Primaljski vjesnik

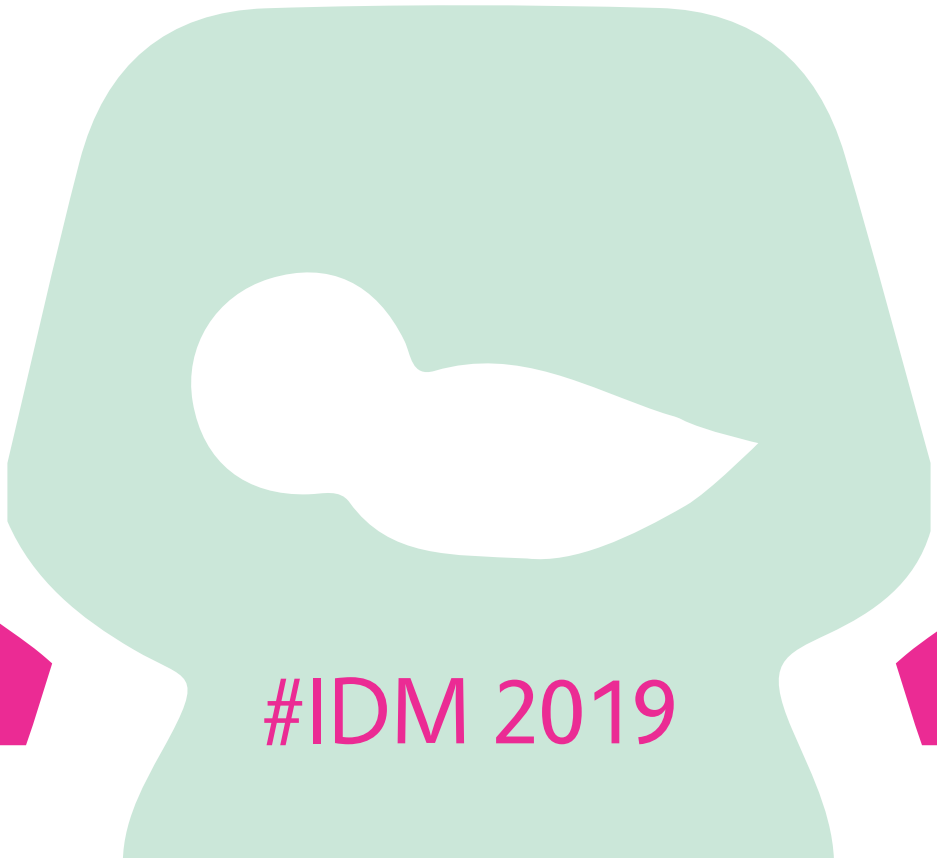
Primaljski vjesnik • Broj 25/26 • ISSN 1848-5863 • Svibanj 2019.

„Primalje-zaštitnice žena"

MEĐUNARODNI DAN PRIMALJA

IDM

5. SVIBNJA 2019.

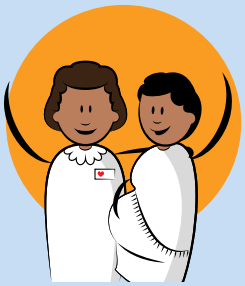


#IDM 2019

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.

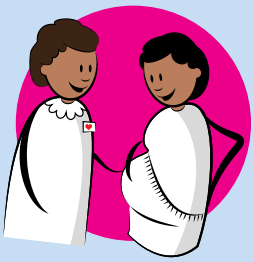
1.i Olakšati fiziološke procese tijekom porođaja u institucijskim sredinama i zajednici, uključujući domove žena.

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 novorođenačkim 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.

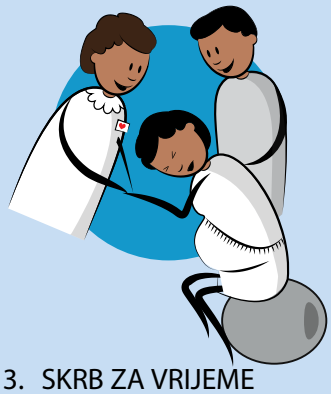
2.e Promovirati i podupirati zdravstveno ponašanje koje unapređuje zdravlje.

2.f Pružiti predviđene smjernice povezane s trudnoćom, porođajem, dojenjem, roditeljstvom i promjenama u obitelji.

2.g Ustanoviti, postupati i upućivati žene s kompliciranim trudnoćama na višu razinu skrbi.

2.h Pomoći ženama i njihovim obiteljima u planiranju odgovarajućeg mjesta za porođaj.

2.i Osigurati adekvatnu skrb ženama kod neplaniranih trudnoća.



3. SKRB ZA VRIJEME POROĐAJA

3.a Promovirati fiziološki porođaj.

3.b Osigurati siguran spontani vaginalni porođaj i spriječiti moguće komplikacije.

3.c Osigurati njegu novorođenčetu neposredno nakon porođaja, te osigurati „zlatni sat" i rooming-in.

4. KONTINUIRANA SKRB ZA ŽENE I NOVOROĐENČAD

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

HRVATSKA KOMORA® PRIMALJA

CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES

Želite li saznati više?

Pronađite cijeli dokument na www.internationalmidwives.org

PROSLAVA 10. GODIŠNJICE
RADA HRVATSKE KOMORE PRIMALJA

Valamar Diamant Hotel **

Poreč, 06.09. – 08.09.2019.

PROSLAVA 10. GODIŠNJICE RADA HRVATSKE KOMORE PRIMALJA

Valamar Diamant Hotel ****
Poreč, 06.09. – 08.09.2019.

PRVA OBAVIJEST

Poštovani/a,
iznimno nam je zadovoljstvo izvijestiti Vas da Hrvatska komora primalja obilježava svojih 10 godina rada te da će se proslava i edukacija održati u Poreču, Valamar Diamant Hotelu 4* od 06.09. do 08.09.2019. godine.
Hrvatska komora primalja osnovana je 27. ožujka 2009. godine kao samostalna, neovisna, strukovna, zakonski utemeljena organizacija primalja koja djeluje na području Republike Hrvatske, štiti prava i zastupa interese primalja, unapređuje primaljsku djelatnost, brine se za ugled primalja i pravilno obavljanje primaljskog zvanja.
U sklopu proslave 10. godišnjice rada Komore, održati će se i razne edukacije, uz domaće, sudjelovati će i izvrsni predavači iz inozemstva. S obzirom da će se proslava 10. godišnjice rada Hrvatske komore primalja održati u periodu između svjetskog tjedna dojenja i tjedna dojenja koji lokalno slavimo u našoj zemlji, edukacija će biti na temu: **"Zaštita i promocije dojenja".**

Pozivamo i Vas da nam se pridružite i uveličate našu 10. godišnjicu rada!

S poštovanjem,
Predsjednica Komore Barbara Finderle, bacc. obs., IBCLC

OPĆE INFORMACIJE

KOTIZACIJA

VRSTA KOTIZACIJE	RANA KOTIZACIJA. Uplata do 01.05.2019.	KASNA KOTIZACIJA Uplata nakon 01.05.2019.
Individualna	500,00 HRK	700,00 HRK
Grupna – 4 +1 GRATIS	2.000,00 HRK	2.800,00 HRK

Kotizacija je obvezna za sve sudionike.
Kotizacija uključuje: pristup stručnom skupu, svečano otvorenje, tiskane matarijale, pauze za kavu, bodove prema Pravilniku za trajno usavršavanje nadležnih Komora.
Kotizacija ne uključuje:
smještaj i obroke prema prema Programu

Rok za uplatu RANE kotizacije je do 01.05.2019. a KASNE kotizacije najkasnije do 20.08.2019.
Nije moguća uplata kotizacija na licu mjesta.
Broj sudionika je ograničen.

UPLATA KOTIZACIJE

Uplatu kotizacije potrebno je doznačiti na račun:
Naziv primatelja: LIBURNIA LINK
Adresa: Oprić 80a
Mjesto (sjedište): Lovran
Ime banke: Raiffeisenbank Austria d.d.
IBAN:HR9424840081135040956
Poziv na broj: 00 06092019
Svrha plaćanja: KOTIZACIJA – IME I PREZIME (kod uplate obavezno navesti ime sudionika u opisu plaćanja)
Sve bankove troškove snosi uplatitelj.

NAČIN PRIJAVE

Za prijavu molimo koristite ovaj PRIJAVNI OBRAZAC
Prijava će biti valjana tek nakon što organizator primi uplatu.

POSTER PREZENTACIJE

Ukoliko želite možete prijaviti aktivno sudjelovanje kroz poster prezentaciju. Poster treba biti dimenzija širina 707 mm x visina 1000 mm (standardni B1 format) i treba ga donjeti u fizičkom obliku na edukaciju. Za detaljnije upute i prijave poster prezentacije molimo da nas kontaktirate na email *tajnica@komora- primalja.hr.*

DRUŠTVENI PROGRAM

07.09.2019 u 20:00 sati organizirana je zajednička večera uz muziku uživo po cijeni od 200,00 HRK po osobi. Piće dobrodošlice uključeno u cijenu.

SMJEŠTAJ

Za sve informacije za smještaj po posebnim cijenama u Valamar Diamant Residence apartmanima ili hotelski smještaj ljubazno vas molim da se javite na email *iva@liburnia.com* ili na broj 098 195 7817.

PRELIMINARNI PROGRAM

Petak, 06.09.2019. DVORANA MAGNOLIA

14:00 - 16:00	Registracija sudionika
16:00 - 17:00	Svečanost otvaranja
17:00 - 17:45	*prof. dr. sc. Ana Stavljenić- Rukavina* Tema predavanja: Upravljanje u zdravstvenom sustavu
17:45 - 18:15	Pauza za kavu
18:15 - 19:00	*doc. dr. sc. Radojka Kraljević* Tema predavanja: Važni činitelji u razumijevanju profesionalnih konflikata

Subota, 07.09.2019. DVORANA MAGNOLIA

9:00 - 10:00	*Amy Brown, PhD, Professor (UK) (simultano prevođenje)* Tema predavanja: Breastfeeding and Body Image: what messages are we giving new mothers?
10:00 - 10:45	*doc.dr. Ana Polona Mivšek, BSc in midwifery, MSc, PhD (SLO) (simultano prevođenje)* Tema predavanja: Professional identity of the midwife
10:45 - 11:15	Pauza za kavu
11:15 - 12:45	*Dr. Gina Weissman, DMD, RN, IBCLC (Izrael) (simultano prevođenje)* Tema predavanja: Breastfeeding updates 2019: * Why women don't succeed in breastfeeding? * Making more milk: How Breastfeeding management on the first days, can maximize milk supply 4 weeks later - for mothers who WANT to breastfeed (And how to help mothers who don't want to breastfeed to dry up their milk efficiently) * Instinctive breastfeeding AME – Antenatal Milk Expression: A powerful tool for successful breastfeeding
12:45 - 14:15	PAUZA
14:15 - 15:15	*Dr. Gina Weissman, DMD, RN, IBCLC (Izrael) (simultano prevođenje)* Tema predavanja: Breastfeeding after cosmetic breast surgery
15:15 - 16:00	*Dinka Barić , mag.med.techn., IBCLC* Tema predavanja: Banka mlijeka
16:00 - 16:30	Pauza za kavu
16:30 - 17:00	*Prof. Daniela Malnar dr. med.* Tema predavanja: Školovanje prvostupnica i magistra primaljstva u Rijeci
17:00 -17:15	*Mašenjka Katić, mag. nutricionizma* Tema predavanja: Hidracija i prirodne mineralne vode – nove znanstvene spoznaje (Sponozorsko predavanje - Jamnica)
17:15 – 17:35	*Biserka Matok - Glavaš, bacc.obs.,mag. med. techn., Sonja Kočiš Čovran, bacc.obs.,* mag. med. techn., Silvija Würth, bacc.obs., Neda Davidović, primalja Tema predavanja: Rezultati ankete za zdravstvene djelatnike i javnost vezano za stavove prema primaljama
17:35 – 17:55	*Banana Kunina, bacc.obs.* Tema predavanja: Poštivanje Međunarodnog pravilnika o reklamiranju nadomjestaka majčinog mlijeka
17:55-18:15	*Kristina Mikuličić, mag. iur* Tema predavanja: Priziv savjesti u primaljstvu
20:00- 02:00	Zajednička večera uz muziku uživo uz nadoplatu!

HRVATSKA KOMORA PRIMALJA / CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES
DESET GODINA RADA
2009 - 2019

ORGANIZATOR

Hrvatska komora primalja

HRVATSKA KOMORA ®
PRIMALJA
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES

ORGANIZACIJSKI ODBOR

Barbara Finderle
Suzana Haramina
Erika Spirić
Banana Kunina
Biserka Matok Glavaš
Iva Podhorsky Štorek
Blaženka Rafaj
Teuta Grdinić
Kristina Sinovčević

PRIJAVE, INFORMACIJE I REZERVACIJE

LIBURNIA LINK (Internet TA „LIBURNIA TRAVEL“)
Kontakt osoba: Iva Jazvić
Email: iva@liburnia.com
Mob: 098 195 7817

Sadržaj

UVODNA RIJEČ	5
UNAPREĐENJE PRIMALJSTVA U KOPRIVNIČKOJ BOLNICI	7
PRIMALJSKA SKRB RODILJE KOD POROĐAJA U VODI	8
RAYNAUDOV FENOMEN I DOJENJE	15
UTJECAJ TRUDNIČKIH INFEKCIJA NA POVIŠENU VRIJEDNOST CRP-a KOD NOVOROĐENČETA	18
PRIZIV SAVJESTI U PRIMALJSTVU	24
STRUČNI POSJET UKC-u LJUBLJANA I UNIVERZI V LJUBLJANI – ZDRAVSTVENA FAKULTETA	27
DOJENJE, ZAJEDNIČKO SPAVANJE I SIDS	28
HIGIJENSKI ULOŠCI POČETKOM 20-og STOLJEĆA	31
KAD DOJENJE RASTUŽUJE	33
USVOJENOST STRUČNOG ZNANJA IZ PODRUČJA ANATOMIJE I ZDRAVSTVENE NJEGE	35
POROĐAJ KOD KUĆE UZ ASISTENCIJU PRIMALJE	46

HRVATSKA KOMORA ®
PRIMALJA
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES

Poštovani/e članovi/ice,

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 sve pismene pošiljke dostavljate na novu adresu.

Stavovi autora/ica izneseni u ovom časopisu ne predstavljaju službene stavove Hrvatske komore primalja i Hrvatske udruge za promicanje primaljstva, izdavača Primaljskog vjesnika.

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

Uredništvo Primaljskog vjesnika

EDUKACIJE

- 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 tisak: Alfacommerce d.o.o.
Naklada: 700 primjeraka
Tekstovi su lektorirani, recenzirani i autori odgovaraju za istinitost sadržaja.
List je besplatan.

Poštovane kolegice i kolege!

pred vama je novi broj Primaljskog vjesnika i na ovaj način se zahvaljujemo svima koji su sudjelovali u njegovom stvaranju.

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

Krenuli smo s revizijom primaljskih lista koje ćemo dostaviti Ministarstvu zdravstva. Misija Komore je svakako aktivno raditi na tome da se primaljske liste uvedu u upotrebu što je prije moguće. Također, radimo i na izradi kompetencija po razinama u primaljskoj skrbi. Kompetencije koje su Zakonom o primaljstvu propisane su dobre i usklađene s Direktivom 2005/36/EZ Europskog parlamenta i Vijeća EU, ali naravno, zakonom se ne mogu propisati sve kompetencije te je iznimno važno napraviti dokument svih kompetencija u primaljstvu jer smo uočili da razne institucije različito tumače djelatnost primalja.

Već treću godinu za redom je potpisan Ugovor o poslovnoj suradnji s Hrvatskom komorom medicinskih sestara kojim se obje Komore obvezuju na priznavanje stručnog usavršavanja članu svoje Komore u organizaciji druge Komore. Jako nas raduje dobra i kvalitetna suradnja s Hrvatskom komorom medicinskih sestara u korist članica obiju Komora.

Prema informacijama zaprimljenim od djelatnika Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci diplomski studij primaljstva započinje sa svojim radom u akademskoj 2019/2020. godini. Zadovoljni smo zbog činjenice da je prepoznata važnost diplomskog studija primaljstva te se nadamo dobrom odazivu primalja.

Novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine 100/2018) stupio je na snagu 1. siječnja 2019. godine, a u okviru nove regulative u najbitnijem navodi u čl. 30. st. 2. primaljsku skrb kao djelatnost zdravstvene zaštite na primarnoj razini te su u čl. 49. primalje naznačene kao zdravstveni radnici koji mogu obavljati privatnu praksu iz svoje kvalifikacije stečene obrazovanjem.

Veliko nam je zadovoljstvo izvijestiti vas da je Hrvatska komora primalja, nakon velikog rada i truda, 27. veljače 2019. zaprimila suglasnost Ministarstva zdravstva na Odluku o izmjenama i dopunama Statuta Hrvatske komore primalja koju je donijela Skupština Hrvatske komore primalja 13. prosinca 2018. godine. Najbitnije izmjene i dopune Statuta su mogućnost dobrovoljnog članstva i nakladnička djelatnost.

Generali osiguranje d.d. u suradnji s Certitudo d.o.o. je i ove godine pripremio ekskluzivnu ponudu osiguranja, kredita i drugih pogodnosti za članove Hrvatske komore primalja i članove njihovih obitelji. Ako ste zainteresirani cjelovitu ponudu možete pogledati na službenoj internetskoj stranici Komore.

Prvi kongres KOKOZ-a i 3. hrvatski kongres medicinskog prava održao se u Rapcu od 22. do 24. ožujka 2019. godine. Hrvatska komora primalja je sudjelovala s dva predavanja pod nazivom „Usporedba primaljske djelatnosti kroz zakonske okvire i praksu“ te „Priziv savjesti u primaljstvu“. Također, održao se okrugli stol „Kako ostvariti funkcionalniji zdravstveni sustav“ na kojem su sudjelovali predstavnici svih komora u zdravstvu i državni tajnik prim. Željko Plazonić, dr. med. Predstavnice Hrvatske komore primalja su se na okruglom stolu osvrnule na promjene u primaljstvu koje je donio novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti koji je stupio na snagu 1. siječnja ove godine.

Iznimno nam je zadovoljstvo izvijestiti vas da Hrvatska komora primalja obilježava svojih deset godina rada te da će se proslava održati u Poreču, u hotelu Valamar Diamant, od 6. do 8. rujna 2019. godine. Samo da podsjetimo, Hrvatska komora primalja osnovana je 27. ožujka 2009. godine kao samostalna, neovisna, strukovna, zakonski utemeljena organizacija primalja koja djeluje na području Republike Hrvatske, štiti prava i zastupa interese primalja, unapređuje primaljsku djelatnost, brine se za ugled

primalja i pravilno obavljanje primaljskog zvanja. U sklopu proslave 10. godišnjice rada Komore, održat će se i razne edukacije, a uz domaće, sudjelovat će i izvrsni predavači iz inozemstva – Amy Brown, profesorica javnog zdravstva na Swansea University u Velikoj Britaniji i Gina Weissman, savjetnica za dojenje iz Izraela. S obzirom na to da će se proslava prvog desetljeća 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".Čast nam je i zadovoljstvo obavijestiti vas kako je pokroviteljstvo nad obilježavanjem 10. obljetnice rada Hrvatske komore primalja prihvatila predsjednica Republike Hrvatske Kolinda Grabar Kitarović i Ministarstvo zdravstva. Zahvaljujemo se hrvatskoj predsjednici na počasnom pokroviteljstvu i značaju koji je time dala našem skupu.

Pozivamo i vas da nam se pridružite i prijavite putem obrasca na prvoj obavijesti koja se nalazi na službenoj internetskoj stranici Komore.

Hrvatska komora primalja svake godine 5. svibnja obilježava Međunarodni dan primalja prema smjernicama ICM-a (*International Confederation of Midwives*). Ovogodišnji slogan pod kojim obilježavamo Međunarodni dan primalja je „Primalje – zaštitnice žena". Komora će u suradnji s Gradom Zagrebom, zagrebačkim gradskim uredom za zdravstvo, ove godine na taj dan pokloniti svim trudnicama, koje su u mogućnosti doći u Zagreb, tečaj za trudnice i partnere koji će voditi upravo primalje s dugogodišnjim iskustvom rada u rodilištima. Detaljne upute i materijale poslat ćemo i u druga područna vijeća koja imaju mogućnost organizirati proslavu našeg dana na sličan način.

Ovim bismo putem zaželjeli svim dragim kolegicama sretan Međunarodni dan primalja!

Srdačno vas pozdravljam
Barbara Finderle,
predsjednica HKP-a

Unapređenje primaljstva u Koprivničkoj bolnici

Ivana Brunec, prvostupnica primaljstva

Razlikovni *bridging* program za primaljstvo ponovno je pokrenut 2017. godine, a završilo ga je sveukupno 16 primalja. Sve polaznice *bridging* programa troškove školovanja snosile su same, osim dviju primalja iz Koprivnice kojima je ustanova u kojoj su zaposlene platila cjelokupni iznos troškova školarine, upisnine i osigurala im plaćene slobodne dane za vrijeme predavanja što im je svakako olakšalo studiranje.

U Općoj bolnici „Dr. Tomislav Bardek“ prošle godine obavljeno je 795 poroda. U rodilištu rade isključivo primalje i to pet prvostupnica primaljstva te deset primalja. Na odjelu ginekologije radi pet primalja, dvije primaljske asistentice, jedna medicinska sestra te tri prvostupnice sestrinstva. U ginekološkoj specijalističkoj ambulanti rade dvije primalje, a u dječjoj sobi koja pripada odjelu pedijatrije rade tri primalje, šest medicinskih sestara i dvije prvostupnice sestrinstva. Glavna sestra ginekološko-porođajnog odjela je prvostupnica sestrinstva dok je voditeljica rađaone i rodilišta prvostupnica primaljstva. Smjenski rad na odjelu organiziran je kroz osmosatno radno vrijeme u kojem se zdravstvena njega provodi po propisanim standardima kako bi se postigla najveća moguća kvaliteta usluga. Prosjek godina zaposlenika koji provode sestrinsku i primaljsku skrb u našoj ustanovi je 42 godine života. U punu mirovinu 2019. godine odlaze dvije primalje te se, kao i do sada, na ta radna mjesta planiraju zaposliti osobe koje imaju propisano formalno obrazovanje sukladno radnom mjestu. U prilog tome govori i podatak da je od ukupno 40 primalja u Koprivničko-križevačkoj županiji 27 zaposleno u bolnici. Nadamo se i vjerujemo da će koprivnička bolnica postati uzor ostalima i tako pridonijeti razvoju i napretku primaljstva.

Opća bolnica „Dr. Tomislav Bardek“ u Koprivnici

Prvostupnice primaljstva Ivana Brunec i Jasminka Mrculin

Primaljska skrb rodilje kod porođaja u vodi

Magdalena Kurbanović, univ. bacc. obs., IBCLC
Opća bolnica Pula

UVOD

Porođaj u vodi predstavlja jednu od strategija pružanja primaljske skrbi u potpori fiziološkog porođaja. Upotreba vode u porođaju mijenja dinamiku porođaja te vraća kontrolu rodiljama budući da omogućuje kontinuiranu skrb i dostupnost mirnog okružja i privatnosti u kojem rodilja može rađati bez nepotrebnih medicinskih intervencija. Potražnja za porođajem u vodi značajno je porasla u zadnja tri desetljeća što je posljedica odgovora na rastuću medikalizaciju porođaja. Porođaj u vodi predstavlja pristup rađanju koji podupire autonomiju rodilje, mijenjajući okruženje i kvalitetu interakcija svih osoba uključenih u skrb (1).

Porođaj u vodi pruža mnoge dobrobiti za majku i novorođenče. Pozitivni fiziološki učinci uranjanja u vodu tijekom porođaja poboljšavaju neurohormonalne interakcije. To vodi do ublažavanja boli, olakšavanja napredovanja porođaja, poboljšavanja prokrvljenosti maternice, manje bolnih kontrakcija i kraćeg trajanja porođaja, s manje opstetričkih intervencija, što u konačnici ima brojne povoljne učinke na majku i novorođenče (2). Porođaj u vodi doprinosi očuvanju privatnosti jer se žene osjećaju zaštićene vodom (3). Upotreba vode tijekom porođaja pruža rodilji alternativni način postizanja ugode, mobilnosti i privatnosti te tako povećava mogućnost za iskustvo porođaja kojim će biti vrlo zadovoljna. Voda pruža okružje u kojem se žena može ponašati instinktivno i osjećati kontrolu. Kada žena ima osjećaj kontrole tijekom porođaja ona doživljava veći stupanj emocionalnog blagostanja u postnatalnom razdoblju (4).

OSOBITOSTI PRIMALJSKE SKRBI PRI POROĐAJU U VODI

Da bi se omogućile dobrobiti porođaja u vodi i najveći mogući stupanj sigurnosti nužno je da ustanove koje pružaju uslugu porođaja u vodi osiguraju sustave i strukture koji će stvoriti protokole i smjernice za porođaj u vodi, a koji su zasnovani na dokazima. Dok se smjernice i protokoli razlikuju od ustanove do ustanove, postoje opća načela koja proizlaze iz literature, a odnose se na dobrobiti i sagledavanje rizika upotrebe vode u porođaju (5).

OBRAZOVANJE I STAVOVI PRIMALJA O POROĐAJU U VODI

Primaljsku skrb tijekom porođaja u vodi trebale bi pružati primalje koje su posebno educirane za pružanje takve skrbi te imaju odgovarajuće iskustvo u tom području. Standardni zahtjevi za odgovarajuće iskustvo često podrazumijevaju sudjelovanje u najmanje dvama porođajima u vodi pod nadzorom mentora te pohađanje edukacijskog seminara ili radionice o porođaju u vodi (4). Sustav mentorstva je vrlo bitan u edukaciji za pružanje primaljske skrbi pri porođaju u vodi jer njime primalje dobivaju ne samo znanja i sposobnosti, nego i samopouzdanje za pružanje takvog oblika skrbi radi postojanja potpore iskusne primalje u svakom trenutku (6).

Osim odgovarajuće edukacije nužno je da primalje koje skrbe o ženama tijekom porođaja u vodi imaju pozitivne stavove prema porođaju u vodi. Primalje koje nemaju mnogo iskustva s porođajem u vodi ili se protive takvom načinu rađanja mogu postati osjetljivije na moguće probleme te je vjerojatnije da će koristiti nepotrebne intervencije ili uputiti rodilju da napusti vodu. Negativni stavovi primalja prema porođaju u vodi utječu na odabir rodilje te će rodilje češće odabirati porođaj u vodi ako primalje iz ustanove koja nudi tu uslugu imaju pozitivan stav prema tome. To objašnjava velike razlike između postotaka porođaja u vodi između različitih ustanova koje nude takvu uslugu (5).

Ključni korak u uvođenju porođaja u vodi u kliničku praksu neke ustanove je rasprava među svim osobljem koje je uključeno u rad s rodiljama. To uključuje porodničare, neonatologe, primalje, administraciju i osoblje zaduženo za održavanje ustanove. Primalje, kao i ostalo osoblje, mogu biti zabrinuti da će porođaj u vodi uzrokovati povećanje njihovog radnog opterećenja radi posebnosti aspekta skrbi koje zahtijeva. Pružajući svom osoblju uključenom u skrb rodilja ključne izvore informacija o porođaju u vodi, kao što su rezultati istraživanja te donošenje jasnih i detaljnih smjernica, može se pridonijeti razumijevanju potencijalnih dobrobiti porođaja u vodi te smanjenju negativnih stavova (7).

OPREMA ZA POROĐAJ U VODI

Osim odgovarajuće opreme koja je potrebna pri konvencionalnom porođaju, za porođaj u vodi nužna je i posebna oprema. Uranjanje u vodu može se odvijati u samostojećim kadama koje mogu biti trajno postavljene u sobu za rađanje ili u kadama ili bazenima koji se mogu seliti iz sobe u sobu po potrebi. Prednost trajno postavljenih kada koje su spojene na vodovodni sustav je u tome što se ne moraju puniti ni prazniti uz upotrebu crijeva te se tako smanjuje rizik kontaminacije. Mobilne kade na kotačima mogu pružiti veću dostupnost jer se mogu po potrebi prebacivati u sobu ako žena poželi porođaj u vodi. Bazeni napravljeni od plastike ili sličnih materijala su također jedna od opcija. Njihova upotreba je uglavnom vezana za kućne porođaje, no prikladne su i za upotrebu u ustanovama, pogotovo kada broj porođaja u vodi u nekoj ustanovi nije velik te ne opravdava trošak trajne kade. Prednost u ustanovama im je i mogućnost jednostavne pohrane kada nisu u upotrebi. Kod trajnih kada nužno je pridržavati se protokola za čišćenje radi kontrole infekcije, dok se za plastične bazene uz čišćenje preporuča upotreba jednokratnih plastičnih podložaka koji će obložiti bazen (8). Bazen ili kada mora biti dovoljno duboka da omogući uranjanje žene do razine grudi kada sjedi ili kleči u vodi da bi dobrobiti uranjanja u vodu bile omogućene. Osim bazena ili kade potrebna je kontinuirana dostupnost dovoljnih količina tople i hladne vode za njihovo punjenje. Kod upotrebe bazena potrebna je i vodootporna pumpa za pražnjenje bazena te se savjetuje probno punjenje i pražnjenje bazena prije upotrebe radi vremenske orijentacije. Oko kade ili bazena potrebno je imati protuklizne obloge na podu da bi se spriječio rizik od nezgoda primalja ili rodilje pri izlasku ili ulasku u vodu. Bazenu ili kadi bi se trebalo moći pristupiti s dviju ili više strana. U bolničkom okruženju savjetuje se dostupnost uređaja za dizanje u blizini kade za porođaj kojim bi se rodilja mogla brzo evakuirati iz vode ako dođe do komplikacija. Potrebno je imati pripremljeno područje za reanimaciju novorođenčeta sa svom potrebnom opremom i lijekovima.

Također je potrebno imati potreban pribor za reanimaciju majke, kao i pripremljen prostor za dovršetak porođaja izvan vode u slučaju komplikacija ili u slučaju želje majke da napusti vodu u bilo kojem trenutku porođaja. Za nadzor stanja fetusa tijekom porođaja potrebni su vodootporni doppler uređaj ili vodootporna opstetrička slušalica (*pinard*) te u nekim slučajevima vodootporna telemetrijska kardiotokografija za kontinuirani nadzor. Vodootporni termometri mogu se koristiti za mjerenje temperature vode, a također je potrebno imati i toplomjer za mjerenje temperature majke prije ulaska u vodu, kao i tijekom porođaja. Za osobnu zaštitu od infekcije potrebna je odgovarajuća zaštitna oprema za primalju koja uključuje plastične pregače te duge rukavice. Stolčići ili stepenice se mogu postaviti pored kade za lakši ulazak i izlazak rodilje iz vode, a također se mogu koristiti za lakše pozicioniranje primalje pri izvođenju postupaka u vodi. Preporuča se i upotreba vodootporne svjetiljke koja bi pomogla u vizualizaciji ispod površine vode posebice ako postane krvava, kao i upotreba ogledala koja bi olakšala vizualizaciju perineuralnog područja i procjenu napretka u drugom porođajnom dobu primalji, ali i samoj rodilji. Savjetuje se upotreba mrežice ili sita za eliminiranje moguće fekalne kontaminacije vode tijekom porođaja. Potrebno je imati dovoljne zalihe suhih, toplih ručnika za majku i za novorođenče radi sprečavanja pothlađivanja, a za novorođenče se preporuča i upotreba kapica (7, 5, 9, 10).

KONTROLA INFEKCIJE

Radi postojanja rizika od infekcije prilikom upotrebe vode pri porođaju nužno je oblikovanje i pridržavanje protokola za kontrolu infekcije. Sustavan proces čišćenja kade i opreme mora biti zabilježen u protokolima ustanove te provođen nakon svakog porođaja u vodi (7). Ne preporuča se upotreba kada koje sadrže mlaznice, no ako se koristi takva kada nužno je redovito čišćenje mlaznica, odvoda, crijeva i filtera. Pri punjenju kade ili bazena preporuča se puštanje vode iz slavine da teče pet minuta u odvod prije nego se započne punjenje kade radi smanjenja rizika od infekcije bakterijama *Pseudomonsas aeroginosa* i *Legionella pneumophila*.

Savjetuju se rutinska mikrobiološka testiranja kade ili bazena te vode. Sav pribor i oprema koju nije moguće detaljno dezinficirati mora biti jednokratna. Ako voda postane kontaminirana fekalijama za vrijeme porođaja potrebno je koristiti jednokratne mrežice za uklanjanje fekalija, a ako je kontaminacija velika savjetuje se privremeni izlazak rodilje iz vode te čišćenje i izmjena vode u kadi (10).

Smatra se da je rizik zaraze primalja virusom humane imunodeficijencije (HIV) prilikom porođaja u vodi manji od rizika kojem bi bile izložene mogućim prskanjem krvi prilikom konvencionalnog porođaja radi razrjeđenja koncentracije virusa vodom i činjenice da je izrazito osjetljiv na toplinu, no rizik od zaraze virusom hepatitisa B (HBV) znatno je veći kod porođaja u vodi te se preporuča cijepljenje osoblja, kao i probir rodilja koje rađaju u vodi (8). Nužno je također nošenje zaštitne opreme koja uključuje duge rukavice te prekrivanje svih oštećenja na koži vodootpornim zavojima (10).

ODABIR KANDIDATKINJA ZA POROĐAJ U VODI

Da bi se omogućio najveći stupanj sigurnosti za rodilju i novorođenče nužan je pažljiv odabir kandidatkinja za porođaj u vodi. Sva istraživanja koja pokazuju da rizik porođaja u vodi nije ništa veći od rizika prisutnog u konvencionalnim porođajima odnose se na fiziološki porođaj rodilja koje su imale nekompliciranu trudnoću te je potrebno definirati kriterije koji to određuju. Primalja mora koristiti svoje znanje i kliničku procjenu pri odabiru rodilja koje će imati dobrobiti porođaja u vodi (5).

Rodilje koje mogu koristiti porođaj u vodi moraju biti zdrave žene kod kojih ne postoje medicinski ili porodnički faktori rizika, te koje su prethodno dale informirani pristanak za porođaj u vodi. Trudnoća mora biti jednoplodna, gestacijske dobi između 37 i 42 tjedna, fetus mora biti u stavu glavom. Rodilja ne smije biti nositelj virusa humane imunodeficijencije (HIV), hepatitisa B ili C virusa. Savjetuje se da indeks tjelesne mase rodilje ne prelazi 35,0 prije trudnoće odnosno pri prvom antenatalnom pregledu. Pozitivni vaginalni bris na streptokok grupe B nije kontraindikacija za porođaj u vodi, no u tom slučaju se primjenjuju intravenski antibiotici, kao i u slučaju rodilja s prijevremenim prsnućem vodenjaka do kojeg je došlo prije više od 18 do 24 sata prije uranjanja u vodu. Savjetuje se da rodilja bude u aktivnoj fazi porođaja prije ulaska u vodu no konačna odluka se prepušta procjeni primalje.

Za vrijeme porođaja dodatni kriteriji se moraju uzeti u obzir za ostanak u vodi. Svi promatrani maternalni i fetalni parametri moraju biti u granicama normale u svakom trenutku. Ne smije postojati kontraindikacija za intermitentnu auskultaciju fetalnih otkucaja srca. Amnionska tekućina mora biti bistra uz prisutnu urednu srčanu akciju fetusa (10).

KONTRAINDIKACIJE ZA POROĐAJ U VODI

Ne postoje jedinstvene kontraindikacije za porođaj u vodi. One se razlikuju među ustanovama i primaljama obzirom na njihovo iskustvo s određenim komplikacijama. No neke kontraindikacije se smatraju uobičajenim kod većine pružatelja porođaja u vodi.

Većina ustanova i primalja smatra višeplodnu trudnoću te porođaj zatkom apsolutnim kontraindikacijama za porođaj u vodi, kao i dijagnozu preeklampsije, intrauterinog zastoja rasta fetusa, postojanje faktora rizika za distociju fetalnih ramena ili indeks tjelesne mase iznad 35,0. Prijevremeni porođaj uglavnom je kontraindikacija za porođaj u vodi, iako su zabilježeni porođaji u vodi u gestacijskoj dobi od 33 tjedna. Postojanje prijašnje dijagnoze postpartalnog krvarenja, prekomjernog krvarenja ili infekcije rodilje se također smatra kontraindikacijom za porođaj u vodi. Uranjanje u vodu tijekom porođaja ne savjetuje se ni ženama koje imaju zabilježenu distociju fetalnih ramena i carski rez u prethodnim porođajima. Određena medicinska stanja koja uključuju dijabetes ovisan o inzulinu, aktivni herpes, HIV pozitivan status, zloupotreba alkohola ili droga, bilo koja teža bolest te problemi s pokretljivošću koji mogu otežati hitan izlazak iz vode tijekom porođaja smatraju se kontraindikacijom za porođaj u vodi.

Kontraindikacije tijekom porođaja uključuju mekonijsku amnionsku tekućinu, pireksiju, poremećaje fetalne srčane frekvencije, intrapartalno krvarenje. Upotreba opioidnih analgetika unutar dva do četiri sata od ulaska u vodu strogo je zabranjena. U većini ustanova epiduralna analgezija se također smatra kontraindikacijom za porođaj u vodi (4).

PRIMALJSKA SKRB TIJEKOM PRVOG POROĐAJNOG DOBA U VODI

Zadaća primalje tijekom prvog porođajnog doba je ponuditi rodiljama koje odgovaraju kriterijima porođaj u vodi kao metodu opuštanja i ublažavanja boli. Pri tome treba osigurati informirani pristanak rodilje. Rodilji treba omogućiti ulazak u vodu kada ona to želi. Smjernice vezane uz određenu dilataciju maternicnog ušća nisu preporučljive. Primalja treba savjetovati rodilji ulazak u vodu kada kontrakcije postanu jake, redovite i bolne, ali odluku treba prepustiti rodilji.

Priprema rodilje za porođaj u smislu primjene klizme se obavlja samo uz pristanak rodilje. Preporučljivo je tuširanje rodilje prije ulaska u kadu. Primalja treba osigurati da bude prisutna uz rodilju u svakom trenutku dok se ona nalazi u vodi. Prostorija u kojoj se odvija porođaj u vodi bi trebala biti ugodna, prigušenih svjetala i ugodne temperature (11). Kadu za porođaj primalja mora prethodno napuniti vodom na način da prvo nekoliko minuta pušta vodu da teče u odvod da bi se smanjio rizik od infekcije, a zatim napuniti kadu s toplom vodom. U vodu nije preporučeno stavljati nikakve dodatke, posebice eterična ulja, jer postoje naznake da mogu imati štetan utjecaj na novorođenče. Upotreba aromaterapije za opuštanje se može koristiti na druge načine. Voda u kadi treba dosezati do ženinih grudi dok sjedi ili kleči u kadi, ali ne prelaziti razinu pazuha da bi se ostvario najpovoljniji učinak vode i osigurala potpuna uronjenost novorođenčeta prilikom rađanja. Temperatura vode treba biti prilagođena ugodi rodilje, ali je preporučljivo da ne prelazi 37,5 stupnjeva Celzijevih pa je zadaća primalje da kontrolira temperaturu vode svakih sat vremena da bi se spriječila pireksija majke i posljedična fetalna tahikardija. Primalja također treba voditi brigu o čistoći vode tijekom porođaja. Tijekom prvog porođajnog doba u vodi primalja treba provoditi mjerenja tjelesne temperature rodilje svakih sat vremena te bilježiti rezultate u dokumentaciju. Porast majčine temperature može upućivati na previsoku temperaturu vode te je u tom slučaju potrebno savjetovati rodilji da privremeno napusti vodu te tako pružiti priliku da se temperatura vrati u normalne granice. Također je potrebno temperaturu u kadi regulirati na način da se u kadu dodaje hladna voda te promiješa (10).

Auskultacija fetalnih otkucaja srca se izvodi prema smjernicama ustanove u istim vremenskim intervalima kao i kod konvencionalnog porođaja. Ako za vrijeme intermitentnog nadzora srčane frekvencije fetusa primalja primijeti odstupanja od normalnog potrebno je zatražiti od rodilje da odmah napusti vodu te je nužno pristupiti detaljnoj procjeni stanja fetusa (11). Za vrijeme porođaja u vodi primalja treba redovito poticati rodilju na uzimanje tekućine i održavanje optimalne hidracije te primalja treba također svaka dva sata poticati rodilju na izlazak iz kade u svrhu odlaska na toalet radi mokrenja, da bi se smanjila mogućnost kontaminacije vode urinom i moguće infekcije te radi olakšavanja kliničke procjene hidracije. Vaginalni pregledi se mogu obavljati u vodi ako su nužni no ponekad je potrebno da rodilja napusti vodu zbog obavljanja vaginalnog pregleda ako nalaz nije bio jasan ili primalja nije mogla obaviti pregled u vodi.

Zauzimanje različitih položaja i pokretanje tijekom boravka u vodi važno je za ostvarivanje dobrobiti porođaja u vodi. Primalja treba poticati rodilju na promjenu položaja tijekom prvog porođajnog doba. Rodilja u vodi može klečati, čučati, biti u položaju na rukama i koljenima, sjediti ili plutati dok joj pratnja ili primalja podupire zdjelicu, također je moguća upotreba posebno dizajniranih stolčića za kadu.

Ako utjecaj vode nije dovoljan za adekvatno ublažavanje boli tijekom porođaja primalja treba rodilji savjetovati različite komplementarne metode ublažavanja boli koje su sigurne za primjenu u vodi kao što su različite tehnike disanja, vizualizacije i opuštanja. Također je moguće koristiti tehnike masaže prilikom porođaja u vodi. Od farmakoloških sredstava za ublažavanje boli prilikom porođaja u vodi preporučuje se samo upotreba smjese dušikovog(I) oksida i kisika budući da jedino ona nema utjecaj na rodiljinu mogućnost brzog izlaska iz vode uslijed komplikacija.

PRIMALJSKA SKRB TIJEKOM DRUGOG POROĐAJNOG DOBA U VODI

Ako rodilja odluči ostati u vodi i tijekom drugog porođajnog doba nužno je da uz nju budu dvije primalje odnosno dva zdravstvena djelatnika obučena za porođaj u vodi da bi se omogućila sigurnost i asistencija u slučaju hitnih stanja. I tijekom drugog porođajnog doba primalja mora pažljivo nadzirati temperaturu vode u kadi i brinuti se da ne prelazi 37,5 °C, no u ovoj fazi porođaja nužno je i osigurati da temperatura ne pada ispod 36 °C radi smanjenja rizika od stimulacije udisanja novorođenčeta dok se nalazi pod vodom.

Auskultacija fetalnih otkucaja srca tijekom drugog porođajnog doba treba se izvoditi nakon svake kontrakcije ili kontinuirano. Ako primalja primijeti odstupanja od normalne srčane akcije mora zatražiti od rodilje da napusti vodu da bi se smanjio rizik od rađanja potencijalno ugroženog novorođenčeta ispod vode. Instinktivne ekspluzivne kontrakcije uočljive tijekom drugog porođajnog doba u vodi mogu se razlikovati od onih tijekom konvencionalnog porođaja.

Primalja treba potaknuti ženu na fiziološko tiskanje odnosno treba izbjegavati usmjereno tiskanje jer je ono povezano s lošijim neonatalnim ishodima. Tijekom porođaja u vodi nije potrebno kontroliranje izlaska glave novorođenčeta odnosno čuvanje međice. Rađanje u vodi ima učinak usporavanja izlaska glave dok rodilja u vodi ima bolji

osjećaj te kontrolira izlazak glave kratkim potiscima (10). Primalja treba zauzeti *hands off* pristup tijekom izlaska glavice te nadzirati napredak uz pomoć ogledala ako je potrebno (5). Ako napredak izostaje primalja može nježno verbalno potaknuti majku na tiskanje te savjetovati promjenu položaja. Važno je da primalja dopusti spontano rađanje tijela te da izbjegava doticanje glave i lica novorođenčeta jer ga to može potaknuti na udisanje. Ponekad rodilje tijekom izlaska glave imaju nekontroliranu potrebu dignuti zdjelicu iznad vode. U slučaju da je glava novorođenčeta već rođena i izložena zraku primalja mora osigurati da žena ostane iznad vode do kraja porođaja radi utjecaja koji zrak može imati na stimulaciju disanja kod novorođenčeta (10). Nije potrebno provjeravati nalazi li se pupkovina oko vrata novorođenčeta, ona se može otpustiti i otpetljati rađanjem tijela novorođenčeta (5). Podvezivanje i presijecanje pupkovine ne smije se obaviti ispod površine vode ni u kojem slučaju jer to može potaknuti novorođenče na disanje.

Nakon što je tijelo novorođenčeta u potpunosti rođeno potrebno ga je odmah nježno i pažljivo podići iz vode s licem okrenutim prema gore (10). Ako rodilja rađa u položaju na rukama i koljenima ili klečeći okrenuta prema rubu bazena potrebno joj je pažljivo dodati novorođenče između nogu, pri tome pazeći na duljinu pupkovine da ne bi došlo do prekidanja. Nakon što je novorođenče dignuto iznad površine vode glava mu ne smije biti ponovno uronjena (5). Novorođenče se stavlja u majčino naručje tako da mu je glava u svakom trenutku iznad vode, ali tijelo može biti uronjeno u vodu da bi se spriječilo pothlađivanje. Primalja mora neposredno nakon porođaja provjeriti stanje pupkovine da se uvjeri da nije došlo do prekidanja. Kopče za podvezivanje pupkovine moraju tijekom drugog porođajnog doba biti na dohvat ruke primalje. Minutu nakon što je novorođenče bilo izloženo zraku primalja daje prvu APGAR ocjenu. Novorođenče se postavlja u kontakt kože na kožu s majkom te mu se tako osigurava toplina. Lice i glavu novorođenčeta primalja treba obrisati i osušiti te može staviti kapicu na glavu da smanji gubitak topline kondukcijom dok tijelo novorođenčeta treba ostati uronjeno u vodu. Ako majka digne tijelo novorođenčeta iznad razine vode onda primalja treba staviti suhi ručnik preko tijela novorođenčeta.

Porođaj u vodi je često nježniji i opušteniji te je novorođenčetu ponekad potrebno malo više vremena da započne disanje. No ako je novorođenčetu potrebna reanimacija potrebno je odmah podvezati i prerezati pupkovinu i odnijeti novorođenče na prethodno pripremljeno mjestu za reanimaciju. Mjesto za reanimaciju mora biti unaprijed opskrbljeno svom potrebnom opremom te primalja mora odmah započeti s postupcima reanimacije. Druga primalja u tom slučaju pomaže rodilji da polako i bez panike napusti kadu.

PRIMALJSKA SKRB TIJEKOM TREĆEG POROĐAJNOG DOBA U VODI

Uvažavajući fiziološke principe porođaja u vodi primalja treba svim rodiljama omogućiti izbor fiziološkog trećeg porođajnog doba kod kojih ne postoje komplikacije. U fiziološkom trećem porođajnom dobu pupkovina se ne podvezuje dok još pulsira. Nakon što pupkovina prestane s pulsiranjem, posteljica se skupa s ovojima spontano istiskuje u vodu samo rodiljinim naporima. Podvezivanje pupkovine koja još pulsira ometa fiziološki proces i može dovesti do povećanog krvarenja i retencije posteljice.
Primalja mora procijeniti i zabilježiti gubitak krvi tijekom trećeg porođajnog doba što preciznije. Točna procjena gubitka krvi prilikom porođaja u vodi nije jednostavna radi razrjeđenja krvi u vodi (10). To je ujedno i razlog zašto mnogo primalja nerado dopušta fiziološko treće porođajno doba u vodi. Primalja može procijeniti gubitak krvi pokušajem vizualizacije majčinih bedara kroz vodu. Ako je voda toliko tamna da primalja ne vidi boju majčinih bedara gubitak krvi je vjerojatno veći. Pri procjeni gubitka krvi primalji može pomoći i skupljanje ugrušaka krvi mrežicom i spuštanje svjetiljke u vodu (12). Radi teže procjene gubitka krvi u vodi nužna je procjena fizičkog stanja rodilje. Važno je da rodilja odmah napusti vodu ako postoji sumnja na postpartalno krvarenje, pri tome je bitno da je primalja svjesna da fizičke manifestacije gubitka krvi postaju očite tek nakon značajnog gubitka krvi. Gubitak krvi tijekom porođaja u vodi se bilježi kao veći ili manji od 500 ml radi nemogućnosti preciznijeg određivanja.

Aktivno vođenje trećeg porođajnog doba skraćuje njegovo trajanje i smanjuje gubitak krvi. Za aktivno vođenje trećeg porođajnog doba nužno je da rodilja napusti vodu. Primalja mora pričekati da žena napusti kadu prije nego primjeni oksitocin jer se intramuskularna primjena lijekova ne preporučuje u vodi. Nakon primjene oksitocina zadaća primalje je promatrati znakove odljuštenja posteljice te primijeniti kontrolirano potezanje za pupkovinu dok drugu ruku drži na fundusu maternice.

Rutinski pregled rodnice i međice može se obaviti nakon dovršetka trećeg porođajnog doba uz pristanak rodilje, ali šivanje mogućih ozljeda međice je potrebno odgoditi jedan sat da bi se omogućila revitalizacija tkiva međice nakon utjecaja dugotrajne uronjenosti u vodu (10).

PRIMALJSKA SKRB TIJEKOM ČETVRTOG POROĐAJNOG DOBA U VODI

Tijekom četvrtog porođajnog doba u vodi koje obuhvaća razdoblje od dva sata nakon porođaja, primalja se mora pobrinuti da su majka i novorođenče na toplom da bi se spriječilo pothlađivanje. Preporuča se postavljanje kapice

na glavu novorođenčeta te zamjena mokrih ručnika sa suhim. Osiguravanje da je novorođenčetova glava suha i topla poboljšava njegovu termoregulaciju. Temperatura vode i dalje mora biti što bliže 36 do 37 stupnjeva Celzijevih dok su majka i dijete u kadi te je nužno nadzirati temperaturu novorođenčeta dok se ono nalazi u vodi.

Kao i nakon konvencionalnog porođaja, primalja mora pažljivo nadzirati stanje rodilje i novorođenčeta tijekom četvrtog porođajnog doba te na vrijeme prepoznati znakove komplikacija. Prilikom napuštanja vode primalja mora podupirati rodilju radi mogućnosti fiziološke maternalne hipotenzije uzrokovane naglim gubitkom krvi i mokrog poda koji mogu uzrokovati nestabilnost majke i njen pad (10).

PRIMALJSKA SKRB PRILIKOM KOMPLIKACIJA PRI POROĐAJU U VODI

Postupci prilikom rješavanja nekih komplikacija se razlikuju kod porođaja u vodi. Budući da pojava komplikacija predstavlja indikaciju da rodilja odmah napusti vodu nužno je imati protokole za hitnu evakuaciju rodilje iz vode. Također se savjetuje da primalja na početku porođaja objasni rodilji i njenoj pratnji postupke za što brži izlazak iz vode te da provede vježbu hitnog izlaska iz vode ako stanje rodilje to dopušta.

DISTOCIJA RAMENA

Postupci pri distociji ramena kod porođaja u vodi zahtijevaju varijacije postupaka koji se uobičajeno provode kod konvencionalnog porođaja. Kada ustanovi distociju ramena primalja treba prvo savjetovati rodilji da čučne ili se postavi u položaj na rukama i koljenima te tako poveća funkcionalni promjer zdjelice (7). Promjena položaja je olakšana u vodi te je rodilja u mogućnosti brzo zauzeti položaj koji može osloboditi fetalna ramena. Ako promjena položaja u vodi ne uzrokuje oslobađanje ramena primalja treba savjetovati rodilji da napusti kadu tako da ustane i digne jednu nogu na rub kade ili bazena. Taj položaj omogućuje hiperfleksiju kukova kao što to čini McRobertsov manevar i često je upravo on dovoljan za oslobađanje zastoja ramena (5).

PUPKOVINA OMOTANA OKO VRATA

Većina pupkovina omotanih oko vrata se spontano otpetlja prilikom porođaja tijela bez potrebe za bilo kakvim intervencijama osim pažljivog postupanja primalje prilikom preokretanja novorođenčeta (9).

PREKIDANJE PUPKOVINE

Prekidanje ili avulzija pupkovine je rijetka komplikacija koja se povezuje s porođajem u vodi te nastaje radi

instinktivnog dizanja novorođenčeta iznad razine vode. Prekidanje pupkovine nema teške posljedice ako se odmah prepozna. No kod porođaja u vodi gdje je smanjena vidljivost pupkovine radi prisutne krvi u vodi pucanje pupkovine ako je neprepoznato može uzrokovati iskrvarenje novorođenčeta. Stoga se savjetuje primaljama da nakon svakog porođaja u vodi pažljivo provjere pupkovinu i ako primijete da je došlo do prekidanja odmah čvrsto rukom stegnu djetetov kraj pupkovine i podvežu ga (9).

ZAKLJUČAK

Postoje dokazi da je porođaj u vodi povezan s mnogim dobrobitima za majku i novorođenče, te da rizik takvog porođaja nije ništa veći od rizika konvencionalnog porođaja. Za vrijeme cijelog trajanja porođaja u vodi potrebna je stalna prisutnost primalje uz rodilju koja joj pruža potporu, ali i nadzire stanje fetusa i rodilje te bez odgode savjetuje izlazak iz vode na znak komplikacija. Porođaj u vodi omogućava primaljama mogućnost pružanja primaljske skrbi koja se zasniva na principima fiziološkog porođaja, holističkog pristupa te kontinuirane skrbi.

LITERATURA:

1. International Confederation of Midwives. Philosophy and model of midwifery care. Hague: International Confederation of Midwives; 2014.
2. Mollamahmutoğlu, L., Moraloğlu, Ö., Özyer, Ş. et al. The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery. Journal of the Turkish German Gynecological Association. 2012;13(1):45-49.
3. Torkamani, S. A., Kangani, F., Janani, F., The effects of delivery in water on duration of delivery and pain compared with normal delivery. Pak J Med Sci. 2010;26(3):551-555.
4. Policy for first stage labour and birth in water in South Australia. Government of South Australia,Department of Health; 2011.
5. Pairman, S., Pincombe, J., Thorogood, C., Tracy, S., Midwifery: Preparation for practice. 3rd ed. London: Churchill Livingstone, Elsevier; 2015.
6. Woodward, J. L., The challenge of conducting a waterbirth randomised controlled trial. [dissertation]. Birmingham: University of Birmingham; 2011. 552p.
7. Avery, M. D., editor. Supporting a physiologic approach to pregnancy and birth: A practical guide. Ames: Wiley-Blackwell; 2013.
8. Vuković-Bobić, M., Habek, D., Komplementarne metode vođenja poroda. Liječnički vjesnik, 2006;128:25-30.
9. Chapman, V., Charles, C., editors. The midwife's labour and birth handbook. 2nd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009.
10. Department of Health, Western Australia. WA Water Birth Clinical Guidelines. Perth: Health Networks Branch, Department of Health, Western Australia; 2009. Updated October 2012.
11. Maternity Services Guideline Group. Care of the pregnant woman in a birthing pool for labour and delivery. London: Obstetric & Gynaecology Governance Group, NHS General; 2014.
12. Harper, B., From newborn breathing to hospital protocols. Midwifery Today Magazine. 2000:54.

Raynaudov fenomen i dojenje

Magdalena Kurbanović, univ. bacc. obs., IBCLC
Opća bolnica Pula

UVOD

Većina žena na početku svog laktacijskog putovanja osjeti neku razinu neugode i pojačane osjetljivosti pa čak i osjećaja boli. U prvim danima bolne bradavice uglavnom su rezultat prekomjerne osjetljivosti tkiva bradavice uslijed pojačane razine hormona, posebice prolaktina, koji dosežu vrhunac u trenutku poroda. Pojačana osjetljivost bradavica neposredno nakon poroda fiziološki je proces koji omogućava povećani odgovor na taktilnu stimulaciju koja uzrokuje otpuštanje oksitocina ključnog za refleks izbacivanja mlijeka, no istodobno kod dijela rodilja može uzrokovati osjećaj neugode (1). Osjećaju nelagode pridonosi i pojačanje površinske napetosti koja je rezultat rastezanja mliječnih kanalića (*ductusa lactiferusa*) koji se pune mlijekom te vakuum kojeg novorođenče stvara tijekom sisanja (2).

Bol prilikom dojenja učestala je pojava. Više od jedne trećine žena susreće se s bolnim bradavicama tijekom prvog tjedna dojenja (3). No iako učestala i uglavnom prolazne naravi, bolnost bradavica često rezultira prestankom dojenja (2).

Bolnost bradavica prilikom dojenja može imati brojne uzroke te su pravilna procjena i prepoznavanje utjecaja i stanja koji su odgovorni za bol ključni korak u savjetovanju i pružanju skrbi dojiljama. Osim početne preosjetljivosti i nelagode koje se mogu smatrati fiziološkim, uzrokom bolnih bradavica mogu biti i mnogi drugi patološki razlozi. Među njima je najučestalija trauma bradavica odnosno oštećenje tkiva bradavice. Uzrok takvom oštećenju je prvenstveno loš prihvat novorođenčeta na dojku koji može uzrokovati ragade, abrazije i blistere. Osim fizičke traume, oštećenje i posljedično bolne bradavice za uzrok mogu imati i bakterijske, gljivične te miješane infekcije dojke odnosno bradavice, kao i psorijazu, ekcem, dermatitis i razne alergijske reakcije, kao i anomalije građe usne šupljine djeteta.

Kao jedan od uzroka bolnih bradavica koji često ostaje neprepoznat od strane zdravstvenih djelatnika uključenih u skrb rodilja, ubraja se i Raynaudov fenomen, odnosno vazospazam bradavica (1).

RAYNAUDOV FENOMEN

Raynaudov fenomen je prvi puta opisan u literaturi 1862. godine. Maurice Raynaud opisao ga je kao lokalnu asfiksiju ekstremiteta, prvenstveno prstiju na rukama i nogama. No kasnije su opisani mnogi slučajevi Raynaudovog fenomena koji pogađaju druge dijelove tijela, primjerice, nos, ušku, ali i krvne žile u gastrointestinalnom sustavu, kao i koronarne krvne žile te krvne žile penisa i bradavica.

Raynaudov fenomen karakteriziraju bifazične ili trifazične promjene boje zahvaćenog dijela tijela praćene osjećajem boli i žarenja. U pozadini fenomena nalazi se vazospazam arteriola koji uzrokuje intermitentnu ishemiju što se klinički manifestira palorom odnosno bljedoćom zahvaćenog dijela tijela koji je karakterističan za prvu fazu. Zatim slijedi faza cijanoze tkiva koja je posljedica plavičaste boje deoksigenirane krvi, te naposljetku crvenilo odnosno eritem tkiva koji nastaje uslijed refleksne vazodilatacije (4).

Uzrok Raynaudovog fenomena je nepoznat, no pretpostavka je da se u pozadini kriju složeni mehanizmi koji uključuju vaskularne i neurološke abnormalnosti. Pojava vazospazma kod osoba s Raynaudovim fenomenom često je povezana s izlaganjem hladnoći ili doživljenim emocionalnim stresom. Raynaudov fenomen češći je kod osoba ženskog spola i stanovnika područja s hladnom klimom te kod osoba koje konzumiraju kofein, imaju obiteljsku sklonost te povijest migrena (5). Također je povezan s različitim drugim medicinskim stanjima kao što je hipotireoza, lupus i reumatoidni artritis (1).

Raynaudov fenomen pogađa žene čak pet puta češće nego muškarce, te njegova učestalost u populaciji žena reproduktivne dobi iznosi 20 posto (5).

RAYNAUDOV FENOMEN I DOJENJE

Vazospazam bradavica kod dojilja opisan je još 1970. godine, no tada je njegova pojava pripisana „psihosomatskim bolnim bradavicama“ žena koje imaju strah ili negativnu emocionalnu asocijaciju s dojenjem. Tek je 1992. godine Raynaudov fenomen povezan je s vazospazom bradavica (4).

Kod Raynaudovog fenomena bradavica prisutne su karakteristične bifazične ili trifazične promjene boje bradavice (palor, cijanoza, rubor) te tipično fenomen zahvaća obje bradavice. Promjena boje bradavice praćena je jakim osjećajem boli i nelagode koja perzistira od nekoliko sekundi do nekoliko minuta, a u nekim slučajevima i značajno duže.

Raynaudov fenomen bradavica može se manifestirati neovisno u dojenju, primjerice, prijavljeno je pojavljivanje fenomena u slučajevima izlaganja bradavica hladnoći prilikom otvaranja vrata hladnjaka ili ulaskom u područje supermarketa u kojemu se nalaze hladnjaci. No dojenje može povećati rizik njegove manifestacije radi izlaganja bradavica pojačanoj mehaničkoj stimulaciji tijekom dojenja.

Razina boli koja prati vazospazam ima veliki raspon. Nekim dojiljama ne predstavlja veliki problem dok je kod dijela dojilja ona razlog prestanka dojenja. Osim prestanka dojenja, bolne bradavice povezane su s pojavom depresije i mastitisa, te mogu utjecati na raspoloženje, san i aktivnost dojilje (6).

TRETMAN RAYNAUDOVOG FENOMENA

Neobjašnjiva bol može biti uzrokom velike zabrinutosti kod dojilja. Budući da Raynaudov fenomen često prolazi neprepoznat ili pogrešno dijagnosticiran i liječen, sam čin prepoznavanje problema i objašnjavanje dojilji da je iako bolno stanje vazospazam bradavica potpuno benigan i

Loša tehnika dojenja, što uključuje loš položaj i prihvat dojke, može pridonijeti pojavi vazospazma bradavica (4, 5).

Bol koja se javlja prilikom vazospazma bradavica često se opisuje kao oštra, probadajuća, žareća te radi toga, kao i radi crvenila bradavica koje se manifestira tijekom treće faze, učestalo je postavljanje pogrešne dijagnoze kandidijaze bradavica kod dojilja s Raynaudovim fenomenom te im se često propisuje liječenje antimikoticima (1, 4). Radi toga nužno je detaljno uzimanje anamnestičkih podataka o vrsti boli, te nezaobilazno postavljanje pitanja o promjenama boje bradavica pri savjetovanju o dojenju kod žena koje se žale na bolne bradavice.

neće uzrokovati trajno oštećenje bradavica, kao ni što neće uzrokovati probleme dojenčetu može biti od velike pomoći te osigurati nastavak dojenja kod motiviranih majki (1).

Kao i kod ostalih problema s dojenjem, osiguravanjem pravilne tehnike dojenja prvi je korak u pristupu kojim se sprečava konstrukcija krvnih žila uzrokovana prekomjernim pritiskom na bradavicu uslijed nepravilnog prihvata dojke (7).

Neke dojilje pritiskom na bazu bradavice za vrijeme prve faze mogu ublažiti osjećaj boli budući da pritisak potisne krv prema bradavici te se tako prekine vazokonstriktivni učinak te povrati cirkulacija u tkivo bradavice (1).

Kod blažih manifestacija Raynaudovog fenomena promjene životnog stila mogu značajno smanjiti simptome. Kod pojave Raynaudovog fenomena dojiljama se savjetuje izbjegavanje nikotina i kofeina, kao i izbjegavanje lijekova koji mogu imati vazokonstriktivni učinak (primjerice, lijekovi za prehladu i dekongestiju dišnih putova), kao i estrogena (kontraceptivi).

Budući da vazospazam potiče izlaganje bradavica hladnom zraku, dojiljama se može savjetovati dojenje u zagrijanim prostorima te utopljavanje dojke prije i poslije podoja što mogu postići tuširanjem toplom vodom prije podoja te nošenjem vunenih umetaka za grudnjake, kao i dojenjem ispod pokrivača. Ublažiti simptome može i premazivanje bradavica zagrijanim uljem ili lanolinskom mašću neposredno nakon podoja čime se sprečava gubitak topline konvekcijom (1, 4, 5, 8) U literaturi se navodi aerobno vježbanje i *biofeedback* kao metode ublažavanja simptoma vazospazma (9). Učinkovito može biti i uzimanje raznih suplemenata, posebice kalcija, magnezija, vitamina B, kao i ribljeg ulja i ulja noćurka (4).

Ako se s prethodno opisanim, lako dostupnim metodama prevencije ne postigne zadovoljavajući učinak te bol predstavlja razlog zbog kojeg je majka u opasnosti od prekida dojenja, kao metoda liječenja može se razmotriti i medikamentozna terapija. Lijek izbora u tom slučaju je nifedipin, blokator kalcijevih kanala. Nifedipin djeluje na glatke mišiće unutar krvnih žila te uzrokuje vazodilataciju.

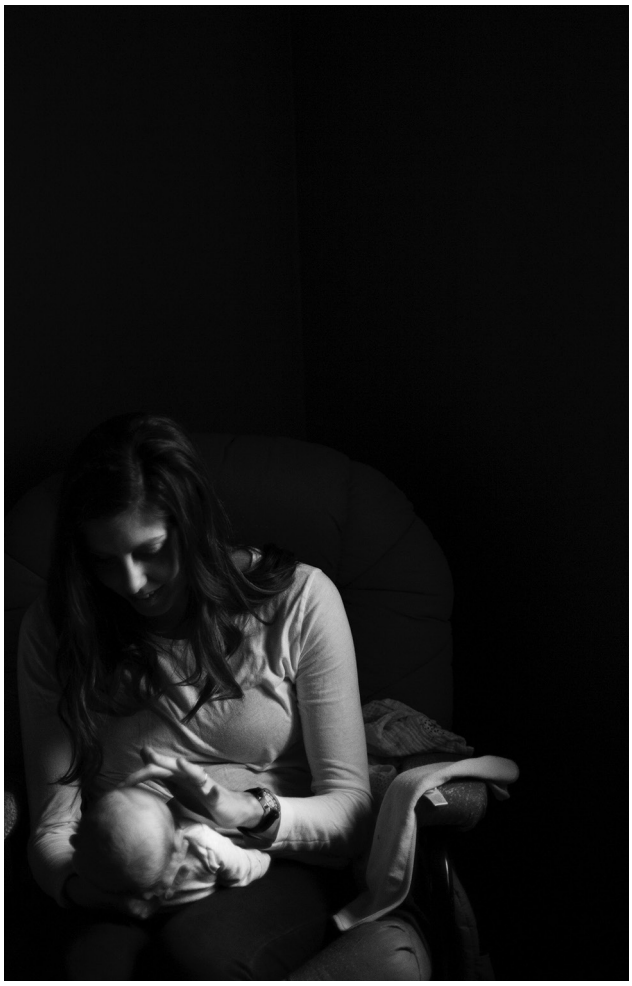
Nifedipin se vezuje za proteine plazme stoga više od 90 posto lijeka ne prelazi u majčino mlijeko. Njegova primjena sigurna je i u djece. To ga čini sigurnim za primjenu tijekom dojenja. Za liječenje Raynaudovog fenomena preporučuje se doza od 5 mg tri puta dnevno ili kao sporodjelujući preparat od 30 mg jednom na dan tijekom dvaju tjedana. Dvotjedna terapija je uglavnom dovoljna za prestanak simptoma no u nekim slučajevima potrebno je ponavljanje terapije. No budući da su s uporabom nifedipina moguće nuspojave, kao što je tahikardija, vrtoglavica i glavobolja, njegovu primjenu treba ograničiti isključivo na dojilje čija razina i učestalost boli vodi prema prekidu dojenja (4).

ZAKLJUČAK

Bol prilikom dojenja predstavlja jedan od glavnih razloga prekida dojenja. Raynaudov fenomen pogađa i do 20 posto žena reproduktivne dobi, te je stoga važno da zdravstveni djelatnici uključeni u skrb dojilja, kao i savjetnici za dojenje budu upoznati s njegovim simptomima i načinima liječenja kako bi osigurali pravilno prepoznavanje i ublažavanje simptoma te nastavak dojenja. Dojilje kojima Raynaudov fenomen predstavlja problem potrebno je upoznati s tim stanjem te im predložiti mjere prevencije i načine liječenja koje uključuju promjene životnog stila, kao i mogućnost medikamentoznog liječenja.

LITERATURA

1. Wilson-Clay, B., Hoover, K., The Breastfeeding Atlas. 4th edition. Manchaca (TX): BWC/KH Joint Venture. 2012, 47-57.
2. Murray-Davies, B., Hutton, E., Wainman, B., Editors. Comprehensive Midwifery. An Interactive Approach To The Theory And Evidence Of Practice. 2nd edition. McMaster University. Health Sciences. 2017.
3. Foxman, B. et al. Lactation mastitis: occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the United States. Am J Epidemiol. 2002 Jan 15;155(2):103-14.
4. Anderson, J. E., Held, N., Wright, K., Raynaud's Phenomenon of the Nipple: A Treatable Cause of Painful Breastfeeding. Pediatrics. 2004 Apr; 113(4):e360-4.
5. Wu, M., Chason, R., & Wong, M. (2012). Raynaud's Phenomenon of the Nipple. Obstetrics & Gynecology, 119(Part 2), 447-449.
6. McClellan, H. L. et al. Nipple pain during breastfeeding with or without visible trauma. J Hum Lact. 2012 Nov; 28(4):511-21.
7. Lawlor-Smith, L., Lawlor-Smith, C., Raynaud's phenomenon of the nipple: a preventable cause of breastfeeding failure? Med J Aust. 1997 Apr 21;166(8):448.
8. Barrett, M. E. et al. Raynaud Phenomenon of the Nipple in Breastfeeding Mothers: An Underdiagnosed Cause of Nipple Pain. Arch Dermatol. 2012.Dec 17:1-7
9. Cardelli, M. B., Raynaud's phenomenon and disease. Med Clin North Am. 1989;73(5):1127-41



Utjecaj trudničkih infekcija na povišenu vrijednost CRP-a kod novorođenčeta

Gabrijela Pervan, mag. physio.,
Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru

Sanja Vladić bacc. obs., Sveučilišna klinička bolnica Mostar,
Odjel za ginekologiju i porodništvo

SAŽETAK

Uvod: Trudnoća je razdoblje koje donosi brojne promjena u organizmu te time veoma pogoduje nastanku infekcije. Utjecaj infekcije na plod ovisi najviše o tome u kojem tjednu trudnoće je došlo do infekcije.

Cilj istraživanja: Ispitati povezanost povišenih vrijednosti CRP-a novorođenčadi i trudničkih infekcija u Klinici za ginekologiju i porodništvo Sveučilišne kliničke bolnice Mostar.

Metode i ispitanici: U istraživanju je sudjelovalo 80 pacijentica koji su bile hospitalizirane u Klinici za ginekologiju i porodništvo u razdoblju od 1. kolovoza do 31. prosinca 2017. godine. Birane su ciljano prema podacima iz povijesti bolesti. Parametri istraživanja su: prosječno trajanje trudnoće po tjednima, prosječna dob trudnice, spol novorođenčadi, način dovršenja porođaja – vaginalni ili carski rez, izolirane bakterije, vrijednosti CRP-a novorođenčeta.

Rezultati: U ispitnoj skupini u nalazu urinokulture je kod 7,5% ispitanica izoliran streptokok, a kod 5% njih E. coli. Kod 60% pacijentica u ispitnoj skupini nalaz na BHSB bio je pozitivan. Ureaplazma je nađena kod 27,5% ispitanica, klamidija kod 7,5% njih, dok je najmanje bilo kandide, kod 2,5% ispitanica. U ispitnoj skupini CRP je bio povišen kod 32,5% novorođenčadi.

Zaključci: Rezultati istraživanja su pokazali povezanost povišenih vrijednosti CRP-a novorođenčadi i trudničkih infekcija. Novorođenčad trudnica s urinarnim i infekcijama rodnice i vrata maternice imaju značajno češće povišen CRP.

UVOD

C-reaktivni protein (CRP)

C-reaktivni protein nazvan po svojoj sposobnosti da staloži tjelesni C-polisaharid *Streptococcus pneumoniae*, bio je prvi protein akutne faze koji je opisan i koji je izuzetno senzitivan sistemski marker inflamacije i tkivnog oštećenja. Odgovor akutne faze uključuje nespecifične fiziološke i biokemijske odgovore toplokrvnih stanica na skoro sve vrste tkivnih oštećenja, infekcije, inflamacije i maligne neoplazije (1). Sinteza CRP-a odvija se velikom brzinom u jetri, indukcijom interleukina-6 koji pripada obitelji citokina.

Ljudski CRP se vezuje s najvećim afinitetom za fosfoholinske rezidue, ali se također vezuje za različite druge autologne i vanjske ligande i agregira ili precipitira stanice, čestice ili molekularne strukture koje nose te ligande. Autologi ligandi uključuju nativne i modificirane plazma lipoproteine, oštećene stanice membrane, veliki broj različitih fosfolipida i od njih srodne spojeve, male ribonukleoproteine jezgra i apoptotične stanice (2). Od svih proteina akutne faze koji se mogu jednostavno izmjeriti u laboratoriju, CRP je jedan od najosjetljivijih i najbržih odgovora na akutnu upalu (3). Povećanje njegove koncentracije u krvi nastaje već šest do devet sati nakon početka infekcije, a maksimum doseže za jedan do tri dana, nakon prethodnog porasta koncentracije interleukina 6, kojeg izlučuju različite imunološke stanice. Njegovi imunološki učinci su brojni: aktivacija komplementa, supresija ili aktivacija određenih tipova T-limfocita i prozvodnje nekih citokina, mogućnost vezanja bakterijskih polisaharida i fosfolipida iz tkiva oštećenih upalom, traumom ili infekcijom. Osim za otkriće akutnih upalnih reakcija, procjene koncentracije CRP-a korisne su i u procjeni napredovanja bolesti, odnosno učinkovitosti terapije. Tako će, primjerice, uspješnom primjenom antibiotske terapije CRP koncentracija u serumu pasti brže od sedimentacije eritrocita, pa se praćenjem njegove koncentracije može spriječiti nepotrebno uzimanje manje djelotvornog ili nedjelotvornog antibiotika, odnosno na vrijeme ga zamijeniti djelotvornijim. U tom smislu određivanje vrijednosti CRP-a od iznimne je važnosti i u dijagnostici i praćenju terapije infekcija u nedonoščadi i novorođenčadi (4).

Perinatalne infekcije

Trudnoća je razdoblje koje pogoduje razvitku infekcija zbog promjena u imunološkom sustavu organizma, ali i drugačijoj biološkoj flori u samom porođajnom kanalu

(5). Uzročnici infekcija su kao i izvan trudnoće virusi, bakterije i treponeme, odnosno protozoe. Što je bliži termin poroda veća je uloga bakterijskih infekcija (streptokok grupe B), dok tijekom trudnoće osobitu težinu imaju virusne infekcije (rubeola, varicella, citomegalovirus, parvo B19 virus). Težina, trajanje i ishod infekcije ovise o broju i virulenciji mikroorganizama, imunobiološkim svojstvima odnosno otpornosti trudnice, putovima širenja infekcije, kao i gestacijskoj dobi – tjednima trudnoće.

Urinarna infekcija jest upala bilo kojeg dijela urinarnog trakta. Ta se infekcija pojavljuje kada mikroorganizmi, najčešće bakterije iz probavnog sustava, doputuju kroz mokraćnu cijev u urinarni trakt gdje se počinju razmnožavati. Takve su infekcije češće u trudnoći, a javljaju se kod jedne od deset trudnica. Rizik od urinarnih infekcija najveći je između 6. i 24. tjedna trudnoće (6). Genitalne infekcije nastaju zbog anatomske građe, promjene pH rodnice i promiskuiteta, ali najčešće zbog poremećene vaginalne flore, pa su stoga te infekcije česte u trudnoći. Određene infekcije ne moraju biti opasne kada se javljaju izvan trudnoće, ali u trudnoći mogu uzrokovati brojne komplikacije i ugroziti plod. Mogu se javiti komplikacije kao što su spontani pobačaj, zastoj u rastu ploda, prijevremeni porođaj ili intrauterina infekcija ploda. Stoga je potrebno educirati medicinske sestre o različitim urinarnim i genitalnim infekcijama kako bi ishod same trudnoće bio pozitivan te kako bi medicinske sestre mogle dobro zdravstveno skrbiti za trudnicu, što je temelj za zdrav život rodilje i djeteta.

Asimptomatska bakteriurija je veoma ozbiljno stanje u trudnoći. Nije opasna kada se javlja izvan trudnoće jer uglavnom ne perzistira i nema posljedice, ali u trudnoći može uzrokovati ozbiljne komplikacije ako se ne liječi, kao što su akutni pijelonefritis, intrauterini zastoj u rastu ploda, prijevremeni porođaj, niska porođajna težina, hipertenzija, preeklampsija te anemija u trudnice (7). Zbog rizika od asimptomatske bakteriurije u trudnica se obavlja probir u prvom tromjesečju; međutim, rezultati se moraju uzeti s oprezom jer se kod 1 do 2% trudnica kojima su rezultati probira bili negativni svejedno može razviti urinarna infekcija. Asimptomatska bakteurija dijagnosticira se analizom uzorka urina uzetog tehnikom srednjeg mlaza nakon ispiranja predvorja rodnice ili suprapubičnom punkcijom mokraćnog mjehura (8). Najčešće se javlja u drugom i trećem tromjesječju i kod trudnica starijih od 25 godina života. Uzročnici asimptomatske bakteriurije u trudnoći su: Escerichia coli 75%, Klebsiella pneumonie 20%, Proteus mirabilis 8%, Enterococcus faecalis 5%. Dijagnoza asimptomatske bakteriurije se postavlja: nalazom urina i urinokulture (9). Neki podaci upućuju na to da asimptomatska bakteriurija udvostručuje rizik od preranog porođaja i niske porođajne težine (8). Osim toga, ako se asimptomatska bakteriurija ne liječi, u 40% trudnica razvit će se simptomatska urinarna infekcija (10). Stoga je asimptomatsku bakteriuriju potrebno liječiti, ali s naglaskom u trudnoći, jer se ona izvan trudnoće uglavnom ne liječi (8).

Mikoplazme su bakterije za koje se smatra da su nastale iz gram-pozitivnih bakterija sličnih klostridijima degenerativnom evolucijom, koja je delecijom gena dovela do redukcije genoma, što je bio rezultat prilagodbe na parazitski način života. Iako postoji više od 100 vrsta mikoplazmi, u ljudi je izolirano njih 15, i to 13 iz roda Mycoplasma, a dvije iz roda Ureaplasma. Urogenitalne mikoplazme Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum i Mycoplasma genitalium jesu uzročnici simptomatskih infekcija urogenitalnog trakta i infekcija urogenitalnog sustava (11). Za dijagnozu mikoplazmi uzima se obrisak iz vagine ili endocerviksa, s tim da se ne smije upotrebljavati antiseptično sredstvo. Kako bi se dokazala prisutnost mikoplazmi u uzorku rabe se mediji s dodatkom arginina, a za dokazivanje ureaplazmi mediji s dodatkom ureje. Potrebno je istaknuti da je liječenje mikoplazma za vrijeme trudnoće na čiji tijek mikoplazme mogu utjecati još uvijek kontroverzno. Najveće se dileme vode oko toga treba li liječiti mikoplazme kada se uoči njihova prisutnost u genitalnom sustavu ili treba antimikrobnim lijekovima liječiti bakterijsku vaginozu, čime će se istodobno djelovati i na liječenje mikoplazmi. U liječenju infekcija novorođenčadi uzrokovanih mikoplazmama najčešće se koriste makrolidi, prvenstveno eritromicin (12).

Među češćim genitalnim infekcijama u trudnoći jesu streptokokne infekcije. Streptokokne infekcije bezopasne su kada se javljaju izvan trudnoće, ali u trudnoći mogu biti opasne za novorođenče, posebno streptokoki skupine B ili beta-hemolitički streptokok skupine B (BHS-B – *Streptococcus beta haemolyticus* ili *Streptococcus agalactiae*). BHS-B kolonizira ženski spolni sustav u 5 do 40% zdravih žena, a rjeđe se može naći u crijevima i u ždrijelu ljudi. Sama učestalost kolonizacije razlikuje se ovisno o populaciji. Premda je ova bakterija u odraslih obično bezazlena, stvar se mijenja tijekom trudnoće, kada BHS-B može izazvati urinarnu infekciju, upalu vrata maternice (*cervicitis*), infekciju posteljice i plodne vode (*korioamnionitis*), bakterijemiju (bakterije u krvi) i sepsu. Nadalje, novorođenče se može inficirati prolazom kroz porođajni kanal za vrijeme ili nakon poroda, što pak može dovesti do upale pluća, meningitisa ili novorođenačke sepse. Iako je antibiotička profilaksa učinkovita u smanjenju infekcija BHS-B-om u novorođenčadi, novorođenče se može inficirati BHS-B-om unatoč profilaksi. Bolje rješenje je korištenje cjepiva multivalentne vakcine u kojoj su sadržani kapsularni polisaharidni antigeni streptokoka skupine B radi bolje imunogenosti konjugirani na protein, ali se ta cjepiva još uvijek testiraju (13). Osim infekcija streptokoka skupine B mogu se javiti i infekcije streptokokima skupina A i D.

Dok streptokoki skupine A rijetko uzrokuju infekcije u trudnoći, 15 streptokoka skupine D često se izoliraju u trudnica. Ostali streptokoki, α-hemolitički (*Streptococcus viridans*) i *Streptococcus pneumoniae* nisu česti uzročnici infekcija u trudnica, ali mogu biti patogeni i vrlo opasni za novorođenče (14).

Infekcija trahomatičnom klamidijom (*Chlamydia trachomatis*) najčešća je spolno prenosiva bolest. Smatra se da 12 do 18% žena unutar nebirane populacije žena reproduktivne dobi ima trahomatičnu klamidiju. Prenosi se vaginalnim sekretom (vaginalno spolnim odnosom, prolaskom djeteta kroz porođajni kanal inficirane majke ili autoinokulacijom rukama na oko), spermom (spolnim odnosom s inficiranim partnerom – vaginalni, oralni, analni), očnim sekretom te krvlju (11). Klamidijska infekcija dijagnosticira se testiranjem obriska endocerviksa ili vagine ili testiranjem uzorka urina. Većina autora smatra da je trahomatična klamidija rizična za trudnoću, jer klamidija može oslobađati fosfolipazu A2 te inicirati ciklus koji može imati nepovoljne ishode trudnoće, kao što su pobačaj, prijevremeno prsnuće vodenjaka te prijevremeni trudovi (15).

Trichomonas vaginalis jest jednostanični anaerobni parazit koji se nalazi u području urogenitalnog trakta i koji uzrokuje trihomonijazu – spolno prenosivu bolest koja se ponekad može prenijeti s trudnice na novorođenče prolaskom kroz porođajni kanal. Najčešće obolijevaju žene kod kojih mogu biti zahvaćeni vagina i mokraćni kanal. Mnoge žene u rodnici nemaju nikakve simptome, a samo polovica ih ima pojačan vaginalni iscjedak žutozelene boje, koji je pjenušav i neugodna mirisa. Simptomi se obično javljaju nakon pet do 28 dana od izloženosti infekciji. Ako se ne liječi, trihomonijaza povećava rizik od drugih spolno prenosivih bolesti (naročito HIV 22 infekcije), upalne bolesti zdjelice, kolpitisa, cistitisa i posljedične neplodnosti te postoperativnih infekcija, dok kod trudnica može dovesti do prijevremenog porođaja (16).

Vaginalna gljivična infekcija (kandidijaza) jest tip vaginitisa (upale vagine) koji karakteriziraju vaginalna arahidonska kiselina, što za posljedicu ima iritaciju, intenzivan svrbež, peckanje, crvenilo i vaginalni gusti i bijeli iscjedak, a koji je najčešće uzrokovan gljivom Candida albicans. Vaginalne gljivične infekcije osobito su česte u trudnoći, u čak 30 do 50% trudnica, i to u drugom tromjesečju. Iako gljivične infekcije u najvećem broju slučajeva nemaju veliki negativni utjecaj na samu trudnoću, često ih je teško kontrolirati i izazivaju neugodu koja utječe na kvalitetu života (17). Dijagnosticira se na temelju kliničke slike i pregledom stupnja čistoće vaginalnog iscjetka pod mikroskopom. Liječi se antimikoticima.

CILJ RADA

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati povezanost povišenih vrijednosti CRP-a novorođenčadi i trudničkih infekcija u Klinici za ginekologiju i porodništvo SKB-a Mostar.

Dodatni ciljevi:

1. Prikazati prosječno trajanje trudnoće po tjednima gestacije, prosječnu dob trudnica, spol novorođenčeta, način dovršenja porođaja u ispitivanoj i kontrolnoj skupini.
2. Usporediti ispitnu i kontrolnu skupinu po izoliranim bakterijama (u UK, BHSB, CB), te usporediti CRP novorođenčeta s pozitivnim nalazom (u UK, BHSB, CB) i CRP novorođenčeta s negativnim nalazom (u UK, BHSB, CB) te usporediti rezultate u obje ispitne skupine.
3. Prikazati koji nalazi (od UK, BHSB, CB) su najčešće bili pozitivni i u kojoj ispitnoj skupini te koji je uzročnik najčešće izoliran u (pozitivnoj UK, BHSB i CB) te njihovu povezanost s CRP-om novorođenčeta.

ISPITANICI I METODE

Mjesto studije je Sveučilišna klinička bolnica Mostar, Klinika za ginekologiju i porodništvo. U istraživanje je uključeno ukupno 80 trudnica koje su bile hospitalizirane u Klinici za ginekologiju i porodništvo SKB-a Mostar od 1. kolovoza do 31. prosinca 2017. godine. Trudnice koje su birane na način da je svaka trudnica za vrijeme trudnoće morala imati napravljene nalaze: urinokulture (UK), cervikalnih brisova (CB), te brisa rodnice na beta hemolitički streptokok grupe B (BHSB). Trudnice su zatim podijeljene u dvije skupine, ispitnu i kontrolnu skupinu. U svakoj skupini je bilo po 40 trudnica. Ispitnu skupinu su činile trudnice s pozitivnim nalazom urinokulture, cervikalnih brisova ili brisa rodnice na BHSB, dok su kontrolnu skupinu činile trudnice koje su imale uredne nalaze UK, CB i BHSB. Podaci su prikupljeni iz povijesti bolesti ispitanica.

Parametri istraživanja su:

- prosječno trajanje trudnoće po tjednima;
- prosječna dob trudnice;
- spol novorođenčadi;
- način dovršenja porođaja - vaginalni ili carski rez;
- izolirane bakterije;
- CRP novorođenčeta.

Simetričnost varijabli testirana je Fisherovim egzaktnim testom. Za statističku analizu koristio se programski sustav SPSS for Windows (inačica 170, SPSS inc, Chicago, Ilinois, SAD) i Microsoft Excell (inačica 11, Microsoft Corporation, Redmond, WA, SAD). Mogućnost pogreške prihvatila se pri $\alpha<0,05$.

REZULTATI

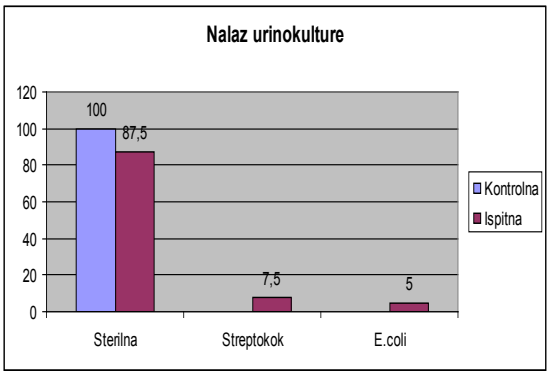
U obje ispitivane skupine bilo je po 40 ispitanica, ukupno 80.

Gledano na tjedne gestacije, rezultati su prikazani tako da se broj tjedana računa kao navršeni tjedan. Najviše ispitanica u obje skupine su bile u 39. i 40. gestacijskom tjednu. U kontrolnoj skupini 35% njih je bilo u 39. tjednu, te 37,5% u 40. tjednu. U ispitnoj skupini je 32,5% bilo u 39. tjednu, a 32,5% u 40. tjednu. U kontrolnoj skupini nije bila niti jedna ispitanica s navršenih 41 tjednom, a u ispitnoj ih je bilo 10%.

U kontrolnoj skupini, najviše ispitanica je bilo u dobi od 31 do 35 godina, njih 42,5%, potom u dobnoj skupini od 25 do 30 godina, njih 30%. U ispitnoj skupini, po 35% ispitanica je bilo iz dobnih skupina od 26 do 30 i od 31 do 35 godina.

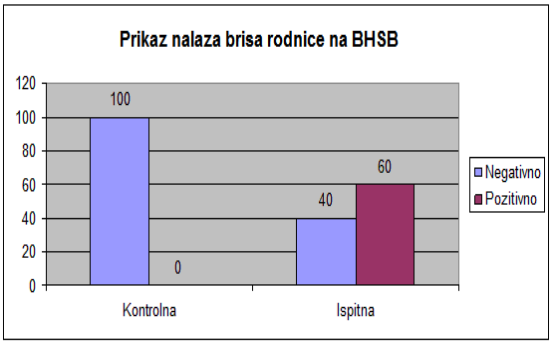
U obje skupine je bilo više novorođenčadi ženskog spola. U kontrolnoj skupini je bilo 60% ženske novorođenčadi u odnosu na 40% muške novorođenčadi, dok je u ispitnoj skupini bila nešto manja razlika, 57,5% ženske naspram 42,5% muške novorođenčadi.

Porođaj carskim rezom je bio učestaliji u kontrolnoj skupini. Tako je u kontrolnoj skupini porođaj dovršen carskim rezom kod 17,5% ispitanica, dok je u ispitnoj skupini porođaj dovršen carskim rezom kod 12,5% ispitanica.



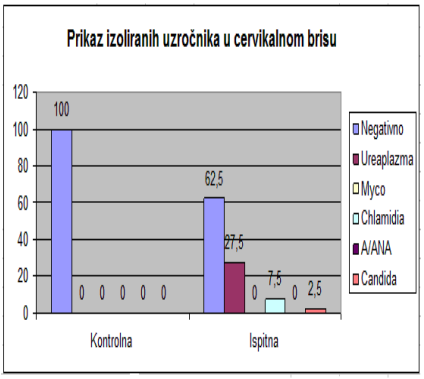
Slika 1. Prikaz nalaza urinokulture

Sve ispitanice su u kontrolnoj skupini imale sterilan nalaz urinokulture. U ispitnoj skupini je nalaz urinokulture bio sterilan kod 87,5% ispitanica, dok je kod 7,5% njih izoliran streptokok, a kod 5% ispitanica izolirana je E. coli (slika 1).



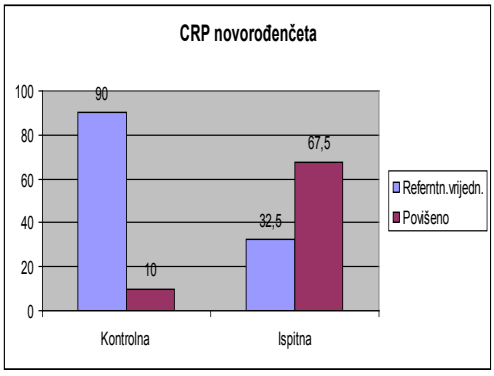
Slika 2. Prikaz nalaza brisa rodnice na BHSB

Nalaz brisa rodnice na BHSB bio je potpuno negativan kod svih ispitanica u kontrolnoj skupini, dok je kod 60% ispitanica u ispitnoj skupini nalaz na BHSB bio pozitivan (slika 2).



Slika 3. Prikaz izoliranih uzročnika u cervikalnom brisu

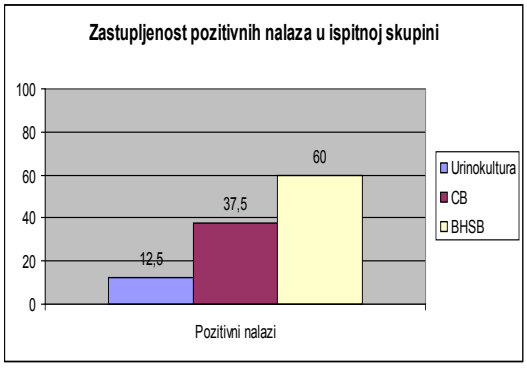
Nalaz cervikalnih brisova je bio negativan za sve ispitanice u kontrolnoj skupini. Kod ispitanica u ispitnoj skupini, nalaz je bio negativan za 62,5% ispitanica. Ureaplazma je izolirana kod 27,5% ispitanica, klamidija kod 7,5%, dok je najmanje bilo kandide, kod 2,5% ispitanica (slika 3).



Slika 4. Prikaz nalaza CRP-a novorođenčeta

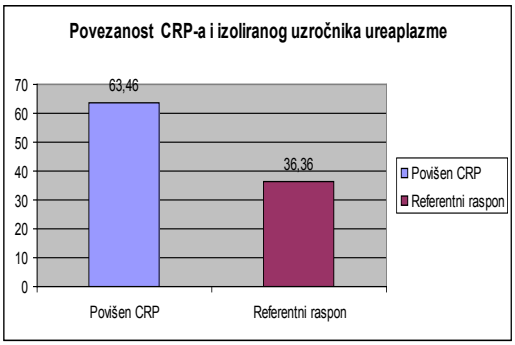
CRP je bio povišen kod 10% novorođenčadi u kontrolnoj skupini. U ispitnoj skupini, CRP je bio povišen kod 32,5% novorođenčadi (slika 4).

Kako u kontrolnoj skupini nije bilo pozitivnih nalaza na UK, BHSB, CB, u nastavku će se prikazati samo rezultati za ispitnu skupinu.



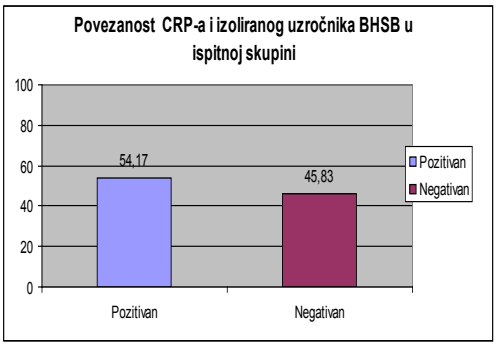
Slika 5. Prikaz zastupljenosti pozitivnih nalaza u ispitnoj skupini

U ispitnoj skupini u brisovima je najčešće izoliran BHSB (60%). Pozitivan nalaz cervikalnih brisova imalo je 37,5% ispitanica u ispitnoj skupini. Najmanje ispitanica (12,5%) imalo je pozitivan nalaz urinokulture (slika 5).



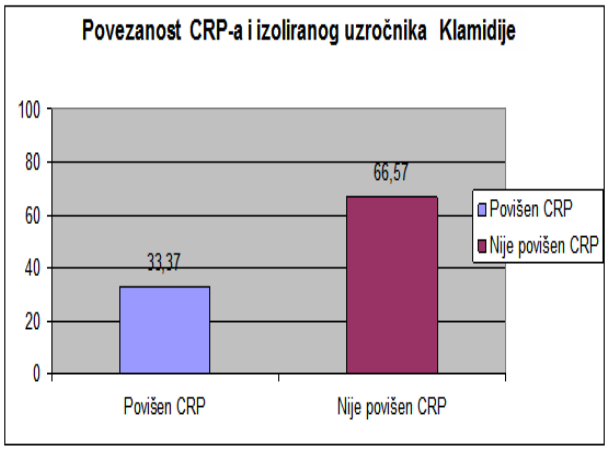
Slika 6. Prikaz povezanosti CRP-a i izoliranog uzročnika ureaplazme

U skupini s pozitivnim CB na ureaplazmu, 63,46% novorođenčadi je imalo povišen CRP (slika 6).



Slika 7. Prikaz povezanosti CRP-a i izoliranog uzročnika BHSB u ispitnoj skupini

U ispitnoj skupini s pozitivnim nalazima na BHSB, 54,17% novorođenčadi je imalo povišen CRP (slika 7).



Slika 8. Prikaz povezanosti CRP-a i izoliranog uzročnika klamidije

U skupini s pozitivnim CB na klamidiju, 33,37% novorođenčadi je imalo povišen CRP (slika 8).

U skupini ispitanica s pozitivnim nalazom izoliranog uzročnika streptokoka iz urinokulture, 33,33% novorođenčadi je imalo povišen CRP.

E. coli %	Povišen CRP %
5	0
Steptokok %	
8	33,33

Tablica 1. Prikaz povezanosti CRP-a i izoliranog uzročnika E. coli

U skupini s pozitivnim nalazom izoliranog uzročnika E. coli bilo je 13% pozitivnih ispitanica, dok niti jedno njihovo novorođenče nije imalo povišen CRP.

U skupini s pozitivnim CB na kandidu, 100% novorođenčadi je imalo povišen CRP (tablica 1).

Vrsta uzročnika	Učestalost povišenog CRP-a %
Ureaplazma	63,46
Klamidija	33,33
Kandida	100
BHSB	54,17
Streptokok	33,33

Tablica 2. Prikaz učestalosti povišenog CRP-a prema vrsti uzročnika

Ako se gleda prema vrstama uzročnika, najveća zastupljenost povećanog CRP-a je kod kandide, 100%. Potom slijedi ureaplazma, gdje je kod 63,46% novorođenčadi imalo povišen CRP. Na trećem mjestu po zastupljenosti je BHSB, s 54,17%, dok je najmanja zastupljenost povišenog CRP-a bila kod pozitivnog nalaza streptokokom (tablica 2).

RASPRAVA

U istraživanju je ukupno sudjelovalo 80 ispitanica, na način da su bile podijeljene u dvije skupine, kontrolnu i ispitnu. U svakoj skupini je bio jednak broj ispitanica, po 40.

Najviše ispitanica u obje skupine su prema tjednu gestacije bile s navršenih 39 i 40 tjedana. Što se tiče kontrolne skupine 35% njih je bilo u 39. tjednu, te 37,5% u 40. tjednu. U ispitnoj skupini je 32,5% bilo u 39. tjednu, a 32,5% u 40. tjednu. U kontrolnoj skupini nije bila niti jedna ispitanica s navršenih 41-im tjednom, a u ispitnoj ih je bilo 10%.

Što se tiče starosne dobi, u kontrolnoj skupini najviše ispitanica je bilo starijih od 40 godina, njih 42,5%, potom starosne dobi od 25 do 30 godina, njih 30%. U ispitnoj skupini, po 35% je bilo ispitanica starosne dobi od 26 do 30 i od 31 do 35 godina starosti.

U kontrolnoj skupini je bilo 60% ženske novorođenčadi u odnosu na 40% muške novorođenčadi, dok je u ispitnoj skupini bila nešto manja razlika, 57,5% ženske naspram 42,5% muške novorođenčadi.

U obje skupine je prevladavao vaginalni porođaj, koji je bio više zastupljen u ispitnoj skupini, 87,5% u odnosu na kontrolnu, gdje je bio kod 82,5% ispitanica. Porođaj carskim rezom je bio veći u kontrolnoj skupini, kod 17,5% ispitanica, dok je u ispitnoj bio kod 12,5% ispitanica.

Nalaz urinokulture je kod ispitanica u kontrolnoj skupini bio potpuno sterilan. U ispitnoj skupini je nalaz bio sterilan kod 87,5% ispitanica, dok je kod 7,5% njih pronađen streptokok, a kod 5% njih E. coli. Istraživanje V. Čulić je pokazalo slične rezultate, da 7 do 10% trudnica mogu imati uroinfekcije, čiji je najčešći uzročnik streptokok i E. coli (18). U istraživanju provedenom u Nigeriji, E. coli se nalazi na trećem mjestu po zastupljenosti (19).

K. Persson i sur. su u svom istraživanju pokazali kako BHSB u trudnica uglavnom ne uzrokuje klinički manifestne infekcije, a otprilike od 2 do 4% trudnica ima infekciju mokraćnoga sustava uzrokovanu BHSB-om. Smatra se da je nazočnost BHSB-a u mokraći trudnice u bilo kojem broju znak teške kolonizacije tom klicom i predstavlja opasnost za pojavu rane bolesti u novorođenčeta, zbog čega se u tih trudnica preporučuje provođenje intrapartalne profilakse (20, 21). U našem istraživanju nalaz brisa rodnice na BHSB-u je bio potpuno negativan kod svih ispitanica u kontrolnoj skupini, dok je kod 60% ispitanica u ispitnoj skupini nalaz na BHSB bio pozitivan.

Nalaz cervikalnih brisova je bio negativan za sve ispitanice u kontrolnoj skupini. Kod ispitanica u ispitnoj skupini, nalaz je bio negativan za 62,5% ispitanica. Ureaplazma je nađena kod 27,5% ispitanica, klamidija kod 7,5% njih, dok je najmanje bilo kandide, kod 2,5% ispitanica. Gore navedeno istraživanje (18) je također imalo slične rezultate za klamidiju i ureaplazmu.

Usprkos napretku u neonatalnoj skrbi, rano započeta neonatalna sepsa ostaje ozbiljna i potencijalno opasna za život, a stopa smrtnosti kreće se od 1,5% u tom razdoblju do gotovo 40% kod djece s vrlo malom tjelesnom težinom (22,23). C-reaktivni protein (CRP) je do sada najopsežnije proučavan reaktant akutne faze, i unatoč stalnom porastu (i padu) novih markera infekcije, njegova široka dostupnost i jednostavna, brza i isplativa odrednica čine ga jednim od preporučenih indeksa u mnogim jedinicama intenzivne njege novorođenčadi (24). Zbog svega navedenog naš parametar mjerenja moguće infekcije novorođenčeta je upravo CRP. A rezultati pokazuju da je u kontrolnoj skupini CRP povišen kod 10% novorođenčadi. Ispitna skupina pokazuje da je CRP bio povišen kod 32,5% novorođenčadi.

OSTALI REZULTATI ISPITIVANE SKUPINE:

Pozitivni nalazi su bili najviši za BHSB, 60%, potom kod cervikalnih brisova, 37,5% ispitanica je imalo pozitivan nalaz. Pozitivan nalaz je imalo najmanje ispitanica, njih 12,5%. U skupini s pozitivnim nalazima na BHSB, 54,17% novorođenčadi je imalo povišen CRP. U skupini s pozitivnim CB-om na ureaplazmu, 63,46% novorođenčadi je imalo povišen CRP. Dok u skupini s pozitivnim CB-om na klamidiju, 33,37% novorođenčadi je imalo povišen CRP.

U skupini s pozitivnim CB-om na kandidu, 100% novorođenčadi je imalo povišen CRP.

Ako se gleda prema vrstama uzročnika, najveća zastupljenost povećanog CRP-a je kod kandide, 100%. Potom slijedi ureaplazma, gdje je kod 63,46% novorođenčadi imalo povišen CRP. Na trećem mjestu po zastupljenosti je BHSB, s 54,17%, dok je najmanja zastupljenost povišenog CRP-a bila kod pozitivnog nalaza streptokokom.

U uzorku urinokulture u ispitnoj skupini od uzročnika je izoliran streptokok kod 8% ispitanica od ukupnog broja ispitanica. U skupini s pozitivnim nalazom izoliranog uzročnika streptokoka, 33,33% novorođenčadi je imalo povišen CRP, u odnosu na ukupan broj ispitanica iz ove skupine.

ZAKLJUČAK

Trudnoća uz sebe nosi brojne promjene pa nije rijetkost da se žena suoči s urinarnim i genitalnim infekcijama. One su vrlo često uzrokovane bakterijom E. coli, normalnim stanovnikom debelog crijeva. Streptokokne infekcije u trudnoći mogu biti opasne za novorođenče, a posebice infekcije beta-hemolitičkim streptokokom grupe B.

CRP je jedan od najšire dostupnih, najviše proučavanih i najčešće korištenih laboratorijskih testova za novorođenačku bakterijsku infekciju, i unatoč stalnoj pojavi novih markera, još uvijek ima središnju ulogu u dijagnostici rane početne infekcije novorođenčeta. Prednost CRP-a je što je dobro karakteriziran u brojnim studijama, a opsežno poznavanje njegovih svojstava i ograničenja čini ga sigurnijim u usporedbi s drugim, novijim markerima.

Ovo istraživanje dokazuje da postoji povezanost povišene vrijednosti CRP-a kod novorođenčeta, u odnosu na pozitivan nalaz infekcije u trudnoći kod majke.

Dakle, kod pozitivnog cervikalnog brisa na kandidu CRP je bio povišen kod 100% novorođenčadi. Potom slijedi ureaplazma, gdje je kod 63,46% novorođenčadi bio povišen CRP. Na trećem mjestu po zastupljenosti je BHSB, s 54,17%, dok je najmanja zastupljenost povišenog CRP-a bila kod pozitivnog nalaza streptokokom.

LITERATURA

1. Pepys, M. B., Hirschfield, G. M., C-reactive protein: a critical update. J Clin Invest. 2003; 111:1805-1812.
2. Gershov, D., Kim, S., Brot, N., Elkon, K. B., C-reactive protein binds to apoptotic cells, protects the cells from assembly of the terminal complement components, and sustains an antiinflammatory innate immune response: implications for systemic autoimmunity. J Exp Med 2000;192:1353-1363.

3. Thomas, L., ed. Clinical laboratory diagnostics. Use and assessment of clinical laboratory results. Frankfurt/Main: TH-Books Verlagsgesellschaft mbH: 1998; 700- 706.
4. Dorić, A., C reaktivni protein, Vaše zdravlje, br. 59, 04/08.
5. Boras, S., Vaginalne infekcije u trudnoći (dostupno na: http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/26825/Vaginalne-infekcije-utrudnoci.html) (pristupljeno 15.01.2018).
6. Cesar Vičar, I., Infekcije urinarnog trakta u trudnoći (dostupno na: http://www.roda.hr/article/read/infekcije-urinarnog-trakta-utrudnoci) (pristupljeno 15.01.2018).
7. Girishbabu, R. J., Srikrishna, R., Ramesh, S. T., Asymptomatic bacteriuria in pregnancy. International Journal of Biological and Medical Research 2011;2(3):740-742
8. Francetić, I., Liječenje urogenitalnih infekcija u trudnoći. Medicus 2003;12(2):217-221.
9. Infekcije u trudnoći. (dostupno na: http://www.ringeraja.hr/clanek/infekcije-u-trudnoci_578.html) (pristupljeno 17.01.2018).
10. Kuvačić, I. i sur. Porodništvo. Zagreb: Medicinska naklada, 2009.
11. Karelović, D. i sur. Infekcije u ginekologiji i perinatologiji. Zagreb: Medicinska naklada, 2012.
12. Mareković, I., Kliničko značenje urogenitalnih mikoplazma. Medicus 2012;21(1):103-108.
13. Juretić, E., Konatalne bakterijske infekcije novorođenčeta. Gynaecologia et perinatologia: journal for gynaecology, perinatology, reproductive medicine and ultrasonic diagnostics, 2003;12(suppl.1):91-96.
14. Đelmiš, J. i sur., Fetalna medicina i opstetricija. Zagreb, Medicinska naklada, 2014.
15. Howie, S. E., Horner, P. J., Horne, A. W., Chlamydia trachomatis infection during pregnancy: known unknowns. Discovery Medicine 2011;12(62):57-64.
16. Rasti, S. i sur., Complications of trichomoniasis on the pregnant women. Jundishapur Journal of Microbiology 2011;4(1): 61-63.
17. Vaginalna gljivična infekcija – uzroci, simptomi i liječenje, (dostupno na: http://www.krenizdravo.rtl.hr/zdravlje/spolne-bolesti-zdravlje/vaginalnagljivicna-infekcija-uzroci-simptomi-i-lijecenje) (pristupljeno 20.01.2018).
18. Čolić, V., Dijagnostika i praćenje intrauterinih infekcija. Paediatr Croat 2004; 48 (Supl 1): 180-191.
19. Okwori, E. E., Nwadioha, S. I., Nwokedi, E. O. P., Odimayo, M., Jombo, G. T. A., Bacterial pathogens and their antimicrobial susceptibility in Otukpo. Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine 2011;(2):S261-S265.
20. Persson, K., Christensen, K. K., Christensen, P., Forsgren, A., Jorgensen, C., Persson, P. H., Asymptomatic bacteriuria during pregnancy with special reference to group B streptococci. Scand J Infect Dis 1985;17:195-9. 15.
21. Wood, E. G., Dillon, H. C., A prospective study of group B streptococcal bacteriuria in pregnancy. Am J Obstet Gynecol, 1981;140:515-20.
22. Weston, E. J., Pondo, T., Lewis, M. M., Martell-Cleary, P., Morin, C., Jewell, B. et al: The burden of invasive early-onset neonatal sepsis in the United States, 2005-2008. Pediatr Infect Dis J 2011;30:937-941.
23. Fanaroff, A. A., Stoll, B. J., Wright, L. L., Carlo, W. A., Ehrenkranz, R. A., Stark, A. R. et al: Trends in neonatal morbidity and mortality for very low birthweight infants. Am J Obstet Gynecol 2007;196:147.e1-8.
24. Kawamura, M., Nishida, H., The usefulness of serial C-reactive protein measurement in managing neonatal infection. Acta Paediatr 1995;84:10-13.

Priziv savjesti u primaljstvu

Kristina Mikuličić, mag. iur.

Pravo na priziv savjesti temeljno je ljudsko pravo i sastavni je dio slobode mišljenja koje je priznato na međunarodnoj razini, a u praksi se ostvaruje u većini država svijeta. Pravo na priziv savjesti proizlazi iz slobode savjesti koja je zajamčena člankom 18. Opće deklaracije o ljudskim pravima, člankom 9. Konvencije za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda i člankom 40. Ustava Republike Hrvatske.

Priziv savjesti je pravo i odluka pojedinca da izvede ili odbije izvesti neku radnju, suprotno zakonu ili nekoj drugoj odredbi, jer bi se njezino obavljanje protivilo etičkim, moralnim ili vjerskim uvjerenjima – točnije savjesti te osobe.

Priziv savjesti u medicini je pravo zdravstvenog djelatnika da odbije pružiti medicinsku uslugu, pod određenim, definiranim uvjetima. Ono se u medicini najčešće očituje kao pravo na odbijanje činjenja nekih legalnih standardnih medicinskih postupaka kada su u suprotnosti sa savješću zdravstvenih djelatnika.

Kod priziva savjesti u primaljstvu radi se o odbijanju obavljanja nekih medicinskih postupaka koji su dio standardne ginekološko-opstetričke prakse, motivirane najčešće religijskim, ali i drugim moralno-etičkim uvjerenjima primalja.

Pojedine zdravstvene djelatnosti posebnim zakonom

imaju propisano pravo na priziv savjesti, pa je tako čl. 20. Zakona o liječništvu (NN 121/03, 117/08) propisano da liječnik ima pravo „Radi svojih etičkih, vjerskih ili moralnih nazora, odnosno uvjerenja ... pozvati se na priziv savjesti te odbiti provođenje dijagnostike, liječenja i rehabilitacije pacijenta, ako se to ne kosi s pravilima struke te ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijenta. O svojoj odluci mora pravodobno izvijestiti pacijenta te ga uputiti drugom liječniku iste struke."

Člankom 3. st. 4. Zakona o sestrinstvu (NN 121/03, 117/08 i 57/11) propisano je da medicinska sestra „Radi svojih etičkih, vjerskih ili moralnih nazora, odnosno uvjerenja ... ima pravo pozvati se na priziv savjesti te odbiti provođenje zdravstvene/sestrinske njege ako se to ne kosi s pravilima struke te ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijenta. O svojoj odluci mora pravodobno izvijestiti pacijenta i odgovornu ili nadređenu osobu."

Zakonom o primaljstvu (NN 120/08 i 145/10) nije propisano da primalje imaju pravo na priziv savjesti odnosno navedeni zakon uopće ne sadrži odredbe vezane uz priziv savjesti.

Pored zakonodavnih odredbi većina komora u zdravstvu je svojim etičkim kodeksima (Kodeks medicinske etike i deontologije, Etički kodeks medicinskih sestara, Kodeks ljekarničke etike i deontologije, Kodeks stomatološke etike i deontologije...) propisala pravo „svojih" zdravstvenih djelatnika na priziv savjesti. Tako je i Hrvatska komora primalja u čl. 2. t. 20. Etičkog kodeksa primalja propisala da „Primalja ima pravo na priziv savjesti, ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijenta/ice. O svojoj odluci mora pravodobno obavijestiti pacijenta/icu te ju uputiti drugoj primalji.

Primalja koja radi kao član zdravstvenog tima (u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ili u bolničkoj zdravstvenoj skrbi) mora u što kraćem roku izvijestiti odgovornu osobu ako postoji bilo kakav prigovor savjesti bitan za obavljanje njezine profesionalne djelatnosti. U tom slučaju ne smije prestati pružati primaljsku skrb ako bi time uzrokovala trajne posljedice za zdravlje ili ugrozila život pacijentice."

Priziv savjesti je najčešće motiviran religijskim razlozima, ali sve češće i raznoraznim moralnim ili etičkim stavovima određene osobe, pa se tako na priziv savjesti, danas, jednako pozivaju i vjernici i ateisti u slučaju ako određena radnja nije u skladu s njihovom savjesti. Treba naglasiti da je priziv savjesti u posljednjim desetljećima u svijetu poprimio izuzetno velike razmjere pa je samim time i značajno utjecao na provođenje zdravstvene zaštite.

Da bi prigovor savjesti bio zakonit mora se temeljiti na moralnim načelima pojedinca koji shvaća značenje pravnih normi, a ne na osobnim interesima. Pritom je nužno da pravo jednog pojedinca ne ugrožava ili isključuje prava drugih osoba.

Svakako treba naglasiti da priziv savjesti ne daje automatsko pravo svakom zdravstvenom djelatniku, u svakoj situaciji i zbog svakog razloga koji ta osoba smatra svojim moralnim ili vjerskim uvjerenjem, da krši neke propisane ili ugovorene obaveze. Stoga postoji potreba, a kako priziv savjesti ne bi postao temelj za neopravdanu samovolju i zloupotrebu, da se isti detaljnije regulira propisima odnosno da mu se odrede granice i postupak.

Naime, kada se na suprotnim stranama nađu pravo na priziv savjesti i profesionalna obaveza prema dobrobiti pacijenta/ice, najprije potrebno utvrditi je li priziv savjesti prihvatljiv.

Priziv savjesti je prihvatljiv ako:

- se temelji na moralnim ili vjerskim načelima, a ne na osobnim interesima,
- ako će druga primalja na vrijeme i stručno pružiti primaljsku skrb pacijentu/ici,
- ako se njime ne uzrokuju trajne posljedice za zdravlje i/ili nije neposredno ugrožen život pacijenta/ice
- ne stvara diskriminaciju.

Ovdje svakako treba naglasiti da se priziv savjesti ne smije tumačiti preširoko i na način koji bi doveo do onemogućavanja pravodobnog pružanja zdravstvene usluge pacijentu/ici. Nužno je da je zdravstvena usluga pružena odnosno da pacijent/ica ne trpi apsolutno nikakve posljedice. Odgovornost leži na svim zdravstvenim djelatnicima koji prije svega moraju dobro procijeniti stanje pacijenta/ice odnosno procijeniti bi li zbog izjavljenog priziva savjesti mogle nastati trajne posljedice za zdravlje ili bi bio ugrožen život pacijenta/ice. Tek nakon toga zdravstveni djelatnik eventualno može odlučiti je li moguće, u konkretnoj situaciji, pozvati se na priziv savjesti ili ne, odnosno procjenjuje je li moguće u slučaju pozivanja na priziv savjesti, na vrijeme osigurati primjerenu zdravstvenu uslugu drugog zdravstvenog djelatnika. Ako to nije moguće, pravo na priziv savjesti se ne može realizirati jer bi se u tom slučaju radilo o kaznenom djelu nepružanja medicinske pomoći. Ako bi osiguranje odgovarajuće zamjene bilo nemoguće ili otežano, zdravstveni bi djelatnik trebao pružiti zdravstvenu uslugu usprkos svome prizivu savjesti, pod uvjetom da se radi o ozbiljnoj ugroženosti zdravlja pacijenta/ice ili o opasnosti za njegov/njen život. U tom je smislu zakonodavac ipak odredio da su zdravlje i život pacijenta/ice važniji od prava na priziv savjesti.

Problematika priziva savjeti primalja kod namjernog prekida trudnoće dodatno je naglašena u „malim" ustanovama u slučaju kada se sve primalje u zdravstvenoj ustanovi pozovu na priziv savjesti. Stoga je na ravnatelju/ici ustanove odgovornost i obaveza da ima zaposlene zdravstvene djelatnike koji nemaju priziv savjesti, te na glavnim sestrama/primaljama odgovornost i obveza da sukladno izjavljenim prizivima savjesti organiziraju rad odnosno smjene unutar ustanove. Upravo stoga je

vrlo važno da se zdravstveni djelatnici izjasne o prizivu savjesti „prije“ zapošljavanja kako bi poslodavac znao na koje poslove pojedinog radnika može rasporediti. Svaka zdravstvena ustanova koja je osposobljena i zakonski obavezna pružiti medicinski zahvat, primjerice, prekida trudnoće, ima jasnu pravnu obavezu osigurati učinkovit pristup ovoj vrsti medicinske usluge svim ženama koje su koristeći svoju ustavom zajamčenu slobodu izbora donijele tu osobnu odluku.

U praksi se događalo da su se primalje pozivale na priziv savjesti u sljedećim postupcima:

- namjernog prekida trudnoće,
- medicinski potpomognute oplodnje,
- prenatalne dijagnostike u cilju utvrđivanja fetalnog kariotipa,
- uzimanja matičnih stanica i
- informiranja i edukacije o spolnom i reproduktivnom zdravlju i pravima.

Međutim, osnovno pitanje je – ima li primalja pravo odbiti pružiti primaljsku skrb pacijentima/cama koji su sudjelovali u prethodno navedenim postupcima odnosno:

Smije li primalja odbiti pružiti primaljsku skrb ženi koja zatraži namjerni prekid trudnoće?

Smije li primalja odbiti pružiti primaljsku skrb ženi koja je začela postupkom potpomognute oplodnje?

Smije li primalja odbiti pružiti primaljsku skrb u porođaju ženi koja je začela u postupku potpomognute oplodnje?

Smije li primalja odbiti pružiti primaljsku skrb novorođenčetu koje je začeto u postupku potpomognute oplodnje?

Smije li primalja odbiti provoditi edukaciju u cilju planiranja obitelji u dijelu koji se odnosi na kontracepciju?

Smije li primalja odbiti pružiti primaljsku skrb osobi koja je pohranila ili donirala svoje matične stanice ili to namjerava učiniti?

Smije li primalja odbiti pružiti primaljsku skrb ženi koja je obavila prenatalnu dijagnostiku u cilju utvrđivanja fetalnog kariotipa?

Smije li primalja, primjerice, odbiti provesti peroralnu i parenteralnu primjenu lijekova ordiniranu od strane liječnika pacijentima/cama koje su obavile prethodno navedene medicinske postupke?

Budući odgovore na navedena pitanja ne daje niti jedan ni zakonski ni podzakonski akt u Republici Hrvatskoj više je nego razvidna potreba donošenja zakona ili podzakonskog akta kojim će se jasno definirati pravo zdravstvenih djelatnika na priziv savjesti, ali i prava pacijenata/ica u slučaju odbijanja pružanja standardne medicinske zdravstvene zaštite zbog priziva savjesti. Istima zakonom treba jasno definirati:

- tko se može pozvati na priziv savjesti (samo liječnici ili i medicinske sestre odnosno primalja koje asistiraju u navedenim postupcima);
- kada se osoba mora pozvati na priziv savjesti (prije zasnivanja radnog odnosa, tijekom radnog odnosa…);
- iz kojih razloga se osoba može pozvati na priziv savjesti (vjerskih, moralnih…);
- može li priziv savjesti iz vjerskih razloga biti parcijalan;
- medicinske postupke u kojima se osoba može pozvati na priziv savjesti (može li, primjerice, primalja odbiti primijeniti lijek koji je ordinirao liječnik pacijentici koja je imala namjerni prekid trudnoće?);
- način poziva na priziv savjesti (pisano, usmeno, e-mailom…);
- obaveze osobe koja se pozvala na priziv savjesti prema pacijentu/ici;
- prava pacijenata u slučaju odbijanja pružanja standardne medicinske zdravstvene zaštite zbog priziva savjesti;
- da svaka zdravstvena ustanova mora donijeti plan zapošljavanja koji će osigurati dovoljan broj zdravstvenog osoblja koji se nisu pozvali na priziv savjesti kako se ne bi smanjivala kvaliteta zdravstvene usluge;
- odrediti proceduru povlačenja priziva savjesti.

Pored donošenja zakona ili podzakonskog akta kojim bi se navedeno detaljno reguliralo oportuno bi bilo uspostaviti pri ministarstvu nadležnom za zdravstvo bazu zdravstvenih djelatnika koji su se pozvali na priziv savjesti.

Zaključno, priziv savjesti u medicini bi trebalo definirati na način da ne zadire u prava drugih ljudi (prvenstveno pacijenata/ica) i da ne priječi dostupnost legalne zdravstvene zaštite budući nejasno/nedovoljno definiran priziv savjesti može dovesti do neučinkovitosti i nejednakosti, te ugroziti kvalitetu i dostupnost zdravstvene usluge.

Stručni posjet UKC-u Ljubljana i Univerzi v Ljubljani - Zdravstvena fakulteta

Đurđica Stokić, bacc. obs., mag. med. techn.
Monika Grgić, bacc. obs.

Hrvatska komora primalja omogućila je primaljama Đurđici Stokić i Moniki Grgić stručno usavršavanje na Sveučilišnom kliničkom centru Ljubljana – Ginekološka klinika u razdoblju od 31. ožujka do 6. travnja 2019. godine u cilju stjecanja novih znanja i vještina iz područja primaljske skrbi.

Prvi dan susrele su se sa slovenskim kolegicama koje su ih provele po cijeloj klinici, upoznajući ih s načinom i organizacijom rada odjelnih primalja.

Sobe u klinici su opremljene CTG-om s mrežnim karticama tako da liječnici i primalje mogu pratiti CTG zapis u svim rađaonskim sobama.

Nakon obilaska neonatološkog odjela koji je vrhunski opremljen, bankom humanog mlijeka i modernim operacijskim salama, naredna tri dana detaljno su se pratile proces rada u rađaonici. Klinika godišnje ima oko 6.000 porođaja. Sveukupno ima 11 soba za rađanje i 13 kreveta opremljenih s modernim CTG aparatima i krevetima za rađanje. Primalje Đurđica Stokić i Monika Grgić sudjelovale su u radu sa slovenskim primaljama, upoznajući se tako s njihovim načinom rada, postojećim aparatima, jednokratnim medicinskim materijalom, pristupima primaljskoj skrbi u porođaju, mogućnostima obezboljenja u porodu i drugim postupcima.

Posebno hvale vrhunsku opremljenost klinike i izuzetno važnu ulogu koju primalje imaju u brizi oko rodilje i u samom porođaju. Ističu da su u Sloveniji primalje potpuno samostalne kod svih fizioloških porođaja. Tako, primjerice, liječnik ordinira drip na inicijativu primalje koja dalje sama regulira protok. U tom procesu jedna primalja nadzire porođaj, druga asistira, a liječnik samo pregleda posteljicu. Unatoč velikom obujmu posla, u rađaoni vlada tiha, smirena i opuštajuća atmosfera. U fokusu zbivanja su rodilja i njezin partner, kao aktivni sudionici tog važnog događaja, što potvrđuje pravi partnerski odnos primalje i budućih roditelja.

Još jedan, do tada našim primaljama nepoznat, način rada je uloga primalje na odjelu babinjača, na koji dolaze žene nakon porođaja kod kojih je sve prošlo u najboljem redu, te dalje o njima u potpunosti skrbi primalja, bez nadzora liječnika.

Primalje Đurđica Stokić i Monika Grgić s ljubljanskim kolegicama i liječnikom

Trećeg dana posjetile su Zdravstveni fakultet Univerziteta Ljubljana (Univerza v Ljubljani – Zdravstvena fakulteta), gdje ih je dočekala profesorica dr. Ana Polona Mivšek koja im je predavala na studiju primaljstva u Rijeci. Profesorica Polona Mivšek im je predstavila slovenski model studija primaljstva, a zatim se razgovaralo o hrvatskom načinu studiranja. Četvrti i peti dan obilazile su i upoznavale se s načinom rada u ginekološkoj poliklinici, patologiji trudnoće, IVF-u i operacijskim salama.

Posljednji dan družile su se sa slovenskim kolegicama koje su im kao uspomenu na obilazak Ginekološke klinike, UKC-a Ljubljana uručile knjigu „Rojstvo“.

Primalje Đurđica Stokić i Monika Grgić zahvaljuju svim slovenskim kolegicama u UKC-u Ljubljana na lijepom dočeku, iscrpnom objašnjavanju i upoznavanju s radom odjela te pojašnjavanju svega što ih je zanimalo.

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 posljedicama[1] 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 posto[2]!

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 funkcionira tisućljećima. Odvajanje dojenčeta u drugu sobu zapravo nije prirodno, kako tumači antropolog dr. James J. McKenna s američkog Sveučilišta Notre Dame[3]. Antropolog McKenna navodi primjer Azije, konkretno Japana, gdje spavanje novorođenčeta s majkom spada u kulturalnu normu, a statistički upravo 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 dojenčetom[4]

- **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)* – novorođenče 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 International[5], 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 bočicom 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 pretilog 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 lentu 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 ispitati 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.

Izvori informacija

Kao izvor informacija većina ispitanica navelo je majke, dok ih je samo nekoliko navelo očeve. Uz obitelj ističu važnu ulogu prijateljica i vršnjaka u razmjenjivanju informacija i iskustava. Samo je jedna ispitanica kao izvor informacija navela enciklopediju Ginekologija i porodništvo koju joj je kupio samohrani otac kako bi joj pružio pouzdane informacije.

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 našim ispitanicama 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.

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.

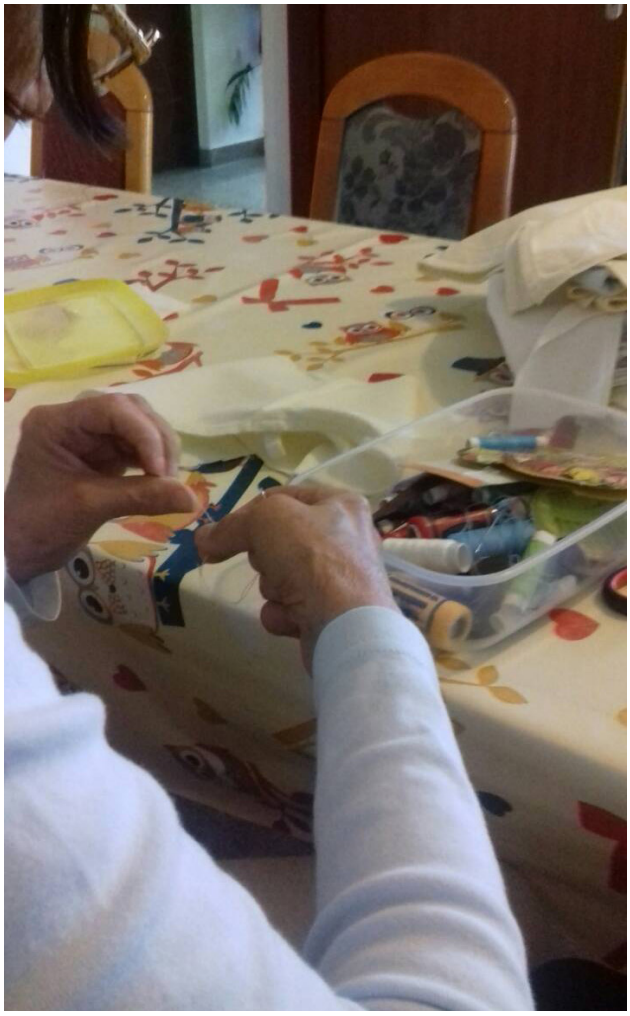
Odrastanje među prijateljicama

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 zamijeniti. 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 preplavljuju 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 podoj 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**-u (*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 Babycenter[1].

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.org[2].

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 dojenja[3].

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.

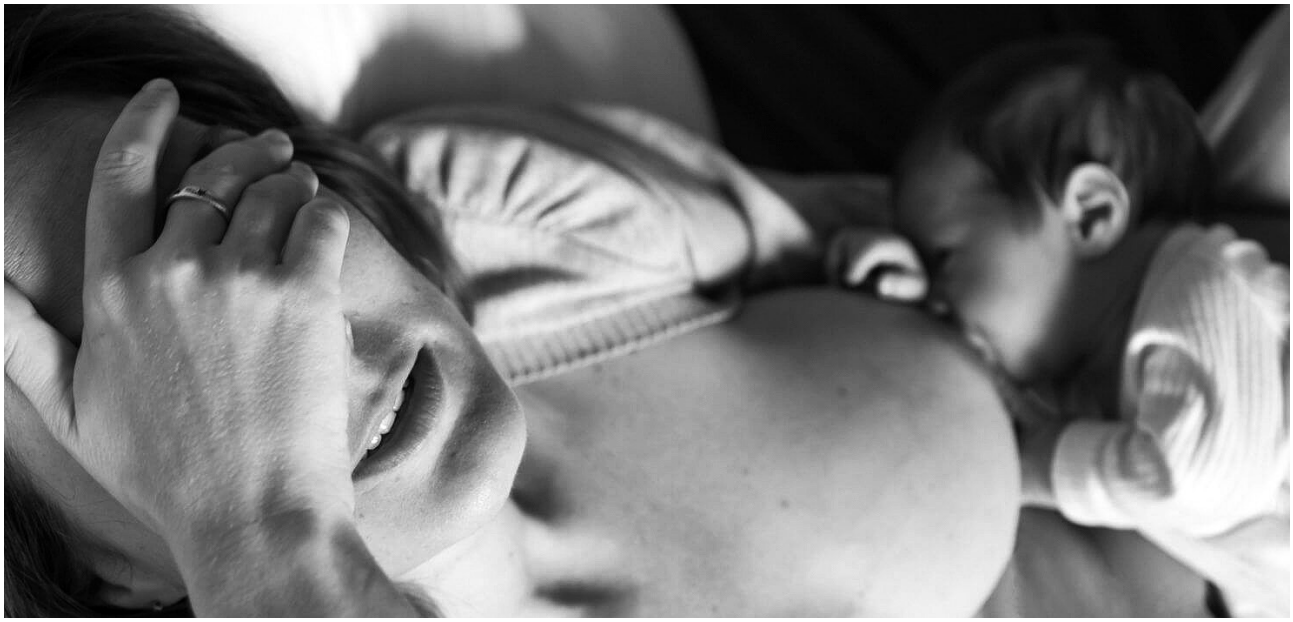
Pritom, treba razlikovati ovu pojavu od ostalih sličnih psiholoških manifestacija.

D-MER *nije*:

- Psihološki odgovor na dojenje.
- Mučnina za vrijeme podoja.
- Postnatalna depresija.
- Opća nesklonost i averzija prema dojenju.
- Nestrpljivost s novorođenčetom prilikom dojenja.
- Iritabilne 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 uzrokovano 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 dezorijentacije 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 liječničku 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 njege 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 njege u Školi za primalje u drugim i četvrtim razredima, školske 2017/18. godine. Namjera ispitivača je utvrđivanje stručne tematike iz tih predmeta koji su podloga za budući rad primalje-asistentice.

METODE

Odabrani 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, profesorica Gordana Tobisch. Upitnik se sastoji od dvaju dijelova iz navedenih područja. Pitanja odabranih područje znanja iz Anatomije i fiziologije sastavila je mr. sci. Vlasta Šućur, dr. med. što je provjeravano kroz dvadeset pitanja, a područje iz Zdravstvene njege 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 izabrati 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 njege 1. i 2. godine koji čine osnovu 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. Identična 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 odabranih 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	8:1
2.	34:32	10:19
3.	14:24	30:27
4.	36:46	8:5
5.	30:48	14:3
6.	41:46	3:5
7.	22:51	22:0
8.	17:35	27:16
9.	40:45	4:6
10.	41:50	3:1
11.	43:49	1:2
12.	23:51	21:0
13.	39:51	5:0
14.	26:23	18:28
15.	15:17	29:34
16.	29:49	15:2
17.	36:50	8:1
18.	18:10	26:41
19.	33:27	11:24
20.	20:35	24:16

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.	11010100111111101110 – točno	14
2.	01011110111011011011	14
3.	10010110111110011010	12
4.	11011101111011111110	16
5.	00011110111010001111	12
6.	11100111111111010011	15
7.	11011110111110001001	13
8.	11010110111000011010	11
9.	10011101111111011000	13
10.	11011101111110001001	13
11.	11011110111011010000	12
12.	01111110111010110010	13
13.	11011100111010001100	11
14.	11001000111011011110	12
15.	00011110111010001111	12
16.	01011111111011111010	15
17.	11011111011111110111	17
18.	11010111111111010110	15
19.	11100100011001001110	10
20.	11010111111110011010	14
21.	11111100111110011010	14
22.	11111100111111011010	15
23.	11011101111011101011	15
24.	11111101111011101011	16

1.	10111111111111011111 – točno	18
2.	10000000111001000011	7
3.	11000100111000000110	8
4.	10011111111110111000	14
5.	00110110001101000000	7
6.	01011100111111001101	13
7.	11111110011111111110	17
8.	11111100111011011110	15
9.	11100000111011011001	11
10.	11010110111011111010	14
11.	11110100111011111011	15
12.	11000111111110111001	14
13.	11001100111011001111	13
14.	01011111101010111011	14
15.	10111100111011011010	13
16.	10011101111110011010	13
17.	11011100100110001111	12
18.	11111100111011111001	15
19.	11011111111110011110	16
20.	11011111111110111111	18

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.	11011110111110111010 – točno	15
2.	1101111011110111010	15
3.	1101111011010011010	13
4.	1101111011110011010	14
5.	1101111111110111010	16
6.	1011111111110011011	16
7.	1011111111111011011	17
8.	1101111111110011001	15
9.	1001111111111011010	15
10.	1111111011111011110	17
11.	1111111011110011111	17
12.	1011111011111111001	16
13.	1101111011110110010	14
14.	1111111111111011011	18
15.	1111111111110011011	17
16.	1011111111110001100	14
17.	1111111111110011011	17
18.	1111111101110011110	16
19.	1101111111111111000	16
20.	1101111111111011011	17
21.	1111111111110011011	17
22.	1111111111110111011	18
23.	1011111111110111011	17

1.	11111110111111011001 – točno	16
2.	10011110011111011001	13
3.	11111111111111011011	18
4.	11111110111111111011	18
5.	11001011110110111010	13
6.	10110111111111011101	16
7.	10001011011110011101	12
8.	11011011011110011001	13
9.	10011111011110011001	13
10.	10011111111111011000	14
11.	10011111111111011001	15
12.	10011111111111011001	15
13.	11011111111110111001	16
14.	10011111111110111011	16
15.	10101011111110111101	15
16.	10011111111111111011	17
17.	11111111111111011001	17
18.	11111111111111011001	17
19.	11111110111111011001	16
20.	10111110111111011110	16
21.	10111111111111011110	17
22.	10111110111111011001	15
23.	11011111111110011001	15
24.	11000111011110111001	13
25	11000011111110011001	12
26.	11011110111110111001	15
27.	01011111011110111000	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%)

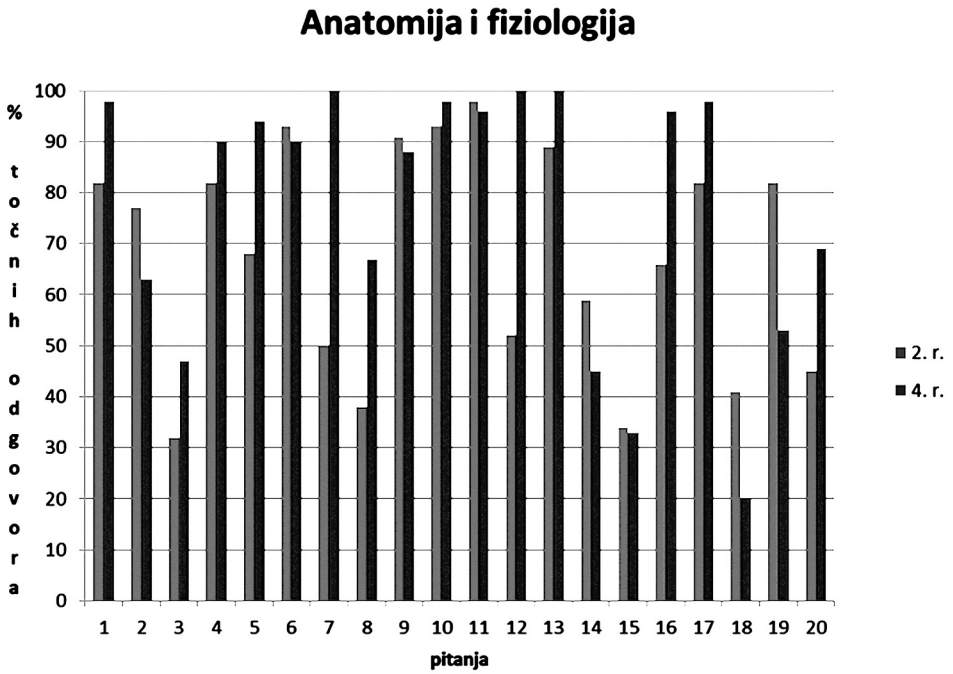
Ukupno: 4a + 4b (51 učenice x 20 pitanja) = 1.020 pitanja, točno 788 (77,25%), netočno 232 (22,74%)
Omjer 77:23%

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

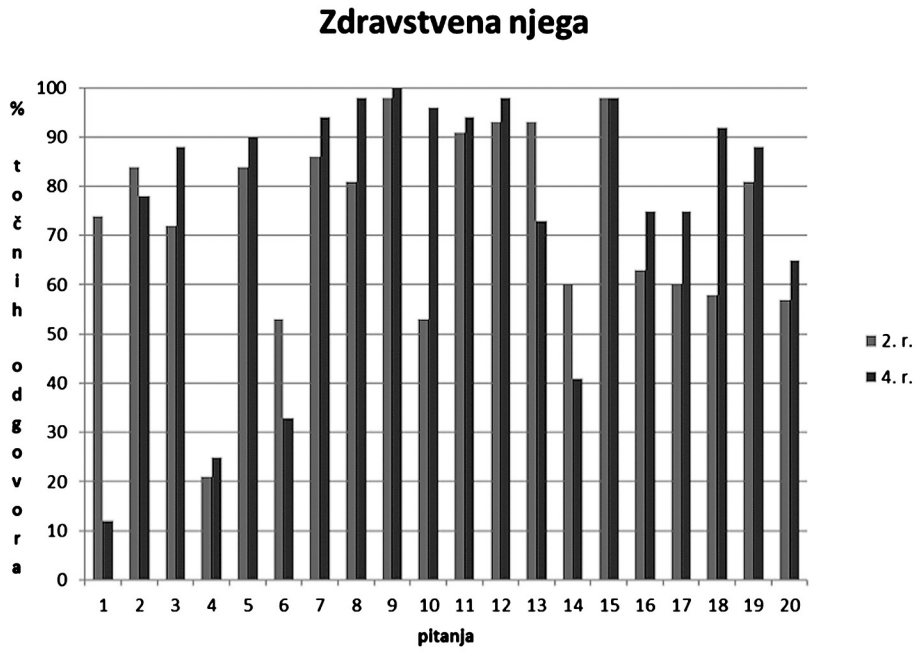


Kvantitativna analiza podataka iz područja predmeta Zdravstvena njega pokazuje očekivane rezultate, odnosno više točnih odgovora učenica četvrtih razreda koje svoje znanje nadograđuju kroz treću i četvrtu godinu školovanja, a opća njega osnova je za sve kasnije nadogradnje. Čak 96% učenica četvrtih razreda 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.

Drugo 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 ¾ točnih odgovora.

Treće pitanje je bilo o križnoj kosti i njenim dijelovima pa je ½ polaznica četvrtih razreda odgovorilo točno da se tu ubraja facies pelvina ili zdjelična ploha križne kosti, a oko ¾ 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 zglobu što i samo ime zgloba 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 ¼ 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 uterusa 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 odnosilo 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 ¼ 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 ½ , dok je ¾ 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.

Drugo 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 hematemezu, a omjer točnih odgovora iznosio je 37:40 u korist učenica drugih razreda.

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

Petnaesto 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 najavljeno 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 četvrta 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 daljnjom 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 usvojenosti 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 daljnjeg 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

1. Andreis, I. et al., Anatomija i fiziologija, Zagreb, Školska knjiga, 2007.
2. Šimunić, V. et al., Ginekologija, Zagreb, Naklada Ljevak, Medicinska biblioteka, 2001.
3. Jalšovec, D., Sustavna i topografska anatomija čovjeka, Zagreb, Školska knjiga, 2005.
4. Keros, P. et al., Anatomija i fiziologija, Zagreb, Naklada Ljevak, 2006.
5. Kovačić, N., Lukić. I., Anatomija i fiziologija, Zagreb, Medicinska naklada, 2006.
6. Prlić, N., Opća načela zdravlja i njege, Zagreb, Školska knjiga, 2014.
7. 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 suiperior 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. Edometrium, 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. **Ovarijalni 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:

a) Hipotenzija
b) Normotenzija
c) Hipertenzija

9. Diureza je količina mokraće izlučena:

a) Tijekom 24 sata
b) U jednom aktu mokrenja
c) Tijekom 8 sati

10. Oligurija je:

a) Potpuni prestanak stvaranja mokraće
b) Smanjeno stvaranje mokraće
c) Povećano stvaranje mokraće

11. Proteinurija je:

a) Noćno mokrenje
b) Zastoj mokraće u mokraćnom mjehuru
c) Povećana količina bjelančevina u mokraći

12. Bakteriurija je:

a) Nalaz bjelančevina u mokraći
b) Nalaz mikroorganizama u mokraći
c) Nalaz gnoja u mokraći

13. Pojava crne stolice, kao posljedica krvarenja u gornjim probavnim putovima naziva se:

a) Hematemeza
b) Melena
c) Hemoptoa

14. Hemoptoa je:

a) Primjesa krvi u iskašljaju
b) Iskašljavanje većih količina krvi
c) Crne i gnojne primjese u iskašljaju

15. Za pojavu infekcije važno je 5 čimbenika koji tvore lanac. Kako se on zove?

a) Vormihov lanac
b) Vogralikov lanac
c) Vinterov lanac

16. Jedna od osnovnih mjera u sprečavanju intrahospitalnih infekcija je:

a) Pravilna uporaba odjeće i obuće
b) Pravilno rukovanje sterilnim materijalom i lijekovima
c) Pranje ruku

17. **Baktericidno djelovanje dezinficijensa podrazumijeva:**

a) Sprečavanje rasta i razvoja bakterija i virusa
b) Kočenje i usporavanje rasta i razvoja mikroorganizama
c) Uništavanje ili ubijanje bakterija

18. Pod pojmom enteralno unošenje lijeka u organizam-podrazumijevamo:

a) Perkutano
b) Intrakutano
c) Sublingvalno

19. Kad se lijek daje intramuskularno, igla se uvodi okomito, pod kutom:

a) 45 stupnjeva
b) 90 stupnjeva
c) 180 stupnjeva

20. Stalna koncentracija kisika u inkubatorima ne smije biti manja od:

a) Do 21%
b) Do 40%
c) 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 jednako siguran 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 roditi kod kuće, ipak bismo se trebali, kao društvo, pobrinuti da i 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 roditi u svom domu.

Ključne riječi: primaljska skrb, kućni porođaj, porođaj niskog rizika, mjesto rođenja, ishodi niskorozičnih 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 laganom 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 nekompliciranim 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 europskim 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 europskih zemalja Nizozemska ima najviši postotak porođaja kod kuće, 16,3% (slika 2).

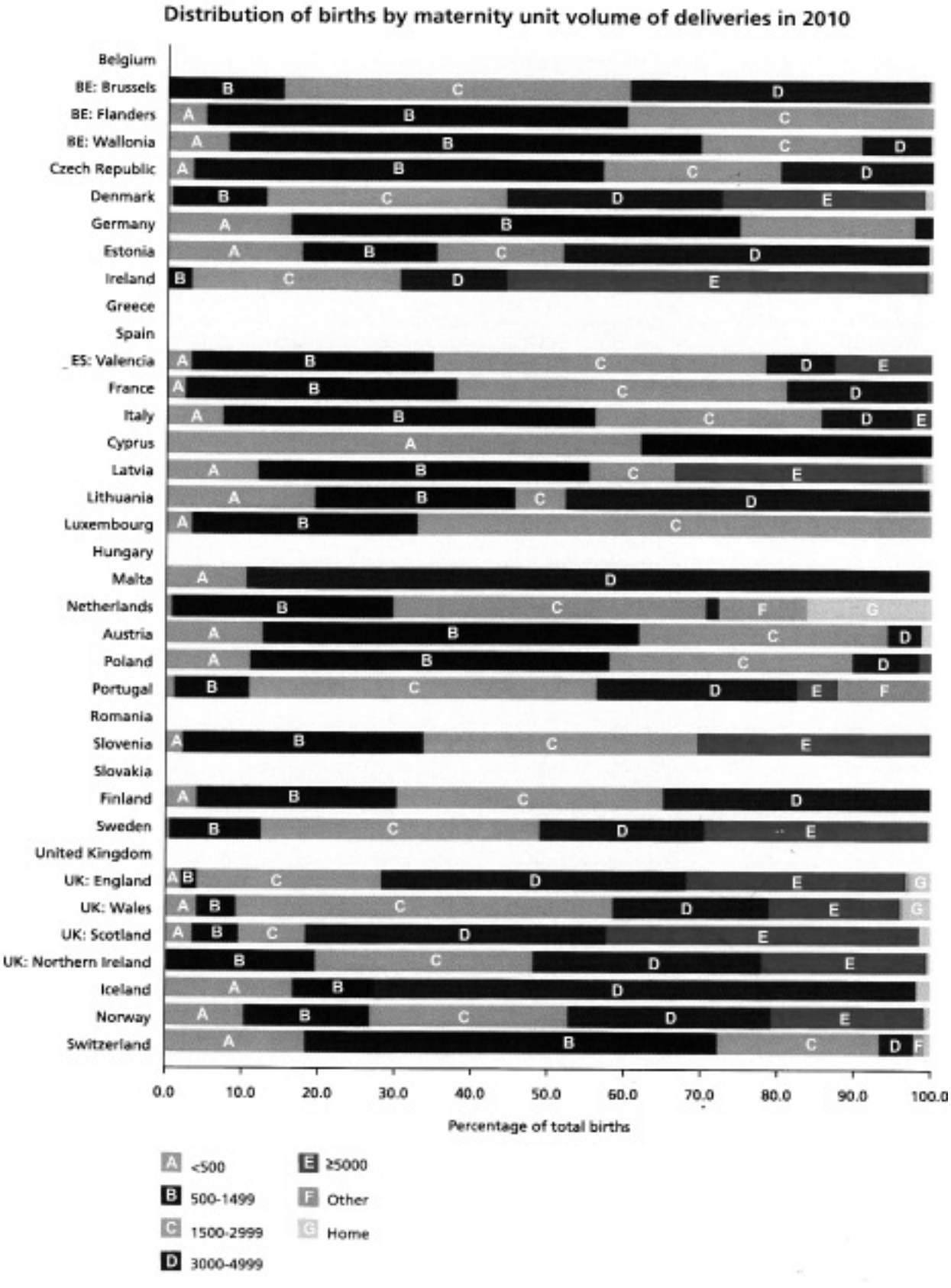
Bilo je mnogo rasprava o sigurnosti kućnih porođaja. Nedavno nizozemsko istraživanje među 743.070 žena niskog rizika pokazalo je slične stope perinatalne smrtnosti među planiranim porođajima u kući i planiranim porođajima u bolničkim odjelima koje vode primalje. Druga studija pokazala je da nema povećane 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 mjesta 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 porođaja, 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 „Popisu ginekoloških indikacija“. Ovaj

Slika 1.

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

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 porođaj, nenapredovanje porođaja ili znaci fetalne patnje. Porođajne intervencije su carski rez, vakuum / forceps, pojačavanje trudova ili upotreba lijekova za ublažavanje boli. 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 boli 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 mjesta 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 jednako 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 informiranom 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 nekima 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 njena radna 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 pozvale 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 u 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 odabrati i odlučiti o mjestu i načinu svog porođaja.

Hrvatski zakoni omogućuju ženama odabir mjesta 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 najperifernijoj 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 mjesta 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 mjesta porođaja, a u radnu skupinu koja bi pripremala materijale za siguran porođaj kod kuće trebaju biti uključeni svi sudionici: Ministarstvo zdravstva, Udruženje 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 prihvatila 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 Primaljstva, 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 najbezbolnije za sve organizirati samostalne primaljske jedinice u/uz rodilište, u kojoj bismo mogli osigurati porođaj ženama koje to žele „kao kod kuće".

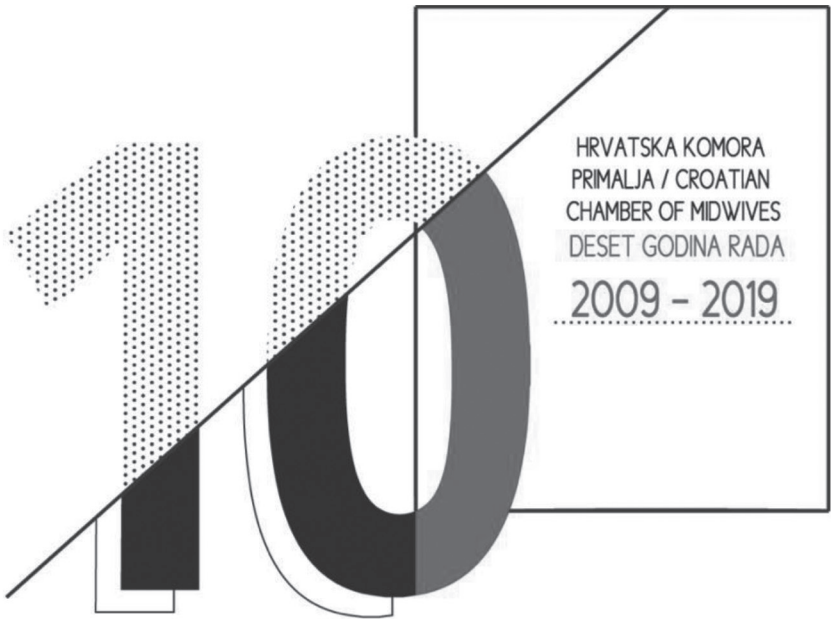
ZAKLJUČAK

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 [PubMed]
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; 14:179. doi: 10.1186/1471-2393-14-179.[PMC free article] [PubMed] [Cross Ref]
16. The Birthplace in England Research Programme, Peter Brocklehurston on behalf of the Birthplace in England Research Programme CollaborativeGroup
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/HomeBirthNetherlands.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.bmj.com/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 author1 A. de Jonge, 1 E. Zwagerman, 2 P. Zwagerman, 2 T. Klomp, 1 J. J. Zwart, 3 and C. C. Geerts1, BMC Pregnancy Childbirth. 2016; 16: 329. Published online 2016 Oct 28. doi: 10.1186/s12884-016-1130-6



PROSLAVA 10. GODIŠNJICE
RADA HRVATSKE KOMORE PRIMALJA

Valamar Diamant Hotel **

Poreč, 06.09. – 08.09.2019.

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

PROFESIONALNA OSIGURANJA*:

Osiguranje od profesionalne odgovornosti - POPUST 15%

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

Osiguranje naknade prihoda - POPUST 20%

Osiguranje financijskih gubitaka (osiguranje prekida rada) - POPUST 20%

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

EKSKLUZIVNA 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
Iznenadna smrt uslijed bolesti	1.000,00
Lom kosti uslijed nezgode	20,00

MAGNESIUM Diaspora®

MAGNEZIJ JE OD KLJUČNE VAŽNOSTI ZA NAŠE ZDRAVLJE

Proizvodi Magnesium-Diasporal® sadrže magnezijev citrat, koji je dokazano visoko biološki raspoloživ.

NOVO

Samo u ljekarnama i specijaliziranim prodavaonicama.
Dodatak prehrani nije nadomjestak ili zamjena uravnoteženoj prehrani.

www.diasporal.hr

VIVALIS