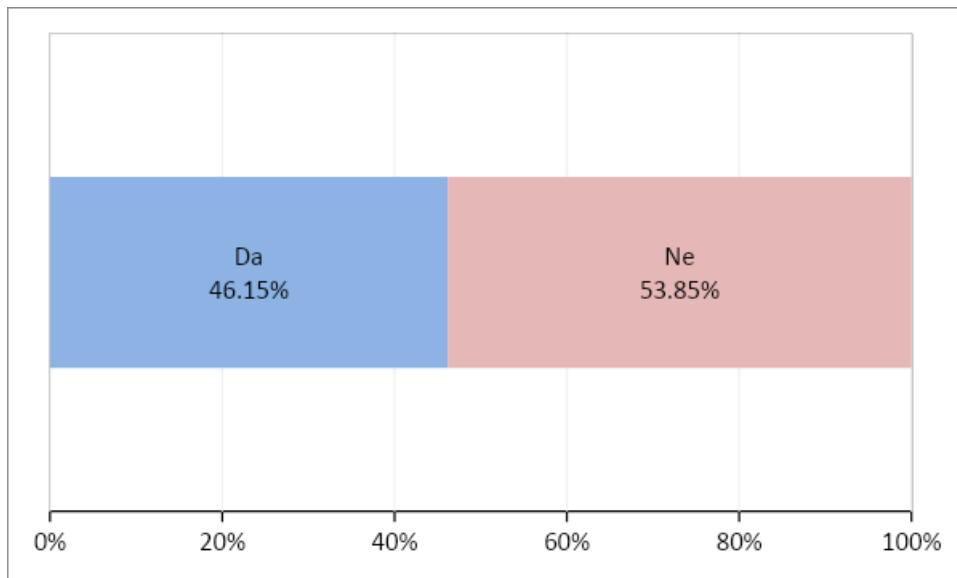
Slika 2. Vrste kontrole trudnoće (N=33)

Korisne informacije kako pomoći na porodu ispitanici su najčešće prikupili od partnerice, zatim od prijatelja koji su već imali to iskustvo, od osoblja/primalje u rađaonici te putem internetskog pretraživanja na roditeljskim grupama i slično (slika 3). Nisu pronađene značajne razlike u načinu prikupljanja informacija o porodu između ispitanika različitih dobnih skupina ( $p=0,8143$ ), ispitanika različitog obrazovnog statusa ( $p=0,6581$ ) te ispitanika s različitom duljinom trajanja braka/veze ( $p=0,7736$ ).



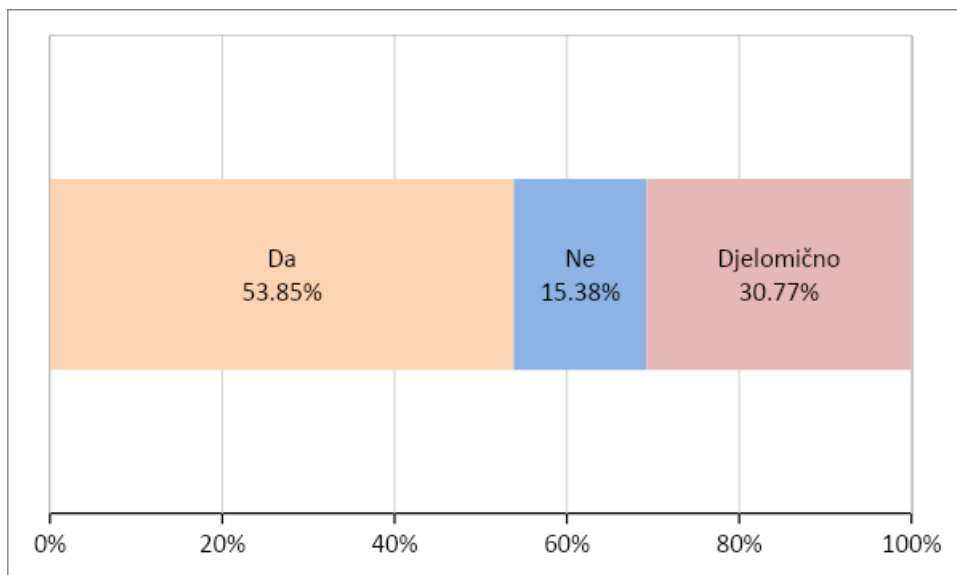
Slika 3. Način prikupljanja informacija o porodu (N=33)

Trinaest ispitanika (39,39%) pohađalo je tečaj pripreme za porod. Tijekom tečaja je priliku razgovarati s primaljom imalo 46,15% ispitanika (slika 4).



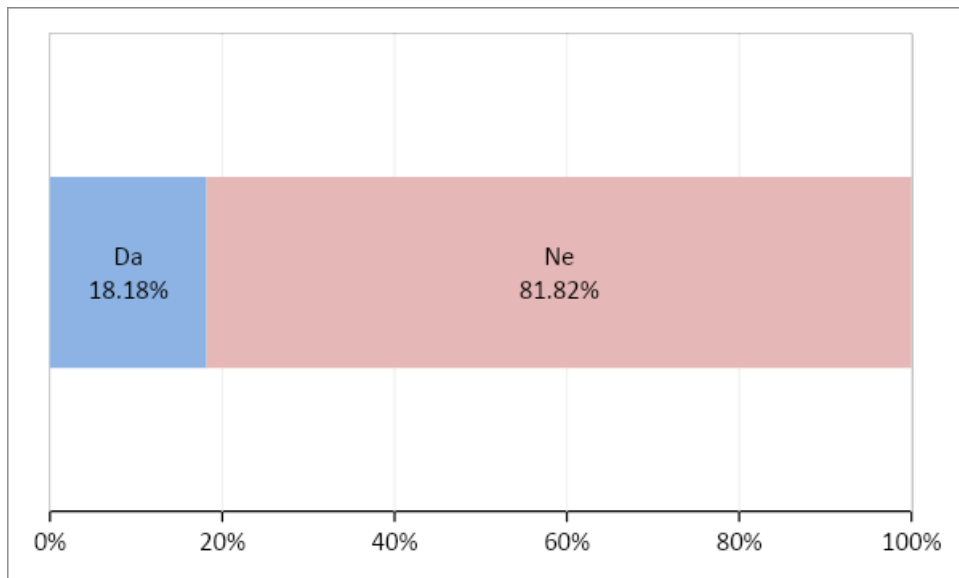
Slika 4. Razgovor s primaljom na trudničkom tečaju (N=13)

Postotak primjenjivosti saznanja o porodu dobivenih na tečaju pripreme za porod prikazani su na slici 5. Nisu pronađene značajne razlike u mišljenjima između ispitanika različitih dobnih skupina ( $p=0,9761$ ), obrazovnog statusa ( $p=0,6593$ ) i trajanju braka/veze ( $p=0,9102$ ).



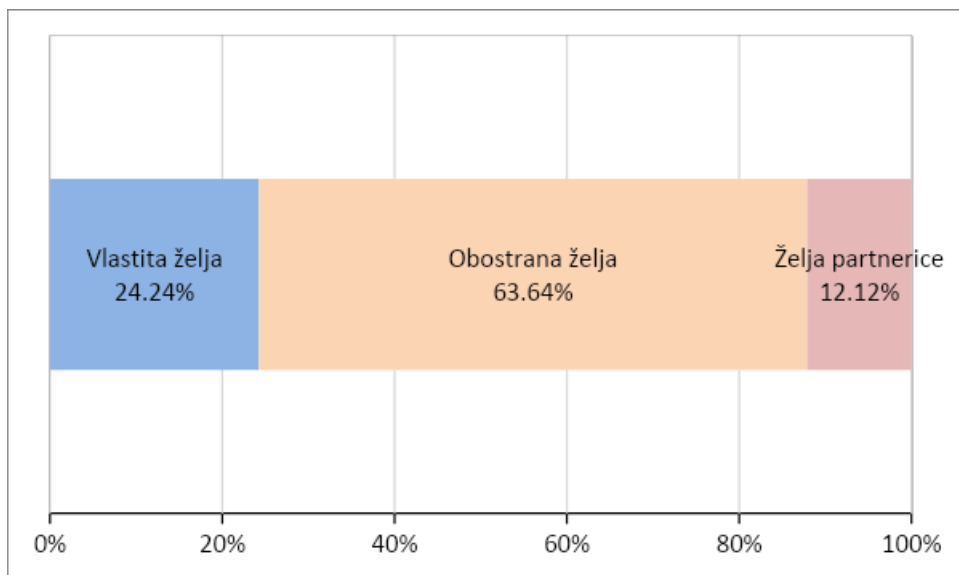
Slika 5. Primjenjivost saznanja s tečaja u porodu (N=13)

Plan poroda imali su: jedan otac u dobnjoj skupini od 26 do 30 godina, dva oca u dobi između 31 i 35 godine, dva u dobi između 36 i 40 godina te jedan u dobi 41+ (slika 6).



Slika 6. Plan poroda (N=33)

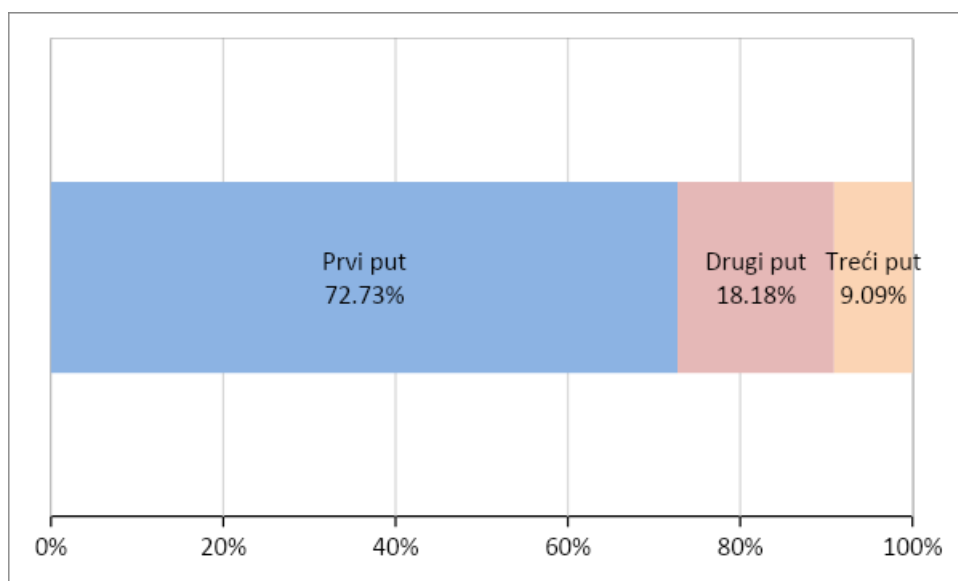
Na slici 7 prikazani su postotni udjeli motivacije prisustvovanja porodu. Nisu pronađene značajne razlike u motivaciji između ispitanika različitih dobnih skupina ( $p=0,6914$ ), ispitanika različitog obrazovnog statusa ( $p=0,8521$ ) te ispitanika s različitom duljinom trajanja braka/veze ( $p=0,6883$ ).



Slika 7. Motivacija prisustva na porodu (N=33)

### 4.3. Karakteristike poroda

Najveći postotak ispitanika (72,73%) je porodu prisustvovalo prvi put (slika 8).



Slika 8. Prisustvovanje porodu (N=33)

U vremenskom razdoblju u kojem su prikupljeni podaci za ovo istraživanje 94,94% poroda je bilo terminu, tj. nakon 37-og tjedna trudnoće. Porodi su prosječno trajali  $7 \pm 5$  sati, u rađaonici je uz partnericu cijelo vrijeme bilo 25 (75,76%) ispitanika (tablica 2).

Tablica 2 . Vrsta i trajanje poroda (N=33)

	N	%
<b>Porod je bio</b>		
Prije 37. tjedna trudnoće – prijevremeni	2	6,06
Nakon 37. tjedna trudnoće – u terminu	31	94,94
<b>Trajanje poroda</b>		
0 – 2 sata	6	18,18
3 – 5 sati	11	33,33
6 – 9 sati	7	21,21
10 i više sati	9	27,27
<b>Uz partnericu cijelo vrijeme boravka u rađaonici</b>		
Da	25	75,76

Ne	8	24,24
----	---	-------

#### 4.4. Procjena emocionalnog stanja očeva tijekom boravka u rađaonici

Analiza odgovora na pitanja o karakteristikama porodu nalaze se u tablici 3.

Tablica 3. Karakteristike poroda (N=33)

	N	%
<b>U porodu su korišteni lijekovi za pojačavanje trudova</b>		
Da	25	75,76
Ne	3	9,09
Ne znam	5	15,15
<b>U porodu je za obezboljenje korištena</b>		
Epiduralna analgezija	18	54,55
Nije korišteno ništa	10	30,30
Ne znam	4	12,12
<b>Za nadzor djeteta u porodu korišten je kardiotokograf (CTG)</b>		
Stalno	22	66,67
Povremeno	7	21,21
Ne znam	4	12,12
<b>Način poroda</b>		
Vaginalni porod na krevetu	24	72,73
Planirani carski rez	5	15,15
Hitni carski rez	3	9,09
Porod vakuumom i/ili uz potisak na trbuh	1	3,03
<b>Epiziotomija/šivanje</b>		
Epiziotomija – urez međice	12	36,36
Porod bez epiziotomije – nije bilo potrebno šivanje	7	21,21
Porod bez epiziotomije – bilo je potrebno šivanje	14	42,42

<b>Započeto prvo dojenje</b>		
Da	26	78,79
Ne	5	15,15
Ne znam	2	6,06

Osam ispitanika je odgovorilo da je porod planiran (pet ispitanika) ili završen (tri ispitanika), hitnim carskim rezom tijekom kojega ni jednom ispitaniku nije omogućen ulazak u operacijsku salu. Nakon planiranog carskog reza kontakt koža na kožu s djetetom omogućeno je trojici od pet očeva, a kod hitnog carskog reza kontakt koža na kožu s djetetom omogućen je dvojici od trojice očeva.

Na tablici 4 prikazane su frekvencije osjećaja očeva tijekom prisustvovanja porodu. Vlastiti osjećaji i osjećaji prema supruzi/partnerici bili su uglavnom pozitivni. Velika većina ispitanika odgovorili su da su sretni i ponosni što su postali očevi i što su prisustvovali porodu (96,97%). Bessposnoćno se osjećalo 42,42% očeva. Strah, nesvjesticu, mućninu i traumiu osjećao je mali postotak ispitanika.

Znatan postotak ispitanika (96,97%) je osjećao zahvalnost, a 60,61% je bilo zabrinuto za zdravlje svoje supruge/partnerice.

Osjećaji očeva prema djetetu bili su pozitivni jer je 96,97% ispitanika odgovorilo da je ponosno što su postali oćevi. Međutim, više od polovice (63,64%) je bilo zabrinuto za zdravlje bebe.

Procjene osjećaja prema medicinskom osoblju i okolini također su pozitivni. Dobrodošlicu je osjećalo 96,67% ispitanika, 81,82% se osjećalo ukljućenima, a svi su se ispitanici u rađaonici osjećali sigurno.

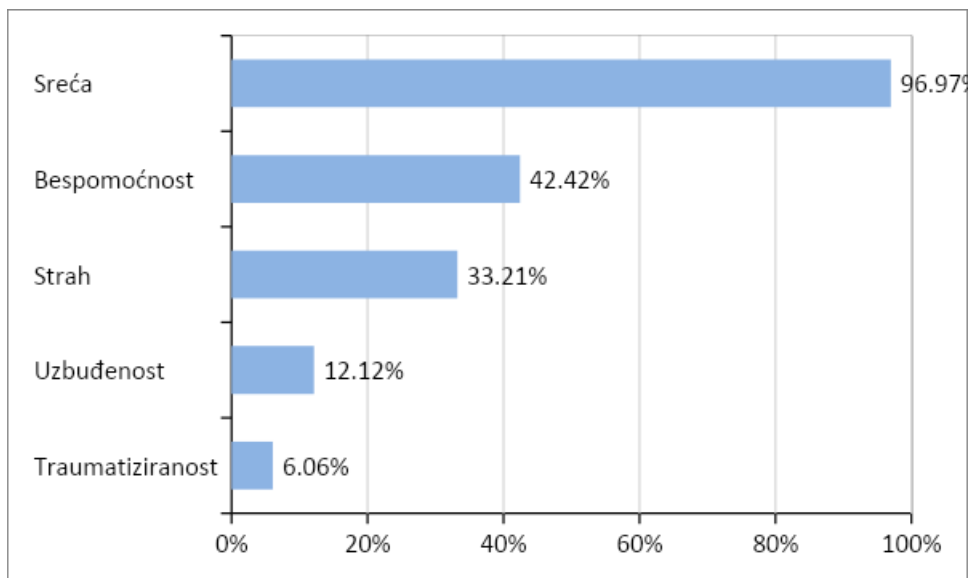
Tablica 4. Procjena osjećaja tijekom prisustva porodu (N=33)

	<b>Da</b> <b>N (%)</b>	<b>Ne</b> <b>N (%)</b>
<b>Vlastiti osjećaji</b>		
Bojao sam se da ću odustati	4 (12,12)	29 (87,88)
Bojao sam se da ću se onesvijestiti	2 (6,06)	31 (93,94)



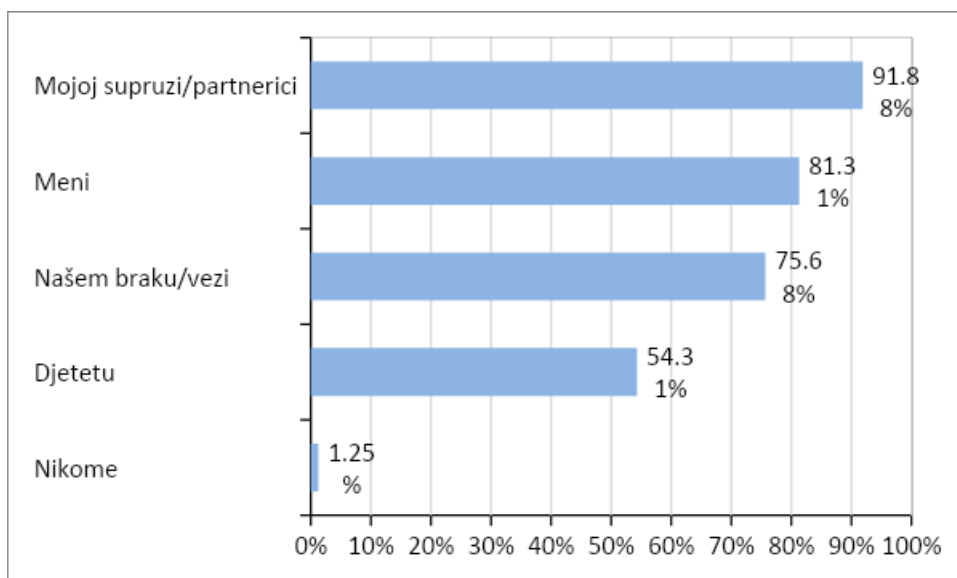
Osjećao sam mučninu	5 (15,15)	28 (84,85)
Osjećao sam se bespomoćno	14 (42,42)	19 (57,58)
Osjećao sam se traumatizirano	2 (6,06)	31 (93,94)
Osjećao sam ponos što prisustvujem porodu	32 (96,97)	1 (3,03)
Osjećao sam ponos što sam postao otac	32 (96,97)	1 (3,03)
Osjećao sam veliku odgovornost	30 (90,91)	3 (9,09)
Sretan sam što sam prisustvovao porodu	32 (96,97)	1 (3,03)
<b>Osjećaji prema supruzi/partnerici</b>		
Bojao sam se za zdravlje svoje partnerice	20 (60,61)	13 (39,39)
Bojao sam se za život svoje partnerice	15 (45,45)	18 (54,55)
Osjećao sam da podržavam svoju partnericu	32 (96,97)	1 (3,03)
Osjećao sam da pomažem svojoj partnerici	32 (96,97)	1 (3,03)
Osjećao sam krivnju zbog partneričinih bolnih trudova	11 (33,33)	22 (66,67)
Osjećao sam zahvalnost prema partnerici	32 (96,97)	1 (3,03)
<b>Osjećaji prema djetetu</b>		
Bojao sam se za zdravlje djeteta	21 (63,64)	12 (36,36)
Bojao sam se za život djeteta	14 (42,42)	19 (57,58)
<b>Osjećaji prema medicinskom osoblju i okolini</b>		
Osjećao sam se uključnim	27 (81,82)	6 (18,18)
Imao sam dojam da smetam medicinskom osoblju	4 (12,12)	29 (87,88)
Osjećao sam se dobrodošlo	32 (96,97)	1 (3,03)
Osjećao sam se sigurno	33 (100)	0 (0)

Analiza pitanja o osjećajima tijekom prisustvovanja porodu pokazala je da se 96,97% očeva osjećalo sretno, 42,42% bespomoćno, 33,21% je osjetilo strah, 12,12% je bilo uzbuđeno, a 6,06% traumatizirano (slika 9).



Slika 9. Osjećaji očeva tijekom prisustvovanja porodu

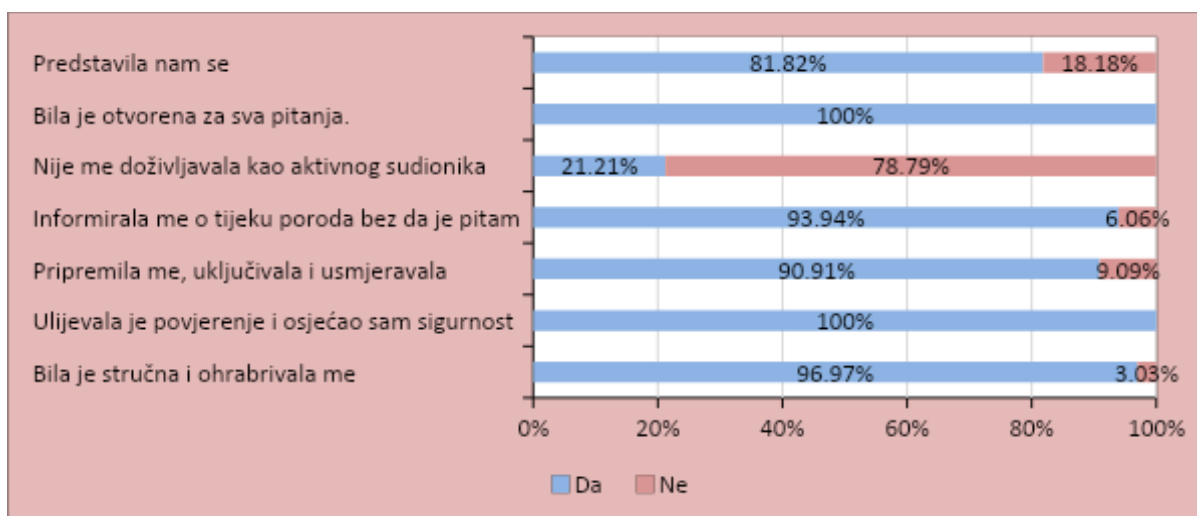
Očevi su upitani da procjene dojam korisnosti svoje prisutnosti porodu. Najveći postotak očeva (91,88%) mišljenja je da je najveću korist od njegove prisutnosti porodu imala supruga/partnerica. Da je prisustvovanje porodu bilo korisno iskustvo za ispitanika složilo se 81,31% ispitanika te da je koristilo braku/vezi (76,68%). Dojam da je prisustvovanje oca porodu bilo korisno za dijete složilo se 54,31% ispitanika. Samo 1,25% ispitanika je imalo dojam da je njihov dolazak na porod bio beskoristan (slika 10). Nisu pronađene razlike u razini zadovoljstva i sociodemografskih obilježja ispitanika.



Slika 10. Korisnost prisustvovanja očeva na porodu

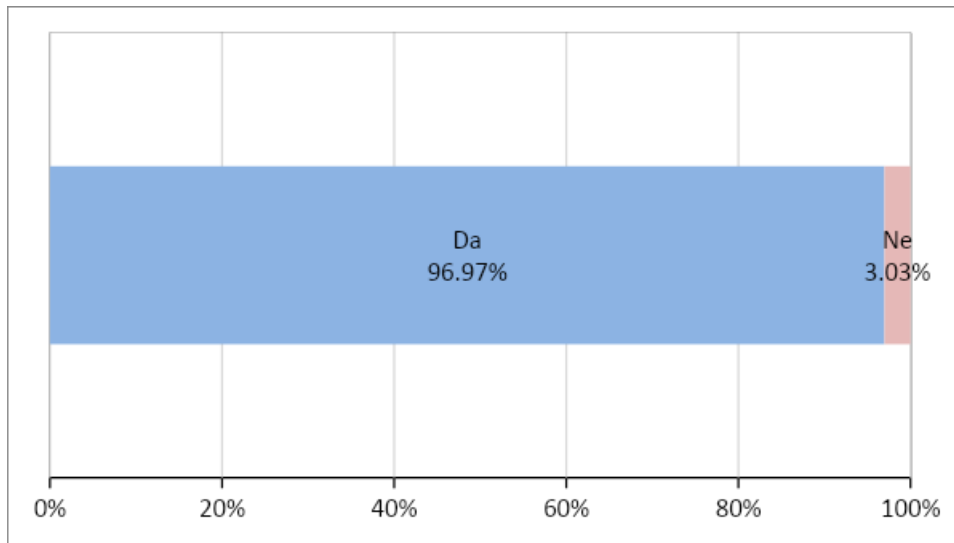
#### 4.5. Procjena zadovoljstva kvalitetom zdravstvene usluge tijekom boravka u rađaonici

Ispitanici su ocjenama od 1 (najniža) do 5 (najviša) mogli procijeniti svoj odnos s primaljom tijekom poroda. Prosječna ocjena primalje iznosi  $4,88 \pm 0,42$ , a postotni udjeli slaganja s tvrdnjama prikazani su na slici 12. Nisu pronađene razlike u razini zadovoljstva i sociodemografskih obilježja ispitanika.



Slika 11. Procjena odnosa s primaljom tijekom prisustvovanja porodu

Veliki postotak (96,97%) ispitanika smatra da je prostor rađeonice ispunio njihova očekivanja (slika 12). Nisu pronađene značajne razlike u razini zadovoljstva i sociodemografskih obilježja ispitanika.



Slika 12. Prostor rađeonice – ispunjenje očekivanja očeva

#### 4.6. Korelacije između emocija i osnovnih informacija

U tablicama od 5. do 8. prikazane su korelacije četiri grupe osjećaja i varijabli osnovnih informacija. Valja naglasiti da se analiza temeljila na odgovorima 24 ispitanika koji su prisustvovali vaginalnom porodu.

Tablica 5 – postoji relativno slaba i negativna korelacija između ispitanika najmlađe dobne skupine i većeg osjećaja ponosa što će postati očevi skupine ( $r_s = -0,265$ ,  $p = 0,037$ ).

Ispitanici koji su dulje u braku/vezi imali su veći osjećaj bespomoćnosti od ispitanika s kraćim trajanjem braka/veze ( $r_s = 0,334$ ,  $p = 0,041$ ).

Postoji srednje jaka korelacija između prenatalne informiranosti i osjećaja odgovornosti, tj. bolje informirani ispitanici osjećali su veću odgovornost ( $r_s = 0,514$ ,  $p = 0,042$ ).

Ispitanike koje je supruga/partnerica motivirala da prisustvuju porodu osjećali su veću traumatiziranost od ispitanika koji su porodu prisustvovali na vlastitu ili zajedničku odluku ( $r_s = 0,653$ ,  $p = 0,017$ ).

Osjećaj traumatiziranosti je bio veći kod ispitanika čije su supruge/partnerice brzo rodile (trajanje poroda između 0 do 2 sata,  $r_s = -0,842$ ,  $p = 0,008$ ). Ispitanici čije su supruge/partnerice primile lijekove za pojačavanje trudova osjećali su veću uzbuđenost od ostalih ( $r_s = 0,742$ ,  $p = 0,025$ ).

Osjećaj sreće jako korelira s vrstom obezboljenja. Osjećaj je bio veći kod ispitanika čije su supruge/partnerice primile epiduralnu analgeziju ( $r_s = 0,894$ ,  $p = 0,005$ ).

Osjećaj ponosa bio je veći na porodima u kojima je korišten kardiotokografski (CTG) uređaj ( $r_s = 0,534$ ,  $p = 0,016$ ).

Postoji jaka korelacija između osjećaja bespomoćnosti i ocjene primalje. Ispitanici koji su primalju ocijenili visokom ocjenom osjećali su se manje bespomoćnim tijekom prisustva porodu ( $r_s = 0,805$ ,  $p = 0,025$ ).

Korelacije između varijabli obrazovnog statusa, prvog dojenja, prostora za rađanje i vlastitih osjećaja ispitanika nisu pronađene.

Tablica 5. Rezultati korelacijske analize vlastitih emocija i osnovnih varijabli kod očeva koji su prisustvovali vaginalnom porodu (N=24)

Varijable	Vlastiti osjećaji	
	$r_s$	p
Dob	-0,265	0,037
Obrazovanje	-	-
Duljina braka/veze	0,334	0,041
Prenatalne informacije o porodu	0,514	0,042
Motiviranost za prisustvovanje porodu	0,653	0,017
Trajanje poroda	-0,842	0,008
Lijekovi za pojačavanje trudova	0,742	0,025
Obezboljenje	0,894	0,005

CTG	0,534	0,016
Prvo dojenje	-	-
Ocjena primalje	-0,805	0,025
Prostor za rađanje ispunio očekivanja	-	-

Legenda:  $r_s$  = Spearmanov koeficijent korelacije

Tablica 6 pokazuje da postoji srednje jaka korelacija između duljine trajanja braka/veze i osjećaja krivnje zbog partneričinih bolnih trudova (dulja veza, veća krivnja  $r_s = 0,504$ ,  $p = 0,003$ ).

Relativno slaba korelacija postoji kod ispitanika s boljom prenatalnom informiranošću i osjećaja da pomažu supruzi/partnerici ( $r_s = 0,283$ ,  $p = 0,004$ ).

Osjećaj da pomažu supruzi/partnerici je veći kod ispitanika koji su odluku o prisustvovanju porodu donijeli samostalno ( $r_s = 0,511$ ,  $p = 0,034$ ).

Postoji srednje jaka korelacija između osjećaja veće zabrinutosti za život supruge/partnerice što je trajanje poroda bilo duže ( $r_s = 0,655$ ,  $p = 0,002$ ).

Između osjećaja krivnje za trudove i lijekova za pojačanje trudova postoji neznatna korelacija ( $r_s = 0,198$ ,  $p = 0,003$ ).

Osjećaj da pomaže supruzi/partnerici bio je veći kod ispitanika čije su supruge dobile epiduralnu analgeziju ( $r_s = 0,751$ ,  $p = 0,021$ ).

Ispitanici koji su primalji dali visoke ocjene osjećali su manju brigu za život svoje supruge/partnerice ( $r_s = -0,835$ ,  $p = 0,002$ ).

Za varijable dob, obrazovanje, CTG, prvo dojenje i prostor za rađanje korelacije s osjećajima prema supruzi/partnerici nisu nađene.

Tablica 6. Rezultati korelacijske analize emocija prema supruzi/partnerici i osnovnih varijabli kod očeva koji su prisustvovali vaginalnom porodu (N=24)

Varijable	Osjećaji prema supruzi/partnerici	
	$r_s$	p

Dob	-	-
Obrazovanje	-	-
Duljina braka/veze	0,504	0,003
Prenatalne informacije o porodu	0,283	0,004
Motiviranost za prisustvovanje porodu	0,511	0,034
Trajanje poroda	0,655	0,002
Lijekovi za pojačavanje trudova	0,198	0,003
Obezboljenje	0,751	0,021
CTG	-	-
Prvo dojenje	-	-
Ocjena primalje	-0,835	0,002
Prostor za rađanje ispunio očekivanja	-	-

Tablica 7 prikazuje korelacije između osjećaja prema djetetu i osnovnih varijabli, korelacije su pronađene između duljine trajanja poroda i ocjene primalje.

Strah za život djeteta bio je veći kod poroda koji su trajali od 6 do 9 sati ( $r_s = -0,527$ ,  $p = 0,003$ ).

Srednje jaka korelacija postoji između visoke ocjene primalje i manjeg osjećaja straha za život djeteta ( $r_s = -0,734$ ,  $p = 0,023$ ).

Tablica 7. Rezultati korelacijske analize emocija prema djetetu i osnovnih varijabli kod očeva koji su prisustvovali vaginalnom porodu (N=24)

Varijable	Osjećaji prema djetetu	
	$r_s$	p
Dob	-	-
Obrazovanje	-	-
Duljina braka/veze	-	-
Prenatalne informacije o porodu	-	-
Motiviranost za prisustvovanje porodu	-	-
Trajanje poroda	-0,527	0,003
Lijekovi za pojačavanje trudova	-	-

Obezboljenje	-	-
CTG	-	-
Prvo dojenje	-	-
Ocjena primalje	-0,734	0,023
Prostor za rađanje ispunio očekivanja	-	-

U tablici 8 prikazano je da postoji srednje jaka korelacija motiviranosti za prisustvovanje porodu i osjećaja prema medicinskom osoblju i okolini.

Ispitanicima koji su sami odlučili prisustvovati porodu više se činilo kao da smetaju medicinskom osoblju ( $r_s = 0,795$ ,  $p = 0,041$ ).

Ispitanici kojima je prostor za rađanje ispunio očekivanja osjećali su se sigurnije ( $r_s = -0,645$ ,  $p = 0,008$ ).

Ostale varijable nisu bile povezane s osjećajima prema medicinskom osoblju i okolini.

Tablica 8. Rezultati korelacijske analize emocija prema medicinskom osoblju i okolini i osnovnih varijabli kod očeva koji su prisustvovali vaginalnom porodu (N=24)

Varijable	Osjećaji prema medicinskom osoblju i okolini	
	$r_s$	p
Dob	-	-
Obrazovanje	-	-
Duljina braka/veze	-	-
Prenatalne informacije o porodu	-	-
Motiviranost za prisustvovanje porodu	0,795	0,041
Trajanje poroda	-	-
Lijekovi za pojačavanje trudova	-	-
Obezboljenje	-	-
CTG	-	-



Prvo dojenje	-	-
Ocjena primalje	-	-
Prostor za rađanje ispunio očekivanja	0,645	0,008

#### 4.7. Komentari očeva iz anketnog upitnika

Na pitanje bi li ponovo bili podrška svojoj partnerici i prisustvovali rođenju djeteta ispitanici su se pozitivno izjasnili u stopostotnom udjelu. Na pitanje otvorenog tipa o tome što je očevima nedostajalo u rađaonici tijekom prisustva porodu najčešći je odgovor bio ništa, zatim mogućnost konzumacije vode i/ili kave, a nekima je nedostajala glazba te prostor za pušenje i udoban stolac. Očevi su mogli napisati komentar ili savjet u kojima su najčešće ohrabрили druge očeve da prisustvuju i podrže svoje partnerice na porodu jer je taj doživljaj nešto najljepše što se može dogoditi u životu. Preporučuju svima da dožive taj neopisiv osjećaj i najljepše iskustvo koje se ne događa svaki dan. Svi komentari koji su se odnosili na osoblje rađaonice su pozitivni, puni pohvala primaljama koje su porod učinile lijepim i nezaboravnim iskustvom, da su savršene, plemenite, ljubazne, profesionalne i „divim im se i zavidim jer svaki dan gledaju smisao i svrhu života“.

## 5. RASPRAVA

Svrha ovog istraživanja bila je saznati kako očevi koji prisustvuju rođenju svoga djeteta doživljavaju porod odnosno što tijekom poroda osjećaju i čemu pridaju najviše značaja.

Utvdili smo da je prosječan ispitanik bio u tridesetim godinama, fakultetski obrazovan, u braku, zaposlen i stambeno situiran koji je u vezi sa svojom partnericom do pet godina. Većina ispitanika planirala je trudnoću i prvi put je prisustvovala vaginalnom porodu u terminu u zajedničkom dogovoru sa svojim partnericama.

Polovica ispitanika navela je da je trudnoća bila praćena u javnom i privatnom sektoru, što mođe ukazivati na nezadovoljstvo prenatalnim kontrolama u javnom sektoru.

Premda su tećajevi pripreme za porod dostupni, nešto više od polovine ispitanika nije pohađalo tećaj pripreme za porod već su informacije o porodu i kako pomoći, prikupljali prvenstveno od svoje partnerice, zatim prijatelja koji su imali to iskustvo te direktno od primalje u rađaonici i internetskim pretraživanjem.

Konkretne razloge nepohađanja edukacija pripreme za porod nismo istraživali premda je iz rezultata vidljivo da su informacije dobivene na tećaju polovično primjenjive u stvarnoj situaciji te postoji relativno slaba korelacija kod ispitanika s boljom prenatalnom informiranošću i osjećaja da pomažu supruzi/partnerici.

Otvora se pitanje jesu li postojećí tećajevi dovoljno dobri i primamljivi za oćeve, odnosno obuhvaća li sadržaj tećaja pitanja koja su zanimljiva oćevima na njihovom prijelazu u roditeljstvo?

Iako primalje i opstetrićari preporučuju uključivanje oćeva u perinatalnom razdoblju kako bi se poboljšalo razumijevanje trudnoće i poroda te na taj način doprinijelo što boljem porodnom zadovoljstvu i prelasku na roditeljsku ulogu (45), postoje istraživanja koja upućuju na ponovno razmatranje sadržaja edukacija pripreme za porod u ćijem je fokusu žena i njene potrebe dok su potrebe oćeva često marginalizirane (46).

U našem istraživanju postoji srednje jaka povezanost između prenatalne informiranosti i osjećaja odgovornosti, tj. bolje informirani ispitanici osjećali su veću odgovornost prema partnerici što govori u prilog edukaciji pripreme za porod.

Hrvatske primalje u zdravstvenom sustavu nemaju mogućnost kontinuiranog praćenja trudnoće, poroda i babinja. Najveća interakcija budućih roditelja s primaljom događa se u bolničkom okruženju. Iako postoje primalje koje sudjeluju na tećajevima pripreme za porod u ovom istraživanju prepoznala ih je samo polovina ispitanika, što govori u prilog potrebi isticanja primalja i na drugim segmentima skrbi za žene, a ne samo u bolničkom okruženju.

U zemljama gdje su primalje jedne od nosioca skrbi za žene u trudnoći, porodu i babinju, kontinuitet njihovog angažmana pokazao se kao jedan od bitnih čimbenika utjecaja na očev angažman u materalnoj skrbi i dobrobiti koje iz toga proizlaze za čitavu obitelj (43).

S druge strane, očevi su u ovom istraživanju pokazali veliko zadovoljstvo primaljama u rađaonici te su im dali najviše ocjene. Zadovoljstvo primaljom proizlazilo je iz ostvarivanja dobre komunikacije, usmjeravanja i pripremanja na ono što slijedi. Očevi su primalju doživjeli kao stručnu osobu od povjerenja koja ih je uvažavala kao dio tima te vodila i ohrabivala tijekom procesa rađanja.

Osjećaj sigurnosti i povjerenja očeva u porodu povezan je s primaljom i vjerom u njenu stručnu kompetentnost (47).

U našem istraživanju utvrđena je jaka korelacija između osjećaja bespomoćnosti i ocjene primalje. Ispitanici koji su primalju ocijenili visokom ocjenom osjećali su se manje bespomoćnim tijekom poroda. Jednako tako, osjećali su manju brigu za život svoje supruge/partnerice. Srednje jaka povezanost postoji i između visoke ocjene primalje i manjeg osjećaja straha za život djeteta.

Podrška, pristupačnost i prisutnost primalje te informacije o napretku poroda pokazale su se važnim aspektima očeva pozitivnog iskustva poroda. Ovakva interakcija očeva i primalja pozitivno je utjecala na iskustvo rađanja što je sukladno i s drugim istraživanjima na tu temu (48-50).

Ovo istraživanje opisalo je način vođenja poroda na Klinici za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka. U većini poroda korišteni su lijekovi za stimulaciju trudova, a primijenjena je epiduralna analgezija kao metoda obezboljenja tijekom poroda. U nadzoru djeteta upotrebljen je kontinuirani kardiotokografski monitoring. Najviše poroda dovršeno je vaginalnim putem na porođajnom krevetu nakon čega je bilo potrebno šivanje međice. Prvo dojenje u rađaonici uspostavljeno je u većini slučajeva.

Porod je sam po sebi profesionalno i emocionalno zahtjevan za sve koji u njemu sudjeluju. Tijekom poroda, jednako kao majke, očevi prolaze kroz niz snažnih emocija. Prevladavajući osjećaj gotovo svih naših ispitanika bio je osjećaj sreće, a osobito kod očeva gdje se u porodu koristila epiduralna analgezija.

Ovo nam ukazuje da svjedočenje porodnoj boli za neke očeve može biti veliki izvor stresa i traumatiziranosti kao i osjećaja bespomoćnosti u pružanju podrške svojoj partnerici (51). U našem istraživanju, ispitanici čije su partnerice primile lijekove za pojačavanje trudova osjećali su veću uzbuđenost od ostalih. Utjecaj obezboljavanja u porodu na porodno iskustvo potvrđuje se istraživanjima u kojima su očevi iskazali manji nivo stresa i anksioznosti kod poroda gdje se koristila epiduralna analgezija (52). Unatoč dostupnosti epiduralne analgezije i pozitivnim učincima na iskustvo poroda treba naglasiti da postoje i neželjeni ishodi primjene. U tome smislu, potrebno je pripremiti buduće roditelje na porodnu bol s kojom će se suočiti te na taj način smanjiti razinu frustracije i osjećaja bespomoćnosti. Veliki doprinos tome daje upravo primalja u rađaonici (53).

Analiza pitanja o osjećajima tijekom poroda pokazala je da su se gotovo svi očevi osjećali sretnima, manje od polovine imalo je osjećaj bespomoćnosti, 33,21% je osjetilo strah, 12,12% bilo je uzbuđeno, a 6,06% traumatizirano. Naši rezultati veoma su slični rezultatima njemačkog istraživanja porodnog iskustva očeva iz 2016. godine gdje kod očeva također prevladavaju pozitivne emocije, dok su negativne emocije kao što su bespomoćnost, strah i osjećaj traumatiziranosti prisutne kod svakog četvrtog ili petog oca (54). Također, rezultati ovog njemačkog istraživanja o očevom osobnom osjećaju korisnosti na porodu gotovo su jednaki i našem istraživanju. U oba istraživanja očevi smatraju da je njihova prisutnost na porodu prvenstveno koristila partnerici, zatim njima samima i njihovoj vezi, a naposljetku i djetetu (54).

Iako je osjećaj straha tijekom poroda bio prisutan kod malog broja ispitanika ipak treba spomenuti da približno 13% budućih očeva ima patološki strah od poroda. Uz strahove za život i zdravlje djeteta očevi često navode i strah za zdravlje i život svojih partnerica (55).

Postoje rodni stereotipi koji očeve danas stavljaju u ulogu glavnih pomagača tijekom trudnoće, poroda i odgoja djece. Ovakav konstrukt muževnosti 21. stoljeća sugerira da bi muškarci trebali biti snažni i samouvjereni u svim aspektima života pa tako i u rađaonici. Takva stereotipizacija ne pomaže očevima u izražavanju njihovih strahova o trudnoći i porodu te taj problem treba imati na umu u radu s očevima (55).

Većina ispitanika u našem istraživanju, porodu je prisustvovala vlastitom ili zajedničkom odlukom. Veoma mali broj ispitanika porodu je nazočilo na zahtjev njihove partnerice, s tim da su očevi tada porod doživjeli traumatično.

Shodno prethodno spomenutom istraživanju, ispitanike koje je supruga/partnerica motivirala da prisustvuju porodu osjećali su veću traumatiziranost od ispitanika koji su bili na porodu prema vlastitoj ili zajedničkoj odluci. Osjećaj traumatiziranosti je bio veći kod ispitanika čije su supruge/partnerice rodile unutar dva sata. Zanimljiv podatak koji proizlazi iz našeg istraživanja je povezanost elektronskog nadzora djeteta i osjećaja ponosa nakon samog čina rođenja. Osjećaj ponosa bio je veći na porodima u kojima je korišten CTG uređaj. U praksi možemo vidjeti da očevi pokazuju veliki interes za CTG uređaj, traže objašnjenja o tome kako radi i koriste ga kao pomoćno sredstvo u podršci partnerice.

Objašnjenje ove povezanosti može biti u vizualizaciji trudova na grafičkom prikazu koja je očevima olakšala uključivanje u podršku partnerici kod disanja odnosno nošenja s porodnom boli. Iako postoje, istraživanja o utjecaju tehnologije na porodno iskustvo još uvijek su neuvjerljiva (57).

## **6. ZAKLJUČAK**

Očevi na porodima partnerica u riječkom rodilištu osjećaju da su dobro došli i imaju pozitivno iskustvo zbog prisutnosti na rođenju djeteta. Gotovo svi očevi porod opisuju kao sretan događaj ispunjen ponosom bez obzira na negativne emocije koje se tijekom tog čina pojavljuju i smatraju da njihova prisutnost najviše koristi njihovim partnericama. Primalje su kompetentne u pružanju skrbi što je iskazano visokim ocjenama očeva. Komunikacija i pristupačnost primalje jedan je od bitnih čimbenika osjećaja sigurnosti očeva prilikom poroda. Za pozitivan doživljaj poroda potrebna je zajednička želja partnera o dijeljenju iskustva poroda.

1. Ustanovljena je značajna razlika u odabiru načina kontroliranja trudnoće između ispitanika različitog obrazovnog statusa, s tim da obrazovaniji preferiraju kombinirati više načina kontrole. Korisne informacije kako pomoći na porodu ispitanici su najčešće prikupili od partnerice, zatim od prijatelja koji su već imali to iskustvo, od osoblja/primalje u rađaonici te putem internetskog pretraživanja, ali nisu

pronađene značajne razlike u načinu prikupljanja informacija o porodu između različitih dobnih skupina, obrazovanja te obzirom na trajanje braka/veze.

2. Primjenjivost saznanja o porodu dobivenih na tečaju pripreme za porod isti su u svim dobnim i obrazovnim skupinama te su bez utjecaja obzirom na trajanje braka/veze.

3. Ispitanici smatraju da je prostor rađaonice ispunio njihova očekivanja, a nije pronađena razlika u razini zadovoljstva kvalitetom usluge tijekom boravka u rađaonici u odnosu na sociodemografska obilježja ispitanika.

4. Većina ispitanika je sretna i ponosna što je prisustvovala porodu bez obzira na različite sociodemografske karakteristike.

5. Strah za život djeteta bio je veći kod poroda koji su trajali duže, ali taj strah je manji ako je primalja ocijenjena kao visokostručna.

6. Većina ispitanika osjeća zahvalnost i dobrodošlicu od strane medicinskog osoblja.

## LITERATURA

1. Ny, P., Plantin, L., D Karlsson, E. et al. Middle Eastern mothers in Sweden, their experiences of the maternal health service and their partner's involvement. *Reprod Health* 4, 9 (2007). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-4-9>
2. Eggermont, K., Beeckman, D., Van Hecke, A., Delbaere, I. & Verhaeghe, S. (2017). Needs of fathers during labour and childbirth: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 30(4), e188-e197. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.12.001>
3. Poh, H. L., Koh, S. S. & He, H. G. (2014). An integrative review of fathers' experiences during pregnancy and childbirth. *International nursing review*, 61(4), 543-554. <https://doi.org/10.1111/inr.12137>
4. [https://www.roda.hr/media/attachments/udruga/udruga\\_roda/dostupnost\\_skrbi\\_za\\_reproduktivno\\_zdravlje\\_zena\\_za\\_vrijeme\\_COVIDa-compressed.pdf](https://www.roda.hr/media/attachments/udruga/udruga_roda/dostupnost_skrbi_za_reproduktivno_zdravlje_zena_za_vrijeme_COVIDa-compressed.pdf)

5. Garrod, Debbie Mary (2021) How do midwives and fathers communicate during labour and birth? An ethnographic study in the North West of England. PhD thesis, University of Leeds. <https://etheses.whiterose.ac.uk/29215/>  
(Prema: Wagner, M. 1994. Pursing the birth machine: search for appropriate birth technologies.London: ACE Graphics)
6. Najafi, T. F., Roudsari, R. L. & Ebrahimipour, H. (2017). A historical review of the concept of labor support in technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. Electronic physician, 9(10), 5446-5451  
<https://doi.org/10.19082/5446>
7. Prosen, M. i Tavčar Krajnc, M. (2013). „Sociological Conceptualization of the Medicalization of Pregnancy and Childbirth: The Implications in Slovenia“, Revija za sociologiju, 43(3), str. 251-272. <https://doi.org/10.5613/rzs.43.3.3>
8. Željka Jelavić, „Porod kao feminističko pitanje“, Izazovi i trendovi u maternalnoj skrbi u Hrvatskoj i Europskoj uniji, konferencija prePOROD 2013. ZBORNIK radova s konferencije prePOROD2013.  
[https://www.roda.hr/media/attachments/udruga/dokumenti/brosure\\_lecti/Zbornik+prePOROD+2013.pdf](https://www.roda.hr/media/attachments/udruga/dokumenti/brosure_lecti/Zbornik+prePOROD+2013.pdf)
9. Chapman L. (1991). Searching: expectant fathers' experiences during labor and birth. The Journal of perinatal & neonatal nursing, 4(4), 21-29.  
<https://doi.org/10.1097/00005237-199103000-00006>
10. Kainz, G., Eliasson, M. & von Post, I. (2010). The child's father, an important person for the mother's well-being during the childbirth: a hermeneutic study. Health care for women international, 31(7), 621-635.  
<https://doi.org/10.1080/07399331003725499>

11. Premberg, Å., Carlsson, G., Hellström, A. L. & Berg, M. (2011). First-time fathers' experiences of childbirth-a phenomenological study. *Midwifery*, 27(6), 848-853. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.09.002>
12. Delicate, A., Ayers, S. & McMullen, S. (2020). Health-care practitioners' assessment and observations of birth trauma in mothers and partners. *Journal of reproductive and infant psychology*, 1-13. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1788210>
13. Kainz, G., Eliasson, M. & von Post, I. (2010). The child's father, an important person for the mother's well-being during the childbirth: a hermeneutic study. *Health care for women international*, 31(7), 621-635. <https://doi.org/10.1080/07399331003725499>
14. Laura King (2012) Hidden Fathers? The Significance of Fatherhood in Mid-Twentieth-Century Britain, *Contemporary British History*, 26:1, 25-46, DOI: 10.1080/13619462.2012.656385 <http://wrap.warwick.ac.uk/47828/>
15. Longworth, M. K., Furber, C. & Kirk, S. (2015). A narrative review of fathers' involvement during labour and birth and their influence on decision making. *Midwifery*, 31(9), 844-857. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.06.004>
16. Lamb M. E., Pleck J. H., Charnov E. L., Levine J. A., A biosocial perspective on paternal behavior and involvement. In: Lancaster J. B., Altmann J., Rossi A. S., Sherrod L. R., editors. *Parenting across the life span: biosocial dimensions*. New Brunswick (USA) and London (UK): Transaction Publishers; 1987. p. 111-42. [https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1070&context=biol\\_fsp](https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1070&context=biol_fsp)
17. Kainz, G., Eliasson, M. & Von Post, I. (2010). The child's father, an important person for the mother's well-being during the childbirth: a hermeneutic study. *Health care for women international*, 31(7), 621-635. <https://doi.org/10.1080/07399331003725499>



18. Ghosh, J. K., Wilhelm, M. H., Dunkel-Schetter, C., Lombardi, C. A. & Ritz, B. R. (2010). Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of chronic stress: a study in Los Angeles county mothers. Archives of women's mental health, 13(4), 327-338. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0135-9>
19. Bäckström, C. & Hertfelt Wahn, E. (2011). Support during labour: first-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. Midwifery, 27(1), 67-73. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.07.001>
20. Steen, M., Downe, S., Bamford, N. & Edozien, L. (2012). Not-patient and not-visitor: a metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. Midwifery, 28(4), 362-371. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.06.009>.
21. Izvor: Fathers Matter  
[https://childandfamilyresearch.utexas.edu/sites/default/files/CFRPatUT\\_Father\\_Flyer.pdf](https://childandfamilyresearch.utexas.edu/sites/default/files/CFRPatUT_Father_Flyer.pdf)
22. Allport, B. S., Johnson, S., Aqil, A., Labrique, A. B., Nelson, T., KC, A., ... Marcell, A. V. (2018, September 1). Promoting Father Involvement for Child and Family Health. Academic Pediatrics. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.03.011>
23. Harvey, Merryl. (2010). The experiences and perceptions of fathers attending the birth and immediate care of their baby. <https://www.researchgate.net/publication/44450392>
24. Habib, C. (2012). The transition to fatherhood: A literature review exploring paternal involvement with identity theory. Journal of Family Studies, 2606-2639. <https://doi.org/10.5172/jfs.2012.2606>

25. WHO (2007). Fatherhood and Health outcomes in Europe. World Health Organization (WHO),1-30.  
[https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0017/69011/E91129.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/69011/E91129.pdf)
26. Bakermans-Kranenburg, M. J., Lotz, A., Alyousefi-van Dijk, K. & IJzendoorn, M. (2019). Birth of a Father: Fathering in the First 1,000 Days. Child Development Perspectives.doi:10.1111/cdep.12347  
<https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cdep.12347>
27. Markowska, U. S., Zyg, M. & Kielbratowska, B. (2018). Psychosomatic symptoms of the Couvade syndrome in Finnish and Polish expectant fathers. Ginekologia Polska, 89(1), 35-39. <https://doi.org/10.5603/GP.a2018.0007>
28. Mrayan, L., Abujilban, S., Abuidhail, J., Bani Yassein, M. & Al-Modallal, H. (2019). Couvade Syndrome Among Jordanian Expectant Fathers. American journal of men's health, 13(1), 1557988318810243.  
<https://doi.org/10.1177/1557988318810243>
29. Kuo, P. X., Braungart-Rieker, J. M., Burke Lefever, J. E., Sarma, M. S., O'Neill, M. & Gettler, L. T. (2018). Fathers' cortisol and testosterone in the days around infants' births predict later paternal involvement. Hormones and Behavior, 106, 28-34. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2018.08.011>
30. Nils Bergman, <http://kangaroomothercare.com/>
31. Vittner, D., McGrath, J., Robinson, J., Lawhon, G., Cusson, R., Eisenfeld, L., Walsh, S., Young, E. & Cong, X. (2018). Increase in Oxytocin From Skin-to-Skin Contact Enhances Development of Parent-Infant Relationship. Biological research for nursing, 20(1), 54-62. <https://doi.org/10.1177/1099800417735633>
32. Scatliffe, N., Casavant, S., Vittner, D. & Cong, X. (2019). Oxytocin and early parent-infant interactions: A systematic review. International journal of nursing sciences, 6(4), 445-453. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.09.009>

33. „Fatherhood and health outcomes in Europe“  
[https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0017/69011/E91129.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/69011/E91129.pdf)
34. Johansson, M., Fenwick, J. & Premberg. (2015, January 1). A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby. Midwifery. Churchill Livingstone. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.05.005>
35. Jomeen J. (2017). Fathers in the birth room: choice or coercion? Help or hindrance?. Journal of reproductive and infant psychology, 35(4), 321-323. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1361124>
36. Hazard, L. (2010). 'Beyond Fear, Tension and Panic: Helping Men Enjoy the Birth Experience', Midwifery Today, no. 95, <https://midwiferytoday.com/mt-articles/beyond-fear-tension-and-panic/>
37. Greenhalgh, R., Slade, P. & Spiby, H. (2000). Fathers' coping style, antenatal preparation, and experiences of labor and the postpartum. Birth (Berkeley, Calif.), 27(3), 177-184. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2000.00177.x>
38. Howarth, A. M., Scott, K. M. & Swain, N. R. (2019). First-time fathers' perception of their childbirth experiences. Journal of health psychology, 24(7), 929-940. <https://doi.org/10.1177/1359105316687628>
39. Ingegerd Hildingsson, Ulla Waldenström & Ingela Rådestad (2002). Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 81:2, 118-125, DOI: 10.1080/j.1600-0412.2002.810206.x
40. Bäckström, C. & Hertfelt Wahn, E. (2011). Support during labour: first-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. Midwifery, 27(1), 67-73. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.07.001>

41. Longworth, H. L. & Kingdon, C. K. (2011). Fathers in the birth room: what are they expecting and experiencing? A phenomenological study. *Midwifery*, 27(5), 588-594. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.06.013>
42. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/chapter/recommendations#partner>
43. Rominov, H., Giallo, R., Pilkington, P. D. & Whelan, T. A. (2017). Midwives' perceptions and experiences of engaging fathers in perinatal services. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 30(4), 308-318. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.12.002>
44. Sapountzi-Krepia, D., Raftopoulos, V., Psychogiou, M., Tzavelas, G., Vehvilainen-Julkunen K. (2009). Test-retest reliability of the Kuopio instrument for fathers (KIF): a questionnaire to assess fathers' feelings, experiences and preparation for their wife/partner's delivery. *Midwifery*, 25(4), 366-72.
45. Howarth, A. M. & Swain, N. R. (2020). Low-cost self-paced interventions increase birth satisfaction in first time fathers. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 24, 100503. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100503>
46. Premberg, A. & Lundgren, I. (2006). Fathers' Experiences of Childbirth Education. *The Journal of Perinatal Education*, 15(2), 21-28. <https://doi.org/10.1624/105812406X107780>
47. Ekström, A., Arvidsson, K., Falkenström, M. & Thorstensson, S. (2013). Fathers' feelings and experiences during pregnancy and childbirth : A qualitative study. *Journal of Nursing & Care*, 2(2). <https://doi.org/10.4172/2167-1168.1000136>
48. Thies-Lagergren, L. & Johansson, M. (2019). Intrapartum midwifery care impact Swedish couple's birth experiences – A cross-sectional study. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 32(3), 213-220. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.08.163>

49. Ledenfors, A. & Berterö, C. (2016). First-time fathers' experiences of normal childbirth. *Midwifery*, 40, 26-31. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.013>
50. Hildingsson, I., Cederlöf, L. & Widén, S. (2011). Fathers' birth experience in relation to midwifery care. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 24(3), 129-136. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.12.003>
51. Berry L. M. (1988). Realistic expectations of the labor coach. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 17(5), 354-355. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1988.tb00455.x>
52. Capogna, G., Camorcia, M. & Stirparo, S. (2007). Expectant fathers' experience during labor with or without epidural analgesia. *International journal of obstetric anesthesia*, 16(2), 110-115. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2006.08.009>
53. Chapman L. L. (2000). Expectant fathers and labor epidurals. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 25(3), 133-138. <https://doi.org/10.1097/00005721-200005000-00006>
54. Vischer, L. C., Heun, X., Steetskamp, J., Hasenburg, A. & Skala, C. (2020). Birth experience from the perspective of the fathers. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 302(5), 1297-1303. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05714-z>
55. Moran, E., Bradshaw, C., Tuohy, T. & Noonan, M. (2021). The Paternal Experience of Fear of Childbirth: An Integrative Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(3), 1231. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031231>

56. Darwin, Z., Galdas, P., Hinchliff, S., Littlewood, E., McMillan, D., McGowan, L., Gilbody, S. & Born and Bred in Yorkshire (BaBY) team (2017). Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. BMC pregnancy and childbirth, 17(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1229-4>
57. Smith, V., Begley, C.M., Clarke, M. et al. Professionals' views of fetal monitoring during labour: a systematic review and thematic analysis. BMC Pregnancy Childbirth 12, 166 (2012). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-166>