



Primaljski vjesnik



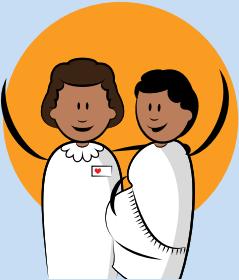
Primaljski vjesnik • Broj 25 • ISSN 1848-5863 • Studeni 2018.



HRVATSKA KOMORA
PRIMALJA
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES

HRVATSKA UDRUGA ZA
PROMICANJE PRIMALJSTVA

Ključne kompetencije za rad primalja



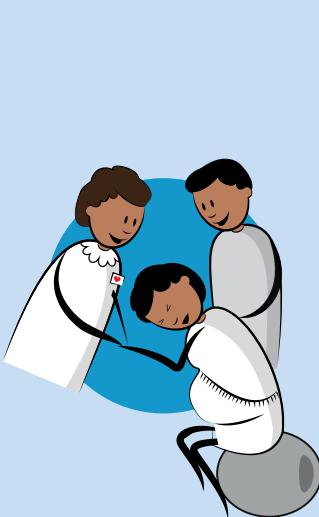
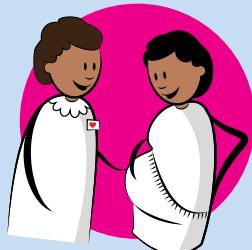
Verzija ažurirana 2018. godine

1. OPĆE KOMPETENCIJE

- 1.a Preuzeti odgovornost za odluke i djelovanja kao samostalni zdravstveni radnik.
- 1.b Preuzeti odgovornost za brigu o samoj sebi i o samorazvoju primalja.
- 1.c Prikladno delegirati aspekte skrbi i osigurati nadzor.
- 1.d Koristiti se istraživanjima u svrhu informiranja.
- 1.e Podupirati osnovna ljudska prava pojedinaca pri pružanju primaljske skrbi.
- 1.f Pridržavati se nadležnih zakona, regulatornih tijela i kodeksa ponašanja prilikom pružanja primaljske skrbi.
- 1.g Olakšati ženama donošenje vlastitih odluka o načinu skrbi.
- 1.h Omogućiti učinkovitu komunikaciju među ženama i obiteljima, medicinskim timovima i grupama u zajednici.
- 1.i Olakšati fiziološke procese tijekom porođaja u institucijskim sredinama i zajednici, uključujući domove žena.
- 1.j Procijeniti zdravstveno stanje, provjeriti zdravstvene rizike i promovirati opće zdravlje za dobrobit majke i djece.
- 1.k Prevenirati i skrbiti o problemima općeg zdravlja povezanih s reprodukcijom i ranim novorođenčkim razdobljem.
- 1.l Prepoznati kompetencije koje su van opsega rada primalje i usmjeriti ih adekvatnim stručnjacima.
- 1.m Pružiti primjerenu skrb ženama koje su doživjele tjelesno i seksualno nasilje te zlostavljanje.

2. SKRB PRIJE I ZA VRIJEME TRUDNOĆE

- 2.a Pružiti skrb prije trudnoće
- 2.b Procijeniti zdravstveno stanje žene.
- 2.c Procijeniti stanje fetusa.
- 2.d Pratiti napredovanje trudnoće.
- 2.e Promovirati i podupirati zdravstveno ponašanje koje unapređuje zdravlje.
- 2.f Pružiti predviđene smjernice povezane s trudnoćom, porođajem, dojenjem, roditeljstvom i promjenama u obitelji.
- 2.g Ustanoviti, postupati i upućivati žene s komplikiranim trudnoćama na višu razinu skrbi.
- 2.h Pomoći ženama i njihovim obiteljima u planiranju odgovarajućeg mesta za porođaj.
- 2.i Osigurati adekvatnu skrb ženama kod neplaniranih trudnoća.



4. KONTINUIRANA SKRB ZA ŽENE I NOVOROĐENČAD

- 3.a Promovirati fiziološki porodaj.
- 3.b Osigurati siguran spontani vaginalni porođaj i sprječiti moguće komplikacije.
- 3.c Osigurati njegu novorođenčetu neposredno nakon porođaja, te osigurati „zlatni sat“ i rooming-in.

- 4.a Osigurati poslijeporođajnu skrb zdravim ženama.
- 4.b Osigurati adekvatnu skrb zdravoj novorođenčadi.
- 4.c Promovirati i podržavati dojenje.
- 4.d Ustanoviti i skrbiti za poslijeporođajne komplikacije kod žena ili ih uputiti drugom stručnjaku.
- 4.e Ustanoviti i skrbiti za nastale komplikacije kod novorođenčeta.
- 4.f Pružiti edukaciju i savjete vezane za planiranje obitelji.



International
Confederation
of Midwives

Strengthening Midwifery Globally



Želite li saznati više?
Pronađite cijeli dokument na
www.internationalmidwives.org

Sadržaj

UVODNA RIJEČ	5
DOJENJE, ZAJEDNIČKO SPAVANJE I SIDS	6
HIGIJENSKI ULOŠCI POČETKOM 20-OG STOLJEĆA	9
KAD DOJENJE RASTUŽUJE	11
USVOJENOST STRUČNOG ZNANJA IZ PODRUČJA ANATOMIJE I ZDRAVSTVENE NJEGE	13
POROĐAJ KOD KUĆE UZ ASISTENCIJU PRIMALJE	24



HRVATSKA KOMORA[®]
PRIMALJA
 CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES

Poštovani/e članovi/e,

obavještavamo vas da je žig Hrvatske komore primalja registriran pri Državnom zavodu za intelektualno vlasništvo, te osigurava komori primalja isključivo pravo na usluge koje su njima obilježene.

Također ovim putem vas želimo obavijestiti da se ured Hrvatske komore primalja nalazi na novoj adresi Ulica grada Mainza 11, te vas molimo da sva pismena dostavljate na novu adresu.

Riječi uredništva

Drage primalje!

Pred vama je vaš Vjesnik koji vam i ovog puta donosi novosti i zanimljivosti.

Nadamo se da ćete i u ovom broju pronaći nešto za sebe i uživati čitajući ga.

Radovalo bi nas kada biste podijelile s nama ono u čemu ste najbolje, te pisale o temama s kojima ste dobro upoznate. Pošaljite tekstove na našu adresu primaljski-vjesnik@komora-primalja.hr. Radove ćemo bodovati prema pravilniku Hrvatske komore primalja.

Hvala svima koji su svojim radom pridonijeli i ovom broju Vjesnika!

Pratite nas i na Facebook stranici: Hrvatska komora primalja



HRVATSKA KOMORA®
PRIMALJA
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES

Uredništvo Primaljskog vjesnika!

EDUKACIJE

- Perinatalni dani „Ante Dražančić“ održat će se u hotelu Ivan, Solaris, Šibenik, od 16. do 18. studenoga .2018. godine.
- 4. ECIC održat će se 14. do 16. ožujka 2019. u Torinu, Italija.
- Simpozij HUPP-a pod nazivom „Primalja u zajednici“ održat će se u Vukovaru od 9. do 11. svibnja 2019.
- 6. EMA Education Conference održati će se od 29. do 30. studenoga 2019. u Malmöu, Švedska
- CERPs International 2019 održat će se od 30. svibnja do 2. lipnja 2019. u Bledu, Slovenija.
- 32. ICM-ov Kongres će se održat od 21. do 25. lipnja 2020. na Baliju.

Besplatni e-tečajevi na portalu e-učenje:

- 1. Reanimacija novorođenčeta,**
Autor sadržaja: dr. sc. Iva Bilić Čače, dr. med., Tehnomedika d.o.o.
- 2. Pravilnik o načinu marketinga i prodaje nadomjestaka za majčino mlijeko,**
Autor sadržaja: Željka Skukan Šoštarić, bacc. med. techn.

Impresum:

Izdavač:

Hrvatska komora primalja, Ulica grada Mainza 11, 10000 Zagreb, www.komora-primalja.hr

Žiro-račun: 2402006-110549055 Erste banka

Hrvatska udruga za promicanje primaljstva, Ulica grada Mainza 11, 10000 Zagreb

www.hupp.hr, žiro-račun: 2360000-1101743245 Zagrebačka banka

Radove slati na: primaljski-vjesnik@komora-primalja.hr • komora@komora-primalja.hr

Priprema i tisk: Alfacommerce d.o.o.

Naklada: 700 primjeraka

Tekstovi su lektoriirani, recenzirani i autori odgovaraju za istinitost sadržaja.

List je besplatan.

Poštovane kolegice i kolege!

Pred vama je novi broj Primaljskog vjesnika. Zahvaljujemo svima koji su sudjelovali u njegovom stvaranju.

Iskoristila bih ovu priliku i ukazala na najvažnija događanja koja su se odvijala od posljednjeg broja Primaljskog vjesnika.

Prije svega osvrnula bih se na ovogodišnju sjednicu Vlade Republike Hrvatske, održane u kolovozu, na kojoj je usvojen Nacionalni program za zaštitu i promicanje dojenja za razdoblje od 2018. do 2020. godine. Zaštita, promicanje i potpora dojenja je javno zdravstveni prioritet Republike Hrvatske. Majčino mlijeko je prva i najpotrebnija hrana za dijete, a dojenje je i jedinstvena mjera očuvanja zdravlja djece od najranije dobi. Svjetska zdravstvena organizacija i brojne stručne organizacije preporučuju isključivo dojenje svakog djeteta tijekom prvih šest mjeseci, a nakon toga nastavak dojenja do druge godine i dulje, uz odgovarajuću dohranu. Cilj programa je povećati udio isključivo dojene djece do navršenih šest mjeseci života, promicati dojenje u jedinicama intenzivnog neonatalnog liječenja i njege te potaknuti zajednicu na zaštitu i promicanje dojenja.

Nedavno je Europsko udruženje primalja – EMA (European Midwives Association), čiji je Komora član već dugi niz godina, održala sastanak u Ateni gdje je proslavila i pedesetu godišnjicu rada. Tijekom sastanka je objavljeno da su aktivisti protiv seksualnog nasilja i silovanja u ratu dr. Denis Mukwege i Nadia Murad dobili Nobelovu nagradu za mir u 2018. godini. Ova Nobelova nagrada jasno priznaje da žena može biti žrtva seksualnog nasilja. EMA poziva sve vlade na akciju kako bi pronašli načine za zaštitu žene, djece i njihovih obitelji.

Također, dvije članice Komore su održale predavanje o dosadašnjim aktivnostima u sklopu Twinning projekta između Hrvatske komore primalja i Češke komore primalja te podnijele izvještaj o počecima Twinning projekta, općim i specifičnim ciljevima, aktivnostima te razlikama u radu naše i češke komore primalja.

Napomenula bih da su predstavnice Hrvatske komore primalja u svibnju bile u Pragu posjetu rodilištu i na sastanku s predstavnicima Češke komore primalja. U sklopu posjeta rodilištu sudjelovale su i na Drugom kongresu Češke komore primalja koji se održavao na Fakultetu zdravstvenih studija u Pardubicama gdje je naša kolegica održala predavanje o primaljstvu u Hrvatskoj.

Kao partneri sudjelovali smo na hrvatskom Cochrane simpoziju: „Stvaranje preduvjeta za izradu i promicanje Cochraneovih sustavnih pregleda“.

Za kraj, osvrnula bih se na sastanak koji je održan s dekanom Zdravstvenog veleučilišta i njegovim suradnicima na kojem se razgovaralo o potrebi i mogućnosti otvaranja studija primaljstva u Zagrebu. Prema posljednjim zapri-



mljenim informacijama, Povjerenstvo za izradu studijskog programa prediplomskog stručnog studija Primaljstvo izradilo je studijski program te ga dostavilo u srpanju 2018. godine. U rujnu 2018. je prijedlog programa upućen članovima Povjerenstva za recenziju studijskog programa, a Povjerenstvo za nastavu raspravljat će o studijskom programu tijekom listopada 2018. Nakon pozitivnog mišljenja Povjerenstva, izrade studije opravdanosti te odluke Stručnog vijeća, program će biti upućen u postupak akreditacije pri Agenciji za znanost i visoko obrazovanje.

Otvaranjem studija Primaljstva u Zagrebu konačno bi glavni grad Hrvatske dobio primaljski studij koji bi olakšao studiranje nizu primalja koje zbog finansijskih, obiteljskih, poslovnih ili drugih razloga nisu u mogućnosti studirati primaljstvo u Rijeci ili Splitu.

Ovaj broj Primaljskog vjesnika izdaje se samo u online izdanju. Sve tekstove iz ovog broja objavit ćemo i u sljedećem tiskanom izdanju u svibnju sljedeće godine.

*Srdačno vas pozdravljam
Barbara Finderle, predsjednica HKP-a*

Dojenje, zajedničko spavanje i SIDS

Autorica: Iva Vlašimsky

Zajedničko spavanje s novorođenčetom za vrijeme dojenja - Da ili ne?

Noćni podoji novorođenčeta koje spava previše udaljeno od roditelja predstavljaju veliki izazov i za dijete i za majku. Svima je poznata sljedeća, tipična situacija kada se novorođenče stavi u krevetić u dječjoj sobi.

Nakon kraćeg odmora, dijete počne plakati, pa ga majka uzima u naručje i pokušava utješiti dojenjem na stolici ili fotelji. Kada dijete ponovno zaspe, ona ga opet vrati u kolijevku i odjuri u svoj krevet, nadajući se da će novorođenče odspavati barem dva sata. Međutim, kako to obično ne potraje toliko, scenarij se uskoro ponavlja: ponovno plač, ustajanje, dojenje i tako nekoliko puta

noću. Naravno, nakon nekoliko dana majka je iscrpljena i popušta uvriježenim društvenim normama – koje tumače kako će se djeca koja spavaju s roditeljima previše razmaziti – te stavlja novorođenče u svoj krevet. Nakon nekoliko noći zajedničkog spavanja svi su bolje naspavani i zadovoljniji, čime se potvrđuje ono što ljudski rod zna i provodi već tisućama godina: dojenčad treba i želi spavati u blizini svoje majke.

Međutim, već se duže vrijeme na Zapadu raspravlja o tome treba li takvu praksu poticati, obzirom na to da su zabilježeni pojedini slučajevi s dramatičnim posljedicama¹ za dijete, a koja su dovela u vezu zajedničko spavanje i povećan rizik od sindroma iznenadne smrti novorođenčeta ili SIDS-a (*Sudden Infant Death Syndrome*).



U isto vrijeme, druge studije potvrđuju suprotnu tezu, odnosno kako upravo zajedničko spavanje s novorođenčetom smanjuje rizik od SIDS-a za čak 50 posto²!

Istražujući ovu temu, pokušali smo odgovoriti na pitanje treba li poticati zajedničko spavanje ili ne, u kojem obliku ga treba provoditi, te koji su eventualni rizični faktori.

Zašto novorođenčad nikad ne bi trebala spavati sama?

Danas veliki broj majki i očeva propagira i primjenjuje trend povezujućeg roditeljstva, koje svakako podržava i savjetuje zajedničko spavanje s novorođenčetom. Razloge za to ne treba tražiti predaleko, obzirom na to da se radi o najjednostavnijem načinu da se noću osigura kontinuitet dojenja i biološkoj praksi koja funkcioniра tisućljećima. Ovaj dio svijeta ima najmanju stopu SIDS-a.

Osim smanjenja rizika od SIDS-a, zajedničko spavanje i dojenje ima još nekoliko pozitivnih učinaka, kao što su češće noćno dojenje, povećan unos korisnih antitijela kroz majčino mlijeko i bolji imunitet, više sna za majku i novorođenče, sveukupno duži broj mjeseci dojenja djeteta te, posljedično, manji rizik za rak dojke kod majke.

U čemu je onda problem?

Medijski napisi o „još jednoj bebi“ koja je preminula prilikom zajedničkog spavanja, a koji se pojavljuju češće od 1990-ih godina na ovamo, najčešće prave pomutnju bez iznošenja usporedivih činjenica. Takvi tekstovi uglavnom propuštaju prenijeti informaciju o kakvoj je vrsti zajedničkog spavanja bilo riječi u konkretnom slučaju te koji je rizičan faktor utjecao na ishod.

Prije nego se svi tipovi zajedničkog spavanja okarakteriziraju kao problematični i rizični te s jednakim postotkom opasnosti, treba znati razlikovati njegove vrste.

Vrste spavanja s dojenčetom⁴

- **Zajedničko spavanje (Co-sleeping)** – kada novorođenče i majka (ili otac ili druga odrasla osoba koja brine o djetetu) spavaju na istoj površini.
- **Dijeljenje kreveta (Bed-sharing)** – planirano ili neplanirano prenošenje djeteta na istu površinu za spavanje (kao u primjeru s početka teksta).
- **Dijeljenje spavaće sobe (Room-sharing)** – kada novorođenče spava na odvojenoj površini: u kolijevci, kolicima ili krevetiću, ali u sobi u kojoj spavaju i roditelji.

- **Samostalno spavanje (Solitary sleeping)** – novođenče spava na površini odvojenoj od roditelja te također u odvojenoj sobi.

SIDS rizik faktori i sigurno zajedničko spavanje

Iako napisi o pojedinim slučajevima gušenja djeteta tijekom noći u roditeljskom krevetu utjeruju panični strah u svakog čitatelja, ipak treba znati da nije svaki tip zajedničkog spavanja jednako rizičan, odnosno da postoje vrlo specifični slučajevi koji mogu dovesti do tog rizika. Kako to ističe La Leche League International⁵, na SIDS i gušenje novorođenčeta prije svega utječe ovih sedam opasnih faktora:

1. Pušenje i duhanski dim – čak i ako nije prisutan izravno u spavaćoj sobi.
2. Roditelj pod utjecajem alkohola i/ili droga.
3. Prehrana boćicom u ležećem položaju.
4. Specifično zdravstveno stanje novorođenčeta koje prevenira normalno buđenje i spavanje.
5. Spavanje novorođenčeta na trbuhu.
6. Pregrijano novorođenče: previše toplo obučeno ili pokriveno po glavi.
7. Novorođenče koje spava na površinama s previše udubljenja i jastučastih, premekanih predmeta oko glave.

Od ostalih rizik faktora izdvajaju se:

- Spavanje zajedno na krevetu sa starijom braćom i sestrama ili pak kućnim ljubimcima. Novorođenčad ne bi trebala spavati ni s kim drugim osim sa svojim roditeljima.
- Izrazito pretili roditelji u istom krevetu s djetetom. Zbog smanjene osjetljivosti na koži i uopće slabije procjene udaljenosti između pretlog roditelja i novorođenčeta, u ovakvim se slučajevima također ne preporuča spavanje u istom krevetu. Međutim, to ne znači da dijete ne može biti u kolijevci smještenoj tik do bračnog kreveta.
- Puštanje novorođenčeta da samostalno spava na bračnom krevetu, naročito bez nadzora.
- Pretjerano umatanje novorođenčeta na način da mu je onemogućeno pomicanje ruku i nogu.

Da komotnom bračnom krevetu, ne kauču i fotelji

Ono što struka naročito upozorava kao opasnu vrstu zajedničkog spavanja je spavanje na kauču ili fotelji, gdje postoji puno mekanih, jastučastih površina i udubina.

Takvo okruženje može vrlo lako dovesti novorođenče u situaciju da se glavica nađe u premekanim jastucima i da se ono nehotice uguši.

Bračni krevet s normalnom, čvrstom podlogom odnosno madracem je sasvim druga priča i smatra se vrlo sigurnom zonom za dijete. Iznimka je vodeni krevet, koji se poput kauča ne preporuča za zajedničko spavanje.

Zaključak

Zajedničko spavanje s novorođenčetom je definitivno nešto što treba poticati kod mladih roditelja, s obzirom na cijeli niz pozitivnih učinaka, no svakako treba upozoriti na oprez i osigurati djetetu maksimalnu sigurnost.

Kada se primjenjuje na siguran način, zajedničko spavanje majke i djeteta spašava živote novorođenčadi i doprinosi općem zdravlju i dobrobiti i majke i bebe. Samo spavanje u istoj sobi gdje postoji jedan roditelj posvećen brizi za novorođenče smanjuje rizik od SIDS-a upola!, tvrdi antropolog James J. McKenna.

Kao zdravstvenim djelatnicima zadatak nam je što bolje uputiti majke o prednostima zajedničkog spavanja, upozoriti ih na rizične faktore te im pomoći da zajedno s partnerom osiguraju maksimalno sigurno okružje za svoje novorođenče.

Osim toga, pored svih znanstvenih benefita co-sleepinga, ne treba zaboraviti i onaj emotivni: predivan osjećaj buđenja pokraj svog novorođenčeta.

Dodatni savjeti za uvođenje zajedničkog spavanja s novorođenčetom:

- Nabava posebnih kolijevki za co-sleeping i/ili fizička prilagodba krevetića uz roditeljski krevet, podešavanje po visini i sl.
- Nabava „king-size“ bračnog kreveta.
- Dodavanje kreveta za jednu osobu uz bračni krevet (za partnera).
- Odvojene posteljine za svakog spavača.
- Lagana pidžamica koja sprečava pregrijavanje bebe.
- Vježbanje podoja u ležećem položaju tijekom dana.

LITERATURA

1. <https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/6-cosleeping-and-breastfeeding-protocol-english.pdf>
2. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/10/12/peds.2011-2284>
3. <https://neuroanthropology.net/2008/12/21/cosleeping-and-biological-imperatives-why-human-babies-do-not-and-should-not-sleep-alone/>
4. <https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/breastfeeding-and-co-sleeping>
5. <https://www.laleche.org.uk/safe-sleep-the-breastfed-baby/>



Kreativnost i snalažljivost žena početkom 20-og stoljeća u izradi higijenskih uložaka

Marina Katušin, bacc. obs.

Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za pedijatriju

Danas su izvori informacija puno dostupniji i pouzdaniji od onih koje su imale naše majke i bake. Iako pogledom na lenu vremena prva polovica prošlog stoljeća ne čini se tako davnom, to se doba ipak po mnogim stvarima uvelike razlikuje od današnjice.

Uz ograničene izvore informacija, žene su u prošlosti imale malu mogućnost odabira higijenskih proizvoda za vrijeme menstrualnog krvarenja. Različiti načini snalaženja i različita sredstva doprinijela su širokom spektru današnjih proizvoda za higijenu i udobnost.

S ciljem da saznamo načine na koje su žene u prošlosti dolazile do informacija o svom tijelu, te opise tadašnje higijene u vrijeme menstruacije odlučili smo ispiti najstarije među nama. U svibnju 2018. godine ispitali smo korisnice jednog Obiteljskog doma za starije i nemoćne osobe u Primorsko-goranskoj županiji. Uz suglasnost obitelji intervjuirane su korisnice navedenog doma.

Dob ispitanih korisnica bio je između 79 i 95 godina starosti.

Šim ispitnicama doznali smo da su se žene snalazile na razne načine kako bi spriječile prodiranje menstrualne krvi na odjeću. Samo je jedna ispitanica kazala da je uloške kupovala u ljekarni, sve ostale su rekle da su samostalno izrađivale uloške. Izrađene uloške opisuju kao debele i vidljive preko odjeće. Navele su razne materijale koje su koristile u izradi uložaka. Najčešće su to bili gaza, pamuk, flanel, vuna, konoplja, lan, stare krpe i plahte (slika 1).



Slika 1.

Ispitanice koje su izrađivale higijenske uloške šivale su ih same, s majkama ili s prijateljicama. Jedna ispitanica navodi kako si je uz uloške izrađivala i tregere za držanje higijenskih uložaka na mjestu (slika 2).



Slika 2.

Izrađivanje higijenskih uložaka

Početkom prošlog stoljeća proizvodile su se početne verzije jednokratnih higijenskih uložaka. U našim krajevima jednokratni ulošci nisu bili dostupni kao u razvijenijim zemljama. Također im je i cijena tada bila neprihvatljivo visoka u odnosu na današnje cijene. U razgovorima s na-

Održavanje višekratnih higijenskih uložaka

Izrađeni ulošci su se višekratno koristili. Održavali su se pranjem u hladnoj vodi i iskuhavanjem u „loncima za kuhanje veša“. S obzirom na to da tada nisu koristili deterdžente, da bi se napravila pjena i ulošci bolje oprali koristile su sapune od masti, bikarbonu u gazi, te pepeo. Jedna ispitanica navela je kako je nakon pranja obavezno peglala uloške vatrenom peglom.

Mijenjanje higijenskih uložaka

Higijenski ulošci su se mijenjali ovisno o mogućnostima. Više od pola ispitanica navelo je kako su samo jednom dnevno mijenjale uloške. Korisnica koja je kupovala higijenske uloške navela je kako ih je u prvim danima češće mijenjala, a kasnije rjeđe jer ih je štedjela. Neke ispitanice su ih mijenjale samo kada je to bilo nužno, dok su neke to činile tri do četiri puta dnevno.

Kupanje za vrijeme menstruacije

U vrijeme trajanja menstrualnog krvarenja većina ispitanica kupala se svaki dan, dok se neke prisjećaju kako su se u te dane samo prebrisale. Sve su ispitanice kazale da se spolovilo pralo samo običnom vodom, bez dodataka bilo kakvih sapuna.

Odrastanje među prijateljicama

Ispitanica S. J. odrasla je u domu za nezbrinutu djecu. Ispričala nam je kako je odrasti bez roditelja u sobi s dvadeset djevojčica različite dobi. Od starijih kolegica jako se rano saznala informacije o odrastanju i pubertetu. Uloške su izrađivale tako da su potajice izrezivale plahte od „zimskog platna“ flanela na kojima su spavale. Uloške su označavale svojim inicijalima kako bi znale koji je čiji. Kada bi kojoj djevojčici ponestalo čistih uložaka, međusobno su ih posuđivale jedna drugoj. Higijenske uloške su prale u umivaonicima, a sušili su ih u sobi na radijatoru. Uloške su mijenjale ovisno o tome imaju li drugi za zamjeniti. Navela je kako su higijenske uloške mijenjale otprilike jednom dnevno, a tuširale se svake subote.

Radionica izrađivanja higijenskih uložaka

U suradnji s ispitanicama organizirali smo radionicu šivanja i izrađivanja higijenskih uložaka prema njihovim opisima i sjećanjima (slike 3 i 4)

Danas su informacije dostupnije i pouzdanije od onih početkom prošlog stoljeća. Djeca u školi dobivaju pouzdane informacije o odrastanju i higijeni. Kao vodeći izvor informacija danas je svakako internet.



Slika 3.



Slika 4.

Zahvaljujući kreativnosti i snalažljivosti žena kroz povijest danas imamo široku paletu proizvoda za žensku higijenu. Srećom pa je mogućnost izbora velika, financijski dostupnija i prihvatljivija pa samostalno izrađivanje higijenskih uložaka ostaje u prošlosti.

Zahvala

Zahvaljujem se Ivoni Radić i Ani Novak, volonterkama koje su pomogle u intervjuiranju ispitanica. Također se zahvaljujem kolegici Marijani Šljivić na pomoći i podršci.

Kad dojenje rastužuje:

Što je D-MER, kako ga prepoznati i kako pomoći majkama?

Autorica: Iva Vlašimsky

Dojenje se često promovira kao prekrasno iskustvo za majku i novorođenče, koje pored svojih nutritivnih i zdravstvenih dobrobiti ima i značajnu psihološku komponentu. Majka i dijete se zbližavaju, a osjećaji koji preplavljaju majku prilikom dojenja smatraju se uvijek vrlo pozitivnima. Mnogo se manje govori o tome da postoje iznimke, odnosno da za neke majke dojenje nije tako „divno iskustvo“ na emotivnoj razini. Dojenje i uopće post partalni period poznati su po velikim promjenama u razinama hormona i općem raspoloženju.

No pored tipičnih oscilacija emocija postoji i manji postotak dojilja koji bilježi nešto posve specifično i bitno drugačije. Neposredno prije nego podaj krene, one osjećaju vrlo kratku i intenzivnu tugu, očaj, krivnju, razdražljivost ili nemir, a već nakon nekoliko minuta neugodni osjećaj nestaje sam od sebe. Riječ je o **refleksu otpuštanja mlijeka praćenom disforijom**, odnosno **D-MER** (Dysmorphic Milk Ejection Reflex), kojeg se nije prepoznavalo kao posebno stanje sve do prije desetak godina.

Osjećaj o kojem se ne govori

Nisam uopće smatrala da trebam razgovarati o svom čudnom iskustvu za vrijeme dojenja. Bio je to samo još jedan detalj majčinstva koji je brzo zamijenjen drugim, a kad sam prestala dojiti, zaboravila sam sve o tome. Lako je bilo zaboraviti, jer je osjećaj bio tako kratak. Ali, svaki put, u tih prvih nekoliko minuta prije podoja, udario bi me snažan val tuge. Osjećala bih se kao da su izvukli dugačku vrpcu žalosti iz mene kroz moje grudi. No tuga se javljala na samo jedan kratki čas, samo je lebdjela na rubu moje svijesti, a zatim bi u trenu – nestala.

Iskustvo mame blogerice Betsy Shaw s američkog roditeljskog portala Babycenter¹.

Prva osoba koja se ozbiljnije pozabavila ovom tematikom bila je Amerikanka **Alia Macrina Heise**, doula i IBCLC savjetnica za dojenje, koja je i sama sa svojim trećim djetetom iskusila ovu specifičnu tugu tijekom dojenja. Povezavši se s drugim stručnjacima za dojenje, počela je ozbiljnije istraživati fenomen koji je 2008. identificiran kao D-MER, te redovno održava predavanja na ovu temu

po cijelom svijetu. Za podizanje svijesti o D-MER-u, Heise je pokrenula i web stranicu d-mer.org².

Budući da je D-MER tek nedavno prepoznat, stručna literatura je ograničena, a istraživanja još nisu dostatna. Međutim, čitav niz publikacija ukazuje na rastuću svijest D-MER-a među majkama, primaljama i drugim osobama uključenima u pomoć oko dojenja³.

Nagli pad dopamina

Ono što je važno znati je da je D-MER ili „Tuga za vrijeme dojenja“, kako to neki nazivaju, prouzročen *naglim padom razine dopamina* (hormona sreće) uslijed otpuštanja mlijeka kod dojenja. Drugim riječima, radi se o kemijskoj reakciji tijela koju kontroliraju hormoni, što se može manifestirati na psihu majke.

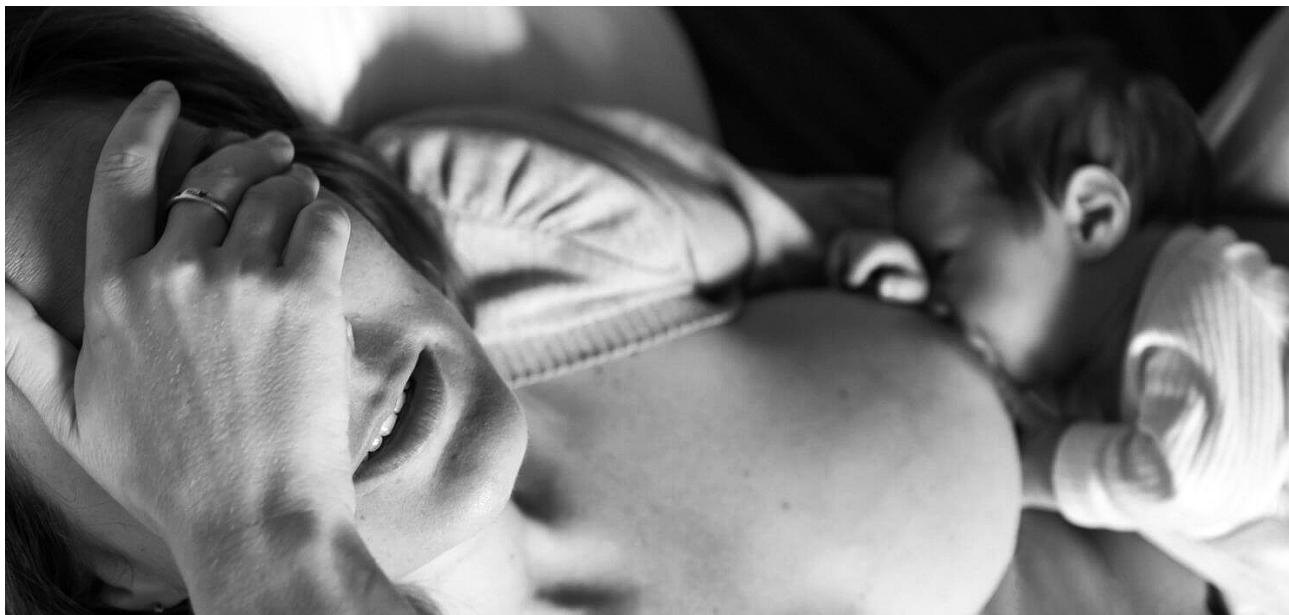
Pritom, treba razlikovati ovu pojavu od ostalih sličnih psiholoških manifestacija.

D-MER nije:

- Psihološki odgovor na dojenje.
- Mučnina za vrijeme podoja.
- Postnatalna depresija.
- Opća nesklonost i averzija prema dojenju.
- Nestrpljivost s novorođenčetom prilikom dojenja.
- Irritabilne bradavice ili ragade.
- Tuga prilikom izdajanja zbog odvojenosti od novorođenčeta.

Dakle, što jest D-MER?

Prije svega, osjećaj disforije koji naglo preplavljuje neke majke prije podoja i nestaje nakon 30 sekundi do dvije minute. Često nastupa točno prije fizičke senzacije povezane s nadolaskom mlijeka u grudima, iako to ne mora biti tako uvijek. Također, može se pojaviti i bez konkretnog prethodnog razmišljanja o dojenju, kao posljedica spontanog otpuštanja mlijeka. Refleks se može pojaviti samo jednom, ali može trajati i mjesecima i to kod svakog podoja, ovisno o tome koliko je D-MER kod određene osobe intenzivan.



Evo što se zapravo događa na kemijskoj razini. Kod majki s D-MER-om bilježi se neodgovarajući pad dopamina kad god se mlijeko otpušta, što uzrokuje negativne osjećaje. Samo otpuštanje mlijeka nije uzrokovoano padom dopamina; na to utječe oksitocin. Dopamin se uključuje jer inhibira prolaktin (što utječe na proizvodnju mlijeka), tako da dopaminski nivoi trebaju pasti da bi se razina prolaktina povećala. Kada se dopamin luči u pravilnim količinama, sve je u redu, no kod „D-MER majki“ dolazi do naglog pada njegove razine i traje dok ga prolaktin ne stabilizira. Radi se o refleksu koji se – kada postoji osobna sklonost – ne može kontrolirati, kao što se, primjerice, koljeno ne može kontrolirati da ne „poskoči“ kada se lagano udari patela.

Koliko D-MER može biti ozbiljan?

Sam doživljaj D-MER-a je vrlo različit od osobe do osobe: od blage dezorientacije do jake ljutnje ili čak misli o samoubojstvu.

Razlikuju se tri osnovne grupacije osjećaja koje su se dosad zabilježile kod ispitanih slučajeva:

- Osjećaj očaja.
- Osjećaj tjeskobe.
- Osjećaj ljutnje.

Također, kod svakog tipa osjećaja razlikuju se tri intenziteta: blagi, umjereni i teški. Blagi D-MER često nestaje sam od sebe u prvim trima mjesecima, umjereni zna trajati do devetog mjeseca, dok se ozbiljnije manifestacije ponekad vraćaju u normalu tek nakon prve godine ili kasnije.

Tretiranje D-MER-a

Obzirom na to da D-MER može ozbiljno ugroziti nastavak dojenja kod pojedinih majki – jer ako one svaki

podoj povezuju s izrazito negativnim osjećajima, teško da će dugo održavati praksu – potrebno je osvijestiti postojanje problema, razgovarati s majkama te ponuditi pomoć. Samo uspostavljanje dojenja je ponekad već izazov za sebe, a uz ovakve poteškoće, majke će se vrlo teško odlučiti ostati ustrajne.

Potrebno je, stoga, educirati buduće majke o postojanju ovog refleksa kod manjeg postotka dojilja. Dosadašnja praksa je pokazala da kod blažih slučajeva D-MER-a već samo informiranje o tome da se radi o biološkom, a ne psihološkom poremećaju, uvelike pomaže da se simptomi lakše prebrode i u konačnici povuku. Kod srednje intenzivnih simptoma, majkama se uz edukaciju savjetuje da vode dnevnik podoja, gdje upisuju svoje osjećaje i senzacije za vrijeme podoja, te prate je li ih možda uvećao neki drugi faktor, poput stresa, dehidracije ili kofeina. D-MER majkama svakako pomaže više odmora, bolja hidracija i lagana tjelovježba, koja povećava razinu dopamina. Teži slučajevi s izrazito crnim mislima i osjećajima će ipak trebati stručniju i ozbiljniju lječničku pomoć, poput prepisanih antidepresiva ili drugih lijekova koje kemijski povećavaju razinu dopamina, a koji su sigurni za dojilje.

Najvažnije je ipak educirati buduće majke te im pružiti svekoliku psihološku podršku i razumijevanje, kako bi im se pomoglo da prevladaju poteškoće i nastave dojiti svoje novorođenče.

LITERATURA

1. https://www.babycenter.com/609_breastfeeding-made-me-sad_20001482.bc
2. <https://d-mer.org>
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3126760/>

Usvojenost stručnog zvanja iz područja anatomije i zdravstvene njegе u drugim i četvrtim razredima škole za primalje u Zagrebu

ISTRAŽIVAČKI RAD IZ STRUKE

Vlasta Šućur, Josipa Štefanić, Bernarda Bakula i Gordana Tobisch

Škola za primalje u Zagrebu

SAŽETAK

U radu se iznose rezultati istraživanja koje je provedeno u Školi za primalje u Zagrebu, u dvama drugim i dvama četvrtim razredima. Istraživalo se kakvo je znanje učenica drugih i četvrtih razreda iz predmeta Anatomija i fiziologija i Zdravstvena njega, te je uspoređeno njihovo znanje koje su stekli nakon dviju i nakon četiriju godina školovanja. Učenice četvrtih razreda dale su više točnih odgovora na pitanja iz tih dvaju predmeta od učenica drugih razreda. Analizom odgovora na pitanja iz anketnog upitnika potvrđena je hipoteza da učenice četvrtih razreda postižu bolje rezultate od učenica drugih razreda s obzirom na to da znanje stečeno u prvom i drugom razredu ponavljaju i nadograđuju u trećem i četvrtom razredu školovanja.

SUMMARY

The authors present the results of an investigation performed in School of Midwifery, Zagreb, in two second and two fourth grades. Their knowledge of Anatomy and Physiology and Health Care after the second and the fourth grade was analyzed and compared. The fourth-grade students had more correct answers to the questions in the questionnaire than the second-grade students. The analysis of the answers confirmed the hypothesis that the fourth-grade students have better results than the second-grade students because the knowledge acquired in the second grade is repeated and upgraded in the third and fourth grade.

CILJ

Cilj ovog rada je utvrditi razinu znanja iz stručnih područja medicinske nastave predmeta Anatomija i fiziologija, kao i područja Zdravstvene njegе u Školi za primalje u

drugim i četvrtim razredima, školske 2017/18. godine. Namjera ispitača je utvrđivanje stručne tematike iz tih predmeta koji su podloga za budući rad primalje-asistentice.

METODE

Odarbani podaci o usvojenost znanja iz tih stručnih predmeta prikupljeni su izvornim anonimnim upitnikom koji su sastavili stručni voditelji tih predmeta za potrebe ove studije, a koji je odobrila ravnateljica Škole za primalje profesorice Gordane Tobisch. Upitnik se sastoji od dvaju dijelova iz navedenih područja. Pitanja odabralih područje znanja iz Anatomije i fiziologije sastavila je mr. sci. Vlasta Šućur, dr. med. što je provjeravano kroz dvadeset pitanja, a područje iz Zdravstvene njegе sastavila je stručna nastavnica Josipa Štefanić, dipl. med. techn. također kroz dvadeset pitanja. Za provođenje upitnika izabrane su učenice drugih i četvrtih razreda Škole za primalje kako bismo mogli komparirati dobivene rezultate usvojenosti znanja na polovici školovanja za zanimanje primalja-asistentica i na kraju školovanja koje traje četiri godine. Svi prikupljeni podaci su obrađeni statistički, te su dobiveni podaci prikazani u tablicama i pomoću grafova, a kasnije analizirani opisno i pojedinačno uz suradnju profesorice matematike Bernardice Bakule. Rezultati su grupirani i uspoređeni.

ANALIZA REZULTATA

Broj ispitanih učenica drugih razreda je bio 44, a završnih četvrtih razreda 51. Učenice su imale na raspolaganju jedan školski sat od 45 minuta, ali je većina njih trebala do 30 minuta. Pitanja iz predmeta Anatomija i fiziologija su bila koncipirana na gradivu iz područja velike važnosti za rad učenica medicinskog smjera za primalju-asistenticu.

Sastavljena su na temelju njihovog dosadašnjeg znanja koje su stjecale tijekom svog školovanja i koje je potrebno za stručni rad kojim će se baviti. Anketni upitnik je imao dvadeset pitanja, a na svako pitanje je ponuđeno četiri odgovora označenih slovima kao a, b, c i d. Trebalo je izabratи samo jedan odgovor koji je ujedno jedini bio točan. Pitanja su pokrivala područja iz anatomije i fiziologije reproduktivnog sistema žene počevši od osteologije, artrologije i miologije, te preko genitalnih organa žene i njihovih dijelova uz fiziološka zbivanja kao što su menstruacija, ovarijalni ciklus, hormoni, oogeneza i oplodnja. Pitanja iz predmeta Zdravstvena njega temeljena su na gradivu Opće zdravstvene njegе 1. i 2. godine koji čine osnovу za kasniju nadogradnju ostalih zdravstvenih njega u 3. i 4. razredima. Ta su pitanja obuhvaćala pojmove pokretljivosti bolesnika, vitalnih znakova – fiziologija i patološke promjene, eliminacija, mjere sprečavanja intrahospitalnih infekcija, te primjena lijekova u organizmu.

KVANTITATIVNA ANALIZA PODATAKA

Kvantitativna analiza podataka pokazuje kolika je uspješnost postignutih rezultata što je prikazano u tablicama pomoću brojčanih vrijednosti točnih i netočnih odgovora (tablica br. 1). Na taj način možemo komparirati rezultate drugih i četvrtih razreda iz područja znanja o anatomiji i fiziologiji. Idenična pitanja su postavljena u drugim i četvrtim razredima što nam je poslužilo za uspoređivanje postignutih znanja i evaluaciju našeg rada iz tih područja. Pomoću tog kvantitativnog prikaza rezultata po pojedinačnim pitanjima mogu se analizirati kvalitativne vrijednosti što je izraženo u kvalitativnoj analizi podataka. Već kod prve kvantitativne analize možemo uočiti da je postignuta razina znanja što je vidljivo u postocima koji pokazuju točnost odgovora kod 77% učenica četvrtih razreda i 67% polaznica drugih razreda. Ovi rezultati su očekivani jer pokazuju da više od dvije trećine učenica završnih četvrtih razreda ima potrebno znanje, a kod drugih razreda je točnost rezultata zastupljena kod dvije trećine razreda. To pokazuje da jedna trećina učenica drugih i četvrtih razreda mora usavršiti svoje znanje iz nepotpuno savladanih područja. Upravo pomoću te prve analize po pojedinačnim pitanjima, dolazimo do sveukupnog broja točnih i netočnih odgovora (tablica br. 2). Ako analiziramo sveukupne točne i netočne odgovore, dolazimo do konstatacije da se povećava postotak drugih razreda, a smanjuje postotak četvrtih razreda što bi iznosili u omjeru postotka 73:27%. To nije mjerodavno mjerilo u ovom radu jer nas ne zanima skupno znanje odabralih učenica, nego komparacija znanja nakon dvije i nakon četiri godine školovanja za zanimanje primalja-asistentica. Najmjerodavnija komparacija rezultata može se analizirati obrađenim podacima drugih i četvrtih razreda. Analiza rezultata drugih razreda pokazuje da postoje male razlike

između dvaju drugih razreda iste škole zbog čega ukupni omjer točnih i netočnih odgovora svih učenica drugih razreda iznosi 67:33% (tablica br. 3) Analiza rezultata četvrtih razreda pokazuje veće razlike između dvaju razreda (tablica br. 4) U jednom četvrtom razredu postignut je omjer točnih i netočnih odgovora 80:20% uz napomenu da je 66% učenica imalo više od 16 točnih odgovora. U drugom četvrtom razredu je postignut omjer 78:24% uz napomenu da je 43% imalo više od 16 točnih odgovora.

Tablica br. 1

Rezultati učenica drugog i četvrtog razreda prema pitanjima iz Anatomije i fiziologije (anketirano 44 učenica drugih i 51 polaznica četvrtih razreda)

Redni broj pitanja	Točno	Netočno
1.	36:50	3:1
2.	34:32	1:2
3.	14:24	21:0
4.	36:46	5:0
5.	30:48	18:28
6.	41:46	29:34
7.	22:51	15:2
8.	17:35	8:1
9.	40:45	26:41
10.	41:50	11:24
11.	43:49	24:16
12.	23:51	8:1
13.	39:51	10:19
14.	26:23	30:27
15.	15:17	8:5
16.	29:49	14:3
17.	36:50	3:5
18.	18:10	22:0
19.	33:27	27:16
20	20:35	4:6

Ukupno točni odgovori: 593:789 (67,38:77,35%)

Ukupno netočni odgovori: 287:231 (32,61:22,64%)

Tablica br. 2

Ukupni broj točnih i netočnih odgovora po pitanjima iz Anatomije i fiziologije (ukupni broj anketiranih učenica drugih i četvrtih razreda iznosi 95)

Redni broj pitanja	Točno	Netočno
1.	86	9
2.	66	29
3.	38	57
4.	82	13
5.	78	17
6.	87	8

7.	73	22
8.	52	43
9.	85	10
10.	91	4
11.	92	3
12.	74	21
13.	90	5
14.	49	46
15.	32	63
16.	78	17
17.	86	9
18.	28	67
19.	60	35
20.	55	40

Ukupno pitanja: 2a i 2b – 880 + 4a i 4b – 1.020 = 1.900 pitanja

Ukupno: točno – 1.382 (72,73%) Ukupno: netočno – 518 (27,26%)

Tablica br. 3

Rezultati pojedinačnih testova u drugim razredima (2a i 2b)

1. 1101010011111101110	- točno	14	1. 101111111111011111	- točno	18
2. 0101110111011011011		14	2. 10000000111001000011		7
3. 10010110111110011010		12	3. 11000100111000000110		8
4. 1101110111101111110		16	4. 1001111111110111000		14
5. 00011110111010001111		12	5. 00110110001101000000		7
6. 1110011111111010011		15	6. 01011100111111001101		13
7. 11011110111110001001		13	7. 11111110011111111110		17
8. 11010110111000011010		11	8. 11111100111011011110		15
9. 10011101111111011000		13	9. 11100000111011011001		11
10. 11011101111110001001		13	10. 11010110111011111010		14
11. 11011110111011010000		12	11. 11110100111011111011		15
12. 0111110111010110010		13	12. 1100011111110111001		14
13. 11011100111010001100		11	13. 11001100111011001111		13
14. 11001000111011011110		12	14. 0101111101010111011		14
15. 00011110111010001111		12	15. 10111100111011011010		13
16. 0101111111011111010		15	16. 10011101111110011010		13
17. 11011111011111110111		17	17. 11011100100110001111		12
18. 1101011111111010110		15	18. 11111100111011111001		15
19. 11100100011001001110		10	19. 11011111111110011110		16
20. 11010111111110011010		14	20. 11011111111110111111		18
21. 11111100111110011010		14			
22. 11111100111111011010		15			
23. 11011101111011101011		15			
24. 11111101111011101011		16			

24 učenica x 20 pitanja = 480

točno 323 – 67,29%

netočno 157 – 32,70% (omjer 67:33%)

20 učenica x 20 pitanja = 400 pitanja

točno 268 – 67,00%

netočno 132 – 33,00% (omjer 67:33%)

Ukupno: 2a + 2b (44 učenice x 20 pitanja) = 880 pitanja, točno 593 (67,38), netočno 287 (32,61%)

Omjer 67:33%

Tablica br. 4

Rezultati pojedinačnih testova u četvrtim razredima (4a i 4b)

1. 1101111011110111010 - točno	15	1. 111111011111011001 - točno	16
2. 1101111011110111010	15	2. 100111001111011001	13
3. 11011110110110011010	13	3. 111111111111011011	18
4. 11011110111110011010	14	4. 111111011111111011	18
5. 1101111111110111010	16	5. 1100101111011011010	13
6. 1011111111110011011	16	6. 101101111111101101	16
7. 101111111111011011	17	7. 100010110111001101	12
8. 1101111111110011001	15	8. 1101101101110011001	13
9. 1001111111111011010	15	9. 1001111011110011001	13
10. 111111101111101110	17	10. 1001111111111011000	14
11. 11111110111110011111	17	11. 1001111111111011001	15
12. 10111110111111111001	16	12. 10011111111111011001	15
13. 11011110111110110010	14	13. 1101111111111011001	16
14. 1111111111111011011	18	14. 1001111111111011011	16
15. 11111111111110011011	17	15. 1010101111111011101	15
16. 10111111111110001100	14	16. 100111111111111011	17
17. 11111111111110011011	17	17. 11111111111111011001	17
18. 111111110111001110	16	18. 11111111111111011001	17
19. 1101111111111111000	16	19. 1111110111111011001	16
20. 11011111111111011011	17	20. 1011111011111101110	16
21. 111111111111110011011	17	21. 1011111111111101110	17
22. 11111111111110111011	18	22. 10111110111111011001	15
23. 1011111111111011011	17	23. 1101111111110011001	15
		24. 1100011101111011001	13
		25. 1100011111110011001	12
		26. 110111011111011001	15
		27. 0101111101111011000	13
		28. 11001110111111001111	15

23 učenica x 20 pitanja = 460
točno 367 – 79,78%
netočno 93 – 20,21% (omjer 80:20%)

28 učenica x 20 pitanja = 560 pitanja
točno 421 – 75,17%
netočno 139 – 24,82% (omjer 78:24%)

Ukupno: 4a + 4b (51 učenice x 20 pitanja) = 1.020 pitanja, točno 788 (77,25%), netočno 232 (22,74%)
Omjer 77:23%

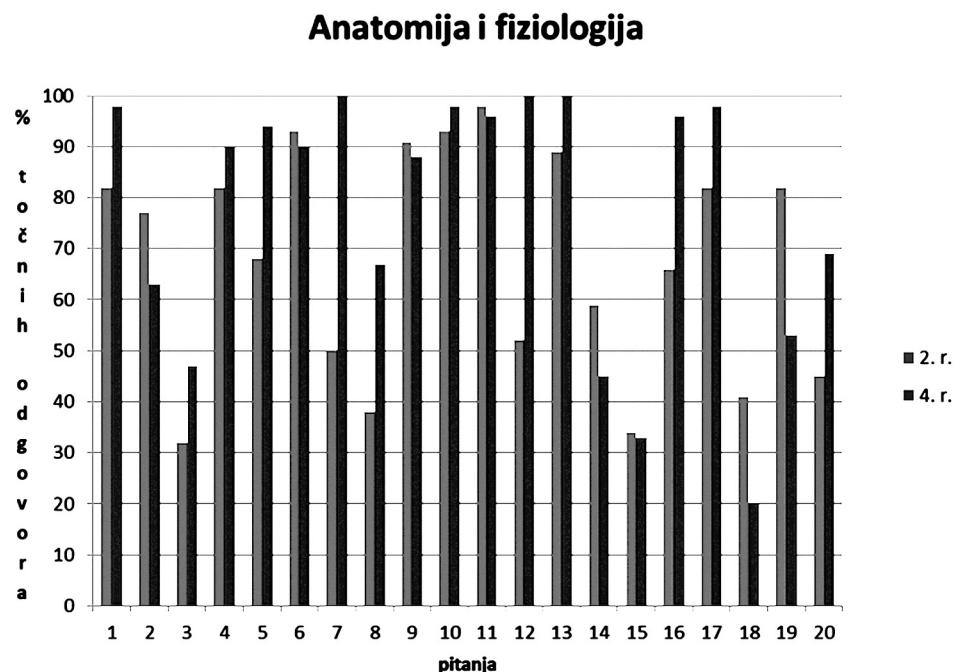
Kvantitativno analiziranje postignutih rezultata 44 učenica drugih razreda pokazuje da je od 880 pitanja bilo točno odgovoreno na 593 pitanja što iznosi 67,38%, a netočno je bilo odgovoreno na 287 pitanja što iznosi 32,61%. To možemo zaokružiti na 67% točnih i 33% netočnih odgovora, te zaključiti da su dvije trećine pitanja potpuno savladana, dok jedna trećina nije potpuno savladana. Analizirajući rezultate 51 učenice četvrtih razreda dolazimo do podataka da je od 1.020 pitanja točno odgovoreno na 788 pitanja što iznosi 77,25%, a netočno je odgovoreno 232 pitanja što je 22,74%. Također možemo i te rezultate

zaokružiti na 77% točnih i 23% netočnih odgovora, što govori o boljim rezultatima u četvrtim razredima gdje je više od dvije trećine učenica točno odgovorilo i manje od jedne trećine netočno. Ako bismo htjeli pojedinačne rezultate svakog odgovora staviti u korelaciju s postocima, računajući sveukupni domet, dobili bismo iste rezultate srednjih vrijednosti zbog čega to nije bilo nužno potrebno. Naravno da postoje pitanja s vrlo visokim ili vrlo niskim postotkom rješavanja, ali mi ćemo se kasnije fokusirati na kvalitativnu analizu. Kvantitativne rezultate podataka možemo predočiti grafički (tablica br. 5 i tablica br. 6).

Tablica br. 5

Grafička analiza rezultata podataka iz predmeta Anatomija i fiziologija

pitanja	2. r.	4. r.
1	82	98
2	77	63
3	32	47
4	82	90
5	68	94
6	93	90
7	50	100
8	38	67
9	91	88
10	93	98
11	98	96
12	52	100
13	89	100
14	59	45
15	34	33
16	66	96
17	82	98
18	41	20
19	82	53
20	45	69

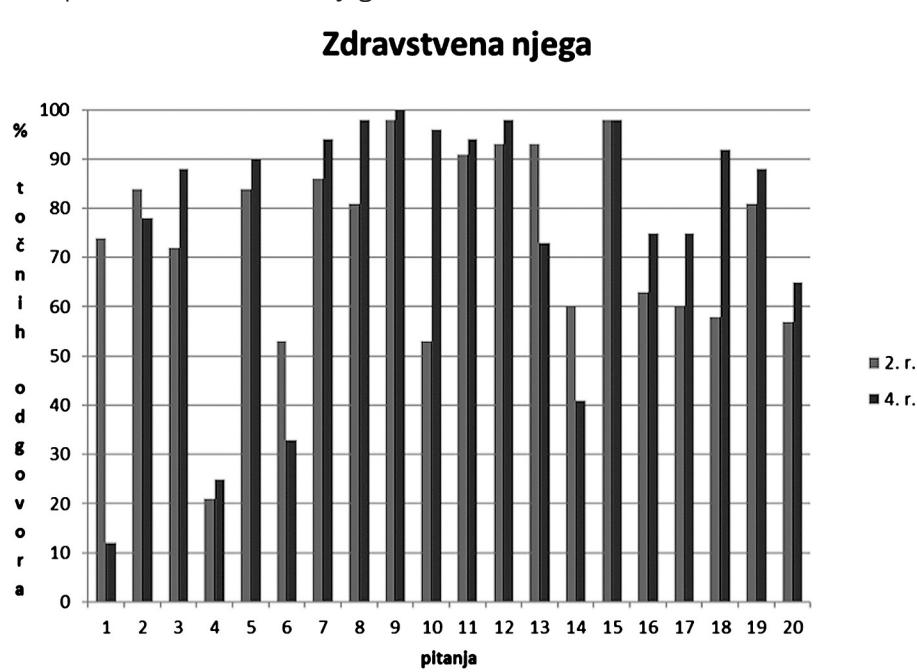


Kvantitativna analiza podataka iz područja predmeta Zdravstvena njega pokazuje očekivane rezultate, odnosno više točnih odgovora učenica četvrtih razreda koje svoje znanje nadograđuju kroz treću i četvrtu godinu školovanja, a opća njega osnova je za sve kasnije nadogradnje. Čak 96% učenica četvrtih razreda riješilo je pozitivno anketni upitnik naspram 87% učenica drugih razreda. Rezultat je odličan, ali isto tako zabrinjavajući, s obzirom na to da 4% učenica četvrtih razreda krajem nastavne godine odlazi na tržište rada s nedostatnim znanjem. Od tih 4% (dvije učenice) jedna je riješila 50% anketnog upitnika, a druga 45%. Bodovni prag bio je 60% riješenosti upitnika. Omjerom točnih i netočnih odgovora vidljivo je kako je 45% učenica četvrtih razreda imalo 16 i više točnih odgovora za razliku od 35% učenica drugih razreda.

Tablica br. 6

Grafička analiza rezultata podataka iz predmeta Zdravstvena njega

pitanja	2. r.	4. r.
1	74	12
2	84	78
3	72	88
4	21	25
5	84	90
6	53	33
7	86	94
8	81	98
9	98	100
10	53	96
11	91	94
12	93	98
13	93	73
14	60	41
15	98	98
16	63	75
17	60	75
18	58	92
19	81	88
20	57	65



A. KVALITATIVNA ANALIZA PODATAKA

Pitanja iz predmeta Anatomija i fiziologija možemo analizirati i kvalitativnom analizom svakog pojedinačnog pitanja.

Prvo pitanje govori o definiciji zdjelice koja se sastoji od dviju kostiju kuka, križne kosti i trtične kosti što je potpun odgovor. Uočavamo da su sve učenice četvrtih razreda točno odgovorile, osim jedne učenice, dok je 1:5 učenica drugih razreda odgovorila netočno.

Druge pitanje je znanje o samoj građi svake kosti kuka koja se sastoji od triju kostiju koje s vremenom srastu u jednu kost, a to su bočna, preponska i sjedna kost. Točno je odgovorilo 3/5 učenica četvrtih razreda, a kod učenica drugih razreda bilo je $\frac{3}{4}$ točnih odgovora.

Treće pitanje je bilo o križnoj kosti i njenim dijelovima pa je $\frac{1}{2}$ polaznica četvrtih razreda odgovorilo točno da se tu ubraja facies pelvina ili zdjelična ploha križne kosti, a oko $\frac{3}{4}$ učenica drugih razreda je dalo netočan odgovor i birale su druge odgovore koji nisu predstavljali niti jedan dio križne kosti.

Četvrto pitanje odnosilo se na zglobove zdjelice uz pitanje koje kosti se spajaju u sakroilijakalnom zgobu što i samo ime zgoba govori da su to križna kost i bočna kost, na što je oko 4/5 učenica točno odgovorilo i u četvrtim i u drugim razredima.

Peto pitanje je bila definicija simfize koja predstavlja spoj dviju preponskih kostiju na što su gotovo sve učenice četvrtih razreda odgovorile točno, a oko $\frac{1}{4}$ učenica drugih razreda netočno.

Šesto pitanje odnosi se na ulaz u malu zdjelicu koji se stručno zove gornji zdjelični otvor ili apertura pelvis superior gdje je velika većina odgovorila točno, s 5 netočnih odgovora u četvrtim razredima i 3 netočna odgovora u drugim razredima.

Sedmo pitanje je o završnoj liniji ili terminalnoj liniji koja dijeli veliku i malu zdjelicu gdje je 100% točan odgovor postignut kod učenica četvrtih razreda, a 50% točnih kod učenica drugih razreda.

Osmo pitanje vezano je uz peritonealni prostor za koji je trebalo izabrati odgovor Douglasov prostor jer su se svi drugi odgovori odnosili na subperitonealne prostore. Tu je oko 3/5 učenica četvrtih razreda odgovorilo točno, a oko 3/5 učenica drugih razreda ponudilo je netočan odgovor.

Deveto pitanje odnosi se na mišiće međice ili perineuma gdje je trebalo pronaći točan odgovor u dubokom vodoravnom mišiću međice ili m. transversus perinei profundus jer ostali navedeni mišići nisu u području međice. Točno je odgovorila većina učenica, osim 6 netočnih u četvrtim i 3 netočna u drugim razredima.

Deseto pitanje govori o dijelovima vulve ili stidnice za što je trebalo izabrati male stidne usne ili labia minora

pudendi jer ostali navedeni dijelovi ne pripadaju tom organu. Bila je velika je točnost odgovora, a samo je jedna učenica odgovorila netočno u četvrtim i tri učenice u drugim razredima.

Jedanaesto pitanje tražilo je znanje o dijelovima vagine ili rodnice i trebalo je izabrati između odgovora ušće rodnice ili ostium vaginae što su točno odgovorile sve osim dviju učenica četvrtih i jedne učenice drugih razreda.

Dvanaesto pitanje sadržavalo je dijelove cerviksa na što se odnosio odgovor navedenih dijelova vaginalni i supravaginalni dio kao portio vaginalis i portio supravaginalis cervicis uteri. Tu je postignut 100% točan odgovor kod četvrtih razreda, dok su drugi razredi imali 50% točnosti.

Trinaesto pitanje govori o slojevima maternice ili uteusa koji su navedeni kao endometrium, myometrium i perimetrium, dok ostali ponuđeni odgovori niti nisu u vezi s uterusom. Kod četvrtih razreda postignuta je točnost od 100%, a kod drugih razreda također je bila visoka točnost jer je samo pet učenica odgovorila netočno.

Četrnaesto pitanje je bilo o građi stijenke jajovoda koji sadrži sluznicu, mišićni i vezivni sloj koji se zovu tunike. Učenice i četvrtih i drugih razreda odgovorile su uz točnost od oko 50%.

Petnaesto pitanje odnosi se na dijelove jajnika ili ovariuma što su dio prema uterusu i dio prema jajovodu kao extremitas uterina i extremitas tubaria. Tu je samo 16 učenica točno odgovorilo u četvrtim razredima i samo 15 u drugim razredima.

Šesnaesto pitanje odnosi se na ovarijalni ciklus koji se sastoji od dviju faza, a to su estrogenska i progesteronska faza. U četvrtim razredima netočno su odgovorile samo dvije učenice, a u drugim razredima je netočno odgovorilo čak 15 učenica što je više od $\frac{1}{4}$ netočnih odgovora.

Sedamnaesto pitanje govori o hormonima koji reguliraju fiziološke funkcije kao gonadotropini, te je trebalo znati koji hormoni pripadaju toj skupini, a to su FSH, LH i LTH hormoni. Visoka točnost postignuta je u obje grupe gdje je samo jedna učenica u četvrtim razredima odgovorila netočno, dok je u drugim razredima bilo osam netočnih odgovora.

Osamnaesto pitanje je pitanje o oogenezi ili sazrijevanju jajašca koje se provodi kroz sva tri folikula, a to su primarni, sekundarni i tercijarni folikul. Niski rezultat točnosti vidljiv je u četvrtim razredima gdje je samo oko 1/5 učenica odgovorila točno, a u drugim razredima je točnost postignuta kod 2/5 učenica.

Devetnaesto pitanje je bilo o menstruacijskom ciklusu koji se sastoji od nekoliko faza, a to su proliferacija, sekrecija, deskvamacija i regeneracija. Učenice četvrtih razreda odgovorile su točno u malo više od $\frac{1}{2}$, dok je $\frac{3}{4}$ učenica drugih razreda točno odgovorilo.

Dvadeseto pitanje je vezano uz oplodnju gameta kojom prvo nastaje zigota, a navedene su kasnije formacije

razvoja. Točno je odgovorilo oko 3/5 učenica četvrtih razreda, a oko ½ učenica drugih razreda.

Pitanja iz predmeta Zdravstvena njega također možemo promatrati kroz kvalitativnu analizu svakog pojedinačnog pitanja i prikazati kao omjer točno riješenih pitanja četvrtih i drugih razreda.

Prvo pitanje vezano je uz pojam „smanjeno pokretan bolesnik“ kojem je potrebna djelomična pomoć prilikom izvođenja određenih aktivnosti, a omjer točnih odgovora iznosio je 25:32 u korist učenica drugih razreda.

Druge pitanje je bilo o smještaju termoregulacijskog centra u hipotalamusu, a omjer točnih odgovora bio je 40:36 u korist učenica četvrtog razreda.

Treće pitanje vezano je uz visoku febrilnost što je temperatura iznad 39 °C, a omjer točnih odgovora iznosio je 45:32 u korist učenica četvrtog razreda.

Četvrto pitanje opisuje bradikardiju kao broj otkucaja u minuti ispod 45 odnosno 60, a omjer točnih odgovora bio je 13:9 u korist učenica četvrtog razreda. Ovo pitanje bilo je dvosmisleno obzirom na to da su i odgovor a i odgovor b bili točni, što učenice nisu uočile.

Peto pitanje odnosilo se na povišenje tjelesne temperature kod koje za svaki stupanj broj otkucaja srca naraste za 10, a omjer točnih odgovora iznosio je 46:36 u korist učenica četvrtog razreda.

Šesto pitanje vezano je uz oksidacijski proces metabolizma u stanicama odnosno stanično disanje, a omjer točnih odgovora bio je 17:23 u korist učenica drugih razreda. Na ovom pitanju vidimo kako su učenice drugog razreda točnije odgovorile s obzirom na to da se ovo pitanje nadovezuje na znanje anatomije i fiziologije koje trenutno uče u drugom razredu.

Sedmo pitanje bilo je da je apnea pojam prestanka disanja, a omjer točnih odgovora iznosio je 48:37 u korist učenica četvrtih razreda.

Osmo pitanje je kada se stanje trajno povišenog sistoličkog i/ili dijastoličkog krvnog tlaka naziva hipertenzija, a omjer točnih odgovora iznosio je 50:39 (98% učenica četvrtih razreda točno je odgovorilo). Hipertenzija je pojam koji je izuzetno važan u zdravstvenoj njezi trudnice, rodnice i babinjače, a kojem se daje velika pozornost u zdravstvenoj njezi četvrtog razreda.

Deveto pitanje odnosilo se na količinu mokraće izlučene u 24 sata, a vezana je uz pojam diureze. Omjer točnih odgovora iznosio je 51:42 (100:98%).

Deseto pitanje vezano je uz smanjeno stvaranje mokraće i pojam oligurije, a omjer točnih odgovora bio je 49:23 u korist učenica četvrtih razreda (50% više riješenosti).

Jedanaesto pitanje vezano je uz proteinuriju kao pojma povećane količine bjelančevina u urinu, a omjer točnih odgovora iznosio je 48:39 u korist učenica četvrtih razreda.

Dvanaesto pitanje odnosi se na pojam bakteriurije

odnosno nalaz mikroorganizama u urinu, a omjer točnih odgovora bio je 50:40 u korist učenica četvrtih razreda.

Trinaesto pitanje vezano je uz krvarenje iz gornjih dijelova probavnog trakta odnosno hematemenu, a omjer točnih odgovora iznosio je 37:40 u korist učenica drugih razreda.

Cetvrnaesto pitanje odnosi se na iskašljavanje većih količina krvi odnosno hemoptou, a omjer točnih odgovora bio je 21:26 u korist učenica drugih razreda.

Petačesto pitanje odnosi se na činjenicu da uz pojam infekcije vežemo Vogralikov lanac, a omjer točnih odgovora bio je 50:42. Učenice četvrtih razreda su s 98% točnosti odgovorile što možemo vezati i uz nadogradnju kroz predmet Higijena i socijalna medicina.

Šesnaesto pitanje odnosi se na to da je pranje ruku jedna od osnovnih mjera sprečavanja intrahospitalnih infekcija, a omjer točnih odgovora iznosio je 38:27 u korist učenica četvrtih razreda.

Sedamnaesto pitanje vezano je uz pojam baktericidnog djelovanja dezinficijensa kojim uništavamo mikroorganizme, a omjer točnih odgovora iznosio je 38:26 u korist učenica četvrtih razreda.

Osamnaesto pitanje vezano je uz enteralno unošenja lijeka u organizam, odnosno kroz probavni trakt, a omjer točnih odgovora bio je 47:25 u korist učenica četvrtih razreda.

Devetnaesto pitanje bilo je vezano uz intramuskularno davanje lijeka pod kutom od 90 stupnjeva, a omjer točnih odgovora bio je 45:35 u korist učenica četvrtih razreda.

Dvadeseto pitanje odnosilo se na koncentraciju kisika u inkubatorima koja iznosi do 40%, a omjer točnih odgovora iznosio je 33:11 u korist učenica četvrtih razreda.

Gledajući prosječnost riješenosti upitnika rezultati su sljedeći:

4. RAZRED BROJ UČENICA	RIJEŠENOST %	2. RAZRED BROJ UČENICA
0	100%	0
2	95%	2
5	90%	2
9	85%	3
7	80%	8
3	75%	7
9	70%	6
3	65%	8
2	60%	4

Čak 96% učenica četvrtih razreda pozitivno je riješilo upitnik u odnosu na 87% učenica drugih razreda. Od 4% učenica četvrtih razreda, jedna je riješila 50% upitnika, a druga 45% u odnosu na učenice drugih razreda gdje su dvije riješile 55% upitnika te jedna 30% upitnika. Najveći postotak riješenosti upitnika odnosio se na cjeline vezane

uz eliminaciju urina i stolice, te krvnog tlaka odnosno vitalnih funkcija. U ostalim pitanjima riješenost je bila preko 50% što ukazuje na primjereno znanje učenica.

RASPRAVA

Ovaj istraživački rad iz struke pridonosi unapređivanju odgojno-obrazovnog procesa jer je provedeno istraživanje iz usvojenosti stručnog znanja iz bazičnog medicinskog predmeta Anatomija i fiziologija, te praktičnog medicinskog predmeta Zdravstvena njega. Usvojenost stručnog znanja komparirano je znanjem učenica Škole za primalje u Zagrebu koje su polaznice drugih i četvrtih razreda. Učenice drugih razreda su prošle pola svog školovanja za zanimanje primalja-asistentica, a učenice četvrtih razreda su na kraju školovanja za buduće zanimanje. Anketnom ispitivanju je pristupilo 44 učenice drugih razreda i 51 učenica četvrtih razreda. Ispitivanje je provedeno putem testa koji je sadržavao 20 pitanja iz Anatomije i fiziologije, te 20 pitanja iz Zdravstvene njege. Važno je napomenuti da testiranje nije najavljeni i da se provodilo isti dan u svim razredima kako bi se dobili relevantni rezultati i izvorno znanje svake učenice. Obuhvaćena su dva druga razreda s ukupnim brojem učenica 44, te dva četvrt razreda s ukupnim brojem učenica 51. Osim komparacije znanja između drugih i četvrtih razreda, kompariralo se i znanje između dvaju drugih i dvaju četvrtih razreda koje nije bilo signifikantno različito osim u jednom četvrtom razredu gdje je omjer točnosti i netočnosti bio 80:20% što je ujedno i najbolji rezultat od svih razreda koji su pristupili ispitivanju.

U pitanjima iz Anatomije i fiziologije, učenice drugih razreda postignule su točnost rezultata od 67% pitanja, a učenice četvrtih razreda točnost od 77%. Postotak točnosti je zadovoljavajući, ali nije definitivan. To znači da treba još uvijek više razraditi neke pojmove iz tih područja, iako neki pojmovi imaju visoku točnost što govori o potpunom savladavanju tog područja. S visokim postotkom točnosti učenice drugih razreda su savladale osteologiju, artrologiju i miologiju zdjelice, otvore i promjere zdjelice, te znale detaljne dijelove genitalnih organa, hormone i menstruacijski ciklus, dok su netočnost postigle u većoj mjeri kod peritonealnih prostora, ovarija, oogeneze i oplodnje. Učenice četvrtih razreda imale su visoku točnost iz područja osteologije, artrologije i miologije zdjelice, te dijelova genitalnih organa, hormona i oplodnje, a manju točnost postigle su u pitanjima ovariuma, menstruacijskog ciklusa i oogeneze. Može se zaključiti da je znanje iz tih područja prikladno, što potvrđuje njihova praksa, ali da treba još raditi na detaljima koji se uvijek moraju ponavljati.

U pitanjima iz Zdravstvene njege, učenice četvrtih razreda postigle su veći uspjeh naspram učenica drugih razreda što dokazuje hipotezu kako dalnjom nadogradnjom stječu i kvalitetnije znanje.

Repetitio est mater studiorum.

ZAKLJUČAK

Istraživački rad iz struke pokazao nam je mnoge pozitivne konotacije. Naše učenice su dobrovoljno pristupile anonimnom ispitivanju što je doprinijelo ležernom stavu ispitivanja bez napetosti, a imajući u vidu nenajavljeni anketni upitnik iz područja njihovih stručnih medicinskih predmeta, dobili smo uvid u izvorno znanje tih učenica naše škole. Istraživanje je provedeno u Školi za primalje u Zagrebu u okviru dvaju drugih i dvaju četvrtih razreda koji su izabrani radi komparacije znanja nakon dviju godina školovanja i nakon četiriju godina školovanja. Učenice su imale ista pitanja što je doprinijelo komparaciji usvojenoosti stručnih znanja iz medicinskih predmeta Anatomija i fiziologija te Zdravstvena njega. Učenice četvrtih razreda pokazale su više točnih rezultata, što je i razumljivo jer se to od njih očekuje na kraju školovanja za zanimanje primalja-asistentica, pa je postotak iznosio 77% točnosti te u jednom četvrtom razredu 80% iz predmeta Anatomija i fiziologija. Polaznice drugih razreda postignule su točnost od 67%, uz napomenu da su dva druga razreda imala vrlo slične rezultate. To ujedno znači da će te učenice upotpuniti svoje znanje tijekom dviju godina školovanja do rezultata visokog postotka. Analizom anketnog upitnika potvrđena je hipoteza kako učenice četvrtih razreda postižu bolje rezultate od učenica drugih razreda obzirom na to da znanje stečeno u drugom razredu ponavljaju i nadograđuju tijekom daljnog školovanja kroz treći i četvrti razred. Opća zdravstvena njega osnova je na koju se nadograđuju sve ostale zdravstvene njege i bez čvrstih temelja samo savladavanje i usavršavanje ne bi bilo moguće.

LITERATURA

- Andreis, I. et al., Anatomija i fiziologija, Zagreb, Školska knjiga, 2007.
- Šimunić, V. et al., Ginekologija, Zagreb, Naklada Ljevak, Medicinska biblioteka, 2001.
- Jalšovec, D., Sustavna i topografska anatomija čovjeka, Zagreb, Školska knjiga, 2005.
- Keros, P. et al., Anatomija i fiziologija, Zagreb, Naklada Ljevak, 2006.
- Kovačić, N., Lukić, I., Anatomija i fiziologija, Zagreb, Medicinska naklada, 2006.
- Prlić, N.: Opća načela zdravlja i njege, Zagreb: Školska knjiga, 2014.
- Prlić, N.: Zdravstvena njega-opća, Zagreb: Školska knjiga; 2014.

PITANJA IZ PODRUČJA ANATOMIJE I FIZIOLOGIJE

1. **Pelvis ili zdjelica sastoji se od:**
 - a. Dvije kosti kuka
 - b. Dvije kosti kuka i križne kosti
 - c. Dvije kosti kuka, križne kosti i trtične kosti
 - d. Križne i trtične kosti

2. **Svaka kost kuka sastoji se od:**
 - a. Dvije kosti
 - b. Tri kosti koje s vremenom srastu u jednu kost
 - c. Bočne i preponske kosti
 - d. Sjedne i bočne kosti

3. **Sacrum ili križna kost ima ove dijelove:**
 - a. Facies pelvina
 - b. Crista iliaca
 - c. Pecten ossis pubis
 - d. Incisura ischiadica

4. **Articulatio sacroiliaca je:**
 - a. Zglob između križne kosti i bočne kosti
 - b. Zglob između bočne i sjedne kosti
 - c. Zglob između bočne i preponske kosti
 - d. Zglob između sjedne i preponske kosti

5. **Simfiza je:**
 - a. Spoj križne i trtične kosti
 - b. Spoj dvije preponske kosti
 - c. Spoj bočne i preponske kosti
 - d. Spoj bočne i sjedne kosti

6. **Apertura pelvis superior je:**
 - a. Donji zdjelični otvor
 - b. Gornji zdjelični otvor
 - c. Srednji zdjelični otvor
 - d. Bočni zdjelični otvor

7. **Linea terminalis je:**
 - a. Linija koja dijeli malu i veliku zdjelicu
 - b. Linija između gornjeg i donjeg zdjeličnog otvora
 - c. Linija koja se nalazi na donjem zdjeličnom otvoru
 - d. Linija koja se nalazi na sjednoj kosti

8. **Peritonealni prostor je:**
 - a. Parametrium
 - b. Paracolpium
 - c. Douglasov prostor
 - d. Paraproctium

9. **Perineum ili međica sadrži ove mišiće:**
 - a. m. obturatorius internus
 - b. m. transversus perinei profundus
 - c. m. rectus abdominis
 - d. m. gluteus maximus

10. **Vulva ima ove dijelove:**
 - a. Labia minora pudendi
 - b. Fundus uteri
 - c. Fornix vaginae
 - d. Epithelium superficiale

11. **Vagina se sastoji od ovih dijelova:**
 - a. Endometrium
 - b. Stroma ovarii
 - c. Ostium vaginae
 - d. Cavum uteri

12. **Cervix se dijeli na:**
 - a. Portio vaginalis i portio supravaginalis cervicis uteri
 - b. Margo dexter i margo sinister
 - c. Infundibulum i ampulla
 - d. Tunica mucosa i tunica serosa

13. **Uterus ima ove dijelove:**
 - a. Endometrium, myometrium i perimetrium
 - b. Endosalpinx
 - c. Fimbria ovarica
 - d. Rugae vaginales

14. **Tuba uterina sadrži slojeve:**
 - a. Endocervix i egzocervix
 - b. Tunica mucosa, tunica muscularis i tunica serosa
 - c. Stratum functionale i stratum basale
 - d. Cortex ovarii i stroma ovarii

15. Ovarium ima:

- a. Extremitas uterina i extremitas tubaria
- b. Infundibulum tubae
- c. Paries anterior i paries posterior
- d. Isthmus uteri

16. Ovajalni ciklus se sastoji od dviju faza:

- a. Generativna i vegetativna
- b. Estrogenska i progesteronska faza
- c. Proliferativna i sekrecijska
- d. Deskvamacija i regeneracija

17. Gonadotropini su:

- a. FSH, LH i LTH
- b. Progesteroni
- c. Estrogeni
- d. Hipofizeotropni hormoni

18. Oogeneza je sazrijevanje jajašca u:

- a. Primarnom folikulu
- b. Sekundarnom folikulu
- c. Tercijarnom folikulu
- d. Primarnom, sekundarnom i tercijarnom folikulu

19. Menstruacijski ciklus ima ove faze:

- a. Proliferacija i regeneracija
- b. Sekrecija i deskvamacija
- c. Proliferacija, sekrecija, deskvamacija i regeneracija
- d. Proliferacija i sekrecija

20. Oplodnjom gameta prvo nastane:

- a. Morula
- b. Blastocista
- c. Zigota
- d. Embrioblast

ANKETNI UPITNIK ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA

1. Pod pojmom „smanjeno pokretan bolesnik“ podrazumijeva se:

- a) Bolesnik samostalno mijenja položaj u krevetu
- b) Bolesniku je za promjenu položaja u krevetu potrebna pomoć
- c) Bolesniku pri zadovoljavanju osnovnih potreba u cijelosti pomaže druga osoba

2. Toplinom u tijelu upravlja termoregulacijski centar koji se nalazi u:

- a) Timusu
- b) Hipotalamusu
- c) Temporalnom režnju mozga

3. Visoka febrilnost označava temperaturu:

- a) Do 37,8 °C
- b) Iznad 39 °C
- c) Do 38,9 °C

4. Bradikardija je frekvencija pulsa:

- a) Tek ispod 45 otkucaja u minuti
- b) Ispod 60 otkucaja u minuti
- c) Sve navedeno je točno

5. Pri povišenoj tjelesnoj temperaturi, unutar povišenja za svaki stupanj Celzijusa, frekvencija pulsa se povećava za:

- a) 12 otkucaja u minuti
- b) 10 otkucaja u minuti
- c) 20 otkucaja u minuti

6. Oksidacijski proces metabolizma u stanici pri kojem se troši kisik, a izlučuje ugljični dioksid naziva se:

- a) Vanjsko disanje
- b) Ventilacija pluća
- c) Stanično ili unutarnje disanje

7. Apnea je:

- a) Normalna brzina disanja
- b) Ubrzano disanje
- c) Prestanak disanja

8. Trajno povišenje sistoličkog krvnog tlaka iznad 160 mmHg, a dijastoličkog iznad 95 mmHg naziva se:
- Hipotenzija
 - Normotenzija
 - Hipertenzija
9. Diureza je količina mokraće izlučena:
- Tijekom 24 sata
 - U jednom aktu mokrenja
 - Tijekom 8 sati
10. Oligurija je:
- Potpuni prestanak stvaranja mokraće
 - Smanjeno stvaranje mokraće
 - Povećano stvaranje mokraće
11. Proteinurija je:
- Noćno mokrenje
 - Zastoj mokraće u mokraćnom mjehuru
 - Povećana količina bjelančevina u mokraći
12. Bakteriurija je:
- Nalaz bjelančevina u mokraći
 - Nalaz mikroorganizama u mokraći
 - Nalaz gnoja u mokraći
13. Pojava crne stolice, kao posljedica krvarenja u gornjim probavnim putovima naziva se:
- Hematemiza
 - Melena
 - Hemoptoa
14. Hemoptoa je:
- Primjesa krvi u iskašljaju
 - Iskašljavanje većih količina krvi
 - Crne i gnojne primjese u iskašljaju
15. Za pojavu infekcije važno je 5 čimbenika koji tvore lanac. Kako se on zove?
- Vormihov lanac
 - Vogralikov lanac
 - Vinterov lanac
16. Jedna od osnovnih mjera u sprečavanju intra-hospitalnih infekcija je:
- Pravilna uporaba odjeće i obuće
 - Pravilno rukovanje sterilnim materijalom i lijekovima
 - Pranje ruku
17. Baktericidno djelovanje dezinficijensa podrazumijeva:
- Sprečavanje rasta i razvoja bakterija i virusa
 - Kočenje i usporavanje rasta i razvoja mikroorganizama
 - Uništavanje ili ubijanje bakterija
18. Pod pojmom enteralno unošenje lijeka u organizam-podrazumijevamo:
- Perkutano
 - Intrakutano
 - Sublingvalno
19. Kad se lijek daje intramuskularno, igla se uvodi okomito, pod kutom:
- 45 stupnjeva
 - 90 stupnjeva
 - 180 stupnjeva
20. Stalna koncentracija kisika u inkubatorima ne smije biti manja od:
- Do 21%
 - Do 40%
 - Do 65%

Porođaj kod kuće uz asistenciju primalje

Erika Spirić, bacc. obs., Hrvatska komora primalja

SAŽETAK

Do sedamdesetih godina prošlog stoljeća u Hrvatskoj je bilo normalno da žena rađa kod kuće uz pomoć primalje. Nakon toga porođaji se sele u bolnice, gdje rodilji pomažu pri porođaju primalja i porodničar. Međutim, još godinama nakon toga u ruralnim područjima i na otocima žene rađaju kod kuće uz pomoć primalje.

U europskim je zemljama reguliran oblik primaljske skrbi koju primalja pruža ženama iz niskorizičnih trudnoća u njihovom domu, čak i u onima koje imaju mali postotak kućnih porođaja poput Švedske, ali ne i u Hrvatskoj. Unatoč tome, i u Hrvatskoj se posljednjih godina bilježi sve veći broj porođaja, gdje žene rađaju djecu u svom domu uz stručnu pomoć primalje iz inozemstva ili čak bez stručne pomoći.

Prema istraživanjima koja su provedena razvidno je da je kućni porođaj iz niskorizičnih trudnoća jednakо si-guran za ženu i dijete kao isti takav porođaj u bolničkom okruženju. Primalje snažno podupiru takav vid skrbi, dok ga porodničari često osporavaju.

Hrvatski zakoni omogućuju ženama odabir mjesta porođaja, ali ne i odabir primalje koja će joj pri porođaju pomoći.

Postotak kućnih porođaja u Europi varira od <1 do >16%. Za Hrvatsku nema podataka o postotku kućnih porođaja, a prema nekim pokazateljima ima ih oko 1%. Žena koja rađa mora imati povjerenje u osobe koje joj u porođaju pomažu i mora se osjećati sigurno. Neke trudnice kao najsigurnije mjesto za porođaj odabiru svoj dom. Iako se radi o malom postotku porodilja koje žele rođiti kod kuće, ipak bismo se trebali, kao društvo, pobrinuti da i te one dobiju stručnu pomoć, ne strane, već domaće primalje.

U radu ću pokušati nabrojati korake koje bismo morali poduzeti da ženama osiguramo uz pravo na izbor mjesta porođaja i pravo na odabir primalje koja će joj u tome pomoći, od zakonske regulative do znanja i vještina koje bi morala imati primalja koja bi u budućnosti prakticirala kućni porod.

To nije mali posao, ali mislim da naše žene to zaslužuju. U demografskoj slici Hrvatske, koja je sve samo ne dobra, svako je dijete važno pa tako i djeca onih četiristotinjak majki koje su odlučile rođiti u svom domu.

Ključne riječi: primaljska skrb, kućni porođaj, porođaj niskog rizika, mjesto rođenja, ishodi niskorizičnih trudnoća

UVOD

Kad se u mnogim razvijenim zemljama porođaj od prirodnog procesa pretvorio u kontrolirani postupak, mjesto porođaja preselilo se iz kuće u bolnicu. Istodobno oduzeto mu je i mnogo ljudskosti. Bol se ublažavala farmakološki, a žene su ostavljane same na duže vrijeme dok su ionako bile u laganim snu. Pozorno su promatrane izdaleka.

U razvijenim zemljama došlo je do brze ekspanzije u razvoju i primjeni niza postupaka čija je svrha započeti, pojačati, ubrzati, regulirati ili nadzirati fiziološki proces porođaja, s ciljem poboljšanja ishoda za majke i novorođenčad, a ponekad i s ciljem racionalizacije radnih procesa prilikom porođaja u medicinskoj ustanovi. No postavlja se sve više pitanja o koristi ili poželjnosti ovako visokog stupnja intervencije.

Korištenje intervencija tijekom porođaja je poraslo u posljednjih nekoliko desetljeća. Postoji zabrinutost da bi neke žene koje rađaju u bolnici mogle dobiti više intervencija nego što stvarno trebaju. Za žene niskog rizika, odluka da odaberu mjesto rođenja u kojem će dobiti primaljski model skrbi može biti od važnosti kao protuteža prema povećanju stope intervencija.

Ženama u mnogim razvijenim zemljama izbor mjesta porođaja se uopće ne razmatra, jer je porođaj u bolnici kulturna norma. Bolnica je mjesto gdje su rađale njihove majke i bake, međutim to je relativno novijeg datuma. Većina razvijenih zemalja doživjela je tijekom 20. stoljeća dramatičan pomak od porođaja kod kuće do porođaja u bolnici. U Velikoj Britaniji je 1920. godine 80% žena rađalo kod kuće, a 2011. samo 2,3%, na Novom Zelandu oko 2,5%, u SAD-u manje od 1%, a u Nizozemskoj oko 20%. Međutim, postoje dokazi o malom, ali značajnom povećanju stope kućnih porođaja u nekim zemljama.

U mnogim europskim zemljama manje od 1% porođaja odvijao se kod kuće. U Engleskoj 2,7%, u Walesu 3,7%, na Islandu 1,8%, a u Škotskoj 1,4%. U Nizozemskoj, gdje je porođaj kod kuće uobičajena opcija za žene s nekomplikiranim trudnoćama, 16,3%. To je, međutim, značajna promjena od 2004. godine, kada je taj udio bio veći od

30%. Žene u Nizozemskoj sada imaju mogućnost rađanja u porođajnim centrima gdje im skrb pružaju primalje. Imaju 26 porođajnih centara u zemlji i 11,4% porođaja dogodilo se u njima. Gotovo svi porođajni centri su u blizini bolnica ili u bolnicama.

U nekim razvijenim zemljama osnovani su porođajni centri unutar i izvan bolnica gdje žene s niskim porođajnim rizikom mogu roditi u atmosferi sličnoj onoj u kući i to pod primarnom zdravstvenom zaštitom, obično uz pomoć primalja. U većini takvih centara elektronsko promatranje fetusa i postupci za pospješivanje napretka porođaja se ne koriste, a i analgetici se koriste minimalno.

ANALIZA PODATAKA

U mnogim evropskim zemljama je reguliran oblik primaljske skrbi. Iz istraživanja koje je provela EMA – European Midwives Association o zdravlju i njezi trudnih žena i djece u Europi 2010. godine razvidno je da se porođaji kod kuće odvijaju u: Albaniji, Austriji, Belgiji, Danskoj, Estoniji, Finskoj, Njemačkoj, Grčkoj, Irskoj, Italiji, Latviji, Nizozemskoj, Norveškoj, Sloveniji, Španjolskoj, Švedskoj, Švicarskoj i Velikoj Britaniji.

U svim tim zemljama osim u Estoniji, Francuskoj, Irskoj i Sloveniji je porođaj moguć i u porođajnim centrima gdje žene dobivaju primaljsku skrb u porođaju.

U Hrvatskoj, Cipru, Finskoj, Litvi, Malti, Portugalu i Slovačkoj je porođaj moguć jedino u bolnici. (Slika 1).

Nizozemska je zemlja koja ima dugogodišnju tradiciju pružanja primaljske skrbi ženama u porođaju kod kuće. Od svih evropskih zemalja Nizozemska ima najviši postotak porođaja kod kuće, 16,3%. (Slika 2).

Bilo je mnogo rasprava o sigurnosti kućnih porođaja. Nedavno nizozemsko istraži-

vanje među 743.070 žena niskog rizika pokazalo je slične stope perinatalne smrtnosti među planiranim porođajima u kući i planiranim porođajima u bolničkim odjelima koje vode primalje. Druga studija pokazala je da nema povećane stope teških majčinskih pobola među planiranim kućnim porođajima. U Nizozemskoj je u 2013. godine bilo gotovo 170.000 poroda. Kod 50,6% žena, porod je započeo u jedinicama u kojima skrb pružaju primalje, a 49,4% u jedinicama u kojima skrb pružaju porodničari.

Trudnica niskog rizika se definira kad ima dobro opće zdravlje i jednostavnu medicinsku i ginekološku povijest bolesti. Žene niskog rizika imaju slobodan izbor mesta rođenja: one mogu roditi kod kuće ili u bolničkim jedinicama pod nadležnošću primalje. Ako se pojave rizični čimbenici za vrijeme trudnoće, porođaja ili u razdoblju nakon poro-

Slika 1.

Countries	Home 16/24	Birth Centre 13/24	Hospital 24/24
<i>Albania</i>	✓	✓	✓
<i>Austria</i>	✓	✓	✓
<i>Belgium</i>	✓	✓	✓
<i>Croatia</i>			✓
<i>Cyprus</i>			✓
<i>Denmark</i>	✓		✓
<i>Estonia</i>	It is now possible as law changed		✓
<i>Finland</i>			✓
<i>France</i>	✓		✓
<i>Germany</i>	✓	✓	✓
<i>Greece</i>	✓	✓	✓
<i>Ireland</i>	✓		✓
<i>Italy</i>	✓	✓	✓
<i>Latvia</i>	✓ mostly by doulas	✓	✓
<i>Lithuania</i>		✓	✓
<i>Malta</i>			✓
<i>Netherlands</i>	✓	✓	✓
<i>Norway</i>	✓	✓	✓
<i>Portugal</i>			✓
<i>Slovakia</i>			✓
<i>Slovenia</i>	✓		✓
<i>Spain</i>	✓	✓	✓
<i>Sweden</i>	✓	✓	✓
<i>Switzerland</i>	✓	✓	✓
<i>United Kingdom</i>	✓	✓	✓

đaja, briga za žene će se prenijeti s primalje u bolničku jedinicu koju vodi opstetričar, dakle na medicinsku skrb u porođaju. Indikacije za prijenos od primalje na ginekologa su popisani u „Popis ginekoloških indikacija“. Ovaj popis redovito revidira projektna skupina koja se sastoji od

primalje, opstetričara, pedijatra i liječnika opće prakse. Razlozi transfera tijekom porođaja mogu biti, na primjer, korištenje lijekova za ublažavanje boli, mekonijska plodna voda, prijevremeni porodaj, nenapredovanje porođaja ili znaci fetalne patnje. Porođajne intervencije su carski

Countries	Home 16/24	Birth Centre 13/24	Hospital 24/24
<i>Albania</i>	✓	✓	✓
<i>Austria</i>	✓	✓	✓
<i>Belgium</i>	✓	✓	✓
<i>Croatia</i>			✓
<i>Cyprus</i>			✓
<i>Denmark</i>	✓		✓
<i>Estonia</i>	It is now possible as law changed		✓
<i>Finland</i>			✓
<i>France</i>	✓		✓
<i>Germany</i>	✓	✓	✓
<i>Greece</i>	✓	✓	✓
<i>Ireland</i>	✓		✓
<i>Italy</i>	✓	✓	✓
<i>Latvia</i>	✓ mostly by doulas	✓	✓
<i>Lithuania</i>		✓	✓
<i>Malta</i>			✓
<i>Netherlands</i>	✓	✓	✓
<i>Norway</i>	✓	✓	✓
<i>Portugal</i>			✓
<i>Slovakia</i>			✓
<i>Slovenia</i>	✓		✓
<i>Spain</i>	✓	✓	✓
<i>Sweden</i>	✓	✓	✓
<i>Switzerland</i>	✓	✓	✓
<i>United Kingdom</i>	✓	✓	✓

rez, vakuum / forceps, pojačavanje trudova ili upotreba lijekova za ublažavanje боли. Epiziotomija se, ako je potrebna, obavlja i zbrinjava i u jedinicama medicinske skrbi, kao i u jedinicama koje pružaju primaljsku skrb.

Ova studija pokazuje da će žene niskog rizika koje imaju primaljski model skrbi vjerojatno imati spontani porođaj, manje je vjerojatno da će imati epiziotomiju, upotrebu oksitocina u treće porođajno doba i ublažavanje porođajne боли lijekovima u usporedbi s onima koje su planirale roditi u bolnici. Nije bilo razlike u dovršenju porođaja vakuumom / forcepsom, neplaniranog carskog reza i $PPH > 1.000$ ml. Mlade žene koje planiraju porođaj kod kuće manje je vjerojatno da će trebati pojačavanje trudova, češće su imale netaknutu međicu i kraće prvo i drugo porođajno doba.

Zanimljivo je da 2015. godine nizozemski istraživači nisu našli značajne razlike u perinatalnom mortalitetu kod žena niskog rizika koje su rađale kod kuće u odnosu na istu takvu skupinu koja je rađala u bolnici. Slični rezultati su dobiveni ne samo kod perinatalnog, već i kod neonatalnog mortaliteta. Tu valja napomenuti da je kućni porođaj u Nizozemskoj dobro integriran u sustav, primalje su dobro educirane za kućne porođaje, udaljenosti do bolnice su kratke, rizici su dobro razrađeni, kao i transportni sustav.

Engleska studija, od 1. travnja 2008. do 30. travnja 2010. godine, na više od 64.000 porođaja je provedena kako bi odgovorila na pitanja o rizicima i prednostima rađanja u različitim okruženjima s posebnim naglaskom na niskorizične trudnoće.

Usporedili su četiri mesta za porođaj: opsetričku jedinicu gdje žena dobiva medicinski model skrbi u porođaju, samostalnu primaljsku jedinicu smještenu uz ili blizu rodilišta, porodni centar, i kućni porođaj u kojima porodilja dobiva primaljski model skrbi.

Da bi skupine bile usporedive analizirane su samo žene koje su imale niskorizične trudnoće. Kod rodilja koje imaju primaljski model skrbi u porođaju znatno je veća vjerojatnost da će imati fiziološki porođaj bez intervencija, a manje je vjerojatno da će porođaj trebati dovršiti SC, VE, forcepsom (više od 75% žena koje su imale primaljski model skrbi je imalo fiziološki porođaj bez medicinskih intervencija u usporedbi s 58% žena u jedinicama medicinske skrbi).

Rezultati istraživanja:

- rođenje je općenito vrlo sigurno
- za žene iz niskorizičnih trudnoća su incidencije neželjenih perinatalnih ishoda niske ($4,3/1.000$)
- jedinice u kojima primalje pružaju primaljsku skrb su sigurne za majku i novorođenče
- nema značajnih razlika u nepovoljnim perinatalnim rezultatima u usporedbi s medicinskim modelom skrbi

- žene koje planiraju porođaj uz primalju imaju značajno manje intervencija u porođaju i znatno manje porođaja dovršenih carskim rezom
- za drugorotke i višerotke primaljski model skrbi jednak je siguran kao i medicinski
- za prvorotke koje odaberu kućni porođaj povećana je incidencija neželjenih perinatalnih ishoda ($9,3/1.000$, u bolnici $4,3/1.000$) i to je jedini statistički značajan nalaz
- za prvorotke koje odaberu primaljski model skrbi postoji prilično velika vjerojatnost transfera u bolnicu (45% kod porođaja kod kuće, 36% iz porođajnog centra i 40% iz samostalne primaljske jedinice u bolnici).

Najviši troškovi su za planirani porođaj u rodilištu, a najniži za planirani kućni porođaj.

- 1.631 funta – rodilište
- 1.461 funta – samostalne primaljske jedinice uz rodilište
- 1.435 funti – porođajni centar
- 1.067 funti – porođaj kod kuće

Učinkovitost, a time i isplativost ovisi o ishodima za majke i novorođenčad te o tome je li žena prvorotka ili nije. Za majke koje žele fiziološki porođaj bez intervencija je kućni porođaj najbolje i najisplativije rješenje. Za prvorotke je bolnica isplativija, jer je ishod za dijete povoljniji. Za drugorotke i višerotke je najisplativiji porođaj kod kuće.

Neke žene nisu znale da mogu odabrati mjesto porođaja jer nisu imale izvore informacija temeljene na dokazima na kojima će donijeti svoju odluku. Ženski pogledi na sigurnu skrb bili su pod utjecajem onoga što se lokalno nudi, njihovog prethodnog iskustva i iskustva drugih žena. Mogućnost transfera bilo je glavno razmatranje kad su žene donosile odluku gdje će roditi i zabrinutost zbog udaljenosti je bio razlog planiranog bolničkog poroda.

Istraživanje koje je provedeno u Kanadi u pokrajini Ontario na gotovo 11.500 kućnih porođaja i isto toliko bolničkih iz niskorizičnih trudnoća tijekom triju godina (objavljeno 2012. godine) dalo je iste rezultate kao i slična istraživanja provedena u Nizozemskoj i Engleskoj. Rizik od perinatalne smrti, neonatalne smrti ili ozbiljnih neonatalnih bolesti nije se razlikovao u grupi koja je odlučila roditi s primaljom od grupe koja je odabrala bolnički porođaj. Žene koje su planirale roditi kod kuće imale su manje intervencija i veću vjerojatnost da će spontano roditi te veću stopu dojenja.

Iskustvo žene koja je rodila kod kuće: „Rađanje djeteta kod kuće s primaljom je puno osobnije iskustvo za mene i obitelj. Osjećala sam se vrlo sigurno, jer primalje traže potencijalne komplikacije vrlo rano. Rizik je vrlo nizak kad uz sebe imate nekoga tko se brine za vas kao primalja.“

KAKAV JE STAV GINEKOLOGA?

Posljednjih nekoliko godina kućnim porođajima posebnu pažnju posvećuju mediji, ali i stručne organizacije provode istraživanja o njima. U Velikoj Britaniji Royal College of Midwives i Royal College of Obstetricians and Gynaecologists dali su zajedničku izjavu da je porođaj kod kuće žena iz niskorizičnih trudnoća siguran za dijete te da će stopa intervencija za njih biti niža nego u bolnici.

Organizacija trudničke skrbi u SAD-u ima različite stavove i pokazuje odstupanja u tumačenju ishoda planiranog kućnog porođaja. Dok American College of Nurses-Midwives i Midwives Associations of North America daju podršku informiranim izboru o mjestu rađanja, The American Congress of Obstetricians and Gynaecologists i American Academy of Pediatrics tvrde da su bolnice i porođajni centri najsigurnije mjesto za porođaj bez obzira na status rizika.

Primalje snažno podržavaju takav oblik skrbi za majku i za dijete, a i Svjetska zdravstvena organizacija ističe kako porođaj u bolnici u niskorizičnim trudnoćama nije ništa više siguran od poroda kod kuće.

KAKVO JE STANJE U HRVATSKOJ?

Do 70-ih godina prošlog stoljeća u Hrvatskoj je bilo normalno da žena rađa kod kuće uz pomoć primalje. Nakon toga porođaji se sele u bolnice, gdje rodilji pri porođaju pomažu primalja i porodničar, međutim, još godinama nakon toga u ruralnim područjima i otocima žene rađaju kod kuće uz pomoć primalje.

Ja sam počela raditi 1974. godine. Još godinama nakon toga su se žene iz okolice Ivanca porađale kod kuće. S nekim je primalja došla u već započetom porođaju, neke je dovezla nakon porođaja, a neke jednostavno nisu htjele u bolnicu i takvu je djecu prijavljivala kao rođene kod kuće. Mi svi smo se jako čudili tome, a šef je govorio kako ženu ne možeš prisiliti na nešto što ona neće. Jedna rodilja koja je tada rodila kod kuće pričala mi je kako je to bilo jedno jako pozitivno i emotivno iskustvo, a priču je završila riječima: Znate, žene su bile jako zadovoljne... Višu primaljsku školu upisala sam 1978. godine. Sa mnom je bila i primalja s Hvara. Nju je njeni radni organizacija poslala u višu primaljsku školu kako bi mogla samostalno porađati žene na Hvaru. I ona je to radila cijeli svoj radni vijek. Neke žene jednostavno nisu htjele transport u Split pa bi u trudovima ostajale kod kuće i pozvali primalju kad je već bilo kasno za premještaj. Mladi liječnici često su je zvali da procijeni krvarenje kod puerpere ili stanje žene u porodu. To se nije događalo u nekom drugom životu, to je naša nedavna prošlost.

U europskim je zemljama reguliran oblik primaljske skrbi koju primalja pruža ženama iz niskorizičnih trudnoća u njihovom domu, čak i onima koje imaju mali postotak

kućnih porođaja poput Švedske, ali ne i u Hrvatskoj. Usprkos tome, i u Hrvatskoj se posljednjih godina bilježi sve veći broj porođaja gdje žene rađaju djecu u svom domu uz stručnu pomoć primalje iz inozemstva ili čak bez stručne pomoći. Sve više je trudnica koje, znajući da je njihova trudnoća potpuno zdrava i bez rizika, odlučuju roditi kod kuće, u poznatom opuštenom okruženju, uz podršku bliske osobe – muža, prijateljice, sestre, majke... Za svaku ženu najbolje je ono mjesto u kojem se ona osjeća potpuno sigurno. Osjećaj sigurnosti, zaštićenosti, mira i udobnosti najvažniji je oslonac pri donošenju odluke o mjestu porođaja. Iako je ovaj način porođaja u moderno vrijeme dosta neuobičajen, prema demokratskim zakonima o zdravstvenoj zaštiti, svaka žena ima pravo samostalno odabrat i odlučiti o mjestu i načinu svog porođaja.

Hrvatski zakoni omogućuju ženama odabir mesta porođaja, ali ne i odabir primalje koja će joj u porođaju pomoći. Postavlja se pitanje, gdje bi onda žena trebala roditi? Sa sigurnošću se može reći da bi žena trebala roditi na mjestu gdje se ona osjeća sigurnom, i to na najperiferijskoj razini gdje je odgovarajuća skrb izvodljiva i sigurna (FIGO, 1992.). Za trudnicu s niskim rizikom to može biti kod kuće, u maloj klinici za majke ili u porođajnom centru u gradu ili možda u rodilištu veće bolnice. Međutim, to mora biti mjesto gdje će se sva pažnja i skrb usmjeriti na njene potrebe i sigurnost, a ako je moguće, što bliže kući i njezinoj kulturi.

Zaključno tome, normalni porođaj, ako je niskorizičan, zahtijeva samo pozorno promatranje od strane primalje kako bi se otkrile rane naznake komplikacija. Porođaju ne treba intervencija nego ohrabrenje, podrška i malo nježne brige s ljubavlju.

Za Hrvatsku nema podataka o postotku kućnih porođaja. Prema nekim pokazateljima ima ih oko 1%. Prema neslužbenim informacijama, većina žena koja je rodila kod kuće u Hrvatskoj je višeg ili visokog stupnja obrazovanja. Razlozi zbog kojih se žene odlučuju na porođaj kod kuće su prvenstveno sigurnost, manje intervencija u porođaju, negativno prethodno iskustvo porođaja, nedostatak kontrole nad svojim porođajem, ugodan okoliš, povjerenje...

Kad govorimo o sigurnosti porođaja u Hrvatskoj, postavlja se pitanje jesu li baš sva mesta zaista sigurna? Kako se osjeća žena koja se porađa u kolima hitne pomoći, na trajektu, u helikopteru...? Što ona takvim porođajem može dobiti? Samo povećani rizik za infekciju, strah, neizvjesnost i nesigurnost... Ne bi li za takvu ženu bilo bolje da se porodila u svom domu, okružena ljudima koje poznaje i kojima vjeruje uz pomoć iskusne primalje, nego u helikopteru, sama, okružena nepoznatim osobama koje je više strah njenog porođaja nego nju.

U Hrvatskoj žena može odabrati mjesto porođaja. A što je s osobom koja joj u porođaju pomaže? S obzirom na to da je to za hrvatske primalje, bez obzira na naše

kvalifikacije, još uvijek nedorečeno područje, žene angažiraju strane primalje koje im u porođaju pomažu. Ako ne mogu angažirati stranu primalju ili ona ne stigne na vrijeme, žene se ponekad porađaju kod kuće bez stručne pomoći. Mislim da nas kao struku koja brine o dobrobiti i zaštiti zdravlja žena u trudnoći i porođaju taj podatak ne bi smio ostaviti ravnodušnima. Bez obzira na to o koliko se malo porođaja radi, trebali bismo svakoj ženi osigurati stručnu pomoć u porođaju, tim više što takva pomoć zdravstveni sustav najmanje stoji.

RASPRAVA

Pomoć ženama u porođaju kod kuće treba biti zasnovana na primaljskoj praksi temeljenoj na dokazima i pravu žene na izbor mesta porođaja, a u radnu skupinu koja bi pripremala materijale za siguran porođaj kod kuće trebaju biti uključeni svi sudionici: Ministarstvo zdravstva, Udrženje perinatologa, Hrvatska komora primalja i ženske udruge.

Radnje koje bismo trebali napraviti da ženama koje žele kućni porod to i omogućimo:

1. Samostalnost hrvatskih primalja – bez obzira na to što je Hrvatska članica EU i što je prihvatile Direktivu 2005/36/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 7. rujna 2005. godine o priznavanju stručnih kvalifikacija (članak 42), koja i Hrvatsku obvezuje, još uvijek primalje u svom radu nisu u potpunosti samostalne.
2. U suradnji s Ministarstvom zdravstva treba i primalji kroz Zakon o zdravstvenoj zaštiti omogućiti samostalnost i otvaranje privatne prakse. Privatna praksa ne znači jedino i isključivo kućni porođaj, što nam se stalno govori. U djelokrugu rada primalja ima puno poslova koja može obavljati kroz privatnu praksu, kao što je rad s trudnicama, priprema za porođaj, rad s puerperama, novorođenčadi, dojenje...
3. Odrediti tko može obavljati samostalnu primaljsku djelatnost i pod kojim uvjetima (završen studij Primateljstva, rad u rađaonici barem pet godina, redovito obnavljanje edukacija o reanimaciji novorođenčadi, šivanju epiziotomije...).
4. Stručni nadzor regulatornog tijela (MZ, HKP).
5. Odrediti pod kojim se uvjetima porođaj kod kuće može odvijati (faktori rizika za porođaj u bolnici; osobna anamneza; komplikacije u trudnoći i porođaju...) (NICE INSTITUTE 2014, UKCL 2012).
6. Vanjski kriteriji: dostupnost, sigurnost, što mora znati žena, kada primalja može odbiti, kola hitne pomoći i transport u bolnicu.
7. Osnovna oprema, pribor i lijekovi koje primalja mora imati sa sobom.
8. Informirani pristanak.
9. Prijava rođenja i vođenje porođajne dokumentacije.

10. Premještaj u rodilište (kada, zašto, premještajna lista, hitni premještaj).
11. Skrb za puerperu i novorođenče kod porođaja kod kuće – primalja skrbi za majku i novorođenče najmanje 72 sata po porođaju, najduže šest tjedana po želji majke; nakon prestanka skrbi obavijesti patronažnu službu o tijeku porođaja, stanju puerpere i novorođenčeta, dojenju... sve zabilježi u zdravstvenu dokumentaciju i knjižicu novorođenčeta.
12. Razmotriti s HZZO-om način plaćanja porođaja kod kuće po uzoru na europske zemlje.
13. Za početak, dok još nisu stvoreni svi uvjeti, bilo bi najjednostavnije i najbezbojnije za sve organizirati samostalne primaljske jedinice u/uz rodilište, u kojoj bismo mogli osigurati porođaj ženama koje to žele „kao kod kuće“.

ZAKLJUČAK

Naša razmišljanja i stavovi o porođaju kod kuće se razlikuju, međutim, žena ima pravo izabrati mjesto porođaja i to joj se kroz sustav treba omogućiti. Cilj ovog rada je bio utvrditi činjenicu da kućnih porođaja u Hrvatskoj ima te pokušati pronaći načine kako bi se ženama koje se odluče za kućni porođaj kroz sustav omogućila i stručna pomoć u takvom porođaju. Ako se žena porađa kod kuće uz pomoć primalje i dolazi do transporta u bolnicu, primalja mora moći doći s rodiljom i reći bolničkom osoblju kako je porođaj do tog trenutka napredovao te zašto se odlučila na transport. To je jedino pošteno i prema porodilji i prema primalji i prema ustanovi u koju se žena premješta, a u današnjim uvjetima, kada kućni porođaju nisu zakonski uređeni, to nije slučaj. U demografskoj slici Hrvatske, koja je sve samo ne dobra, svako je dijete važno pa tako i djeca od onih četiristotinjak majki koje su odlučile roditi u svom domu.

LITERATURA

1. Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, Marlow N, Miller A, Newburn M, Petrou S, Puddicombe D, Redshaw M, Rowe R, Sandall J, Silverton L, Stewart M. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. BMJ. 2011; 343:d7400. doi: 10.1136/bmj.d7400.
2. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2008; CD004667. doi: 10.1002/14651858. CD004667. pub2.

3. De Jonge A, Geerts CC, van der Goes BY, Mol BW, Buitendijk SE, Nijhuis JG. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG*. 2014; 14:179. doi: 10.1186/1471-2393-14-179. [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref]
4. Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the birthplace in England national prospective cohort study.
5. Wiegers TA, Kierse MJNC, van der Zee J, Berghs GAH. Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands. *BMJ*. 1996; 313(7068):1309–13. doi: 10.1136/bmj.313.7068.1309. [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref]
6. Cheyney M, Bovbjerg M, Everson C, Gordon W, Hannibal D, Vedam S. Outcomes of Care for 16,924 Planned Home Births in the United States: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009. *Journal of Midwifery Women's Health*. 201
7. Drandić D., Primaljska skrb – ljudsko pravo (svake) žene
8. Prelec A., Strokovne usmeritve za načrtovan porod doma
9. Drandić D., Ljudska prava u trudnoći i porodu
10. Zielinski R, Ackerson K, Kane LL. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *International Journal of Women's Health*. 2015; 7:361–377. doi: 10.2147/IJWH.S55561. [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref]
11. De Jonge A, Mesman JAJM, Manniën J, Zwart JJ, van Dillen J, van Roosmalen J. Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. *BMJ*. 2013 [PMC free article] [PubMed]
12. Midwives Alliance of North America Home birth statement. 2012. [Accessed December 17, 2014]. Available from: <http://mana.org/pdfs/MANAPositionStatements.pdf>.
13. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee opinion: planned home birth. *Obstet Gynecol*. 2011; 117(2):425–428.
14. American Academy of Pediatrics Policy statement: planned home birth. *Pediatrics*. 2013; 131:1016–1020
15. Blix E, Kumle M, Kjærgaard H, Øian P, Lindgren HE. Transfer to hospital in planned home births: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014;
16. The Birthplace in England Research Programme, Peter Brocklehurst on behalf of the Birthplace in England Research Programme Collaborative Group
17. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician, Patricia A. Janssen, PhD, Lee Saxell, MA, Lesley A. Page, PhD, Michael C. Klein, MD, Robert M. Liston, MD, and Shoo K. Lee, MBBS P
18. Planned hospital birth versus planned home birth, The Cochrane Library, April 17th, 2012. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000352.pub2/abstract>
19. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG*, 15 April 2009. (<http://www.homebirthsa.org.au/PDF%20Files/HomeBirth-Netherlands.pdf>)
20. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ* 2005; 330:1416 (18 June) <http://www.bmjjournals.org/content/330/7505/1416.full>
21. Home superior to hospital birth, *British Medical Journal* 2005; 330:1416-22
22. Vedam, S., Leeman, L., Cheyney, M., Fisher, T. J., Myers, S., Low, L. K., & Ruhl, C. (2014). Transfer from Planned Home Birth to Hospital: Improving Interprofessional Collaboration. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, 59(6), 624-634. doi:10.1111/jmwh.12251
23. (Distribution of births by maternity unit volume of deliveries in 2010 EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT 96 <500 500-1499 1500-2999 3000-4999 Other Home Figure 5.8)
24. Effect of planned place of birth on obstetric interventions and maternal outcomes among low-risk women: a cohort study in the Netherlands, N. Bolten, corresponding author 1 A. de Jonge, 1 E. Zwagerman, 2 P. Zwagerman, 2 T. Klomp, 1 J. J. Zwart, 3 and C. C. Geerts 1, BMC Pregnancy Childbirth. 2016; 16: 329. Published online 2016 Oct 28. doi: 10.1186/s12884-016-1130-6



OSJEĆAJ SIGURNOSTI POTIČE UNUTARNJI MIR I
ZADOVOLJSTVO SVAKOG ČOVJEKA!

SKENIRAJTE QR KOD, PRISTUPITE
POSEBNOJ PONUDI OSIGURANJA
I OSTALIM POGODNOSTIMA!



...IZBOR ODREĐUJE NAŠU
SUDBINU, A NE SPLET OKOLNOSTI.

ARISTOTEL



CERTITUDO d.o.o. za zastupanje u osiguranju

T: 01 5802 532 / M: 098 340 540 / E: info@certitudo.hr

**Paket OSIGURANJA PROFESIJE s osiguranjem od posljedica
nezgode s proširenim pokrićima**



PROFESSIONALNA OSIGURANJA*:

Osiguranje od profesionalne
odgovornosti - **POPUST 15%**

Osiguranje pravne zaštite u kaznenom,
prekršajnom i disciplinskom postupku
- **POPUST 15%**

Osiguranje naknade prihoda
- **POPUST 20%**

Osiguranje finansijskih gubitaka
(osiguranje prekida rada)
- **POPUST 20%**

Osiguranje od nesretnog slučaja s
poboljšanim tablicama invalidnosti
- **POPUST 20%**



EKSKLUSIVNA PONUDA AUTO OSIGURANJA*

**OBVEZNO AUTO OSIGURANJE -
KOMORSKI POPUST OD 10,00%**

**PROŠIRENI PAKET UZ OSIGURANJE
VOZILA [AKCIJSKA PONUDA]**

1. PAKET CARE 2. PAKET PROTEKT
AUTO KASKO - KOMORSKI POPUST 15%
**NAKON SVIH POPUSTA
PO REDOVNOM CJENIKU**

*pogodnosti za individualna ugovaranja

PREDMET OSIGURANJA	Limit pokrića po štetnom događaju po osobi	Godišnja premija po osobi
• profesionalna odgovornost	20.000,00 EUR	200,00 HRK
• pravna zaštita u kaznenom i prekršajnom postupku	20.000,00 EUR	
• pravna zaštita u disciplinskom postupku pred poslodavcem	5.333,00 EUR	
• troškove zastupanja osiguranika u kaznenom postupku koji je protiv istog pokrenut radi prometne nezgode	5.333,00 EUR	
• Osiguranje od posljedica nesretnog slučaja [prema tablici]		
OSIGURANI RIZICI	Osigurana svota u EUR	
Smrt uslijed nezgode	5.000,00	
Smrt uslijed prometne nezgode	2.000,00	
Smrt uslijed bolesti	1.500,00	
Trajni invaliditet uslijed nezgode – progresija do 500%	6.000,00	
Svota u slučaju 100% trajnog invaliditeta uslijed nezgode iznosi	30.000,00	
Nastanak teških bolesti	1.500,00	
Kozmetička operacija	do 3.500,00	
Hospitalizacija, boravak u bolnici uslijed nezgode, 7 – 14 dana 2%, 14-21 dan, 3%, 22 i više dana, 4% od osnovice	6.000,00	
Iznenađna smrt uslijed bolesti	1.000,00	
Lom kosti uslijed nezgode	20,00	



SAVE THE DATE

PROSLAVA 10. GODIŠNICE RADA HRVATSKE KOMORE PRIMALJA
Hotel Valamar Diamant, Poreč od 6. do 8. rujna 2019.

Iznimni predavači iz svijeta i Hrvatske:

Amy Brown, profesorica javnog zdravstva na Swansea University u Velikoj Britaniji

Gina Weissman, savjetnica za dojenje iz Izraela

Dinka Barić, savjetnica za dojenje iz Hrvatske

I drugi ugledni predavači...

S obzirom na to da će se proslava 10. godišnjice rada Hrvatske komore primalja održati između svjetskog tjedna dojenja i tjedna dojenja koji lokalno obilježavamo u našoj zemlji, edukacija će biti na temu:
"Zaštita i promocija dojenja".