



# Primaljski vjesnik



Primaljski vjesnik ♡ Broj 21 ♡ ISSN 1848-5863 ♡ Studeni 2016.



HRVATSKA KOMORA  
**PRIMALJA**  
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES

HRVATSKA UDRUGA ZA  
PROMICANJE PRIMALJSTVA



**HRVATSKA UDRUGA ZA PROMICANJE PRIMALJSTVA**  
**CROATIAN ASSOCIATION FOR PROMOTION OF MIDWIFERY**



**HRVATSKA KOMORA**  
**PRIMALJA**  
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES

# Sadržaj

UTJECAJ INICIJATIVE „RODILIŠTE – PRIJATELJ DJECE“ NA PRISTUP ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA PREMA POROĐAJU.....	7
KULTUROLOŠKI I DUHOVNI ASPEKTI TIJEKOM TRUDNOĆE I POROĐAJA U KRŠĆANSTVU I ISLAMU - PRIMALJA I HOLISTIČKI PRISTUP.....	13
PREHRANA I PLODNOST.....	19
INTERVENCIJE U PREKONCEPCIJSKOJ ZAŠTITI.....	20
HRVATSKI COCHRANE:	
USPOREDBA UPOTREBE KONTINUIRANE INFUZIJE INZULINA POD KOŽU I VIŠESTRUKIH DNEVNIH INJEKCIJA INZULINA KOD TRUDNICA S DIJABETESOM.....	22
INDUKCIJA POROĐAJA NA TERMIN ILI PRIJE TERMINA UKOLIKO SE SUMNJA NA VRLO VELIKO DIJETE (FETALNA MAKROSOMIJA).....	23
HRANJENJE ŠALICOM U USPOREDBI S DRUGIM OBLICIMA DODATNOG ENTERALNOG HRANJENJA NOVOROĐENČADI KOJA NE MOGU U POTPUNOSTI BITI DOJENA.....	24
OBRAZOVANJE PRIMALJA U REPUBLICI HRVATSKOJ.....	25
TREBAJU LI NAM UISTINU VISOKO OBRAZOVANE PRIMALJE U HRVATSKOJ?.....	29
OPSEG SAMOSTALNOSTI PRIMALJA U BOLNIČKIM ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA: ANALIZA ZAKONSKOG I PODZAKONSKOG OKVIRA.....	32
AKCIJSKI PLAN ZA PROVOĐENJE PILOT PROJEKTA „BOLNICE – RODILIŠTA PRIJATELJI MAJKI I DJECE“ (MOTHER FRIENDLY HOSPITAL - MFH).....	38
PORTAL ZA E-UČENJE I CJELOŽIVOTNO OBRAZOVANJE.....	41
Birajmo mogućnosti! Jer to, naprosto, možemo.....	42

## Riječi uredništva

Drage primalje!

Pred Vama je Vaš vjesnik koji Vam i ovaj 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 bi 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](mailto: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!***



*Gubitak članskih iskaznica:*

1. Ivana Tkalčević

*Prestaje važiti:*

1. EU potvrda, KLASA: UP/I- 034-01/16-07/6, URBROJ: 340-13-16-2 izdana dana 15. srpnja 2016.

### ***Impresum:***

***Izdavač:***

Hrvatska komora primalja, Kutnjački put 2a, Vrbani, 10000 Zagreb, [www.komora-primalja.hr](http://www.komora-primalja.hr)

*Žiro-račun:* 2402006-110549055 Erste banka

Hrvatska udruga za promicanje primaljstva, Kutnjački put 2a, Vrbani, 10000 Zagreb, [www.hupp.hr](http://www.hupp.hr)

*Žiro-račun:* 2360000-1101743245 Zagrebačka banka

***Radove slati na:*** [info@komora-primalja.hr](mailto:info@komora-primalja.hr) / [primaljski-vjesnik@komora-primalja.hr](mailto:primaljski-vjesnik@komora-primalja.hr)

*Priprema i tisak:* Alfacommerce d.o.o.

*Naklada:* 700 primjeraka

***Tekstovi su lektorirani i autori odgovaraju za istinitost sadržaja.***

***List je besplatan.***

## **Drage kolegice i kolege,**

pred vama je novi broj Primaljskog vjesnika! Zahvaljujemo se svima koji su sudjelovali u njegovu stvaranju, slali svoje radove i time učinili ovo izdanje zanimljivim i informativnim.

Iskoristila bih ovu prigodu i ukazala na sustavna nastojanja kojima želimo unaprijediti primaljstvo u Hrvatskoj.

Trenutno, u središtu našeg zanimanja je pokretanje diplomskog studija u Hrvatskoj. Split je nedavno najavio otvorenje diplomskog studija, te je kao preduvjet njegovu otvaranju u Rijeci održano cijeli niz važnih sastanaka. U Zagrebu još nema preddiplomskog studija primaljstva, a s obzirom da je Zagreb glavni grad Hrvatske u kojem djeluje velik broj primalja, otvaranje studija predstavljalo bi logičan korak. Nedavno, predstavnici Komore susreli su se s predstavnicima Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu. Razgovaralo se o potrebi i mogućnosti otvaranja studija primaljstva u Zagrebu: redovnog, izvanrednog te bridging programa za primalje. Sastanak je bio vrlo konstruktivan, obje strane pokazale su jednako zanimanje i volju da se studij za primalje doista i otvori. Zagreb bi konačno dobio svoj prvi primaljski studij. Time bi se olakšalo studiranje brojnim osobama koje zbog financijskih, obiteljskih, poslovnih ili nekih drugih razloga nisu u mogućnosti pohađati studij primaljstva u Rijeci ili Splitu. Također je najavljeno i otvaranje još jednog bridging programa za primalje u Rijeci, kao i izvanrednog studija. Nadamo se da će svi zainteresirani prepoznati ovu priliku i prijaviti se. Svjesni važnosti obrazovanja i njegove dostupnosti, u ovom izdanju Vjesnika osvrnuli smo se na povijesni tijek obrazovanja primalja. Više o tome pročitajte u članku „Obrazovanje primalja u Hrvatskoj“.

Nadalje, Komora surađuje u izradi Inicijative Rodilište - prijatelj majki (*Mother Friendly Hospital - MFH*). Od Komore se tražilo stručno znanje pri izradi kriterija za implementaciju te sastavljanje literature koja će se koristiti pri edukaciji osoblja. Veselimo se implementiranju ove inicijative koja osigurava aktivniju ulogu žena u porođaju. Naime, omogućit će ženama da tijekom poroda uz sebe imaju odabranu osobu od povjerenja, moći će birati položaj u kojem žele radati, ostvariti kontakt „kože na kožu“ i dr. Ova inicijativa je pilot projekt koji se pokreće u četiri hrvatska rodilišta: u Rijeci, Zaboku te u dva zagrebačka rodilišta - Sv. Duhu i Merkuru. Inicijativom se, između ostalog, nastoji povećati samostalnost primaljske struke te zaposliti dodatni primaljski kadar radi održivosti projekta. Više o navedenom saznajte u članku „Akcijski plan za provođenje pilot projekta Bolnice – rodilišta prijatelji majki i djece“.

Komora je donijela Strateški plan Hrvatske komore primalja za vremenski period od 2016. do 2018. godine koji se može pronaći na našoj web stranici, a izradila je



i dvije analize, dok je treća u pripremi. Analize *Trebaju li nam uistinu visoko obrazovane primalje u Hrvatskoj?* te *Opseg samostalnosti primalja u bolničkim zdravstvenim ustanovama: analiza zakonskog i podzakonskog okvira* bave se isključivo primaljskim pitanjima te donose niz novih informacija i saznanja o primaljstvu koja već koristimo promovirajući i zagovarajući primaljstvo na višim razinama. Spomenute analize također možete pronaći u ovom broju Vjesnika.

Prije više od godinu dana pokrenut je portal za e-učenje zahvaljujući kojem primalje mogu slušati edukacije i sakupljati bodove. Značaj portala i sustavnog obrazovanja prepoznaje se sve više, a sukladno tome u stalnom je porastu i broj odslušanih predavanja. Izuzetno smo zadovoljni što je do sada na portalu položeno gotovo 1835 edukacija i prikupljeno 11 010 bodova. U Vjesniku možete pronaći pregled ponuđenih edukacija i njihov kratak opis.

Trenutno Komora revidira obnavljanje licenci, pri čemu smo došli do brojke od 320 primalja koje nisu obnovile svoju licencu. Ovom prilikom želimo podsjetiti primalje

da obrate pažnju na datum isteka svojih licenci, jer su im iste zakonski potrebne za rad.

Komora radi i na promjenama Pravilnika o sadržaju, rokovima i postupku trajnog stručnog usavršavanja primalja, magistra primaljstva, prvostupnika/ica primaljstva, primalja-asistentica i primaljskih asistenata i Pravilnika o postupku upisa u Registre Hrvatske komore primalja te su isti stavljeni na javno savjetovanje i mogu se komentirati. U izradu novog Pravilnika o sadržaju, rokovima i postupku trajnog stručnog usavršavanja primalja, magistra primaljstva, prvostupnika/ica primaljstva, primalja-asistentica i primaljskih asistenata krenulo se zbog sveobuhvatne revizije sustava trajnog stručnog usavršavanja Hrvatske komore primalja čija se potreba nametnula tijekom posljednjih šest godina, a posebno nakon prvog relicenciranja primalja.

Uvedeni su određeni oblici trajne stručne edukacije te je revidiran sustav bodovanja edukacija. Nazivlje primalja je usklađeno tako da se odnosi i na muški rod, a naziv primalja usklađen je s nazivljem koji je propisan Zakonom o primaljstvu.

Iako, neki od problema s kojima se suočavamo već duže vrijeme nisu razriješeni, na određenim spornim pitanjima (poput visokog obrazovanja primalja) uočava se polagani, ali dugo očekivani napredak. Mnoge stvari mijenjaju se na bolje i to nas treba dodatno potaknuti kako bi nastavili zajedničku, pozitivnu energiju usmjeravati ka boljitku naše struke.

Srdačno vas pozdravljam i ujedno čestitam predstojeće blagdane!

*Barbara Finderle*

*Predsjednica Hrvatske komore primalja*



## ***LISTOPAD - mjesec osvještivosti o raku dojke!***

Rak dojke najčešći je zloćudni tumor od kojeg boluju žene diljem svijeta.

Bolest se javlja kada normalne žljezdane stanice dojke promijene svoja svojstva te počnu nekontrolirano rasti, umnožavati se i uništavati okolno zdravo tkivo.

Broj oboljelih žena raste sukladno njihovoj dobi. Rak dojke u Hrvatskoj je vodeći uzrok smrti kod oboljelih od raka. Prema podacima Registra za rak Hrvatske (Hrvatski zavod za javno zdravstvo) godišnje u Hrvatskoj obolijeva oko 2300 žena, a umire ih preko 800. Očekuje se daljnji porast oboljelih.

Od raka dojke najčešće obolijevaju žene starije od 50. godina, ali nisu isključene ni žene mlađe dobi.

# *Utjecaj inicijative „RODILIŠTE - PRIJATELJ DJECE“ na pristup zdravstvenih djelatnika prema porođaju*

*Biserka Matok Glavaš, bacc.obs.*

## **1. UVOD**

Osamdesetih i devedesetih godina prošlog stoljeća svakom se porođaju pristupalo kao rizičnom, uz uobičajeni „paket“ intervencija. Prokidanje vodenjaka, upotreba oksitocina, epiziotomija, zabrana kretanja te uskraćivanje jela i pića tijekom prvog porođajnog doba bile su uobičajene prakse, stoga se svaki porođaj tretirao kao porođaj s komplikacijama i rizičan.

Nakon porođaja novorođenče se odvajalo od majke i bilo je „pod nadzorom osoblja“. Na prvi podoj dijete se nosilo tek nakon dvanaest, a ponekad i nakon dvadeset i četiri sata. Iako je poznato da neke od navedenih intervencija, pri pojavi komplikacija, mogu spasiti život majci i/ili djetetu, koriste li se rutinski i nekritično dovode do negativnog iskustva roditelja, negativno utječu na povezivanje majke i djeteta te na uspostavu dojenja, a doprinose razvijanju nepovjerenja žena prema zdravstvenim djelatnicima.

Prepoznavši problem SZO (eng. WHO) i UNICEF 1991. godine pokrenuli su inicijativu „Rodilišta - prijatelji djece“ u cilju zaštite, podrške i promicanja dojenja.

Zahvaljujući UNICEF-u u Republici Hrvatskoj 1993. godine pokrenut je program promicanja dojenja pod nazivom „10 koraka do uspješnog dojenja“. Ispunjavanjem određenih kriterija spomenutog programa, rodilišta nakon ocjenjivanja dobivaju naziv „Rodilišta - prijatelj djece“.

Iako se prioritetno naglasak stavlja na važnost ranog kontakta „koža na kožu“ između majke i djeteta i uspostave prvog podoja unutar 60 minuta po porodu, također se sve više naglašava utjecaj načina vođenja porođaja i primjene intervencija u porođaju na uspostavu dojenja (Grgurić i suradnici 2007).

Nakon što se inicijativa „Rodilišta - prijatelji djece“ integrirala u rad i zdravstveni djelatnici u rodilištima diljem Republike Hrvatske su uspješno počeli provoditi „10 koraka do uspješnog dojenja“, praksa i iskustvo pokazali su da je neophodno svakoj trudnici, roditelji i babinjači pristupiti individualno.

Također, edukacija trudnica o prirodnim procesima koji se događaju tijekom porođaja i kod uspostave dojenja uvelike doprinose zadovoljstvu žena, a samim time i većom stopom dojene djece.

Pozitivne promjene u zdravstvenim ustanovama potiču se što manjim uplitanjima u fiziološki porođaj, kritičnom upotrebom intervencija i lijekova, individualnim pristupom i kontinuiranom potporom tijekom porođaja.

## **2. HIPOTEZA**

Inicijativa „Rodilište – prijatelj djece“ promijenila je pristup zdravstvenih djelatnika prema određenim, do tada rutinskim, postupcima u porođaju.

## **3. CILJ RADA**

U cilju potvrde ili negacije hipoteze, definirani su ciljevi istraživanja.

Primarni cilj ovog rada bio je utvrditi jesu li i u kolikoj mjeri zdravstveni djelatnici (primalje i liječnici), koji skrbe o trudnicama i roditeljima u KB „Merkur“, promijenili pristup prema rutinskoj primjeni epiziotomije kod normalnog, fiziološkog porođaja, što se smatra promjenom pristupa koji je uvjetovan, između ostalog, i inicijativom „Rodilište - prijatelj djece“, a jedan je od preduvjeta za „Rodilište - prijatelj majki“.

Sekundarni ciljevi rada korišteni za potvrdu ili negaciju hipoteze bili su utvrđivanje promjena u učestalosti primjene epiduralne analgezije za olakšanje porođajne boli, učestalost primjene infuzije oksitocina za poticanje napredovanja porođaja (aktivno vođenje porođaja), učestalost amniotomije kao metode ubrzanja porođaja te broj instrumentalno dovršenih porođaja, a sve prije i nakon uvođenja inicijative „Rodilište - prijatelj djeteta“.

#### 4. ISPITANICE I METODE

Ispitivanje je provedeno na Klinici za ženske bolesti i porode Kliničke bolnice „Merkur“ u Zagrebu uspoređujući 1993. i 2015. godinu. Analizirane godine izabrane su stoga što je 1993. godine u Republici Hrvatskoj krenuo program promicanja dojenja pod nazivom „Deset koraka do uspješnog dojenja“. Ispunjavanjem traženih kriterija prva rodilišta dobivaju naziv „Rodilišta – prijatelj djece“. Godina 2015. uzeta je kao evaluacija sadašnjeg stanja i analiza trenutnog stanja u Rodilištu KB „Merkur“ koje se uključilo u radnu skupinu za izradu kriterija za implementaciju i provođenje pilot projekta „Bolnica – rodilišta prijatelji majki i djece“. Dakle, 1993. godine inicijativa „Rodilišta – prijatelj djece“ nije imala nikakav utjecaj na pristup zdravstvenih djelatnika na porođaj, dok je 2015. godine imala znatan utjecaj na pristup i način razmišljanja prema pristupu rodilji.

Korištena je medicinska dokumentacija Klinike za ženske bolesti i porode KB „Merkur“ te je ispitivanje definirano kao retrospektivno kontrolno. Ispitivanje je odobrio stručni kolegij Klinike za ženske bolesti i porode KB „Merkur“.

Analizirane su i uspoređene dvije skupine ispitanica.

Skupina 1. uključivala je prvorođene koje su rodile u prvih 6 mjeseci 1993. godine terminsku novorođenčad vaginalnim putem, u dorzoanteriorom stavu glavom, bez ikakvih pridruženih komplikacija koje bi na bilo koji način mogle utjecati na ishod trudnoće. Iz analize su, stoga, isključene sve žene koje su tijekom trudnoće imale gestacijski dijabetes, gestacijsku hipertenziju, placentu previu, bilo kakva krvarenja tijekom trudnoće, plod u stavu zatkom te bilo kakve druge kronične i akutne bolesti te stanja koja bi na bilo koji način, čak i posredno, mogla utjecati na promatrane i definirane ciljeve istraživanja. Isti kriteriji korišteni su za selekciju 2. skupine koja se razlikovala isključivo po vremenskom periodu poroda koji je bio definiran u prvih 6 mjeseci 2015. godine.

Analizirani su podaci iz povijesti bolesti i uspoređeni postoci rutinski učinjene epiziotomije, primijenjene infuzije oksitocina, amniotomije, vakum ekstrakcije, duljine trajanja porođaja i duljine boravka u rodilištu nakon porođaja.

Kao početak porođaja dogovorno je uzeta spontana ruptura vodenjaka ili učinjena amniotomija kod otvorenosti ušća od najmanje 4 centimetra.

Provedena je deskriptivna analiza podataka te su testirane razlike između skupina korištenjem z-testa za proporcije i testa normalnosti (*Mann Whitney test*). Podaci koji su bili nepravilno uneseni ili su nedostajali u povijestima bolesti nisu uključeni u deskriptivni prikaz i statističku analizu. Pohrana i obrada podataka rađena je u programu Microsoft Excel. Svi statistički testovi provedeni su uz razinu statističke značajnosti od 95% ( $p < 0,05$ ).

Rezultati istraživanja prikazani su u tablicama.

#### 5. REZULTATI

U analiziranom periodu za 1993. godinu u KB „Merkur“ ukupno je bilo 2558 porođaja, od čega je kriterijima uključenja i isključenja odabrano njih 105 bez pridružene patologije i komplikacija tijekom trudnoće. Svi analizirani porođaji završili su rodničkim putem.

U 2015. godini u KB „Merkur“ ukupni broj porođaja iznosio je 1526, od toga je odabrano 99 porođaja prvorođeni bez pridružene patologije i komplikacija tijekom trudnoće. Svi analizirani porođaji završili su rodničkim putem.

##### DESKRIPTIVNA STATISTIKA

Deskriptivna statistička analiza provedena je nad numeričkim varijablama i uključuje: raspon u kojem se podaci pojavljuju (min./max.), prosječno zabilježenu vrijednost, standardno odstupanje od prosjeka (standardnu devijaciju).

Analizirane numeričke varijable su tjelesna težina, tjelesna dužina, duljina trajanja porođaja, duljina boravka i tjelesna težina kod otpusta. Rezultati su navedeni u tablici 1.

Tablica 1: Opće karakteristike novorođenčadi izabrane skupine 1993. i 2015.

	1993. godina					2015. godina					
	n	min	max	Mean	SD	n	min	max	Mean	SD	p
Tjelesna težina (g)	105	2750	4550	3517	350	99	2740	4220	3348	310	<0.00086
Tjelesna duljina (cm)	105	48	56	51	2	99	48	55	51	1	0.07
Tjelesna težina pri otpustu (g)	103	2650	4460	3401	360	99	2620	4440	3235	330	<0.001
Duljina boravka (dani)	103	3	10	5	1	99	2	14	4	2	<0.001
Duljina porođaja (sati)	105	1	22	6	4	99	1	19	6	3	0.342

Mean - prosječna vrijednost. SD - standardna devijacija.

Prosječna tjelesna težina novorođenčadi koja je uspoređivana pri porođaju iznosila je u 1993. godini 3517 grama, a u 2015. godini 3303 grama. Z-testom uočena je statistički značajna razlika, odnosno dobiveni podaci ukazuju na nešto veću porođajnu težinu novorođenčadi rođenu tijekom 1993. godine u promatranom razdoblju ( $z=3.388$ ,  $p=0.0007$ ). Vjerujemo da je ta razlika dobivena slučajno.

Uspoređivana je prosječna duljina boravka novorođenčadi u rodilištu. Ista je u 1993. godini iznosila 5 dana, dok je u 2015. iznosila 4 dana. Z-testom uočena je statistički značajna razlika, odnosno rodilje i njihova novorođenčad u 2015. godini boravili su u rodilištu kraće nego li 1993. godine ( $p<0.01$ ,  $t= 6,157$ ).

Analizirani rezultati duljine porođaja u ovom istraživanju pokazali su da nema statistički značajne razlike u trajanju porođaja u promatranim skupinama ( $z= -0.95039$ ,  $p= 0.34212$ ).

Statističkom analizom utvrđena je značajna razlika u broju učinjenih epiziotomija u promatranom razdoblju, što je i bio primarni cilj ovog rada ( $z=6.5513$ ,  $p=0$ ) (tablica 2).

Tablica 2. Usporedba učinjenih epiziotomija 1993. i 2015.

		1993. god	2015. god
EPIZIOTOMIJA	DA	99 (94,29%)	54 (51,43%)
	NE	6	45
	Ukupno	105	99
	nivo značajnosti		95%
	z vrijednost		6.5513
	p vrijednost		0
	ST značajan		DA

Kao sekundarne ciljeve u ovom istraživanju promatrali smo epiduralnu analgeziju, infuziju oksitocina, amniotomiju i instrumentalno dovršenje porođaja uz vakum ekstrakciju.

Tablica 3. Usporedba primjenjene epiduralne analgezije 1993. i 2015.

		1993. god	2015. god
EPIDURALNA ANALGEZIJA	DA	4 (3,81%)	44 (44,44%)
	NE	101	55
	Ukupno	105	99
	nivo značajnosti		95%
	z vrijednost		-6.8382
	p vrijednost		0
	ST značajan		DA

Uz pouzdanost od 95% zaključujemo da se tijekom 2015. godine pri porođajima u značajno većoj mjeri koristila epiduralna analgezija nego li 1993. godine (tablica 3.).

Tablica 4. Usporedba primjene infuzije oksitocina 1993. i 2015.

		1993. god	2015. god
INFUZIJA OKSITOCINA	DA	56 (53,33%)	71 (71,72%)
	NE	49	23
	Ukupno	105	94
	nivo značajnosti		95%
	z vrijednost		-3.2534
	p vrijednost		0.00116
	ST značajan		DA

Usporedba primjene infuzije oksitocina ukazuje da postoji značajna razlika (uz značajnost od 95%) između 1993. i 2015. godine u korištenju infuzije oksitocina tijekom porođaja. Pri tome je veća zastupljenost korištenja dripa tijekom 2015. u odnosu na 1993. godinu ( tablica 4.).

Tablica 5. Usporedba amniotomije 1993. i 2015.

		1993. god	2015. god
AMNIOTOMIJA	DA	63(60,00%)	58(58,59%)
	NE	42	41
	Ukupno	105	99
	nivo značajnosti		95%
	z vrijednost		0.2055
	p vrijednost		0.83366
	ST značajan		NE

Nema statistički značajne razlike u udjelu porođaja s izvedenom amniotomijom tijekom 2015. u odnosu na 1993. godinu (tablica 5.).

Tablica 6. Usporedba instrumentalno dovršenih porođaja uz vakum ekstrakciju 1993. i 2015.

		1993. god	2015. god
VAKUM	DA	7(6,67%)	44,04%)
	NE	98	95
	Ukupno	105	99
	nivo značajnosti		95%
	z vrijednost		0.83
	p vrijednost		0.40654
	ST značajan		NE

Uz nivo značajnosti od 95% ne postoji razlika u broju instrumentalno dovršenih porođaja uz vakum ekstrakciju tijekom 1993. i 2015. godine (tablica 6.).

## 6. RASPRAVA

Ovo je retrospektivno istraživanje koje potvrđuje značajnu razliku u pristupu zdravstvenih djelatnika prema određenim postupcima u porođaju prije i nakon uvođenja inicijative „Rodilišta - prijatelj djece“. Ponajviše se radi o primjeni epiziotomije kod normalnog porođaja, što je i navedeno kao primarni cilj istraživanja.

Rodilište „Merkur“ 2009. godine dobilo je titulu „Rodilišta - prijatelja djece“. Edukacija zdravstvenih djelatnika za provođenje inicijative kroz „Deset koraka do uspješnog dojenja“, unapređuje znanje zdravstvenih djelatnika o važnosti individualnog pristupa prema svakoj ženi u porođaju.

Iako je postotak epiziotomija koje su izvedene 2015. godine u KB „Merkur“ daleko veći od onog koje preporučuje SZO (10 do 20%) ili pak preporuke svjetskih perinatalnih udruga koje smatraju da postotak epiziotomije ne bi smio

prelaziti 30% u tercijarnim centrima u kojima se zbrinjava veći broj patoloških trudnoća i porođaja (Prka & Habek, 2011.) vidljivo je da je u KB „Merkur“ došlo do statistički značajnog smanjenja broja epiziotomija kod prvorođanke u normalnom, niskorizičnom vaginalnom porođaju u odnosu na 1993. godinu kada se epiziotomija izvodila rutinski kod svih prvorođanki.

Gdje se uočava uzročno-posljedični odnos inicijative i smanjenja broja epiziotomija? U priručniku za provođenje inicijative „Rodilište - prijatelj djece“ u petoj lekciji, koja se odnosi na postupke pri porođaju i dojenju, vezano uz 4. korak od „deset koraka prema uspješnom dojenju“, navedeni su postupci koji tijekom trudova i porođaja mogu pomoći majkama da uspostave dojenje 30 minuta po porodu. Ti postupci uključuju emocionalnu potporu, laganu hranu i tekućinu na početku porođaja, slobodu



kretanja tijekom trudova te rani kontakt između majke i djeteta „koža na kožu“. Poznato je da postupci kojima se može omesti i spriječiti rani kontakt između majke i djeteta uključuju nedostatak podrške, zabranu uzimanja hrane i tekućine na početku porođaja, ograničavanje slobode kretanja tijekom trudova i prvog porođajnog doba te epiziotomija. (Grgurić et al., 2007.).

Iako je postotak epiziotomija 2015. godine u odnosu na 1993. godinu znatno smanjen, sekundarni ciljevi ovog istraživanja navode na zaključak da je i dalje visoko zastupljeno aktivno vođenje porođaja uz upotrebu infuzije oksitocina i prokidanje vodenjaka te na tome svakako treba još raditi kako bi uplitanja u fiziološki tijek porođaja bila što manja.

Iako većina porođaja protječe bez komplikacija, ne smije se zaboraviti da je ishod svakog porođaja nepredvidljiv. Neočekivane komplikacije mogu se pojaviti u svakoj fazi porođaja i važno je na vrijeme i pravodobno reagirati. Poznavanjem fiziologije porođaja omogućuje se uočavanje nepravilnosti te poduzimanje potrebnih intervencija kako bi se spriječile dodatne komplikacije. Nije opravdano uplitanje u fiziološke procese kod porođaja bez komplikacija.

Ključni element za podizanje svijesti o dobrobiti fizioloških procesa tijekom porođaja je kontinuirana edukacija. Osim što je važno za adekvatno nadziranje u porođaju i za pravovaljano uočavanje komplikacija, važno je i jer se kritičnom i opravdanom upotrebom intervencija i postupaka tijekom porođaja jača povjerenje u zdravstvene djelatnike i bolničke protokole. Svjedoci smo sve većeg broja žena

koje na porođaj dolaze s unaprijed pisanim planom porođaja, što u određenoj mjeri ukazuje na nepovjerenje spram zdravstvenog osoblja.

Da bi ženama na porođaju mogli biti istinski partneri, trebamo znati i razumjeti što se događa u njezinom tijelu, biti svjesni da svaka, pa i najmanja intervencija, može poremetiti fiziološki slijed zbivanja. Porođaj je najvažniji događaj u životu svake žene koji nužno ostavlja trag na njeno psihološko i fizičko stanje. Svakodnevnim usvajanjem znanja trebamo se osposobiti da podržimo fiziološke procese u porođaju. Intervencijama treba pribjeći samo ako za to postoji opravdan razlog. Na taj način omogućit ćemo ženama da porođaj dožive kao najljepši događaj u životu, a ne kao iskustvo koje žele što prije zaboraviti.

Svi zdravstveni djelatnici koji skrbe o roditeljima trebaju imati na umu da svi postupci koji se primjenjuju tijekom trudova i porođaja imaju učinak na majku i dijete. Smjernice za provođenje inicijative „Rodilišta - prijatelj djece“ naglašavaju da je potrebno izbjegavati invazivne postupke tijekom porođaja, a epiziotomija je jedan od njih. Za primjenu istih mora postojati opravdani medicinski razlog.

Upravo zato možemo reći da je inicijativa „Rodilište - prijatelj djece“ imala utjecaj na pristup zdravstvenih djelatnika prema porođaju u Kliničkoj bolnici „Merkur“. Promijenili su se trendovi, pa su i rezultati drugačiji.

Jedan od sekundarnih ciljeva ovog istraživanja odnosio se na primjenu epiduralne analgezije za olakšanje porođajne boli. Samo 3,81% rodilja u 1993. godini primilo je epiduralnu analgeziju, dok je 2015. godine taj postotak iznosio 44,44%, što govori o značajno većoj primjeni epiduralne analgezije.

FIGO smatra da sve žene imaju pravo na pozitivno iskustvo rađanja i suosjećajnu skrb osposobljenog i stručnog osoblja koje prepoznaje jedinstvenost svake žene, obitelji i novorođenčeta te im pruža dostojanstvenu individualiziranu skrb (FIGO, 2014). Ženinom pozitivnom iskustvu porođaja doprinose farmakološki i nefarmakološki načini olakšavanja porođajne boli prilagođeni individualnim potrebama svake žene.

Bio je potreban dugi niz godina, kako bi nastojanja, da se ženama koje dolaze u rodilište omogućiti što pozitivnije iskustvo rađanja, urodila plodom. Uz materijalne i organizacijske promjene, kao i povećanje ljudskih resursa, inicijativa „Rodilišta - prijatelj djece“ pridonijela je senzibilizaciji i osvijestila potrebu što bezbolnijeg porođaja. Inicijativa naglašava humanizaciju porođaja što je to dovelo do organizacijskih promjena u rodilištu tako da danas, za razliku od analizirane 1993. godine, imamo dežurnog anesteziologa 24 sata. Ta je činjenica sasvim sigurno doprinijela daleko većem broju epiduralnih analgezija u porođaju.

Iako su trudnoća i porođaj prirodni, fiziološki procesi, genetski i biološki točno predodređeni te u oko 80% slučajeva protječu bez komplikacija, postotak aktivno vođenih porođaja uz infuziju oksitocina u rodilištu Kliničkoj bolnici „Mercur“, prema analiziranim podacima, značajno je veći 2015. u odnosu na 1993. godinu.

Rutinsko aktivno vođenje porođaja bilo je, ali je i dalje ostalo uobičajena praksa u našem rodilištu, kao i velik broj rutinskih amniotomija. Iako je poznato da svaka intervencija ima određeni rizik, amniotomija i oksitocinska infuzija se prema dobivenim podacima primjenjuju nekritički i rutinski, kako 1993. tako i 2015. godine. Smatramo da to treba promijeniti u okviru inicijative „Rodilišta - prijatelj majki“ koja govori o podacima rutinske primjene amniotomije i oksitocina, a koji su u našim uvjetima previsoki.

Vakumska ekstrakcija jedan je od instrumentalnih načina asistiranog dovršenja vaginalnog poroda. Jedna od indikacija za dovršenje vaginalnog porođaja je prolongirano drugo porođajno doba. Smatra se da primjena epiduralne analgezije u porođaju prolongira drugo porođajno doba i dovodi do zastoja glavice na izlazu iz zdjelice (Marton & Habek, 2012.).

Prema podacima iz literature, očekivano bi bilo i povećanje broja instrumentalnog dovršenja porođaja, međutim nije uočena statistički značajna razlika u broju vaginalnih porođaja dovršenih vakum ekstrakcijom.

Iako je 2015. primijenjeno daleko više epiduralnih analgezija u porođaju za smanjenje porođajne boli nego li 1993. godine, što je potvrđeno statističkim izračunom, nije uočena statistički značajna razlika u broju vaginalnih porođaja dovršenih uz vakumsku ekstrakciju.

Kod analize duljine trajanja porođaja također nije uočena statistički značajna razlika između promatranih godina. Iako je broj porođaja vođenih u epiduralnoj analgeziji znatno veći u 2015. u odnosu na 1993. godinu, s druge strane je i broj aktivno vođenih porođaja uz infuziju oksitocina značajno veći.

U analiziranom razdoblju u 1993. godini duljina boravka majke i novorođenčeta u rodilištu iznosila je 5 dana. U 2015. godini boravak majke i novorođenčeta u rodilištu iznosio je 4 dana. Ovo retrospektivno istraživanje pokazuje da se boravak majke i novorođenčeta u rodilištu značajno smanjio. Inicijativa „Rodilišta - prijatelj djece“ svojim 3. korakom utječe na bolju pripremljenost roditelja za brigu o djetetu i početak dojenja, što doprinosi sigurnijem i ranijem izlasku iz rodilišta. Kraći boravak majke i djeteta u rodilištu doprinosi znatnim uštedama u budžetu zdravstvenog sustava.

## 7. ZAKLJUČAK

Inicijativa „Rodilišta - prijatelj djece“ promijenila je pristup zdravstvenih djelatnika prema porođaju, čime smo potvrdili hipotezu ovog istraživanja. Učestalost epiziotomija značajno je smanjena u porođajima 2015. godine, u odnosu na 1993. godinu. Inicijativa „Rodilište - prijatelj djece“ dovela je do određenih pozitivnih promjena u postupcima koje primalje i liječnici primjenjuju u svakodnevnoj skrbi o ženi tijekom trudnoće, porođaja i u prvim danima majčinstva.

Želja nam je da kroz inicijativu „Rodilišta - prijatelj majke“ poboljšamo i ostale rezultate koji su promatrani kroz sekundarne ciljeve ovog istraživanja, a kod kojih još uvijek nije došlo do značajnijih promjena. Kontinuitet pozitivnih promjena koje bilježimo u zadnjih nekoliko godina svakako želimo nastaviti.

## 8. LITERATURA

1. World Health Organisation. Maternal and Newborn health/Safe Matherhood Unit. Care in normal birth: a practical guide. WHO/FRH/MSM/96.24, Geneva, World Health Organisation 1996.
2. Dražančić A i suradnici (1999) Porodništvo. Zagreb, Školska knjiga.
3. Smyth RMD, Markham C, Dowswell T (2013) Amniotomija za skraćivanje spontanog porođaja. Cochrane. Dostupno na: <http://www.cochrane.org/hr/CD006167/amniotomija-za-skracivanje-spontanog-poroda> Pregledano 30. kolovoza 2016. godine.
4. Wagner M (2007) Pripremite se za porođaj. Lekenik, Ostvarenje.
5. Coalition for Improving Maternity Services (CIMS) (2015) Mother Friendly Childbirth Initiative. Dostupno na: <http://www.motherfriendly.org/MFCI/steps.html>. Pregledano 31. kolovoza 2016.
6. Hingson, AR i suradnici (1943) Current Biography.
7. Šulhof-Karaman Lj (1977) Epiduralna analgezija. Perinatalna medicina. Zagreb, Medicinska naklada.
8. Robinson JN (2015) Approach to episiotomy. Up to date. Dostupno na: [www.uptodate.com/UpToDate](http://www.uptodate.com/UpToDate/Pregledano)®. Pregledano 30. kolovoza 2016.
9. Habek D i suradnici (2009) Porodničke operacije. Zagreb, Medicinska naklada.
10. Grgurić J (1994) Dojenje-priručnik za zdravstvene djelatnike, Zagreb, Graf-His.
11. Grgurić J, Pavičić Bošnjak A, Stanojević M, Zakanj Z (2007) Priručnik za provođenje inicijative „Rodilišta prijatelj dojenja“. UNICEF- Ured za Hrvatsku, Kratis, Zagreb.
12. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2014) Rodilište prijatelj majki i djece. Dostupno na: [http://www.roda.hr/media/attachments/udruga/dokumenti/medjunarodni/int\\_tip/FIGO\\_MBF-HI\\_smjernice.pdf](http://www.roda.hr/media/attachments/udruga/dokumenti/medjunarodni/int_tip/FIGO_MBF-HI_smjernice.pdf). Pregledano 31. kolovoza 2016. godine.
13. Northrup C (2005) Mudrost majčinstva: Majke i kćeri. Zagreb, Biovega.
14. Prka M, Habek D (2011) Epiziotomija- nove spoznaje. Gynaecol Perinatol 20:134–139.
15. Marton I, Habek D (2012) Praćenje porasta broja instrumentalno dovršenih vaginalnih poroda u Klinici za ginekologiju i porodništvo KB „Sveti Duh“. Medicina fluminensis 48:1 91-95.

# *Kulturološki i duhovni aspekti tijekom trudnoće i porođaja u kršćanstvu i islamu - primalja i holistički pristup*

*Marijana Ivančić, bacc.obs.*

## **1. UVOD**

Duhovnost je značajan čimbenik u procesu ozdravljenja. Iznenada suočen s ozbiljnom bolešću i mogućim fatalnim završetkom i nereligiozan pacijent, tražeći odgovore na teška pitanja, nerijetko se okrene Bogu pronalazeći potporu i utjehu u religijskim uvjerenjima, čak i izvan okvira organizirane religije. Osobna interpretacija blagostanja i duhovnosti olakšava mu borbu s bolešću. Tako i žene - trudnice koje očekuju dolazak novog života često pronalaze utjehu i mir u duhovnosti, bez obzira osjećaju li se vjericama ili ne.

Ubrzanim tehnološkim razvojem medicine pacijent je sveden na objekt kojeg se liječi, potisnut je i element duhovnosti te izostaje promatranje pacijenta kao cjelovite osobe. Upravo holistički pristup, odnosno pristup cjelovitoj osobi uključuje sve aspekte (dimenzije) pojedinca i njezina života, kao i razumijevanje njihove međusobne povezanosti.<sup>1</sup> Razvojem primaljstva i sestrinstva holistički pristup pacijentu provodi se sve više. Stoga ne čudi da se mnoga istraživanja posljednjih 30-ak godina bave upravo vezom između religijskih uvjerenja i zdravlja, a osobita se pažnja pridaje duhovnim aspektima prilikom teških bolesti i umiranja. Nekolicina istraživanja dotiče se i duhovnosti u trudnoći i porođaju. Na događanja tijekom trudnoće i porođaja utječe, između ostalog, kultura, obrazovanje, religija, društvo, obitelj i još mnogi drugi čimbenici koji određuju život žene.<sup>2</sup>

Vođena činjenicom da je primaljska skrb holistička sama po sebi, smatram da je barem minimalno poznavanje različitih kultura i religija iznimno važno u radu svake primalje, što je i polazišna točka za izradu ovoga rada. Ovim radom želim prikazati utjecaj duhovnosti tijekom trudnoće i porođaja na svaku ženu, a osobito onih duhovnih

vrijednosti koje proizlaze iz običaja i vjerovanja vezanih za razdoblje trudnoće i porođaja u kršćanstvu i islamu. Izabrala sam te dvije različite kulture i religije, jer su u Republici Hrvatskoj prema popisu stanovništva iz 2011. godine najzastupljenije.<sup>3</sup>

## **2. PREGLED PODRUČJA ISTRAŽIVANJA**

Kao što je navedeno u naslovu i uvodu, područje istraživanja odnosi se na duhovnost trudnica i roditelja, kulturološke razlike koje proizlaze iz pripadnosti određenim religijama, te na potrebu holističkog pristupa primalje svakoj ženi s kojom se susreće. Bit će predstavljene dvije najzastupljenije religije u Republici Hrvatskoj s osvrtom na moralno-etičke propise vezane za razdoblje trudnoće i porođaja, te će biti objašnjena razlika između medicinskog i holističkog pristupa pacijentu, u ovom slučaju trudnici i roditelji.

### **OSNOVNI POJMOVI**

**Holistička skrb:** Multidimenzionalna, skrb koja uključuje fizičke, psihičke, duhovne i socijalne aspekte svakog pojedinca.<sup>4</sup>

**Duhovnost:** Osobna potraga za značenjem i svrhom u životu. Može i ne mora biti povezana s religijom.<sup>4</sup>

**Duhovna skrb/njega:** Sposobnost zdravstvenog radnika da procijeni duhovne potrebe pacijenta i odgovori na njih.<sup>4</sup>

**Religija:** „Sistem“ vjerovanja i štovanja koji počiva u osnovi duhovnosti. Vjera se često interpretira u okvirima određenih pravila, običaja i praksi u smislu dotične religije.<sup>4</sup>

**Kultura:** Određena vjerovanja, vrijednosti, norme i

1 Davis-Floyd, R., Barclay, L., Daviss, B-A. Tritten, J. (2009.) *Birth models that work*, Berkeley, Los Angeles, London: University of California press

2 Sargent, C. (2004.) Birth. U Ember, C. i Ember, M. *Encyclopedia of medical anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*, New York: Cluwer Academic/ Plenum publishers

3 Statističko izvješće Popisa stanovništva za 2011. godinu [http://www.dzs.hr/statisticka\\_izvjesca\\_1469/2012](http://www.dzs.hr/statisticka_izvjesca_1469/2012)

4 Walsh, D. i Downe, S. (2010) *Essential midwifery practice, Intrapartum care* [http://www.google.hr/books?hl=hr&lr=&id=2Cj2BqlRbQEC&oi=fnd&pg=PA235&ots=iTSnBQ1MKq&sig=98m6JJjsHYLojx2MGmvU2xYmNE8&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](http://www.google.hr/books?hl=hr&lr=&id=2Cj2BqlRbQEC&oi=fnd&pg=PA235&ots=iTSnBQ1MKq&sig=98m6JJjsHYLojx2MGmvU2xYmNE8&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

običaji u određenom društvu/sredini koji su naučeni i podjeljeni tako da su vodič u mišljenju, odlukama i postupcima prema zadanom obliku.<sup>4</sup>

### **Kršćanstvo**

Kršćanstvo je monoteistička svjetska religija, nastalo je u prvom stoljeću naše ere u Palestini unutar judaizma. U drugoj polovici 1. st. n. e. osamostaljuje se kao posebna religija i širi po gradovima Rimskog Carstva. Izvori kršćanskog morala su Stari i Novi zavjet (*Sveto pismo/Biblija*) i usmena kršćanska predaja (*Tradacija*). Nauk su razradili i sustavno obrazložili brojni teolozi, definirali ekumenski koncili, a nad njegovom pravovjernošću bdije crkveno učiteljstvo. Kršćanstvo je organizirano kao vidljiva zajednica vjernika, Crkva, okupljenih oko temeljnoga kršćanskoga, dogmatskoga, bogoštovnoga, moralnoga i kanonskoprog sustava. Štovanje Boga obavlja se u kršćanstvu bogoštovnim činima euharistije (*Misa*) i primanjem sakramenata. Kršćanstvo je etično-mistična religija pa moral zauzima središnje mjesto u kršćanskom životu.<sup>5</sup> Crkva kroz kanonskoprog sustav i propise daje naputke u svezi svih moralno-etičkih pitanja koje vjernik može imati kako bi se u skladu s njima mogao ponašati.

### **Islam**

Islam je monoteistička religija utemeljena u Arabiji u 7. stoljeću. Utemeljio ju je Muhamed, a njezini sljedbenici nazivaju se muslimani. Pripada tipu objavljene i pravne religije. Islam znači religiju, stav predanosti Bogu i civilizaciju (ovozemaljsko uređenje zajednice po islamskim zakonima). Islamska zajednica (*Umma*) se okuplja oko jedinstvenoga dogmatskoga, bogoštovnoga i pravnog sustava. Pet je temeljnih bogoštovnih dužnosti svakog muslimana: ispovijest vjere, obredna molitva (*namaz*), ramazanski post, obvezni vjerski prinos i hodočašće u Meku. Jedinstvo i raznolikost dva su komplementarna obilježja te religijske zajednice. Jedinstvo proizlazi iz jednostavnosti i obuhvatnosti dogmatskog i bogoštovnog sustava, a raznolikost iz različitih jezičnih, kulturnih i etničkih zajednica u koje se Islam uklopio u prostoru i vremenu. U islamu nema klera u kršćanskom smislu, nego se upućenu svjetovnjaku povjerenje određeno vjerska služba. Džamija je ne samo bogomolja, već i ustanova s popratnom vjerskom školom i knjižnicom. Četiri su izvora islamskog zakona: kur'anaska objava (*Kur'an*), Muhamedove upute i praktični primjeri (*sunnet i hadisi*), jednodušna suglasnost velikih islamskih zakonoznanaca (*idžma*) i teološko razmišljanje, te logičke prosudbe po analogiji (*kijas*). Premda Kur'an sadrži osnovno načelo naravnog zakona (činiti dobro, a izbjegavati zlo), pa i postavku da ljudska djela vrijede po

nakani i unutarnjem stavu, islam je tipično pravna religija. Obiteljske, društvene i bogoštovne odnose detaljno propisuje šerijatsko pravo. Šerijat znači put k Bogu, Božji zakon, a on ima četiri izvora (Kur'an, Sunnet, Idžma i Kijas) i regulira obveze i zabrane, a ima ih nekoliko. Kako ne bi došlo do zabune u tumačenju propisa postoje četiri glavne škole u kojima islamski pravници tumače šerijatski zakon, no događa se da se niti oni ne mogu usaglasiti, pa su česte razlike u mišljenjima i tumačenjima. U 19. i 20. stoljeću šerijatsko pravo doživljava krizu u susretu sa zapadnjačkim laičkim društvom i građanskim pravom. U islamskim zemljama danas je šerijatsko pravo uglavnom zadržano na području obiteljskog prava (većina zemalja), negdje je zamijenjeno građanskim pravom (Turska), a u nekim je zemljama na snazi u cijelosti (Saudijska Arabija).<sup>6</sup>

### **Primaljstvo i holistički pristup**

Svjetsko udruženje primalja (ICM) donijelo je dokument prema kojem se određuje filozofija i model primaljske skrbi u kojem, između ostalog, stoji: "*Primaljska skrb kombinira umijeće i znanost. Primaljska skrb je holistička sama po sebi, te se zasniva na razumijevanju društvenih, emocionalnih, kulturoloških, duhovnih, psihičkih i fizičkih osobina žene, te je temeljena na dokazima*".<sup>7</sup> Kada govorimo o holističkom pristupu u primaljstvu najbolje objašnjenje zašto je takav pristup idealan za ženu donosi Davis-Floyd (2001.). Naime, Davis-Floyd raščlanjuje tri paradigme<sup>8</sup> u zdravstvenom sustavu koje proizlaze iz zatvorenog i otvorenog načina razmišljanja liječnika, ali i samih primalja. U članku je opisala na koji način tehnokratski, humanistički i holistički pristup utječu na porođaj. Navela je dvanaest načela svake paradigme i opisala kako svaka utječe na suvremenu opstetričku i zdravstvenu skrb, kao i njihov moguć utjecaj u budućnosti.<sup>8</sup> Navest ćemo tek jednu razlikovnost tehnokratskog i primaljskog (holističkog) pristupa ženi i porođaju prema objašnjenjima Davis-Floyd. U tehnokratskom modelu skrbi na tijelo se gleda kao na stroj odvojen od uma u kojem je liječnik opstetričar taj koji svojim medicinskim i kirurškim znanjem i vještinama stoji između žene, djeteta i moguće katastrofe. Holistički model skrbi inzistira na jedinstvu tijela, uma i duše osobe i definira tijelo kao polje energije u kojem se isprepliću energije sva tri polja. U tehnokratskom modelu na trud-

<sup>6</sup> Islam <http://hr.wikipedia.org/wiki/islam> pristupljeno 15. rujna 2013.

<sup>7</sup> ICM (2005.) The philosophy and model of midwifery care, Core document [http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005\\_001%20ENG%20Philosophy%20and%20Model%20of%20Midwifery%20Care.pdf](http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005_001%20ENG%20Philosophy%20and%20Model%20of%20Midwifery%20Care.pdf) pristupljeno 20. rujna 2013.

<sup>8</sup> \* Paradigma- paradigma je skup osnovnih pretpostavki ili pravila koje uzimamo zdravo za gotovo u cilju poimanja stvarnosti i njenih fenomena.

Davis-Floyd, R. (2001.) The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75 <http://davis-floyd.com/the-technocratic-humanistic-and-holistic-paradigms-of-childbirth/> pristupljeno 12. studenog 2013.

<sup>5</sup> Kršćanstvo <http://hr.wikipedia.org/wiki/Kršćanstvo> pristupljeno 15. rujna 2013.

nice i rodilje se gleda kao na nepouzdanu strojevu koji svaki tren mogu zakazati, a porodničar je taj koji efikasno kontrolira „stroj“ kako bi došao do konačnog „proizvoda“, djeteta. Žena, odnosno majka koja u većini kultura ima ulogu davateljice života, stavljena je sa strane. Njezina dužnost kao „pacijenta“ počinje i završava slušajući i radeći ono što joj se odredi.<sup>9</sup> Takav model teško može pripremiti ženu za majčinstvo, jer je prikazuje nekompetentnom, pa čak i zaprekom za rođenje zdravog djeteta. Za razliku od medicinskog modela cilj primaljskom odnosno holističkom modelu skrbi je osnaživanje žene, naime ženi se pomaže da savlada izazove trudnoće i porođaja. Primalje tradicionalno trudnoću i porođaj smatraju zdravim, normalnim događajima, a žena u primaljskom modelu skrbi zauzima središnju ulogu.

### 3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja je bio analizirati dostupnu znanstvenu i stručnu literaturu iz područja duhovnosti vezano za trudnoću i porođaj, prikazati razlike u kulturološkim i duhovnim shvaćanjima trudnoće i porođaja u kršćanstvu i islamu, te ukazati na potrebu holističkog pristupa primalje svakoj ženi i implementacije takvog pristupa u zdravstveni sustav.

### 4. MATERIJALI I METODE

#### *Materijali*

Za istraživanje utjecaja duhovnosti na ženu tijekom trudnoće i porođaja korišteni su pisani materijali, prije svega poglavlja knjiga, članci, dokumenti, objavljena istraživanja te dostupna relevantna literatura na internetu. Korišteni su materijali autora koji su unutar svojih znanstvenih disciplina istraživali, analizirali i objašnjavali utjecaj duhovnosti na ženu tijekom razdoblja trudnoće i porođaja, kao i važnost holističkog pristupa i skrbi svakoj ženi. Za religijski dio istraživanja korišteni su priručnici koji objašnjavaju i usmjeravaju vjernike na moralna i etička pitanja koja se javljaju u trudnoći i porođaju vezano za religiju kojoj pripadaju.<sup>10 11</sup>

9 Goer, H. (1995.), *Obstetric myths versus research realities: a guide to the medical literature* [http://www.google.hr/books?hl=hr&lr=&id=9vAlkXXaEREC&oi=fnd&pg=PR9&dq=henci+goer&ots=HymunIL20h&sig=KqjNOH2yzAfGPRupTKRkx5v7vEI&redir\\_esc=y#v=onepage&q=henci%20goer&f=false](http://www.google.hr/books?hl=hr&lr=&id=9vAlkXXaEREC&oi=fnd&pg=PR9&dq=henci+goer&ots=HymunIL20h&sig=KqjNOH2yzAfGPRupTKRkx5v7vEI&redir_esc=y#v=onepage&q=henci%20goer&f=false)

10 Kongregacija za nauk vjere (2005.) *Dignitas personae: naputak o nekim bioetičkim pitanjima* <http://zrno.files.wordpress.com/2010/02/dignitas-personae.pdf> pristupljeno 15. rujna 2013.

11 IMANA *Islamic Medical Ethics: The IMANA perspective* <http://www.imana.org/?page=%20IslamicMedicalEthic> pristupljeno 15. rujna 2013.

### Metode

Metodom analize sadržaja istražene su ponajprije perspektive utjecaja duhovnosti na ženu tijekom trudnoće i porođaja, te važnost primjene holističkog pristupa u primaljstvu. Komparativnom metodom istražene su sličnosti i razlike u istraživanom području.

### 5. REZULTATI

#### *Utjecaj duhovnosti na ženu tijekom trudnoće i porođaja*

Većina žena barem u nekom trenutku trudnoće i porođaja svjesno ili nesvjesno se približi svom 'višem' biću, bilo ono vezano uz religiju (Bog) ili uz osobnu duhovnost koja nije povezana s ničim drugim do osobnom samosviješću, odnosno vlastitim uvjerenjima, vrijednostima i navikama. Ta veza donosi nadu, utjehu i osnažuje ženu i povećava njezin osjećaj fizičkog i emocionalnog blagostanja.

#### *Osnovne kulturološke razlike vezane za trudnoću i porođaj između kršćanstva i islama*

Kršćanstvo je po vremenu nastanka starije od islama, obje religije su monoteističke i imaju svoja pravila i učenja. Iako naoko vrlo različite, mogu se pronaći sličnosti u poimanju vrijednosti ljudskog života. Obje religije, na primjer, pridaju veliku važnost nerođenom djetetu te imaju određene moralno-etičke norme kojih bi se svaki vjernik trebao pridržavati.

#### *Vажnost holističkog pristupa primalje*

Etičkim kodeksom primalja i dokumentima koje je donijelo Svjetsko udruženje primalja određena je obveza svake primalje da svakoj ženi pristupa jednako bez obzira na etničku, kulturološku ili vjersku prikladnost.<sup>12 13</sup> Zbog toga bi svakoj ženi, prema principima holističke skrbi, trebala biti dostupna primaljska skrb koja je osjetljiva, prilagođena i njoj usmjerena bez obzira na njezina kulturološka ili religijska uvjerenja. Primalja bi stoga trebala biti svjesna religijskog i kulturološkog okruženja u kojem radi kako bi pružila odgovarajuću skrb svakoj ženi u skladu sa svim njezinim vjerskim i duhovnim potrebama.

12 Etički kodeks primalja <http://www.komora-primalja.hr/datoteke/Eticcki%20kodeks%20primalja%20zadnja%20verzija%2028%2010%2009%20-%20cisti%20tekst.pdf> pristupljeno 12. studenog 2013.

13 ICM (2011) *Bill of rights for women and midwives*, Core document [http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2011\\_002%20ENG%20Bill%20of%20Rights%20for%20Women%20and%20Midwives.pdf](http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2011_002%20ENG%20Bill%20of%20Rights%20for%20Women%20and%20Midwives.pdf) pristupljeno 12. studenog 2013.

## 6. RASPRAVA

### **Trudnoća i porođaj kao duhovno iskustvo**

Dokaze o duhovnoj naravi porođaja pronalazimo u svjedočanstvima samih žena. U svijetu su provedena istraživanja koja nude informacije o ženama u porodu u različitim religijskim i kulturološkim grupama. Ono što je zajedničko svim ispitanicama je da su barem u nekom trenutku trudnoće i porođaja pronašle duhovnu utjehu u religiji ili nekom drugom obliku duhovnosti, u svladavanju straha od poroda, brige za dijete, suočavanja s tugom nakon gubitka djeteta ili lakšeg podnošenja porođajne boli. Većina žena navodi da su upravo vrijeme trudnoće i porođaja doživjele kao duhovno iskustvo. Neke su upravo u tom razdoblju osjećale najveću povezanost s Bogom.<sup>14</sup>

### **Kulturološki i duhovni aspekti trudnoće i porođaja u kršćanstvu**

U Kršćanstvu najveći Božji dar svakome čovjeku je dar slobodne volje, Crkva svojim propisima i napatcima usmjerava svakog vjernika na moralno-etička načela koja bi mu trebala pomoći u ispravnom odlučivanju, no konačna odluka o pojedinim pitanjima je na svakom pojedincu.

### **Moralno-etička pitanja u kršćanstvu u svezi trudnoće i porođaja**

Kongregacija za nauk vjere pripremila je naputak o dostojanstvu osobe (*Dignitas Personae*) kao nastavak i dopunu prethodnom naputku Dar života (*Donum Vitae*) prema kojemu će se svaki vjernik moći orijentirati u moralno-etičkim pitanjima o početku života, pobačaju, potpomognutoj oplodnji, kloniranju, eutanaziji, uporabi matičnih stanica i sl. Ovaj naputak sastoji se od tri dijela i u prvom od njih razjašnjeni su antropološki, teološki i etički vidovi ljudskog života i rađanja. Temeljni etički kriterij o nastanku života i ljudskog bića donesen u *Donum Vitae* kaže: "Od prvog časa svog postojanja, tj. kada se uobliči kao zigota, plod ljudskog rađanja zahtjeva bezuvjetno poštovanje koje dugujemo ljudskome biću u njegovoj tjelesnoj i duhovnoj cjelokupnosti. Ljudsko biće mora se poštivati i s njime valja postupati kao s osobom od samoга njegova začeca, pa mu se stoga od toga istog časa moraju priznati prava osobe, među kojima je prije svega nepovredivo pravo svakoga nevinog ljudskog bića na život".<sup>15</sup> Ovim kriterijem obuhvaćen je plod od samog

<sup>14</sup> Clark Callister, L., i Khalaf, I. (2010.) Spirituality in Childbearing Women, *Journal of perinatal education*, 19 (2) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2866430/?report=reader> pristupljeno 12. Listopada 2013.

<sup>15</sup> Kongregacija za nauk vjere (2009.) *Dignitas personae: naputak o nekim bioetičkim pitanjima* <http://zrno>.

začetka, odnosno od trenutka spajanja dvije spolne stanice, uz napomenu da embrij nije definiran kao osoba već se naglašava njegovo ljudsko dostojanstvo koje se duguje svakom ljudskom biću. Crkva ne nalaže posebne propise o trudnoći i rađanju, ali propisuje temeljna načela prema kojima bi se svaki vjernik trebao ponašati i u skladu s njima živjeti.

### **Duhovni pristup rađanju u kršćanstvu**

Kako se u razdoblju trudnoće i za vrijeme porođaja žena susreće sa svojom duhovnošću više nego li u svakodnevnim životnim situacijama, za vjernice su stoga izdani priručnici u kojim su dostupne molitve i meditacije namjenjene upravo vjericama koje to iskustvo žele produbiti i time se još više približiti Bogu. U svojem priručniku Townsend (2010.) govori o osobnom duhovnom iskustvu i preuzima ulogu duhovnog instruktora i voditelja kroz trudnoću i porođaj, objašnjavajući i poučavajući način kojim se vjernica, uz pomoć molitve može osloboditi straha od porođaja, objašnjava i sam mehanizam porođaja, te navodi praktične upute o porođajnim dobima i olakšavanju porođajne boli.<sup>16</sup> Kippley (2008.) iz majčinske perspektive nudi razmišljanja za majke koje doje i koje žele naći duhovnu potporu i ohrabrenje u toj zadaći. Osim što obrazlaže duhovnu dimenziju dojenja, Kippley također donosi i mnoštvo znanstvenih dokaza o dobrobitima dojenja za majku, dijete, ali i obitelj.<sup>17</sup>

### **Kulturološki i duhovni aspekti trudnoće i porođaja u islamu**

Slično kao i u kršćanstvu i u islamu postoje moralno-etička načela koja vjericama pomažu u razlikovanju ispravnog od lošeg. Značajna je razlika u tome što je Islam temeljen na šerijatskom zakonu uređenom prema Prorokovim objavama i vjernik nema slobodu samostalnog odlučivanja, već je dužan slijediti zadane upute.

### **Medicinska etika u islamu**

Prema islamu, smatra se da je pravo na zdravlje osnovno pravo svake osobe. Kako bi odgovorili na sve češća pitanja o medicinskim postupcima i etičkim pitanjima vezanima za islam, Islamsko medicinsko udruženje Sjeverne Amerike (IMANA) izdalo je niz naputaka prema kojima se svaki muslimanski vjernik, ali i ostalo medicinsko osoblje može orijentirati. Jedan od osnovnih naputaka je i *Islamska medicinska etika: gledište IMANA-e* koje donosi odgovore na najčešća medicinsko-etička pitanja o početku života, [files.wordpress.com/2010/02/dignitas-personae.pdf](http://files.wordpress.com/2010/02/dignitas-personae.pdf) pristupljeno 15. rujna 2013.

<sup>16</sup> Townsend, K.J. (2010.) *Duhovni pristup rađanju*, Zagreb: Teovizija

<sup>17</sup> Kippley, S. (2008.) *Dojenje i katoličko majčinstvo*, Split: Verbum

pobačaju, potpomognutoj oplodnji, skrbi za pacijenta muslimanske vjeroispovijesti, pregledu pacijenta suprotnog spola, doniranju organa i transplantaciji. Ovaj dokument donosi odgovore na najčešća medicinsko-etička pitanja vezana za Islam, a u skladu s Kur'anom, no nikako nije obvezujuć za vjernike.<sup>18</sup> Neka od najčešćih pitanja odnose se upravo na početak života i pobačaj.

### **Propisi o trudnoći, porođaju, puerperiju i dojenju u islamu<sup>19 20</sup>**

U Muhamedovim objavama i praktičnim primjerima (*sunnet i hadis*), pobrojane su sve životne situacije i rješenja problema u kojima se vjernik može naći. Tako, između ostalog, postoje i propisi o trudnoći, porođaju, puerperiju (*nifas*) i dojenju koji propisuju način ponašanja za vrijeme tih razdoblja u životu žene. Mnogi od tih propisa odnose se na zaštitu majke i djeteta. Može se dogoditi da se neki propisi različito protumače zbog postojanja više pravnih škola koje mogu imati različita tumačenja, u tom slučaju primjenjuje se ono tumačenje koje je najbliže Muhamedovim uputama.

#### **Trudnoća**

Prema šerijatskom zakonu trudnoj ženi mora se iskazivati poštovanje i pažnja upravo zbog zaštite nerođenog djeteta koje nosi. Mnogi su propisi koji štite ženinu dobrobit tijekom trudnoće, dio njih se odnosi na obvezu uzdržavanja trudnice, zabranu rastave i sl. Propisi koji se odnose na trudnicu vezani su za obavljanje praktičnog dijela vjerskih obveza poput namaza (*molitva*), ramazanskog posta, te na upute o skrbi za zdravlje u trudnoći.

#### **Porođaj**

Vežano uz sam porođaj nema posebnih propisa, osim preporuke o važnosti konzumiranja datulja (*hurmi*) koje daju snagu za izdržavanje porodne boli i napora koji porođaj nosi. Preporučene su i molitve (*Dove*) kako bi žena ostala smirena, jer strah tijekom porođaja može dovesti do komplikacija.

#### **Puerperij (nifas)**

Propisima je točno određeno što je *nifas*, koliko dugo traje i koja su pravila za ženu koja je u *nifasu*. *Nifas* je krv koja istječe iz maternice prije, za vrijeme i nakon porođaja, a traje najdulje 40 dana nakon porođaja. Smatra se da je

<sup>18</sup> IMANA *Islamic Medical Ethics: The IMANA perspective* <http://www.imana.org/?page=%20IslamicMedicalEthic> pristupljeno 15. rujna 2013.

<sup>19</sup> Mujakić, S. (2009) *Trudnoća i dojenje (Islam i medicina)*, Bužim: Illlum

<sup>20</sup> El-Bar, M.A. (2001.) *Stvaranje i razvoj čovjeka u svjetlu medicine i Kur'N*, Sarajevo: *Furqan*



žena tih 40 dana nečista i oslobođena je klanjanja i posta, koje po prestanku *nifasa* mora nadoknaditi, zabranjen joj je odlazak u bogomolju, a u to vrijeme su zabranjeni i spolni odnosi.

#### **Dojenje**

Prorok Muhamed je dao izravnu poruku u vezi dojenja, a ona se odnosi na dojenje do druge godine djetetova života. Nadalje, zapovijedio je očevima da su dužni uzdržavati ženu dokle god doji, a ukoliko žena ne može dojiti dužni su naći zamjensku dojilju. U islamu zadavanje, odnosno dojenje tuđeg djeteta je velika odgovornost, jer se zadavanjem stvara rodbinska veza i rođacima po mlijeku je zabranjeno sklapanje braka. U novije vrijeme, pojavom banaka mlijeka pojavila se potreba tumačenja korištenja takvog mlijeka. *Akademija islamskog prava Organizacije islamske konferencije* na svom drugom zasjedanju održanom u Džiddi 1985. godine zaključila je *da se treba zabraniti osnivanje banaka mlijeka u islamskom svijetu, te da se treba zabraniti hranjenje muslimanske djece mlijekom iz banke mlijeka.*<sup>21</sup>

<sup>21</sup> Mujakić, S. (2009) *Trudnoća i dojenje (Islam i medicina)*, Bužim: Illlum

## 7. ZAKLJUČAK

Imajući u vidu primaljsku praksu u Hrvatskoj, kojoj i sama pripadam, a kao aktivna članica u radu Komore primalja, te iz osobnog radnog iskustva svjedokom sam kako je u hrvatskim rodilištima, ali i u društvu općenito, zanemarena psihička i duhovna dimenzija trudnoće i porođaja, odnosno holistički pristup i duhovna skrbr tijekom tog razdoblja. U svijetu je holistički pristup pacijentima uspješno implementiran u mnoge zdravstvene ustanove, a u primaljstvu je holistički pristup primarni aspekt te profesije, no ono što nedostaje hrvatskom primaljstvu je edukacija o značaju holističkog pristupa. Upravo zbog multikulturalnosti hrvatskog društva ta potreba je još izraženija, jer proučavajući dvije najzastupljenije religije u Hrvatskoj došla sam do spoznaja da su one u nekim segmentima slične, ali u većini slučajeva različite i da je individualni pristup ženi, ali i obitelji iznimno važan. Smatram da je prvenstveno edukacija, barem na razini osnovnog znanja, o potrebama različitih kulturoloških i religijskih grupa bitan dio u edukaciji svake primalje, ali i ostalih zdravstvenih djelatnika.

## 8. LITERATURA

1. El-Bar, M.A. (2001.) *Stvaranje i razvoj čovjeka u svjetlu medicine i Kur'ana*, Sarajevo: Furqan
2. Davis-Floyd, R., Barclay, L. Daviss, B-A., Tritten, J. (2009.), *Birth models that work*, Berkeley, Los Angeles, London: University of California press
3. Jesse, D.E., Schoneboom, C. i Blanchard, A. (2007.) The Effect of Faith or Spirituality in Pregnancy: A Content Analysis. *Journal of Holistic Nursing*, 25(3)
4. Kippley, S. (2008.) *Dojenje i katoličko majčinstvo*, Split: Verbum
5. Mujakić, S. (2009.) *Trudnoća i dojenje (Islam i medicina)*, Bužim:illum
6. Sargent, C. (2004.) Birth. U Ember, C. R. i Ember, M. *Encyclopedia of medical anthropology: Health and illness in the World' Cultures*, New York: Kluwer Academic/ Plenum publishers
7. Townsend, K.J. (2010.) *Duhovni pristup rađanju*, Zagreb: Tevizija
8. Davis-Floyd, R. (2001) The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75 <http://davis-floyd.com/the-technocratic-humanistic-and-holistic-paradigms-of-child-birth/> pristupljeno 12. studenog 2013.
9. Statističko izvješće popisa stanovništva za 2011. godinu [http://www.dzs.hr/statistička\\_izvješća\\_1469/2012\\_pristupljeno\\_2\\_kolovoza\\_2013](http://www.dzs.hr/statistička_izvješća_1469/2012_pristupljeno_2_kolovoza_2013).
10. Kršćanstvo <http://hr.wikipedia.org/wiki/Kršćanstvo> pristupljeno 15. rujna 2013.
11. Kršćanstvo <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=34232> pristupljeno 10. listopada 2013.
12. Islam <http://hr.wikipedia.org/wiki/Islam> 15. rujna 2013.
13. Hangi, A. (1906.) *Život i običaji muslimana u Bosni i Hercegovini* <http://de.scribd.com/doc/22143957/%C5%BDivot-i-obi%C4%8Daji-muslimana-u-Bosni-i-Hercegovini-Antun-Hangi> pristupljeno 2. listopada 2013.
14. Islam <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=27927> 10. listopada 2013.
15. Walsh, D. i Downe, S. (2010), *Essential midwifery practice: Intrapartum care* [http://www.google.hr/books?hl=hr&lr=&id=2Cj2BqIRbQEC&oi=fnd&pg=PA235&ots=iTSnBQ1MKq&sig=98m6JJsHYLojx2MGmVU2xYmNE8&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](http://www.google.hr/books?hl=hr&lr=&id=2Cj2BqIRbQEC&oi=fnd&pg=PA235&ots=iTSnBQ1MKq&sig=98m6JJsHYLojx2MGmVU2xYmNE8&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) pristupljeno 20. rujna 2013.
16. Goer, H. (1995.), *Obstetric myths versus research realities: a guide to the medical literature* [http://www.google.hr/books?hl=hr&lr=&id=9vAlkXXaEREC&oi=fnd&pg=PR9&dq=henci+goer&ots=HymunlL20h&sig=KqjN0H2yzAfGRupTKRkx5v7vEI&redir\\_esc=y#v=onepage&q=henci%20goer&f=false](http://www.google.hr/books?hl=hr&lr=&id=9vAlkXXaEREC&oi=fnd&pg=PR9&dq=henci+goer&ots=HymunlL20h&sig=KqjN0H2yzAfGRupTKRkx5v7vEI&redir_esc=y#v=onepage&q=henci%20goer&f=false) pristupljeno 20. rujna 2013.
17. ICM (2005.) The philosophy and model of midwifery care, Core document [http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005\\_001%20ENG%20Philosophy%20and%20Model%20of%20Midwifery%20Care.pdf](http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005_001%20ENG%20Philosophy%20and%20Model%20of%20Midwifery%20Care.pdf) pristupljeno 20. rujna 2013.
18. ICM (2011.) Bill of rights for women and midwives, Core document [http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2011\\_002%20ENG%20Bill%20of%20Rights%20for%20Women%20and%20Midwives.pdf](http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2011_002%20ENG%20Bill%20of%20Rights%20for%20Women%20and%20Midwives.pdf) pristupljeno 20. rujna 2013.
19. Etički kodeks primalja <http://www.komora-primalja.hr/datoteke/Eticki%20kodeks%20primalja%20zadnja%20verzija%2028%2010%2009%20-%20cisti%20tekst.pdf> pristupljeno 12. studenog 2013.
20. Kongregacija za nauk vjere (2009.), *Dignitas personae: naputak o nekim bioetičkim pitanjima* <http://zrno.files.wordpress.com/2010/02/dignitas-personae.pdf> pristupljeno 15. rujna 2013.
21. IMANA *Islamic Medical Ethics: The IMANA Perspective* <http://www.imana.org/?page=%20IslamicMedicalEthic> pristupljeno 15. rujna 2013.
22. Clark Callister, L., i Khalaf, I. (2010.) Spirituality in Childbearing Women, *Journal of perinatal education*, 19 (2) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2866430/?report=reader> pristupljeno 12. listopada 2013.
23. Značenje riječi *paradigma* <http://dr-roje.com/filozofija-medicine/paradigma/> pristupljeno 12. studenog 2013.

# Prehrana i plodnost

*Marina Katušin,  
studentica treće godine preddiplomskog Stručnog studija Primaljstvo, FZSRi*

Posljednjih godina neplodnost kako u svijetu, tako i u Hrvatskoj bilježi porast. Neplodnost obuhvaća mnogo različitih stanja, kod žena i kod muškaraca, a javlja se u podjednakom broju kod svih dobnih i socijalnih skupina.

Zdrava prehrana je od neizmjerne važnosti za cijeli organizam, pa tako i za samu plodnost. Budući da treba proći određeno vrijeme kako bi promjene u prehrani i načinu življenja počele djelovati partneri ih moraju primjenjivati najmanje četiri mjeseca prije no što pokušaju začeti. Četveromjesečno razdoblje pripreme dozvoljava organizmu dovoljno vremena da se pročistiti, navikne na zdravu prehranu, a tijekom tog razdoblja kod muškarca se proizvede nova količina sperme.

Muškarcima se savjetuje smanjiti unos alkohola, prestati sa pušenjem, lakim i teškim drogama, jer uporaba navedenog smanjuje pokretljivost spermija. Potrebno je jesti hranu s mnogo cinka, folne kiseline, kalcija, vitaminima C i D. Zdrava hrana pomaže u stvaranju zdrave, snažne sperme u velikim količinama.

Preporuke za žene su usmjerene na pripremanje tijela za trudnoću. Odgovarajući nutritivni status prije i tijekom trudnoće iznimno je važan za majku i novorođenče. Korisno je prije začeća započeti s dobrim prehrambenim navikama koje je poželjno zadržati tijekom trudnoće i dojenja. Osnovne smjernice upućuju na raznoliku prehranu bogatu svježim, neprerađenim namirnicama: voće, povrće, cjelovite žitarice, svježe meso i riba. Kada je moguće prednost treba dati namirnicama iz organsko-biološkog uzgoja.

Kod pripreme tijela za trudnoću nema mjesta za stroge redukcijske dijetе, loše planiranu vegetarijansku prehranu, kao ni za pomodne te neuravnotežene dijetе.

Pred tijelom je zahtijevano razdoblje, a za optimalan tijek i povoljan ishod trudnoće važno je osigurati sve potrebne nutrijente, a to se najbolje postiže raznolikom i uravnoteženom prehranom uz moguću pomoć kvalitetnog dodatka prehrani.

Za pospješjenje plodnosti postoje brojni savjeti o korištenju određenih namirnica. Od esencijalnih masnih kiselina preporučuju se orašasti plodovi, sjemenke i riba kako bi se smanjio problem male porođajne težine

i potaknuo razvoj mozga djeteta. Vlakna potrebna za povećanje plodnosti dobivaju se iz mnogo svježeg voća i povrća te cjelovitih žitarica. Preporučuje se izbjegavati rafinirane ugljikohidrate poput kolača, bijelog kruha, kekse te svega onoga što sadržava bijelo brašno i šećer. Savjetuje se uporaba smeđeg integralnog kruha, smeđe riže i smeđe tjestenine umjesto rafinirane bijele verzije, a soja se može konzumirati u obliku sojinog mlijeka. Umjesto običnog margarina preporučuje se unos umjerenih količina organskog maslaca.

Za pospješjenje plodnosti važno je i uzimanje nadomjestaka prehrani. Kao nadomjestak primarna je folna kiselina, jer nedostatak iste može dovesti do defekta neuralne cijevi u fetusa. Većina žena ne unosi dovoljne količine folata putem hrane. Odgovarajući unos folata najvažniji je u prije začeća te tijekom prvog trimestara trudnoće. Svim ženama reproduktivne dobi preporučuje se prehrana bogata folatima, a onima koje planiraju trudnoću ili su u ranoj fazi trudnoće preporučuje se svakodnevni dodatak prehrani koji sadrži 400 mikrograma folne kiseline.

Cink je nužan kako bi privukao i zadržao spolne hormone, estrogen i progesteron. Selen je potreban za zdravo stvaranje spermija, a može spriječiti i oštećenje kromosoma. Važno je izbjegavati olovo, kadmij, živu i aluminij.



Slika 1.

(<http://sapro.hr/zdravom-prehranom-do-zdrave-plodnosti>)

Prehrana je jedan od najvažnijih vanjskih utjecaja na plodnost koji možemo kontrolirati. Znanstveno je dokazano da način prehrane žene prije i tijekom trudnoće utječe na plodnost te tijek i ishod trudnoće. Također je dokazano da utjecaj prehrane i načina života utječe na plodnost muškaraca.

#### **LITERATURA:**

1. Namirnice koje potiču plodnost, preuzeto s URL: <http://www.centarzdavlja.hr/zdrav-zivot/zensko-zdravlje/namirnice-koje-poticu-plodnost/?refresh=true>, 10.10.2016.
2. Utjecaj prehrane na plodnost, preuzeto s URL: <http://klokanica.24sata.hr/zelim-dijete/planiranje-trudnoce/utjecaj-prehrane-na-plodnost-496>, 10.10.2016.
3. Preporuke za zdravu trudnoću, preuzeto s URL: <http://www.pliva-zdravlje.hr/aktualno/clanak/14090/Preporuke-za-zdravu-trudnocu.html>, 11.10.2016.
4. Prekonceptijska prehrana, preuzeto s URL: <http://americanpregnancy.org/getting-pregnant/preconception-nutrition/>, 11.10.2016.

## *Intervencije u prekonceptijskoj zaštiti*

*Marina Katušin, studentica treće godine p  
reddiplomskog Stručnog studija Primaljstvo, FZSRi*

Kod zdravih muškaraca i žena najveći broj začeća događa se u prvih šest mjeseci redovnih spolnih odnosa. Za začeće je potrebno dvoje, pa planira li se trudnoća jednako je važno zdravlje žene i muškarca, odnosno njezinih jajnih stanica i njegovih spermija. Drugim riječima, oboje trebaju sudjelovati u pripremama i planiranju trudnoće. Što je par zdraviji prije samog začeća, veće su šanse da će i dijete biti zdravo.

Žene najlakše mogu zatrudnjeti do 26-te godine života, a kako vrijeme odmiče ta se sposobnost smanjuje. Prekonceptijska skrb provodi nadzor žene prije začeća, omogućava probir žena s određenim oboljenjima, navikama ili uvjetima života povezanih s nepovoljnim ishodom trudnoće. Podrazumijeva niz mjera u zdravstvenoj zaštiti prije začeća. Na vrijeme prepoznaje stanja koja bi mogla ugroziti trudnicu i budući plod. Ukoliko se pravovremeno otkriju rizici i provede briga o određenim zdravstvenim problemima, rizici za majku i dijete uvelike se smanjuju, a šanse za zdravu trudnoću i rađanje zdravog djeteta povećavaju.

Poznato je da prehrana, alkohol, pušenje, pretilost i dob žene utječu na procese začeća. U suvremeno doba sve se češće kao značajan faktor spominje i stres. Kroničan stres uzročnik je smanjenog libida te plodnosti. Ženin organizam je „programiran“ da izbjegava začeće u vremenima povećanog stresa. Smanjenje stresa iznimno je važno i kada žena zatrudni. Da bi se stres smanjio treba

ga prvo osvijestiti i svesti na najmanju moguću mjeru. Tome doprinosi dovoljno sna, vježbanje, šetanje, čitanje.

Važna intervencija u prekonceptijskoj zaštiti je postizanje odgovarajuće tjelesne težine. Pretile majke vrlo često imaju problema sa neravnotežom hormona što uvjetuje neredovite ovulacije, dok žene s manjkom kilograma imaju i manjak tjelesnih masnoća zbog čega dolazi do pada hormona estrogena te posljedično do neredovitih menstruacija i ovulacija.

Nadomještanje folne kiseline također je jedna od važnijih intervencija u planiranju trudnoće. Ženama se savjetuje da počnu uzimati folnu kiselinu (400 mikrograma dnevno) barem tri mjeseca prije nego što ostanu u drugom stanju. Uzimanje preparata koji sadrže folnu kiselinu za čak dvije trećine smanjuje rizik od nastanka defekta neuralne cijevi ploda.

Tijekom planiranja trudnoće žena bi se trebala posavjetovati sa svojim ginekologom, poželjno je izmjeriti krvni tlak, provjeriti krvnu sliku, glukozu u krvi te bjelančevine u urinu. Ukoliko žena nije cijepljena protiv rubeole to svakako mora učiniti prije trudnoće. To vrijedi i za vodene kozice, ako ih do tada nije preboljela.

Savjetovanje i educiranje žena koje planiraju trudnoću mora ukazivati i na važnost životnog stila. Savjetuje se raznolika prehrana zdravim namirnicama te prestanak pušenja i konzumiranja alkoholnih pića. Poželjna je tjelo-



vježba prije i tijekom trudnoće. Ona pomaže organizmu i metabolizmu u održavanju kondicije što može biti od velike pomoći u kasnijoj trudnoći i u samom porodu.

Uz samu ženu značajnu ulogu u prekonceptijskoj zaštiti ima i njezin partner. Na prvom mjestu ta uloga podrazumijeva pružanje potpore ženi koja očekuje trudnoću u svim odlukama blakotvornim za njezinu zdravstvenu dobrobit. U razdoblju prije začeća važno je i partnerovo zdravlje.

Muškarcima se savjetuje udobna i šira odjeća te bokserice od pamuka ili dugih prirodnih materijala. Donje rublje od umjetnih materijala povećava toplinu koja može smanjiti broj spermija za čak 20%. Od prehrane se preporuča konzumiranje hrane bogate prirodnim antioksidansima, vitaminom C i E te hranu bogatu beta-karotenom i cinkom. Zdrava prehrana važna je za stvaranje zdravih spermija te za povećanje njihove kvalitete i kvantitete. Muškarci koji unapređuju svoju plodnosti trebali bi smanjiti unos alkohola, jer je čak 40% neplodnosti kod muškaraca povezano s prekomjernom konzumacijom alkohola. Također je poželjno da muškarac prestane pušiti.

Sistemska otkrivanje prekonceptijskih rizika može se obaviti putem anamneze (obiteljske, osobne i reprodukcijске), a važne su informacije o nutritivskom statusu, socijalnim i materijalnim uvjetima života trudnice, izloženosti lijekovima. Ukoliko žena koja pati od određenih zdravstvenih problema želi zatrudnjeti potrebno ju je informirati o utjecaju trudnoće na njezino zdravlje te o mogućim potrebnim intervencijama u trudnoći. Prekonceptijska skrb obuhvaća planiranje trudnoće kako kod zdravih žena, tako i kod onih s povećanim rizikom.

Prekonceptijsko savjetovanje nužno je za žene koje boluju, a čija se bolest tijekom trudnoće može pogoršati,

ženama koje su rodile djecu s defektom neuralne cijevi, kao i onima koje se liječe lijekovima koji mogu biti teratogeni, potom ženama koje su prethodno imale pobačen ili rođen malformiran plod i slično.

Planiranje trudnoće sve je uobičajenije, a može započeti i godinu i pol dana unaprijed. Može biti od velike važnosti i koristi ukoliko su prehrambene navike loše i nezdrave, ako je stil života izrazito stresan, štetan i naporan. Nakon uvođenja promjena potrebno je vrijeme kako bi se zamijetili učinci na organizmu.

U planiranju trudnoće jednako je važno zdravlje i muškarca i zdravlje žene. Oboje se moraju savjetovati i sudjelovati u pripremama i planiranju trudnoće kako bi pospješili mogućnost začeća i donošenja na svijet zdravog djeteta.

#### **LITERATURA:**

1. Prekonceptijsko zdravlje, preuzeto s URL: <https://www.womenshealth.gov/pregnancy/before-you-get-pregnant/preconception-health.html>, 12.10.2016.
2. Pripreme za zdravu trudnoću, preuzeto s: URL: <http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/12759/Pripreme-za-zdravu-trudnocu.html>, 12.10.2016.
3. Prekonceptijska zaštita žena, preuzeto s: URL: <https://www.cdc.gov/preconception/women.html>, 13.10.2016.
4. Prekonceptijska zaštita muškaraca, preuzeto s: URL: <https://www.cdc.gov/preconception/men.html>, 13.10.2016.
5. Stres i trudnoća, preuzeto s: URL: <http://www.child-encyclopedia.com/stress-and-pregnancy-prenatal-and-perinatal/introduction>, 13.10.2016.
6. Folna kiselina kao dodatak prehrani, preuzeto s: URL: <http://www.naturala.hr/indeksi/dodaci-prehrani/folna-kiselina-dodaci-prehrani-391/99/>, 13.10.2016.

# *Usporedba upotrebe kontinuirane infuzije inzulina pod kožu i višestrukih dnevnih injekcija inzulina kod trudnica s dijabetesom*

## **Istraživačko pitanje**

Dijabetes je stanje u kojem je razina glukoze (šećera) u krvi povišena, jer tijelo ne proizvodi dovoljno inzulina ili tjelesne stanice ne reagiraju na inzulin. Inzulin je hormon kojeg proizvodi gušterača, a omogućuje ulazak glukoze u stanice gdje služi kao izvor energije.

Kontrola razine glukoze u krvi izrazito je važna, jer preniske ili previsoke razine glukoze u krvi mogu dovesti do oštećenja mozga ili drugih organa. Nedovoljna kontrola razine glukoze u krvi u trudnica može dovesti do razvoja velikih fetusa koje je teško poroditi. Također se povećava vjerojatnost nastanka anomalija, pobačaja i poroda mrtvorodenčadi.

Tradicionalno, inzulin se dozira u obliku višestrukih dnevnih injekcija, ali po potrebi pumpica za inzulin može se koristiti za stalnu dopremu inzulina pod kožu kroz finu cjevčicu (CSII).

## **Zašto je ovaj Cochrane sustavni pregled važan?**

Pumpica za inzulin pomaže u stabilnijem održavanju razine glukoze u krvi trudnica i učinkovitija je od višestruke injekcije. Mogu se spriječiti previsoke ili preniske koncentracije glukoze u krvi što je pogodnije kako za majku, tako za i dijete. Ovaj Cochrane sustavni pregled uspoređuje prednosti i nedostatke CSII i MDI kako bi se ustanovilo što je bolje i prihvatljivije za majku i dijete.

## **Rezultati istraživanja**

Uključeno je pet randomiziranih kliničkih ispitivanja u kojima je sudjelovalo ukupno 153 žene (154 trudnoće).

Ta klinička ispitivanja nisu prikazala sve rezultate koje su očekivali autori ovog sustavnog pregleda literature. Za sve važne ishode dokazi su bili vrlo niske kvalitete (carski rez, pojavnost novorođenčadi prekomjerne tjelesne mase, smrtnost djece u vrijeme poroda i niska razina šećera u krvi novorođenčadi). To je stoga što su klinička ispitivanja bila premala, neprikladne metodologije i nisu pokazala očitu razliku između upotrebe MDI i CSII.



Nema jasne razlike u zabilježenim ishodima između upotrebe pumpice i višestrukih injekcija. Ti ishodi za majke su carski rez, povećanje tjelesne mase i razine šećera u krvi tijekom trudnoće. Ishodi za djecu uključuju tjelesnu masu, prerane porode, teškoće s disanjem, sniženu vitalnost nakon poroda (Apgar indeks), nisku razinu glukoze u krvi, žuticu ili fizičke anomalije.

U jednom malom kliničkom ispitivanju nije bilo razlike ni u broju dana koje su majke provele u bolnici. To je jedina zabilježena financijska i materijalna mjera korištenja zdravstvenog sustava.

## **Što ti rezultati znače?**

Klinička ispitivanja nisu pružila dovoljno informacija o tome što je bolje za trudnice s dijabetesom. Potrebno je provesti dodatna istraživanja na većim skupinama žena, neophodno je bolje bilježenje podataka, procjena i bilježenje više ishoda te korištenje novijih pumpica i inzulina.

Bilješka o prijevodu:

Hrvatski Cochrane

Preveo: Ante Begonja

Datum objave: 7. lipnja 2016.

Autori: Farrar D., Tuffnell DJ., West J., West HM.

# Indukcija porođaja na termin ili prije termina ukoliko se sumnja na vrlo veliko dijete (fetalnu makrosomiju)

## Istraživačko pitanje

Djeca koja su vrlo velika (makrosomija - djeca koja teže više od 4000 grama pri rođenju) mogu imati težak porođaj te pri porođaju doživjeti ozljede. Jedan od prijedloga za rješavanje problema jest indukcija porođaja prije termina odnosno prije no što dijete postane preveliko. Procjena djetetove težine prije rođenja je složena i nije nužno vrlo točna. Klinička procjena temelji se na opipavanju maternice i mjerenju visine fundusa maternice. Oba pokazatelja mogu značajno varirati. Ni ultrazvučna procjena nije precizna stoga djeca za koja se sumnja da su velika pri porođaju ne moraju doista i biti. Navedeno, zabrinjava roditelje.

## Zašto je ovaj sustavni pregled važan?

Ukoliko se porođaj inducira prerano, djeca se mogu roditi s nezrelim organima.

## Rezultati istraživanja

U ovom Cochrane sustavnom pregledu literature pronađene su četiri kliničke studije koje su procijenjivale indukciju porođaja između 37. i 40. tjedna trudnoće u žena kod kojih se sumnjalo da nose vrlo veliku djecu. Uključeno je 1190 trudnica koje nisu bolovale od dijabetesa. Pretraženi su dokazi iz literature objavljeni do 31. listopada 2015. Studije su bile umjerene ili dobre kvalitete, iako nije bilo moguće provesti zasljepljenje žena (žene su znale da se porođaj inducira), niti osoblja koje je provodilo porođaj. Navedeno je moglo dovesti do pristranosti u procjeni rezultata.

## Što ti rezultati znače?

Broj porođaja u kojima je zapelo rame djeteta (distocija ramena) ili je došlo do prijeloma kosti djeteta (obično ključne kosti, što zacijeljuje bez posljedica) bio je manji u skupini žena kojima je porođaj induciran. Dokazi su bili umjerene kvalitete za distociju ramena i visoke kvalitete za prijelome. Nije uočena jasna razlika između skupina po pitanju oštećenja živaca koji šalju signale iz kralježnice u rame, ruku i šaku (ozljeda brahijalnog plekusa) djeteta

(dokazi vrlo niske kvalitete zbog malog broja zabilježenih događaja) ili znakova nedovoljne količine kisika pri rođenju. Indukcija porođaja smanjila je prosječnu porođajnu težinu djece za 178 grama. Studije nisu pokazale razliku u broju žena koje su podvrgnute carskom rezu ili porođaju izvedenom uz pomoć instrumenata. Postoje ograničeni dokazi da su žene kojima je porođaj induciran pretrpjele teža oštećenja međice.

Zaključak je da indukcija porođaja pri sumnji na vrlo veliko dijete ima korisne učinke, ali može izazvati i određene negativne učinke. O mogućnosti indukcije prijevremenog porođaja treba razgovarati s roditeljima ukoliko postoji sumnja da je dijete vrlo veliko.



Iako, određen broj roditelja i liječnika može smatrati da su trenutni dokazi na strani rane indukcije porođaja dovoljni, drugi se s tim ne moraju složiti.

Potrebne su daljnje studije visoke kvalitete kako bi se utvrdilo koje je vrijeme najbolje za indukciju porođaja te kako pospiješiti točnost dijagnosticanja makrosomije.

Bilješka o prijevodu:

Hrvatski Cochrane

Prevela: Livia Puljak

Datum objave: 22 svibnja 2016.

Autori: Boulvain M., Irion O., Dowswell T., Thornton JG

# *Hranjenje šalicom u usporedbi s drugim oblicima dodatnog enteralnog hranjenja novorođenčadi koja ne mogu u potpunosti biti dojena*

## **Istraživačko pitanje**

U ovom Cochrane sustavnom pregledu literature analizirani su dokazi koji ukazuju način na koji bi trebalo nuditi dodatnu prehranu djeci rođenoj na termin i nedonoščadi. Postavljeno je pitanje je li bolje hranjenje na šalicu, bočicom ili pomoću cjevčice ukoliko novorođenčad ne može isključivo dojiti.

## **Dosadašnje spoznaje**

Većina djece koja se rodi na termin ili malo prije termina nakon rođenja može se hraniti isključivo dojenjem. Međutim, brojni su razlozi zbog kojih određen broj djece rođene na termin i mnoga nedonoščad ne može isključivo dojiti, stoga im je nužna dohrana. Postoje različite metode dohranjivanja poput hranjenja na šalicu, uz pomoću štrcaljke, bočice ili cijevi za hranjenje, sve dok djeca ne budu u mogućnosti isključivo dojiti.

## **Obilježja uključenih istraživanja**

Pretražena je literatura objavljena do 31. siječnja 2016. Pronađeno je pet odgovarajućih istraživanja. Sva istraživanja uspoređuju hranjenje novorođenčadi na šalicu i hranjenje bočicom. Istraživanja su provedena na odjelima za neonatologiju i ginekologiju u bolnicama u Australiji, Velikoj Britaniji, Brazilu i Turskoj. Srednja dob većine djece u analiziranim istraživanjima prilikom uključanja u istraživanje bila je slična. U četiri istraživanja intervencija (šalicom ili bočicom) počela je u trenutku uključanja u istraživanje kada je djetetu prvi put zatrebala dohrana. Neka su djeca bila u 30. tjednu gestacije. U istraživanju koje je provedeno u Turskoj s dodatnom prehranom nije se započelo kod prvog davanja dohrane, već je odgođeno do trenutka kada su djeca ušla u 35. tjedan gestacijske dobi.

## **Ključni rezultati**

Za neke od ishoda rezultati različitih studija nisu se mogli zajednički statistički analizirati. To uključuje sljedeće rezultate: izostanak dojenja pri otpustu iz bolnice, izostanak isključivog dojenja nakon 3 mjeseca i nakon 6 mjeseci, prosječno vrijeme hranjenja i broj dana proveden u bolnici. Za svaki od tih ishoda su rezultati dijela istraživanja pokazali da je bolje ako se dijete hrani na šalicu, dok su rezultati ostalih istraživanja pokazali da je bolja dohrana bočicom.

Za neke od ishoda su se rezultati mogli zajednički analizirati: nije bilo razlika u dobivanju na težini ili gestacijskoj dobi prilikom otpusta iz bolnice između djece hranjene šalicom i one hranjene bočicom. Međutim, djeca koja su dobivala dohranu šalicom imala su veću vjerojatnost da će ih majke isključivo dojiti u vrijeme otpusta iz bolnice te da će barem dijelom biti dojena nakon 3 i 6 mjeseci.

Budući su istraživanja uglavnom uključila nedonoščad i vrlo malo djece rođene na termin, preporuke o hranjenju šalicom djece rođene na termin ne mogu se dati.

## **Kvaliteta dokaza**

Kvaliteta dokaza za dobivanje na težini, duljinu boravka u bolnici, izostanak dojenja pri otpustu iz bolnice i nakon 6 mjeseci te isključivo dojenje pri otpustu dojenja i nakon 6 mjeseci ocijenjena je kao vrlo niska ili niska. U istraživanjima uključenima u ovaj sustavni pregled opisano je da su mnoga djeca koja su dobivala dohranu šalicom također dobivala dodatnu dohranu na drugi način, jer se roditeljima ili sestrama nije sviđalo hranjenje pomoću šalice.

Bilješka o prijevodu:

Hrvatski Cochrane

Prevele: Irena Zakarija-Grković i Livia Puljak

Datum objave: 31. kolovoza 2016.

Autori: Flint A., New K., Davies MW.

# Obrazovanje primalja u Republici Hrvatskoj

Nina Juretić

## Kratki povijesni presjek obrazovanja primalja u Hrvatskoj

Primaljstvo je izrazito stara struka, njezino sustavno bilježenje na ovim prostorima započinje još u vrijeme Austro-Ugarske, a jedan od prvih spomena zabilježen je i ranije: "Prve primaljske tečajeve u Hrvatskoj u 18. stoljeću održavao je varaždinski liječnik Ivan Krstitelj Lalangue koji je 1777. godine izdao prvi primaljski udžbenik za seoske žene koje su se željele baviti primaljstvom. Taj se udžbenik smatra prvim udžbenikom za primalje na hrvatskom jeziku." U to vrijeme primalje su imale veoma važnu ulogu u društvu, jer su bile nositeljice zdravstvene zaštite žena i materinstva. Skrbile su za trudnice, rodilje, novorođenčad i dojenčad. Istovremeno, u Austro-Ugarskom carstvu počele su se otvarati i prve primaljske škole. Posao primalja podrazumijevao je nadzor normalnog porođaja. U slučaju komplikacija pozivani su liječnici te bi se porođaj dovršavao najčešće forcepsom ili embriotomijom. Ondašnji zakon primaljama nije dozvoljavao da rukuju forcepsom ili priborom za embriotomiju.

Zdravstveni zakon koji je uvelike uredio primaljstvo 1710. godine donosi carica Marija Terezija sa svojim zdravstvenim savjetnicima. Porođaji su se obavljali kući, jer u većini mjesta bolnica nije bilo. Godine 1852. doneseni su novi zakonski propisi o radu primalja: primalje su mogle obavljati ručno ljuštenje posteljice, unutarnji okret, ekstrakciju djeteta za nožice, repoziciju pupkovine ukoliko liječnik nije bio dostupan. Godine 1854. zabranjuje se rad (nadri)primaljama.

Najstarija primaljska škola u Hrvatskoj osnovana je 1786. godine u Rijeci pod vodstvom riječkog kirurga Jakoba Cosminija. Održala se samo godinu dana, jer kao privatna škola nije imala potporu države. Tek je 1821. godine u Zadru počela s radom prva državna primaljska škola.

U novijoj Hrvatskoj povijesti, važno je spomenuti nekoliko ključnih događaja koji su odredili obrazovanje primalja. Izdvaja se obrazovanje za više primalje na Višoj medicinskoj školi u Zagrebu. Naime, za potrebe hrvatskog zdravstva školovale su se četiri generacije viših primalja. Posljednja generacija upisana je 1981. godine. Primalje koje su završile spomenutu školu stekle su naziv viša medicinska sestra ginekološko-opstetričkog smjera. Iz intervjuja s primaljom koja je završila Viši primaljski smjer,

saznaje se da je škola ubrzo ukinuta, jer smatralo se da je za brigu o trudnicama i rodiljama dovoljna medicinska škola i srednja struka. Činjenica jest i da su medicinske sestre bile značajno brojnije te je malobrojne primalje bilo lako „nadglasati“. Ipak, ubrzo je na ginekološkim odjelima i rodilištima uočen nedostatak primaljskog kadra te je nakon protesta mnogih uglednih liječnika ginekologa i na traženje strukovnih udruga točnije, Udruženja primalja Hrvatske, Ministarstva zdravstva i Ginekološke sekcije Hrvatskog liječničkog zbora 1991. godine otvorena srednja Škola za primalje u Zagrebu.

Većina primalja koje su završile primaljski smjer na Višoj medicinskoj školi u Zagrebu nastavile su obrazovanje te stekle nove diplome, a dio njih i titule prvostupnica primaljstva (baccalaurea).

Škola za primalje u Zagrebu djeluje samostalno, a primalje sa završenom srednjom školom danas dobivaju titulu primalje asistentice. Donedavno, srednja primaljska škola je bila jedina obrazovna ustanova isključio za primaljsku struku. Nije bilo ustanove za više ili visoko obrazovanje na kojemu bi osobe sa završenom srednjom primaljskom školom (ili drugom srednjom školom/gimnazijom) mogle nastaviti svoje obrazovanje. Veliki broj osoba zainteresiranih za nastavak obrazovanja nastavio je školovanje u sestrinstvu.

U Hrvatskoj se osnivaju izvanredni preddiplomski studiji za primaljstvo uslijed prilagodbe hrvatskog obrazovnog okvira s europskim, točnije s Direktivom 2005/36/EZ Europskog parlamenta i Vijeća. Primalje u Hrvatskoj moraju se školovati po europskim standardima kako bi bile konkurentne i usklađene s tržištem rada zemalja članica EU.

Ipak, izvanredni studij nije zadovoljavao potrebu za primaljama te se pokreću redoviti studij primaljstva. Otvaraju se u Splitu i Rijeci 2014. godine. Sukladno europskoj Direktivi nekadašnja orijentiranost na primaljsko „pomagačko“ zanimanje preoblikuje se i proširuje i danas primaljstvo teži tomu da preraste u profesiju koja samostalno obavlja primaljsku skrb. Kako bi se to osvarilo primalje na sveučilišnom preddiplomskom i diplomskom studiju moraju steći potrebno znanje i osposobiti se za



preuzimanje uloge edukatora (mentora) na preddiplomskim sveučilišnim studijima (te posljedično za voditeljice/odjela/odsjeke u klinikama i timovima primaljske skrbi).

### **Obrazovanje danas**

Trenutno se primalje (primalja-asistentica) još uvijek obrazuju na srednjoškolskoj razini, dok Europa ovakav način školovanja primalja ne prepoznaje. Prema EU postojeće primalje sa završenom srednjom školom (koje su sada u sustavu zdravstva RH) nemaju potrebnu razinu obrazovanja za obavljanje ovog zahtjevnog zanimanja. S obzirom da su u Hrvatskoj zastupljene u velikom broju, u pristupnom pregovaračkom procesu s EU prihvaćene su kao asistentice primalja, primalje-asistentice (naziv iz Zakona o primaljstvu), ali sa spomenutom titulom ne mogu obavljati posao primalje u ostalim zemljama EU.

Predviđevši spomenute probleme u primaljstvu, više od desetak godina radilo se na otvaranju studija primaljstva. Trud se konačno isplatio 2007. godine. Na Medicinskom fakultetu u Rijeci koji je uvidio značaj nastavka školovanja primalja otvoren je izvanredni stručni studij primaljstva. Sedam godina kasnije, 2014. otvaraju se i redovni studiji primaljstva. Potrebno je napomenuti kako u Zagrebu ne postoji niti jedan studij primaljstva.

#### *a) Stanje obrazovanja*

Nastavni programi Fakulteta zdravstvenih studija strukturirani su u skladu s načelima Bolonjske deklaracije. Primjenjen je europski sustav prijenosa bodova (ECTS) koji omogućuje prelazak na druge srodne studije. Primaljstvo se može studirati na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci te na Sveučilištu u Splitu na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija. Studij u Rijeci nosi naziv stručnog studija dok splitski nosi naziv sveučilišnog. Sukladno tome, osobe koje završe studij u Rijeci nose titulu stručne prvostupnice primaljstva, dok osobe koje završe u Splitu

nose naziv sveučilišne prvostupnice primaljstva. Riječki studij na svojim internetskim stranicama nema objavljen preddiplomski studijski program, dok Split ima i u njemu je jasno naznačen obim kliničke prakse.

„Osposobljavanje se mora provoditi pod odgovarajućim nadzorom:

- Savjetovanje trudnica, uključujući najmanje 100 pretporodnih pregleda.
- Nadzor i njega najmanje 40 trudnica.
- Student/ica mora izvesti najmanje 40 poroda, a ako se ovaj broj ne može postići zbog malog broja roditelja, može se smanjiti na minimalno 30 poroda, uz uvjet da student/ica asistira kod dodatnih 20 poroda.
- Aktivno sudjelovanje kod poroda na zadak. Ukoliko to nije moguće zbog pomanjkanja poroda na zadak, praksa se može provesti u simuliranoj situaciji.
- Izvođenje epiziotomije i uvod u šivanje rana. Uvođenje treba obuhvatiti teoretsku nastavu i kliničku praksu. Praksa šivanja rana uključuje šivanje rane nakon epiziotomije i jednostavne perinealne laceracije. Može se obaviti u simuliranoj situaciji.
- Nadzor i skrb za 40 žena kod kojih postoji rizik u trudnoći, porodu ili postporodnom razdoblju.
- Nadzor i njega (uključujući pregled) najmanje 100 žena nakon poroda i zdravih novorođenčadi.
- Promatranje i njega novorođenčadi koja zahtijevaju posebnu skrb, uključujući prijevremeno rođenu i prenešenu novorođenčad, kao i onu s niskom porodnom težinom ili bolesnu.
- Skrb za ženu kod patoloških stanja u ginekologiji i porodništvu.
- Uvođenje u njegu na području medicine i kirurgije. Uvođenje treba obuhvatiti teoretsku nastavu i kliničku praksu.

Teoretska i tehnička nastava moraju se uravnotežiti i koordinirati s kliničkim obrazovanjem kako bi se stečena znanja i iskustva mogla usvojiti na odgovarajući način.” (Preddiplomski sveučilišni studijski program Primaljstvo, Split, 2011.)

Prilikom intervjua sa studenticama primaljstva u Rijeci i Splitu dobiva se dublji uvid u stvarno stanje studija. Intervjuirano je šest studentica, tri iz svakoga grada, s različitih godina studija. Riječke studentice kao pozitivnu stranu ističu mali broj studenata/ica. Upravo zahvaljujući malom broju studenata moguće je postići individualan pristup te osjećaj zajedništva u grupi. Sve intervjuirane osobe iznimno su zadovoljne praktičnim vježbama. Studenti su podijeljeni u grupe koje broje svega 3 do 4 osobe kako bi jednostavnije pratile vježbe. Studentima druge godine bilo je nezgodno vrijeme održavanja praksi (cijeli dani u

„komadu“, a potom velike pauze od tjedan dana). Pozitivno je što su u razgovoru s upravom uspjeli dogovoriti bolju organizaciju održavanja prakse. Studenti su zadovoljni što im je omogućeno pohađati većinu primaljskih kongresa i seminara, čime se dodatno obrazuju te upućuju u vlastitu struku. Poput riječkih studentica, intervjuirane studentice u Splitu ističu da je pozitivna stvar što su grupe studenata male, pa su profesori u mogućnosti pojedinačno se posvetiti studentima, a sami studenti pratiti gradivo i odrađivati praksu.

Na službenoj internetskoj stranici Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci navodi se kako će nakon završetka studija prvostupnik/ca primaljstva steći sljedeće kompetencije temeljene na ishodima učenja:

- primijeniti znanja i vještine iz područja primaljske skrbi, te načela primaljske etike;
- procijeniti potrebu za primaljskom njegom, postaviti ciljeve i odrediti prioritet, planirati i implementirati adekvatne postupke, te evaluirati i po potrebi modificirati plan primaljske njege;
- voditi primaljsku dokumentaciju i evaluirati postignute ciljeve u primaljskoj njezi;
- sudjelovati u obrazovanju primalja;
- primijeniti pravila zaštite na radu i rad na siguran način;
- osigurati povjerljivosti i sigurnosti pisanih i usmenih informacija dobivenih obavljanjem profesionalnih dužnosti;
- primijeniti važeće zakone i propise u obavljanju profesionalne dužnosti;
- sudjelovati u informiranju i savjetovanju vezano uz planiranje obitelji;
- dijagnosticirati trudnoću i pratiti normalni tijek trudnoće, vršiti preglede potrebne za praćenje razvoja normalnog tijeka trudnoće;
- voditi program za pripremu roditeljstva i potpunu pripremu za porod, uključujući savjete o higijeni i prehrani;
- provoditi skrb i pomoći majci tijekom poroda i pratiti stanje fetusa u maternici, odgovarajućim kliničkim metodama i tehničkim sredstvima;
- provoditi spontani porod uključujući;
- provoditi pregled i njegu novorođenčeta;
- provoditi njegu majke i pratiti njezin napredak u razdoblju nakon poroda i davati sve potrebne savjete majci o njezi djeteta kako bi joj se omogućilo da svom djetetu pruži optimalan napredak

Dok je u preddiplomskom sveučilišnom programu za Split navedeno da se završetkom studija stiču sljedeće kompetencije:

- primjereno informiranje i savjetovanje u vezi s planiranjem obitelji;

- izvođenje programa za pripremu roditeljstva i potpuna pripreme za
- porod, uključujući savjete o higijeni i prehrani;
- skrb i pomoć majci tijekom poroda i praćenje stanja fetusa u
- maternici, odgovarajućim kliničkim metodama i tehničkim
- sredstvima;
- prepoznavanje znakova koji upozoravaju na nepravilnost kod majke
- ili djeteta, koji traže upućivanje na liječnika i pomoć liječnika, po potrebi; uz poduzimanje potrebnih hitnih mjera u odsutnosti liječnika, posebno ručno odstranjivanje placente koje je popraćeno ručnim pregledom maternice;
- pregled i njega novorođenčeta, uz poduzimanje svih inicijativa u slučaju potrebe i izvođenje hitnog oživljavanja, po potrebi;
- njega majke i praćenje njezinog napretka u razdoblju nakon poroda i davanje svih potrebnih savjeta majci o njezi djeteta kako bi joj se omogućilo da svom djetetu pruži optimalan napredak;
- priprema potrebnih pismenih izvješća.

### ***Nedostatci trenutnog stanja studijskog obrazovanja za primalje***

Intervjuirani studenti pohvalili su različite elemente studija, no u kritikama su se svi fokusirali na tri ista elementa: manjak primaljskog kadra, nedostatak primaljske literature i nepostojanje diplomskog studija.

#### *a. Manjak primaljskog kadra*

Nositelji kolegija na preddiplomskim i diplomskim studijima mogu biti samo osobe s titulom magistre ili više. S obzirom da je u Hrvatskoj nedavno pokrenut (redovni) preddiplomski studij primaljstva, naša zemlja nije mogla obrazovati magistre primaljstva koje bi potom držale i predavale vlastite kolegije. Stoga, većinu kolegija drže doktori ili magistre sestrinstva. U određenim slučajevima primalje održavaju predavanja, no nisu nositeljice kolegija.

I prije no što su studentice ukazale na ovaj nedostatak, manjak primaljskog kadra je dobro poznat problem u primaljskim krugovima. No, sve dok se ne otvore mogućnosti obrazovanja u struci nemoguće ga je riješiti. Iako profesori/ce na primaljskim studijima mogu biti kvalitetni i stručnjaci u svojem području, radi se o stručnjacima iz druge struke. Svi intervjuirani se slažu da „primalje moraju obrazovati primalje“.

#### *b. Nedostatak primaljske literature*

S manjkom primaljskog profesorskog kadra povezan je i nedostatak primaljske literature. U Hrvatskoj trenutno

ne postoji niti jedan udžbenik o primaljstvu napisan na hrvatskom ili preveden s engleskog jezika na hrvatski. Hrvatski udžbenik iz primaljstva ne postoji, jer je manjak primaljskog kadra koji bi takav udžbenik pisao – iz struke za struku. Postoje izuzetno kvalitetni i opsežni udžbenici pisani na stranim jezicima no njihovo prevođenje je dug i iznimno skup proces, teško ostvariv bez raznih subvencioniranja. Zbog nedostatka primaljske literature (posebice udžbenika za primalje) svi intervjuirani naglašavaju kako većinom uče iz prezentacija profesora/ica. Osim ponekih stručnih članaka (većinom napisanih od doktora za doktore) literatura po kojoj se obrazuju nove generacije primalja su sažeci i prezentacije čime studenti ne mogu biti zadovoljni.

### c. *Diplomski studij*

Ove godine, 22. srpnja, najavljeno je pokretanje diplomskog studija primaljstva u Splitu koji bi trebao započeti iduće akademske godine. Ukoliko sve bude kao što je i najavljeno, to će biti prvi diplomski studij primaljstva u Hrvatskoj tj. prva i (trenutno) jedina prilika za primalje da steknu titule magistre primaljstva. Upravo je nedostatak diplomskog studija veliki nedostatak na koji su se osvrnule sve intervjuirane osobe. Radi se o osobama koje ne žele ostati na srednoškolskoj razini obrazovanja (neke od njih su završile srednje medicinske, a druge srednju školu za primalje) i koje su jasno odabrale smjer visokog obrazovanja. No, bez diplomskog studija u primaljstvu ne mogu se obrazovati više od tri godine. Riječ je o mladim osobama čiji je prioritet stjecanje visokog obrazovanja u struci koja ih zanima, a ne najbrži odlazak na tržište rada (što je moguće samo uz srednju školu) te je neophodno da im se to i omogući kako bi ostvarile jednaka prava kao i ostale mlade i zainteresirane osobe koje mogu studirati na diplomskim studijima struku od vlastitog interesa i zanimanja.

## ***Direktiva Europske unije***

Oba studija u Hrvatskoj moraju biti i jesu usklađena s Direktivom 2005/36/EZ. Ona se odnosi na primaljske kompetencije tj. znanja i vještine koje bi primalje trebale imati. Direktiva 2005/36/EZ u članku 42. propisuje minimalni popis djelatnosti primalja koje je Republika Hrvatska dužna osigurati i regulirati na nacionalnoj razini kroz zakonodavne i podzakonske propise.

Obrazovni sustav primalja u ovom slučaju igra presudnu ulogu u tome hoće li studenti/ce primaljstva dobiti i savladati potrebna znanja na studiju:

„Republika Hrvatska je kao država članica dužna supstavom zakonodavnog okvira primaljama omogućiti pristup i obavljanje najmanje sljedećih djelatnosti: (a) primjereno informiranje i savjetovanje u vezi s planiranjem obitelji; (b) dijagnosticiranje trudnoće i praćenje

normalnog tijeka trudnoće; obavljanje pregleda potrebnih za praćenje razvoja normalnog tijeka trudnoće; (c) propisivanje ili savjetovanje o pregledima koji su potrebni za najraniju moguću dijagnozu rizičnih trudnoća; (d) izvođenje programa za pripremu roditelja i potpuna priprema za porod, uključujući savjete o higijeni i prehrani; (e) njega i pomoć majci tijekom poroda i praćenje stanja fetusa u maternici, odgovarajućim kliničkim metodama i tehničkim sredstvima; (f) izvođenje spontanog poroda uključujući prema potrebi epiziotomiju i u hitnim slučajevima, porode na zadak; (g) prepoznavanje znakova koji upozoravaju na nepravilnost kod majke ili djeteta, koji zahtijevaju upućivanje k liječniku i prema potrebi pomoć liječnika; poduzimanje potrebnih hitnih mjera u odsutnosti liječnika, posebno ručno odstranjivanje placente nakon kojeg može slijediti ručni pregled maternice; (h) pregled i njega novorođenčeta; poduzimanje svih inicijativa u slučaju potrebe i izvođenje hitnog oživljavanja, ako je potrebno; (i) njega majke i praćenje njezinog napretka u razdoblju nakon poroda te davanje svih potrebnih savjeta majci o njezi djeteta, kako bi joj se omogućilo da svom djetetu pruži optimalan razvoj; (j) provođenje liječenja koje propiše liječnik; (k) priprema potrebnih pisanih izvješća..”

Od intervjuiranih studenata, uvida u popis predmeta te studijskih programa saznaje se da je većina potrebnih znanja zastupljena u literaturi ili se spominje na predavanjima, no nerijetko se ostaje samo na tome. Točnije, veliki broj studenata/ica nema priliku u praksi utvrđivati trudnoću ili vježbati izvođenje epiziotomije. Stvara se začarani krug prešućene prakse djelovanja. Naime, kao što je anketa koju je provela Hrvatska komora primalja u 2016. godini i pokazala, većina prvostupnica primaljstva na svojim radnim mjestima obavlja poslove srednje stručne sprema. S obzirom da su predavači, većinom doktori, dobro upoznati sa stanjem u praksi, sukladno tome ne stavljaju preveliki naglasak na znanja i vještine koje ionako u praksi primalje ne obavljaju. Stvara se zaključak, da na studiju buduće primalje ne mogu steći vještine koje im je Republika Hrvatska zajamčila usklađivanjem svog zakonskog okvira s Direktivom 2005/36/EZ.

Ipak, pozitivan pomak je vidljiv. Primjerice, za razliku od svojih kolegica s druge godine, studentice prve godine imale su priliku obavljati praktične vježbe šivanja rupture međice na medicinskim lutkama „fantomima“. Međutim, teško je prognozirati buduće prakse na studiju, a još teže prakse u bolnicama. Ali, sigurno jest da ukoliko studentice ne steknu potrebne vještine tijekom studija nije izgledno da će jednom kada dođu na radno mjesto, obavljati ono za što imaju kompetencije zajamčene zakonom odnosno tim ih vještinama nitko neće naknadno podučavati. S druge strane, ukoliko dođu sa usvojenim znanjima i samopouzdanjem, veće su vjerojatnosti da će imati slobodu pri obavljanju tih vještina.

## Zaključak

Primaljska struka u novije vrijeme prošla je kroz mnoge promjene. Iako su te promjene većinom trebale unaprijediti primaljstvo (usklađivanje s EU) i to su učinile, unošenje promjena u postojeće strukture sa sobom donosi i poteškoće u implementaciji. Uslijed usklađivanja s EU Hrvatska je dobila dva preddiplomska studija primaljstva. Otvaranje tih studija nedvojbeno je odlična stvar za primaljstvo u Hrvatskoj, no ovim radom se pokušalo rasvijetliti točno stanje tog obrazovanja. Očito je da se neki od problema ovdje navedenih rješavaju, poput otvaranja diplomskog studija, dok je za druge probleme poput manjka primaljskog kadra i literature potrebno osmisliti kvalitetnu obrazovnu politiku/strategiju kako bi se ti problemi riješili u što kraćem vremenskom razdoblju, umjesto da se čeka njihovo rješavanje „samo od sebe“. Iako je otvaranje preddiplomskog studija veliki skok u obrazovanju za primalje, treba i dalje aktivno raditi na njegovu unaprijeđenju, kako napredak ne bi bio zaustavljen.



## *Trebaju li nam uistinu visoko obrazovane primalje u Hrvatskoj?*

*Nina Juretić*

Ulaskom u Europsku uniju Hrvatska je, osim primalja sa srednjom stručnom spremom, dobila novu kategoriju, ujedno i jedinu koju EU prepoznaje: primalje prvostupnice. To su osobe koje su završile preddiplomski studij primaljstva na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci ili na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija u Splitu te time stekle titulu – primalje prvostupnice (bacc.obs). Hrvatska komora primalja (dalje u tekstu: HKP) pripremila je anketu kako bi dobila odgovore vezane za rad i kompetencije primalja prvostupnica.

Od 2500 registriranih primalja u RH, svega ih je 130 završilo studij primaljstva i steklo titulu prvostupnice i time dobilo mogućnost samostalnog rada u sklopu primaljske skrbi. Drugim riječima, od ukupnog broja primalja u Hrvatskoj, njih 5% je steklo više obrazovanje.

## Literatura

1. FZSRI, web stranica, pristupljeno kolovoz 2016. <http://www.fzsri.uniri.hr/hr/fakultet/katedre/katedra-za-primaljstvo.html>
2. Hrvatska udruga za promicanje primaljstva, Povijest primaljstva, pristupljeno: kolovoz, 2016. [http://www.hupp.hr/content\\_detailnije.aspx?G1=6&G2=0&G3=0&G4=0&ID=41](http://www.hupp.hr/content_detailnije.aspx?G1=6&G2=0&G3=0&G4=0&ID=41)
3. Hrvatska komora primalja, Čestitamo prvim prvostupnicama primaljstva, pristupljeno: kolovoz 2016. <http://www.komora-primalja.hr/iz-medija/376-cestitamo-prvim-prvostupnicama-primaljstva>
4. Hrvatska komora primalja, DIREKTIVA 2005/36/EZ EUROPSKOGA PARLAMENTA I VIJEĆA od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija, <http://www.komora-primalja.hr/datoteke/Direktiva-2005-36-EZ.pdf>
5. Hrvatska komora primalja, Opseg samostalnosti primalja u bolničkim zdravstvenim ustanovama: - analiza zakonskog i podzakonskog okvira, 2016.
6. <http://www.komora-primalja.hr/datoteke/primalje%20analiza%20lista%20izvora%20pdf%202.pdf>
7. Hrvatska udruga za promicanje primaljstva, Povijest primaljstva, pristupljeno: kolovoz, 2016. [http://www.hupp.hr/content\\_detailnije.aspx?G1=6&G2=0&G3=0&G4=0&ID=41](http://www.hupp.hr/content_detailnije.aspx?G1=6&G2=0&G3=0&G4=0&ID=41)
8. Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Primaljstvo, pristupljeno: kolovoz: 2016. [http://ozs.unist.hr/images/programi/program\\_primaljstvo.pdf](http://ozs.unist.hr/images/programi/program_primaljstvo.pdf)
9. Škola za primalje Zagreb, Povijest, pristupljeno: kolovoz, 2016. <http://ss-primalje-zg.skole.hr/skola/povijest>
10. Unist, Novi diplomski studiji - primaljstvo i medicinsko-laboratorijska dijagnostika, srpanj 2016. <http://www.unist.hr/novosti/najave-i-događanja/novi-diplomski-studiji-primaljstvo-i-medicinsko-laboratorijska-dijagnostika-67486>
11. WHO Europe, European Union Standards for Nursing and Midwifery: Information for Accession Countries, 2009. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/102200/E92852.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/102200/E92852.pdf)

HKP je provela anonimnu online anketu na koju se odazvalo više od polovice registriranih prvostupnica primaljstva u Hrvatskoj. Anketirane osobe zaposlene su u općim ili županijskim bolnicama, kliničkim bolničkim centrima ili privatnim ginekološkim poliklinikama. Odgovore smo dobili iz svih županija u RH te je zbog gore navedenih razloga anketni uzorak reprezentativan.

Svrha ankete je dobivanje informacija o tome koliko su se posao, kompetencije i djelatnost primalja prvostupnica promijenili nakon završetka preddiplomskog studija. Kvalitetni zdravstveni sustavi prepoznaju važnost primalja, stoga je važno da se u Hrvatskoj primaljska radna mjesta osiguraju primaljama, a ne drugim zdravstvenim djelatnicima, ujedno primaljama treba omogućiti obavljanje poslova zajamčenih Zakonom o primaljstvu, kao



i primjenjuju znanja koja su stekli godinama dodatnog školovanja. Većina primalja prvostupnica sama je platila svoj studij, radile su uz studiranje te s obzirom da studiji (izvanredni ili bridging) postoje samo u Splitu i Rijeci, veliki broj njih je redovno je putovao. Zbog svih navedenih razloga te zbog neusklađenosti sa Zakonom o primaljstvu postoji potreba za ovom analizom. Rezultati ankete jasno ukazuju na to da iako su stekle višu razinu obrazovanja primalje najčešće nisu dobile veće mogućnosti rada i razvoja u profesionalnom smislu.

### **Analiza ankete:**

Većina anketiranih primalja mogla je obavljati poslove navedene u Zakonu o primaljstvu namijenjene srednjoj stručnoj spremi dok su imale navedenu razinu obrazovanja. Obavljale su pripreme prostora i trudnica za porod, kao i cijeli niz drugih poslova koji im je zadan kompetencijama iz Zakona.

Važno je napomenuti kako anketirane osobe u komentarima napominju da se zbog manjka kadra događa da „svi rade sve“. U tom kontekstu želimo posebno skrenuti pažnju na pružanje intravenozne terapije klijenticama i pacijenticama, što ne stoji u kompetencijama osoba koje su završile srednju stručnu spremu. Ovakva praksa je izvan zakonskih okvira i ovim putem upozoravamo na nju.

Nakon stečene diplome prvostupnice primaljstva, čak 61% posto primalja ne obavlja utvrđivanje trudnoće,

vođenje fiziološke trudnoće i poroda na svim razinama zdravstvene zaštite, samo 9% može u hitnim slučajevima voditi porod na zadak, izvedbu manualne eksploracije i evakuacije materijata. Također, 74% anketiranih ne obavlja šivanje epiziotomije i 66% nema mogućnost šivanja rupture međice 1. i 2. stupnja. Sve navedene kompetencije su prvostupnicama primaljstva zajamčene u Zakonu o primaljstvu, no kao što anketa pokazuje, isto u praksi nemaju mogućnost obavljati.

Komentari i napomene više anketiranih ukazuju na iste nedostatke:

- neadekvatnu dokumentaciju koju ispunjavaju. Naime, još uvijek se ne koristi primaljska dokumentacija iako je ista izrađena od strane Hrvatske komore primalja prije više od dvije godine. Primalje ispunjavaju dokumentaciju koja je namijenjena bolesnicima dok su klijentice trudnice u pravilu zdrave osobe,
- administrativnih poslova s kojim je većina glavnih primalja „zatrpana“ te se ne stiže kvalitetno baviti strukom,
- nemogućnost primaljske patronažne skrbi koju većina zemalja u EU ima, a koju bi trebale obavljati prvostupnice primaljstva.

Na pitanje „Jeste li nakon završetka studija promijenili vaše radno mjesto (sukladno obrazovanju)?“ 68% anketiranih odgovorilo je negativno, dok njih 27% nije dobilo viši, adekvatni koeficijent odnosno povećanje plaće sukladno stručnoj spremi.

Ipak, najporaznijim pokazateljima smatramo ono što pokazuju sljedeći rezultati:

- čak 66% anketiranih je odgovorilo je kako ne obavljaju posao sukladan kompetencijama prvostupnica primaljstva prema Zakonu o primaljstvu te njih čak 71% odgovara da se njihov posao nije promijenio u odnosu na onaj koji su obavljale kada su radile sa srednjom stručnom spremom. Drugim riječima, cijela generacija primalja završila je visoko obrazovanje, no na svojim radnim mjestima najčešće obavljaju poslove namijenjene primaljama sa srednjom stručnom spremom.

No zašto je sve navedeno i važno, zašto je bitno da se primaljama omogući obavljanje poslova za koje imaju stečene kompetencije?

Niz istraživanja provedenih od strane Lanceta ukazuje na činjenicu kako su mnogi zdravstveni ishodi poboljšani primaljskom skrbi, primjerice smanjena je trauma međice, smanjeno je korištenje instrumenata pri porodu, smanjene su intrapartalne analgezije ili anestezije, zabilježen je manji gubitak krvi, manje prijevremenih porođaja, manje novorođenčadi s niskom porođajnom težinom i manje hipotermije. Analize su također otkrile veći broj spontano započetih trudova, veći broj nepotpomognutih vaginalnih poroda i duže trajanje dojenja. I ono što također ne treba smetnuti s uma je da istraživanja pokazuju izraženije opće zadovoljstvo žena, a zabilježena je i kvalitetnija interakcija majke i djeteta.

Lancetov Midwifery objašnjava zašto su primalje značajne za zdravstveni sustav kao takav. Naime, istraživanja ukazuju na to da je primaljska skrb isplativa, pristupačna i održiva. Postoji rasprostranjena briga oko pitanja prevelikog broja intervencija pri porodima koji se obavljaju rutinski, a ne zbog nužnosti. Primaljska skrb minimizira nepotrebne intervencije, a istovremeno nimalo ne ugrožava sigurnost majke i djeteta. Lancetov Midwifery je prepoznao više od 50 kratkoročnih, srednjoročnih i dugoročnih rezultata koji mogu biti poboljšani ukoliko se primaljstvo osnaži: smanjena smrtnost roditelja, smanjena neonatalna smrtnost te niža stopa morbiditeta.

Ne smije se zaboraviti da je primaljska skrb kvalitetna, sigurna, rasterećuje zdravstveni sustav i čini žene zadovoljnijima. Polaganim, ali sigurnim tempom, hrvatske primalje postaju sve školovanije i njihovo znanje se treba kvalitetno upotrijebiti. Rezultati ove ankete su relevantni prvenstveno iz razloga što prikazuju neusklađenost „situacije na terenu“ tj. onoga što primalje uistinu rade na svojim radnim mjestima sa Zakonom o primaljstvu.

Nadamo se da će ova analiza poslužiti kao pokazatelj statusa visokoobrazovanih primalja u Hrvatskoj te postati polazištem za razmatranje konačnog usklađivanja i preuzimanja kompetencija koje su primaljama zajamčene Zakonom o primaljstvu.

### **Izvori:**

1. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-TheLancet, Midwifery: 6736\(14\)60930-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-TheLancet, Midwifery: 6736(14)60930-2/abstract)
2. Anonimna anketa Hrvatske komore primalja, travanj 2016.

# *Opseg samostalnosti primalja u bolničkim zdravstvenim ustanovama: analiza zakonskog i podzakonskog okvira*

*dr.iur. Milana Trbojević Palalić, mag.iur., univ.spec.crim.*

I. Pravni položaj primalja u RH primarno je uređen Zakonom o primaljstvu (Narodne novine, 120/08., 145/10.), no pitanje primaljske skrbi uređuju u većoj i manjoj mjeri uređuju i neki drugi izvori (pretežito) iz područja zdravstva.

II. Predmet ove analize je utvrditi zakonodavni i podzakonski okvir za punu primjenu Zakona o primaljstvu u dijelu u kojem je predmetni zakon uredio pitanje opsega samostalnosti djelovanja primalja (bez nadzora liječnika), na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite (članak 4.), odnosno ispitati u kojoj mjeri važeći propisi doprinose ili ograničavaju punu primjenu predmetnog zakona.

Za potrebe izrade vertikalnog okvira ove analize konzultirani su slijedeći izvori:

1. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. - 2020. (Narodne novine, 116/12.)
  2. Plan zdravstvene zaštite Republike Hrvatske (Narodne novine, 86/12.)
  3. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (Narodne novine, 126/06. i 156/08.)
  4. Plan i program mjera za osiguranje, unapređenje, promicanje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite (Narodne novine, 114/10.)
  5. Mreža javne zdravstvene službe (Narodne novine, 101/12. i 31/13.)
  6. Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine, 50/08., 155/09., 71/10., 139/10., 22/11., 84/11., 154/11., 12/12., 35/12., 70/12., 144/12., 82/13., 159/13., 2/14., 154/14.), uključujući i slijedeće zakone i pravilnike:
    - Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (Narodne novine, 80/13., 137/13.)
    - Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (Narodne novine, 85/06., 150/08., 71/10.)
    - Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite (Narodne novine, 160/13., 11/15., 16/15.)
- Odluka o utvrđivanju Popisa dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima – vremenski i kadrovski normativi (Narodne novine, 15/92., 29/93., 65/93., 31/95., 73/99., 3/00., 18/00., 118/01., 44/02., 76/02., 85/02., 92/02., 130/02., 151/02., 11/03., 32/03., 43/03., 203/03., 30/05., 88/05., 136/06., 16/07., 40/07., 57/07., 80/07., 84/07.- ispravak, 98/07., 111/07., 130/07., 54/08., 85/08.-133/08., 2/09., 10/09., 17/09., 110/10., 49/13., 65/13., 99/13., 103/13., 125/13., 34/14., 74/14.),
  - Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (Narodne novine, 156/13., 11/14., 12/14. ispravak, 34/14., 54/14., 66/14., 74/14., 106/14., 133/14., 157/14., 25/15., 36/15., 69/15., 79/15., 82/15. - ispravak, 91/15., 91/15 – ispravak.)
  - Odluka o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (Narodne novine, 156/13., 24/14., 54/14.)
  - Opći uvjeti ugovora o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (Narodne novine, 160/13., 17/15.)
  - Opći uvjeti ugovora o provođenju specijalističko-konzilijarne i bolničke zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (Narodne novine, 160/13., 17/15.)
  - Opći uvjeti ugovora za provođenje bolničke zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (Narodne novine, 160/13., 17/15.)
  - Pravilnik o postupku i načinu davanja mišljenja o opravdanosti osnivanja zdravstvenih ustanova, odnosno privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe (Narodne novine, 94/05., 136/06., 80/07., 117/07., 64/08., 118/09., 50/10. i 126/11.)
  - Pravilnik o početku, završetku i rasporedu radnog vremena zdravstvenih ustanova i privatnih zdrav-

- stvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe (Narodne novine, 04/14.)
- Odluka o stavljanju izvan snage Standarda i normativa zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (Narodne novine, 135/14.)
  - Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe (Narodne novine, 88/10., 1/11., 16/11., 87/11., 38/13., 49/13., 93/13., 62/16., 77/15.)
  - Pravilnik o uvjetima za razvrstavanje bolničkih zdravstvenih ustanova u kategorije (Narodne novine, 95/10.)
  - Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove (Narodne novine, 31/11.)
  - Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti (Narodne novine, 61/11., 128/12., 124/15.)
  - Pravilnik o uvjetima i postupku za davanje u zakup dijelova domova zdravlja i ljekarničkih zdravstvenih ustanova (Narodne novine, 80/07.)
  - Pravilnik o uvjetima za ustroj zavoda i odjela u kliničkim bolničkim centrima i kliničkim bolnicama (Narodne novine, 106/07.)
  - Pravilnik o uvjetima za ustroj odjela u općim i specijalnim bolnicama (Narodne novine, 106/07.)
  - Pravilnik o uvjetima koje moraju ispunjavati zdravstvene ustanove ili dijelovi zdravstvenih ustanova za dodjelu naziva klinika ili klinička ustanova (Narodne novine, 119/03., 11/04.)
  - Pravilnik o početku, završetku i rasporedu radnog vremena zdravstvenih ustanova i privatnih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe (Narodne novine, 4/14.)
  - Odluka o pojedinim oblicima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja koja se ostvaruje na osnovi uputnice i rokovima važenja uputnice (Narodne novine, 51/14., 17/15.)
  - Odluka o popisu postupaka liječenja koji se provode u okviru planirane prekogranične zdravstvene zaštite (Narodne novine, 133/13.)
7. Zakon o zaštiti prava pacijenata (Narodne novine, 169/4, 37/08) s pripadajućim pravilnicima:
- Pravilnik o obrascu suglasnosti te obrascu izjave o odbijanju dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka (Narodne novine, 10/08.)
8. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi (Narodne novine, 124/11.)
- Pravilnik o praćenju štetnih događaja vezano uz medicinske proizvode (Narodne novine: 125/13.)
  - Pravilnik o načinu provođenja nadzora i kontrole (Narodne novine, 47/14., 11/16.)
9. Zakon reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stečenih kvalifikacija (Narodne novine, 82/15)
- Zakon o strukovnom obrazovanju (Narodne novine, 30/09., 24/10.)
  - Zakon o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju (Narodne novine, 123/03., 198/03., 105/04., 174/04., 46/07., 45/09., 63/11., 94/13., 139/13., 101/14., 60/15.)
  - Pravilnik o pripravnikom stažu zdravstvenih radnika (Narodne novine, 02/11., 14/13. i 126/14.)
  - Pravilnik o mjerilima za primanje zdravstvenih radnika na pripravniki staž (Narodne novine, 124/13.)
- Uredba o nazivima radnih mjesta i koeficijentima složenosti poslova u javnim službama (Narodne novine, 25/13., 72/13., 151/13., 9/14., 40/14., 51/14., 77/14., 87/14., 120/14., 147/14., 151/14., 11/15., 32/15., 38/15., 60/15., 83/15., 112/15. i 122/15.)
- Kolektivni ugovor za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja (Narodne novine, 143/13.)
- Popis akademskih naziva i akademskih stupnjeva te njihovih kratica (Narodne novine: 87/09., 88/11., 61/12., 144/13. i 50/15.)
- Popis stručnih naziva i njihovih kratica (Narodne novine, 87/09., 88/11., 61/12., 144/13. i 50/15.)
10. Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva (Službeni list SFRJ 22-393/1978, 18-203/1988, 53-1291/1991, 26-447/1993, 29-514/1994)
- Pravilnik o uporabi i zaštiti podataka iz medicinske dokumentacije pacijenata u Centralnom informacijskom sustavu zdravstva Republike Hrvatske (Narodne novine, 14/10.)



- Pravilnik o načinu vođenja, čuvanja, prikupljanja i raspolaganja medicinskom dokumentacijom pacijenata u centralnom informacijskom sustavu zdravstva Republike Hrvatske (Narodne novine, 82/10.)
- Pravilnik o načinu vođenja osobnog zdravstvenog kartona u elektroničkom obliku (Narodne novine, 82/10.)

Za izradu horizontalnog okvira analize konzultiran je Zakon o sestринstvu (Narodne novine, 121/03., 117/08., 57/11.) s pripadajućim pravilnicima Pravilnik o specijalističkom usavršavanju medicinskih sestara – medicinskih tehničara (Narodne novine, 139/09.) i Pravilnik o sestринskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama (Narodne novine, 79/11.)

III. Djelatnost primalja moguće je ispitati na: a) europskoj razini u kontekstu odredbe članka 42. Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija, i b) na nacionalnoj razini u okviru propisa iz područja zdravstva s primarnim polazištem u odredbi članka 15.b i 16. Zakona o primaljstvu.

Direktiva 2005/36/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija u članku 42. propisuje minimalni popis djelatnosti primalja koje je Republika Hrvatska dužna osigurati i regulirati na nacionalnoj razini kroz zakonodavne i podzakonske propise. Prema odredbi članka 42. stavak 2. predmetne Direktive, RH je kao država članica dužna supostavom zakonodavnog okvira primaljama omogućiti pristup i obavljanje najmanje sljedećih djelatnosti: (a) primjereno informiranje i savjetovanje u vezi s planiranjem obitelji; (b) dijagnosticiranje trudnoće i praćenje normalnog tijeka trudnoće; obavljanje pregleda potrebnih za praćenje razvoja normalnog tijeka trudnoće; (c) propisivanje ili savjetovanje o pregledima koji su potrebni za najraniju moguću dijagnozu rizičnih trudnoća; (d) izvođenje programa za pripremu roditelja i potpuna priprema za porod, uključujući savjete o higijeni i prehrani; (e) njega i pomoć majci tijekom poroda i praćenje stanja fetusa u maternici, odgovarajućim kliničkim metodama i tehničkim sredstvima; (f) izvođenje spontanog poroda uključujući prema potrebi epiziotomiju i u hitnim slučajevima, porode na zadak; (g) prepoznavanje znakova koji upozoravaju na nepravilnost kod majke ili djeteta, koji zahtijevaju upućivanje k liječniku i prema potrebi pomoć liječnika; poduzimanje potrebnih hitnih mjera u odsutnosti liječnika, posebno ručno odstranjivanje placente nakon kojeg može slijediti ručni pregled maternice; (h) pregled i njega novorođenčeta; poduzimanje svih inicijativa u slučaju potrebe i izvođenje hitnog oživljavanja, ako je potrebno; (i) njega majke i praćenje njezinog napretka u razdoblju nakon poroda te davanje svih potrebnih savjeta majci o

njezi djeteta, kako bi joj se omogućilo da svom djetetu pruži optimalan razvoj; (j) provođenje liječenja koje propiše liječnik; (k) priprema potrebnih pisanih izvješća.

S ciljem usklađivanja domaćeg zakonodavstva s pravnom stečevinom Europske unije u poglavlju 3. Sloboda pružanja usluga Republike Hrvatske je odredba Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i Vijeća o priznavanju stručnih kvalifikacija, u dijelu koji se odnosi na obrazovanje i nadležnosti primalja, implementirala u odredbu članka 15.b. Zakona o primaljstvu.

Prema odredbi članka 15.b Zakona o primaljstvu djelatnost primalje obuhvaća slijedeće aktivnosti: – djelovati unutar zdravstvenog tima u slučajevima kada je potreban multidisciplinarni pristup; – primjenjivati sva usvojena znanja iz područja primaljske skrbi, sukladno načelima profesionalne etike i zakonodavstvu, kao i znanja iz porodništva i ginekologije, – voditi medicinsku dokumentaciju o primaljskoj skrbi; – planirati, organizirati i provoditi primaljsku skrb; – vrednovati plan primaljske skrbi, analizirati uvjete za njegovo izvođenje i provoditi kliničku realizaciju planirane primaljske skrbi, – provoditi edukaciju u pripremi za roditeljstvo i porod te davati savjete o dojenju, – utvrđivati trudnoću, voditi fiziološku trudnoću i porod na svim razinama zdravstvene zaštite, utvrditi eventualne patološke promjene u trudnoći i porodu o kojima treba obavijestiti liječnika; – u hitnim slučajevima voditi porod na zadak te učiniti manualnu eksploraciju i evakuaciju materijata, – po potrebi urezivati epiziotomije te šivati epiziotomije i rupture međice 1. i 2. stupnja, – kao dio zdravstvenog tima sudjelovati u praćenju patoloških trudnoća i poroda te sudjelovati kod operativnog dovršenja poroda, – provoditi postupke predoperativne pripreme i poslijeoperativne njege nakon operativnog dovršenja poroda te provoditi intravensku terapiju, – provoditi nadzor nad zdravim novorođenčetom te o eventualnim patološkim stanjima obavijestiti liječnika, – pratiti stanje majke nakon poroda te razlikovati fiziološki od patološkog tijeka babinja, – pripremiti i savjetovati ženu za ginekološki pregled te provesti edukaciju u cilju očuvanja zdravlja, prevencije spolno prenosivih bolesti, planiranja obitelji, seksualnog i reproduktivnog zdravlja, – provesti peroralnu i parenteralnu primjenu lijekova ordiniranu od liječnika.

Članak 16. predmetnog zakona utvrđuje, nadalje, listu temeljnih dužnosti primalja: – primjena svih dostupnih znanja iz područja primaljstva; – primjena metoda rješavanja problema u provođenju primaljstva koje zahtijevaju vještinu analitičko-kritičkog pristupa; – postupanje po utvrđenim pravilima i protokolima za provođenje postupaka u primaljstvu, – provedba primaljske skrbi po utvrđenom planu, – primjenjivanje, provođenje i evidentiranje od liječnika ordinirane lokalne, peroralne i parenteralne terapije, – pravodobno izvješćivanje liječnika u slučaju nastupa komplikacija primijenjene terapije, – provedba

postupaka iz područja zaštite zdravlja i prevencije bolesti, – vođenje primaljske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata, – pravodobno izvješćivanje liječnika o stanju bolesnika, posebice o promjeni zdravstvenog stanja, – pristupanje postupku oživljavanja u slučaju odsutnosti liječnika, – čuvanje profesionalne tajne, – poštivanje prava pacijenata, – poštivanje etičkog kodeksa primalja, – poštivanje vjerskih načela pacijenata, – suradnja sa svim članovima tima, – čuvanje ugleda ustanove (poslodavca), – ekonomično i učinkovito korištenje pribora i opreme i – djelovanje u interesu bolesnika.

Nadalje, primalja je prema odredbi članka 17. obvezna evidentirati sve provedene postupke na primaljskoj listi, kao skupu podataka koji služe kontroli kvalitete planiranog i provedenog primaljstva za svakog pojedinog pacijenta na svim razinama zdravstvene zaštite. Sadržaj i obrazac primaljske liste na prijedlog Hrvatske komore primalja propisuje ministar nadležan za zdravstvo. Nacrt predmetnog pravilnika upućen je u proceduru!

IV. Tijekom 2016. godine Hrvatska komora primalja provela je istraživanje među prvostupnicama primaljstva vezano uz pitanje provedbe djelatnosti primaljske skrbi na razini bolničkih zdravstvenih ustanova. Rezultati provedenog istraživanja među prvostupnicama primaljstva ukazuju na nesrazmjer između jasno propisanog zakonodavnog okvira za samostalnu provedbu djelatnosti primaljstva na svim razinama zdravstvene zaštite, i onog što se stvarno provodi u okviru bolničkih zdravstvenih ustanova (za potrebe ove analize izdvaja se samo nekoliko, npr. nedostatak samostalnog primaljstva na razini bolničkih zdravstvenih ustanova, - preraspodjela poslova ne provodi se sukladno opsegu kompetencija koje su primaljama zajamčene zakonom, - prvostupnice primaljstva ne nadziru fiziološku trudnoću i porođaj samostalno te ne urezuju i zbrinjavaju epiziotomije i rupture međice, - u izvršavanju svojih obveza prvostupnice primaljstva ispunjavaju medicinsku dokumentaciju koja je namijenjena bolesnicima, a ne roditeljama, zdravim osobama, - patronažna primaljska služba i dalje nije ustanovljena iako za njeno upostavljanje postoje zaknodavni preduvjeti). Imajući u vidu izdvojene probleme (horizontalni i vertikalni okvir propisa iz točke II) ove analize, te najznačajnije odredbe Zakona o primaljstvu (izdvojene u točki III) ove analize, u nastavku izlaganja ispitat će se u kojoj su mjeri odredbe predmetnog zakona usklađene s drugim propisima iz područja zdravstva, odnosno u kojoj mjeri je potrebno izmijeniti i/ili dopuniti važeće propise, i to redom kako slijedi.

V. Osvrt na odredbe zakona i podzakonskih propisa iz područja zdravstva koje je potrebno izmijeniti i/ili dopuniti s obzirom na kompetencije koje su primaljama zajamčene Zakonom o primaljstvu.

#### A) MEDICINSKA DOKUMENTACIJA

Prema odredbi članka 39. stavak 2. Zakona o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija osposobljavanje za primalje omogućava provođenje djelatnosti iz članka 39. stavak 2., među kojim djelatnostima je pod točkom k) navodi da je primalja osposobljena za „pripremu potrebnih pisanih izvješća”.

Čuvanje, prikupljanje i raspolaganje medicinskom dokumentacijom koju vode zdravstveni djelatnici prema odredbi članka 127. stavak 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti uređeno je Zakonom o evidencijama u oblasti zdravstva, a na podzakonskoj razini, Pravilnikom o uporabi i zaštiti podataka iz medicinske dokumentacije pacijenata u Centralnom informacijskom sustavu zdravstva Republike Hrvatske (Narodne novine, 14/10), Pravilnikom o načinu vođenja, čuvanja, prikupljanja i raspolaganja medicinskom dokumentacijom pacijenata u centralnom informacijskom sustavu zdravstva Republike Hrvatske (Narodne novine, 82/10) i Pravilnikom o načinu vođenja osobnog zdravstvenog kartona u elektroničkom obliku (Narodne novine, 82/10).

Vođenje medicinske dokumentacije dodatno je regulirano člankom 5. Općih uvjeta o provođenju bolničke zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, i to na način da predmetna odredba izrijekom navodi slijedeće: „Ugovorni subjekt Zavoda je suglasan da će medicinska dokumentacija vezana uz provođenje ugovorene zdravstvene zaštite za osigurane osobe biti sastavljena prema pravilima struke te da će, osim podataka koji se odnose na zdravstveno stanje osigurane osobe, obvezno sadržavati ime, prezime i datum rođenja osigurane osobe, naziv zdravstvene ustanove u kojoj je osiguranoj osobi pružena zdravstvena zaštita, faksimil i potpis ovlaštenog zdravstvenog radnika koji je osiguranu osobu liječio na način da iz istoga bude nedvojbeno vidljivo njegovo ime i prezime te identifikacijski broj dodijeljen od Hrvatskoj zavoda za javno zdravstvo (u daljnjem tekstu: identifikacijski broj) te da će biti ovjerena pečatom zdravstvene ustanove.

Ustanova se obvezuje redovito i uredno voditi svu potrebnu dokumentaciju radi potrebe praćenja izvršenja rada za bolničko liječenje: temperaturnu listu, povijest bolesti, popis provedenih usluga te sestrinsku dokumentaciju.

Nadalje, prema odredbi članka 2. Pravilnika o načinu vođenja, čuvanja, prikupljanja i raspolaganja medicinskom dokumentacijom pacijenata u Centralnom informacijskom sustavu zdravstva Republike Hrvatske izabrani doktor opće/obiteljske medicine, doktor dentalne medicine, specijalist dentalne medicine, specijalist pedijatrije, specijalist ginekologije i specijalist školske medicine obvezni su voditi osobni zdravstveni karton osigurane osobe sukladno Pravilniku o načinu vođenja osobnog zdravstvenog kartona u elektroničkom obliku. Imajući u vidu odredbu 39.

stavak 2. Zakona o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija i odredbu članka 15.b navedenu odredbu pravilnika treba dopuniti, na način da se u listu osoba ovlaštenih za vođenje zdravstvenog kartona osobe u slučaju fiziološke trudnoće uvrste i prvostupnice primaljstva sa završenim studijem primaljstva.

Prema odredbi članka 10. Pravilnika o načinu vođenja osobnog zdravstvenog kartona u elektroničkom obliku podatke osigurane osobe u e-karton obavezan je upisivati izabrani doktor opće/obiteljske medicine, doktor dentalne medicine, specijalist pedijatrije, specijalist ginekologije i specijalist školske medicine. Imajući u vidu odredbu 39. stavak 2. Zakona o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija i odredbu članka 15.b navedenu odredbu pravilnika treba dopuniti, na način da se u listu osoba ovlaštenih za vođenje zdravstvenog kartona u elektroničkom obliku za osobe u slučaju fiziološke trudnoće uvrste i primalje sa završenim studijem primaljstva.

#### B) PRAVO NA OBAVIJEŠTENOST PACIJENTA

Odredba članka 8. i 10. Zakona o zaštiti prava pacijenta u nesrazmjeru je s odredbom članka 3., 4., 15.b i 16. Zakona u primaljstvu i to u dijelu u kojem se u Zakonu o zaštiti prava pacijenta navodi da pacijent ima pravo dobiti zakonom izriekom propisane obavijesti na način koji mu je razumljiv s obzirom na dob, obrazovanje i mentalne sposobnosti, i to od zdravstvenog radnika visoke stručne spreme koji pacijentu izravno pruža određeni oblik zdravstvene usluge, odnosno u dijelu u kojem je prema odredbi članka 10. drugo stručno mišljenje obavezan dati svaki zdravstveni radnik visoke stručne spreme i odgovarajuće specijalizacije, koji nije sudjelovao u izravnom pružanju određenog oblika zdravstvene usluge pacijentu iz članka 9. ovoga Zakona. Predmetnu odredbu potrebno je uskladiti s člankom 15.b i 16. Zakona o primaljstvu budući da predmetni članci ovlašćuju primalje: „... utvrđivati trudnoću, voditi fiziološku trudnoću i porod na svim razinama zdravstvene zaštite, utvrditi eventualne patološke promjene u trudnoći i porodu o kojima treba obavijestiti liječnika; - u hitnim slučajevima voditi porod na zadak te učiniti manualnu eksploraciju i evakuaciju materišta, - po potrebi urezivati epiziotomije te šivati epiziotomije i rupture mećice 1. i 2. stupnja, - kao dio zdravstvenog tima sudjelovati u praćenju patoloških trudnoća i poroda te sudjelovati kod operativnog dovršenja poroda, - provoditi postupke predoperativne pripreme i poslijeoperativne njege nakon operativnog dovršenja poroda te provoditi intravensku terapiju, - provoditi nadzor nad zdravim novorođenčetom te o eventualnim patološkim stanjima obavijestiti liječnika, - pratiti stanje majke nakon poroda te razlikovati fiziološki od patološkog tijeka babinja, -

pripremiti i savjetovati ženu za ginekološki pregled te provesti edukaciju u cilju očuvanja zdravlja, prevencije spolno prenosivih bolesti, planiranja obitelji, seksualnog i reproduktivnog zdravlja, - provesti peroralnu i parenteralnu primjenu lijekova ordiniranu od liječnika”, i to na način da se riječi: „ od zdravstvenog radnika visoke stručne spreme koji pacijentu izravno pruža određeni oblik zdravstvene usluge „ zamijene riječima „od ovlaštenog zdravstvenog radnika koji je pacijentu izravno pružio određeni oblik zdravstvene usluge.“

#### C) USTROJAVANJE ODJELA U BOLNIČKIM USTANOVAMA NA RAZINI DJELATNOSTI IZ PODRUČJA PRIMALJSKE SKRBI

Prema odredbi članka 3. Pravilnika o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica, odjel je ustrojstvena jedinica opće i specijalne bolnice. Na razini opće bolnice

ustrojava se radi pružanja zdravstvene zaštite na razini specijalizacije, odnosno uže specijalizacije, a u specijalnim bolnicama odjel se ustrojava radi pružanja zdravstvene zaštite na razini djelatnosti. Odjel mora imati najmanje 15 bolesničkih postelja. Odjel se može ustrojiti ako u radnom odnosu na neodređeno vrijeme zapošljava najmanje dva specijalista odnosno uže specijalista. Odjel koji provodi djelatnost dijagnostike, odnosno dijagnostičko-terapijske postupke ne mora ispunjavati uvjet broja bolesničkih postelja. Odgovorna osoba odjela je voditelj odjela.

Prema odredbi članka 15.b Zakona o primaljstvu jedna od djelatnosti iz područja primaljske skrbi odnosi se i na utvrđivanje trudnoće, vođenje fiziološke trudnoće i poroda na svim razinama zdravstvene zaštite, utvrđivanje eventualne patološke promjene u trudnoći i porodu o kojima treba obavijestiti liječnika.

Slijedom navedenog na razini općih i specijalnih bolnica stvoreni su preduvjeti za ustrojavanje samostalnog odjela za primaljsku skrb, pri čemu je odredbu članka 3. stavak 5. predmetnog Pravilnika, a koja glasi: „(5) Odjel se može ustrojiti ako u radnom odnosu na neodređeno vrijeme zapošljava najmanje dva specijalista odnosno uže specijalista - potrebno prilagoditi standardima kako su propisani Zakonom o primaljstvu.

#### D) USTROJAVANJE POLIKLINIKA IZ PODRUČJA PRIMALJSKE SKRBI

Prema odredbi članka 84. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i članku 7. Pravilnika o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica poliklinika je oblik organizacije i načina pružanja specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite.

Prema odredbi članka 4. Zakona o primaljstvu, primalje svoju djelatnost provode na svim razinama zdravstvene zaštite, što uključuje mogućnost samostalne provedbe djelatnosti utvrđivanja trudnoće, vođenje fiziološke trudnoće i

<sup>22</sup>Pacijent ima pravo biti obaviješten - svome zdravstvenom stanju, uključujući medicinsku procjenu rezultata i ishoda određenoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka, - preporučenim pregledima i zahtovima te planiranim datumima za njihovo obavljanje, - mogućim prednostima i rizicima obavljanja ili neobavljanja preporučenih pregleda i zahvata, - svome pravu na odlučivanje o preporučenim pregledima ili zahtovima, - mogućim zamjenama za preporučene postupke, - tijeku postupaka prilikom pružanja zdravstvene zaštite, - daljnjem tijeku pružanja zdravstvene zaštite, - preporučenom načinu života, - pravima iz zdravstvenoga osiguranja i postupcima za ostvarivanje tih prava.

poroda na svim razinama zdravstvene zaštite u kontekstu ustrojavanja primaljske skrbi na razini poliklinike.

Prema odredbi članka 38. stavak 3. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju razdoblje privremene nesposobnosti, za koje osiguraniku pripada pravo na naknadu plaće u skladu s ovim Zakonom, dokazuje se izvješćem o privremenoj nesposobnosti za rad koju izdaje izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi, odnosno u privatnoj praksi (u daljnjem tekstu: izabrani doktor). Razdoblje privremene nesposobnosti za koje osiguranik, u skladu s odredbama ovoga Zakona, nema pravo na naknadu plaće izabrani doktor je obavezan označiti u posebnoj rubrici izvješća o privremenoj nesposobnosti za rad. Sadržaj i oblik tiskanice izvješća o privremenoj nesposobnosti za rad iz stavka 3. ovoga članka utvrđuje općim aktom Zavod.

Iako prema članaku 14. Pravilnika o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja osigurana osoba ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja na području Republike Hrvatske u zdravstvenim ustanovama i kod zdravstvenih radnika privatne prakse s kojima je Zavod sklopio ugovor o provođenju zdravstvene zaštite, na način i pod uvjetima utvrđenima Zakonom, drugim propisima i drugim općim aktima Zavoda, u članku 20., navodi se da - (1) Osigurana osoba primarnu zdravstvenu zaštitu ostvaruje kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite - ginekologa, kojeg bira na način propisan općim aktom Zavoda o izboru doktora primarne zdravstvene zaštite. Ugovorni doktor nakon pružene zdravstvene zaštite izdaje osiguranoj osobi povijest bolesti na tiskanici Povijest bolesti iz ordinacije primarne zdravstvene zaštite, koju ovjerava svojim potpisom i pečatom ordinacije. Izabrani doktor obiteljske (opće) medicine i ginekolog prema odredbi članka 21. utvrđuje početak i prestanak privremene nesposobnosti za rad u skladu sa Zakonom, ovim Pravilnikom i drugim propisima, određuje izolaciju osigurane osobe ako postoji sumnja da se radi o zaraznoj bolesti, trudnoće osiguranice zbog određivanja prava na rodiljni dopust sukladno posebnom zakonu. Prema odredbi članka 92. stavak 1. izabrani doktor obiteljske (opće) medicine, odnosno ginekolog koji je utvrdio početak i prestanak privremene nesposobnosti za rad osiguranika u skladu s odredbama članka 46. Zakona, drugih propisa, ovoga Pravilnika i drugih općih akata Zavoda, ispunjava i izdaje osiguraniku tiskanicu Izvješće o privremenoj nesposobnosti/spriječivosti za rad.

Vežano uz pitanje ostvarivanja prava na bolničku zdravstvenu zaštitu relevantna je odredba članka 33. prema kojoj bolničku zdravstvenu zaštitu osigurana osoba

ostvaruje u ugovornim bolničkim ustanovama. Bolnička zdravstvena zaštita obuhvaća: - bolničko liječenje koje uključuje dijagnostičke postupke, liječenje i/ili rehabilitaciju koja se ne može provesti ambulantno, - liječenje u dnevnoj bolnici u okviru koje se provode kirurški zahvati tijekom jednog dana, liječenje kojem može prethoditi ili iz kojeg može proizaći dijagnostika, a koje dnevno, u pravilu, traje duže od 6 sati i kraće od 24 sata, - ambulantno liječenje u okviru kojeg se provode mali kirurški zahvati, višednevna ili ponavljajuća liječenja prema unaprijed određenoj proceduri, kao i aplikacija ponavljajuće terapije kroz duže razdoblje, a koje dnevno, u pravilu, traje kraće od 6 sati. Prema odredbi članka 38. ugovorna bolnička ustanova obvezna je nakon obavljenog bolničkog liječenja izdati osiguranoj osobi otpusno pismo i osobni račun. Uputnicu za specijalističko-konzilijarnu i bolničku zdravstvenu zaštitu prema odredbi članka 40. izdaje izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite - ginekolog.

VI. Iz svega navedenog slijedi zaključak da iako je Zakon o primaljstvu u cijelosti implementirao ciljeve Direktive EU u svoje odredbe, provedbeni akati Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na razini propisa koji reguliraju pitanje pružatelja usluga zdravstvene zaštite, ovlasti koje pružatelji usluga imaju u području provođenja mjera osiguravanja cjelovite zdravstvene zaštite žena, posebno u vezi s planiranjem obitelji, trudnoćom, porođajem i majčinstvom kako su one definirane Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, nisu usklađeni s predmetnim Zakonom o primaljstvu, odnosno s utvrđenim normativima europskog prava.



## Akcijski plan za provođenje pilot projekta “BOLNICE – RODILIŠTA PRIJATELJI MAJKI I DJECE” MOTHER FRIENDLY HOSPITAL - MFH)

*Prof. dr. Milan Stanojević dr. med.*

U travnju 2016. godine i posljednje rodilište u Hrvatskoj steklo je status „Rodilište prijatelj djece“. Time su sva rodilišta u Republici Hrvatskoj, njih 31, ponijela spomenutu titulu. Ujedno to je i korak ka ostvarivanju programa „Rodilište prijatelj majki i djece“ (dalje u tekstu MFH).

Samo mjesec dana nakon što je i posljednje rodilište imenovano „Rodilištem prijateljem djece“ u Ministarstvu zdravlja započeli su razgovori o izradi kriterija za provedbu projekta „Rodilište prijatelj majki“.

Izrada kriterija za provedbu projekta „Rodilišta prijatelji djece“ temeljila se na dokumentima koje su u rujnu 2006. godine usvojili Sabor i Vlada kako bi osigurali sustavnu i cjelovitu provedbu programa. Dokument *Nacionalna populacijska politika* podrazumijeva kvalitetniju zdravstvenu skrb za majke i djecu te bolju povezanost stručnjaka i službi koje skrbe o zdravlju djece, dok *Nacionalna strategija za prava djece u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014. do 2020. godine* govori o programu „Rodilišta prijatelji djece“. Sukladno navedenome Vlada je 28. travnja 2014. donijela Program za zaštitu i promicanje dojenja od 2015. do 2016. godine čija točka 4.3.2. glasi: Izrada kriterija za implementaciju i provođenje pilot projekta „Rodilište prijatelj majki“.

Tek u trenutku kada su međunarodne agencije poput Međunarodnog udruženja ginekologa i opstetričara (FIGO), Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), Saveza bijele vrpce (White Ribbon Alliance - WRA) te Međunarodne inicijative za rodilišta prijateljski naklonjena majkama i djeci (International Mother Baby Childbirth Initiative - IMBCI) osmislile načela o poštivanju žena tijekom porođaja te načela o pravima roditelja stvoren je dovoljno snažan temelj za pokretanje inicijative „Rodilište prijatelj djece.“

„Rodilište prijatelj majki“ temelji se na tri vodeća načela. Prvo se odnosi na odnos zdravstvenog osoblja spram trudnica, roditelja i babinjača. Zdravstveno osoblje mora biti usredotočeno na svaku trudnicu, roditelju i babinjaču ponaosob te mora sagledati okolnosti u kojima se nalazi svaka od njih. Drugo vodeće načelo kazuje da ustanove moraju pružati skrb usmjerenu ka obitelji. Posljednje, treće načelo, zagovara kontinuiranu zdravstvenu skrb tijekom trudnoće, porođaja te nakon otpusta majke i novorođenog djeteta iz bolnice.

VEZANO UZ PRVO NAČELO, Međunarodno udruženje ginekologa i opstetričara (FIGO) smatra da sve žene imaju pravo na pozitivno iskustvo tijekom rađanja. Imaju pravo primiti suosjećajnu skrb. Osposobljeno i stručno osoblje treba uvidjeti i uvažiti jedinstvenost svake žene, svake obitelji i svakog novorođenčeta te im pružiti individualiziranu i dostojanstvenu skrb. Suosjećajnost i dostojanstven pristup važni su kod svih medicinskih zahvata, ali tijekom poroda zdrave majke treba imati na umu da rađanje nije patološki proces, stoga se ženi ne smije pristupiti kao „nedorasloj“ tom zadatku. Za razliku od mnogih medicinskih zahvata i postupaka tijekom porođaja medicinsko osoblje mora surađivati sa ženom. To je, u pravilu, suradnja sa zdravom osobom koja obavlja normalan životni proces.

U više navrata se u medijima govorilo o kršenju ljudskih prava žena tijekom rađanja, kako u inozemstvu, tako i u Hrvatskoj. Takva svjedočanstva su uznemirujuća i mora se djelovati kako bi se iskorijenilo njihovo kršenje. Profesionalna udruženja i rodilišta trebaju pružati najvišu kvalitetu skrbi koja se temelji na dokazima te poštivati nepovredivo pravo svake žene na dostojanstvo, privatnost, informiranost, potporu, farmakološke i nefarmakološke metode ublažavanja boli te odabir jednog ili više pratitelja tijekom rađanja. Svaka žena ima pravo na skrb bez zlostavljanja, iznude novca ili ovisnosti kvalitete pružene o dobi, bračnom statusu, zaraženosti HIV-om, financijskom statusu, etničkom porijeklu i drugim čimbenicima.

DRUGO VODEĆE NAČELO ODNOSI SE NA PRUŽANJE SKRBI USMJERENE KA OBITELJI. Zdravstveno osoblje trebalo bi poticati uključivanje obitelji u proces rađanja; sudjelovanje obitelji može se pospiješiti organizira li se skrb usmjerena ka obitelji. Starijoj djeci treba omogućiti posjete odjelu babinjača kako bi mogli biti uz majku i novorođenu bebu.

U većini slučajeva, suradnja između osoblja rodilišta i obitelji prvenstveno ovisi o stavovima zdravstvenih djelatnika, a ne o prostornim mogućnostima i organizaciji prostora. Osposobljavanje za skrb usmjerenu ka obitelji potrebno je uvesti u redoviti program edukacije za provođenje inicijative „Rodilište prijatelj majki i djece“. Ukoliko je moguće, treba osigurati ugodno okruženje, pažnju treba posvetiti uređenju prostora te stvaranju ugodne atmosfere. Sama

medicinska skrb ne smije biti izvor stresa i nelagode niti za ženu, niti za dijete, kao ni za pratnju.

Suradnja se očekuje i od obitelji koja mora biti upoznata i mora razumijeti organizaciju i načina rada medicinske ustanove. Očekuje se da zdravstvene i druge djelatnike ustanove smatraju partnerima te da zajednički djeluju za dobrobit žene, djeteta i cijele obitelji. „Rodilište prijatelj majki i djece“ mora omogućiti svakoj ženi boravak u podupirućoj okolini, pristup osobe od povjerenja i/ili oca djeteta/životnog partnera te moraju se osigurati uvjeti da majka/roditelji što ranije počne skrbiti o djetetu.

Mladim obiteljima treba omogućiti da budu zajedno te da na odgovarajući način preuzmu svoju roditeljsku ulogu.

**POSljednje, TREĆE NAČELO ZAGOVARA KONTINUIRANU ZDRAVSTVENU SKRB TIJEKOM TRUDNOĆE, POROĐAJA TE NAKON OTPUSTA MAJKE I NOVOROĐENOG DJETETA IZ BOLNICE.** Kontinuirana skrb je ona skrb koja se pruža trudnici, roditelji, babinjači, novorođenčetu i cijeloj obitelji. Obuhvaća sljedeće:

- Razdoblje prenatalne skrbi kada svaka trudnica i njezin partner moraju biti obaviješteni o zdravstvenoj skrbi tijekom trudnoće, porođaja, nakon rođenja djeteta te nakon bolničkog otpusta, po povratku kući.
- Primitak u rađaonicu i boravak u rađaonici. Navedeno obuhvaća sve postupke koji se vrše tijekom primitka u rađaonicu te tijekom prvog, drugog, trećeg i četvrtog porođajnog doba tijekom normalnog ili patološkog porođaja poput davanja klizme, brijanje spolovila, indukcija porođaja, CTG nadzor ploda, mogućnost kretanja i uzimanja hrane i pića tijekom poroda, epiziotomije, carskog reza, vakuum ekstrakcije, primjene oksitocina

za stimulaciju trudova, obezboljivanje, kontakt koža na kožu, prvog podoja, mogućnosti boravka osobe od povjerenja tijekom porođaja i slično.

- Transport iz rađaonice na odjel babinjača i postupak s majkom i djetetom, te uloga pratnje tijekom toga postupka.
- Primitak na odjel babinjača sa svim fazama postnatalne skrbi po danima, uloga pratnje tijekom boravka na odjelu babinjača, kao i važnost zajedničkog boravka majke i djeteta 24 sata dnevno.
- Boravak na odjelu babinjača gdje majka treba biti upoznata s principima skrbi i tijekom normalnih babinja, s dojenjem i skrbi za novorođenče. Prati se ponašanje i dojenje novorođenčeta tijekom prvih dana nakon rođenja, te u tijeku je priprema za otpust iz bolnice.
- Otpust majke i djeteta s odjela babinjača te uspostava veze s patronažnom sestrom prema mjestu stanovanja, nastavak kontinuirane skrbi nakon otpusta majke i djeteta u njihovu domu.
- Posjet patronažne sestre u domu majke i djeteta u prvom tjednu nakon otpusta sukladno Planu i programu mjera iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Povedba MFH projekta je osmišljena, ali treba upozoriti na poteškoće koji se mogu očekivati tijekom njegove realizacije. Za razliku od inicijative „Rodilište prijatelj djece“ koju je struka u cijelosti podržala, a potporu su joj pružile i ugledne svjetske udruge pedijatar, inicijativa „Rodilište prijatelj majki“ nije naišla na odobravanje struke sve do pojave smjernica FIGO-a i pridruženih joj organizacija.

Sukladno načelima, u tablici koja slijedi sažeti su kriteriji kojima se procjenjuje prilagodba rodilišta potrebama majke i novorođenčeta:

KRITERIJI	POKAZATELJI
Omogućiti roditeljima odabir željenog položaja tijekom poroda te hranu i piće.	Pisana pravila i njihova provedba.
Nediskriminatorska politika prema ženama zaraženima HIV-om, savjetovanje i pružanje usluga planiranja obitelji nakon poroda te usluge namijenjene mladima, etničkim manjinama, itd.	Provedba smjernica za žene zaražene HIV-om, planiranje obitelji i usluge za mlade.
Privatnost tijekom porođaja/rađanja.	Postojanje zavjesa, pregradnih zidova i sl.
Odabir partnera/pratnje pri porođaju.	Smještaj za partnere, prisutstvo primalje.
Skrb prilagođena različitim kulturama, uključujući skrb o ženama koje su doživjele perinatalni gubitak.	Obuke, plakati, postupci
Ne postoji fizičko, verbalno, emocionalno, ili financijsko zlostavljanje.	Pisana pravila, vidljiva Povelja o ljudskim pravima, nije zabilježeno zlostavljanje, upitnici pri otpustu za majke/obitelji/partnere.

Dostupna ili besplatna skrb za trudnice. Obitelji moraju biti informirane o mogućim dodatnim troškovima u slučaju komplikacija. Zdravstvene ustanove moraju imati postupak plaćanja koji ne uključuje zadržavanje žene ili djeteta ukoliko plaćanje usluga nije moguće. Nedopustivo je odbijanje skrbi za majku ili dijete zbog nemogućnosti plaćanja.	Troškovi su jasno istaknuti i u skladu su s nacionalnim smjernicama.
Nema rutinskih postupaka poput rutinske epiziotomije, indukcije porođaja, odvojene skrb za majku i dijete i sl. Svako rodilište treba imati kapacitete, osoblje, postupnike i opremu za oživljavanje majki i djece te za smanjenje rizika od infekcije, trenutačno prepoznavanje i sprečavanje/liječenje hitnih potreba majki i djece. Također mora imati uspostavljene kontakte za savjetovanja i planirane programe za stabilizaciju i/ili prijevoz bolesnih majki ili bolesne/ nedonošene djece.	Zahvati sadržani u protokolima i tijekom izravnog promatranja temelje se na dokazima.
Koriste se nefarmakološke i farmakološke metode ublažavanja boli.	Obuka o ublažavanju boli, izravno opažanje primjene metoda ublažavanja boli.
Omogućuje se kontakt "koža na kožu" majke i djeteta i aktivno se podupire dojenje.	Protokoli/pravila o zajedničkoj skrbi za majku i dijete, dojenje je odmah moguće, promatranje skrbi.

U navedenim kriterijima sažeto je i deset koraka osmišljenih sukladno FIGO smjernicama kojima se detaljno opisuje postupno uvođenje programa „Rodilište prijatelj djece“. Kako bi pospiješili preglednost i zaokružili ih navodimo kratak pregled istih:

Korak 1: Postojanje pisanih pravila o provođenju inicijative „Rodilište prijatelj majki i djece“.

Korak 2: Neophodno je obučavanje medicinskog osoblja kako bi stekli vještine potrebne za uvođenje pravila i provedbu programa „Rodilište prijatelj majki i djece“.

Korak 3 – korak 9: Navedeni kriteriji.

Korak 10: Pridržavanje i provođenje Deset koraka do uspješnog dojenja UNICEF-a i Svjetske zdravstvene organizacije u ustanovi koja provodi inicijativu „Rodilište prijatelj majki i djece“. Potrebno je imati naslov „Bolnica rodilište prijatelj djece“ akreditiran u posljednje tri godine, a ukoliko je to razdoblje prošlo ocjena će se izvršiti u okviru inicijative „Rodilište prijatelj majki i djece“ sukladno akreditacijskom postupku koji je propisan od strane UNICEF-a.

Prema navedenim koracima napisani su i edukativni materijali/literatura za medicinsko osoblje koje će provoditi ovu inicijativu.

### ***Kako rodilište dobiva certifikat da je Rodilište prijatelj majki?***

Ukoliko se rodilišta pridržavaju navedenih kriterija, što se dokazuje zadovoljenjem opisanih pokazatelja, dobit će

certifikat organizacija FIGO, ICM, WRA, IPA i SZO da su „Rodilišta - prijatelji majki i djece“. Certifikat će biti objavljen na internetskim stranicama spomenutih organizacija, kao i na internetskim stranicama drugih organizacija koje podržavaju ovaj projekt.

Hrvatska komora primalja aktivno je sudjelovala u stvaranju plana za provođenje ove inicijative. Sudjelovali smo stručnim komentarima pri sastavljanju navedenih deset koraka, djelovali smo pri provedbi pilot projekta te pri stvaranju edukativnog materijala za medicinsko osoblje. Autori smo dijela koji razrađuje temu mogućnosti izbora samostalne primaljske skrbi kod fizioloških trudnoća i porođaja. Istaknuli smo da je potrebno educirati zdravstveno osoblje (posebice donositelje odluka, šefove odjela, zavoda, klinika i dr.) o kompetencijama zajamčenim zakonom za prvostupnice primaljstva te prvostupnicama primaljstva omogućiti obavljanje istih. To je neophodno kako bi pacijenticama bilo omogućen izbor samostalne primaljske skrbi kod fizioloških trudnoća i porođaja. Sastavili smo i dio koji pojašnjava kako primalje mogu pomoći kod osigravanja privatnosti majkama tijekom porođaja i rađanja.

#### ***Literatura:***

1. SMJERNICE FIGO-a „Rodilišta - prijatelji majki i djece“
2. VODEĆA NAČELA PROGRAMA RODILIŠTE PRIJATELJ MAJKI I DJECE
3. PRIJEDLOG PROGRAMA 20 SATNOG TEČAJA OSOBLJA ZA PROVOĐENJE INICIJATIVE „RODILIŠTE PRIJATELJ MAJKI I DJECE“
4. Akcijski plan za provođenje pilot projekta "Bolnice – rodilišta prijatelji majki i djece"

# Portal za E-učenje i cjeloživotno obrazovanje

*Jednostavno pristupite portalu za e-učenje i ostvarite svoje bodove.*

Cjeloživotno obrazovanje osnova je razvoja svake struke, a posebno naše primaljske, jer time utječemo na standarde struke, osobni razvoj, radnu vitalnost, ali i pružanje visoko kvalitetne podrške našim korisnicima.

Upravo zato da bismo omogućili sustavnost u edukaciji razvijamo ponudu našeg Portala za e-učenje koji može dodatno osnažiti potrebnu klasičnu edukaciju.

Danas već bilježimo brojne kolegice koje se koriste Portalom za e-učenje, a za sve koje niste upoznate s portalom, imajte na umu da vam je portal dostupan svakodnevno 24/7 i možete učiti u bilo koje vrijeme i s bilo kojeg mjesta.

Na portalu su vam dostupni različiti sadržaji iz domene unapređenja primaljske struke, poneki su besplatni, a neke je nužno platiti kako bi se pokrili troškovi izrade sadržaja e-tečaja. Cijene e-tečajeva koji se plaćaju iznose 50 kuna, ali kupujete li više tečajeva odjednom tada ostvarujete i popust. Naravno, i Vi se možete uključiti u kreiranje sadržaja e-tečajeva te time doprinijeti razvoju struke. Kao autor sadržaja e-tečaja dobivate xxx bodova, a za svaki položeni e-tečaj dobivate 6 bodova.

Svjedočimo da vrijednost Portala za e-učenje uvelike doprinosi razvoju naše struke, što potvrđuju svakodnevni pozitivni osvrti polaznika Portala za e-učenje.



## **POPIS E-TEČAJEVA:**

### ***Višeosjetilni podražaj i sretan, zdrav razvoj djeteta***

Kategorija: primaljsko predavanje

Cijena tečaja: BESPLATNO

Cilj ovoga tečaja je upoznati primalje s važnošću višeosjetilnog podražaja u poboljšanju djetetova socijalnog, emotivnog, kognitivnog i tjelesnog razvoja.

### ***Novosti u primjeni oktenidina***

Autor sadržaja: Oktal Pharma d.o.o.

Kategorija: neprimaljsko predavanje

Cijena tečaja: BESPLATNO

Opis tečaja: Cilj ovoga tečaja je upoznati primalje sa novostima u primjeni antiseptika oktenidina u primaljstvu i porodništvu.

### ***Hitna kontracepcija***

Autor sadržaja: Arenda d.o.o.

Kategorija: primaljsko predavanje

Cijena tečaja: BESPLATNO

Opis tečaja: Cilj ovoga tečaja je upoznati primalje sa hitnom kontracepcijom, kome i zašto je namijenjena, te stavove, preporuke i smjernice o oralnoj hitnoj kontracepciji.

### ***Matične stanice kao lijek budućnosti***

Autor sadržaja: Bio Save Premium d.o.o.

Kategorija: primaljsko predavanje

Cijena tečaja: BESPLATNO

Opis tečaja: Cilj ovoga tečaja je upoznati primalje sa uputstvom za uzimanje krvi iz pupkovine u skladu s GMP standardom, te sa procedurama koje se koriste u banci matičnih stanica Vita 34.

### **Zakonodavstvo u primaljstvu**

Autor sadržaja: Kristina Mikuličić

Kategorija: primaljsko predavanje

Cijena tečaja: 50 kn

Opis tečaja: Cilj je ovog e-tečaja upoznati primalje detaljnije sa zakonskim i podzakonskim aktima, te njihovim odredbama koje su važne za svakodnevni rad i funkcioniranje primalja u Republici Hrvatskoj.

### **Kako komunicirati s pacijenticom oboljelom od neizlječive bolesti?**

Autor sadržaja: Suzana Haramina

Kategorija: primaljsko predavanje

Cijena tečaja: 50 kn

Opis tečaja: Cilj je ovog e-tečaja osposobiti primalje za komunikaciju s pacijenticom oboljelom od neizlječive bolesti. Osim za konkretnu fizičku pomoć u skrbi za pacijenticu, primalje trebaju biti educirane i za pružanje psihološke potpore, kako pacijentici u razdoblju umiranja, tako i njenoj obitelji u tim trenucima i nakon smrti.

### **Uloga primalje u fiziološkom porođaju**

Autori sadržaja: Barbara Finderle i Erika Spirić

Kategorija: primaljsko predavanje

Cijena tečaja: 50 kn

Opis tečaja: Cilj je ovog e-tečaja odnose se na upoznavanje polaznika s ulogom i djelatnostima primalje tijekom fiziološkog porođaja. Primalja je odgovorna i pouzdana osoba koja radi u partnerstvu sa ženama kako bi im pružila podršku, brigu i savjet za vrijeme trudnoće, porođaja i babinja.

### **Sindrom tužnog raspoloženja ili baby blues**

Autori sadržaja: Barbara Finderle i Silvana Tomić

Kategorija: primaljsko predavanje

Cijena tečaja: 50 kn

Opis tečaja: Primaljstvo danas pokriva različite aspekte podrške tijekom i nakon trudnoće. Jedna od važnih uloga primalje je edukacija trudnica i roditelja. Cilj je ovog tečaja osposobiti primalje za pružanje podrške i pomoći roditeljama u prevenciji, odnosno pokazati im kako se nositi sa sindromom tužnog raspoloženja.

### **Kristellerov manevar**

Autor sadržaja: Erika Spirić

Kategorija: primaljsko predavanje

Cijena tečaja: 50 kn

Opis tečaja: Cilj ovoga tečaja je prezentirati podatke već postojećih istraživanja o učincima pritiska na fundus u drugom porođajnom dobu te informirati primalje postoje li općeprihvaćene preporuke ili smjernice koje bi se potom mogle kao općevrijedeće primjenjivati i u rodilištima u Hrvatskoj.

### **Etika u primaljstvu**

Autor sadržaja: Maja Rečić

Kategorija: ostalo

Cijena tečaja: 50 kn

Opis tečaja: U današnje se vrijeme primalje sve češće susreću s moralnim dilemama i pritiskom da ih uspješno riješe, te da se izbore za svoja, ali i prava svojih klijentica. Ovaj e-tečaj ima za cilj podsjetiti na moralna načela primalja, pomoći polaznicama prilikom procesa etičkog donošenja odluka, te pokazati kako se s istima nositi u radu i životu općenito.

## ***Birajmo mogućnosti! Jer to, naprosto, možemo.***

**U današnje vrijeme kada je cijelo društvo u stalnoj utrci za egzistencijom, kada lovimo vrijeme koje bjese-mučno curi, kada se susrećemo s manjkom međusobnog prihvaćanja i razumijevanja kako u privatnim tako i poslovnim odnosima, pravi je izazov odmaknuti se od tog kolektivnog i iznimno destruktivnog okvira.**

Često puta u potrazi za rješenjem prepuštamo se letargičnoj rijeci života, pa ne uviđamo da postoje i druge mogućnosti ili pak ulažemo jako puno snage kako bi promi-

jenili nametnute okvire – i jedan i drugi izbor predstavljaju dvije krajnosti koje nam dugoročno ne pomažu i toga smo svjesni. Čak su i neke manje pobjede u mulju distrakcija kratkog vijeka, te nam ne mogu vratiti uloženu energiju i resurse, a pomaci su toliko spori i izgledaju poput kapljica u oceanu. Naravno, ta nas činjenica može brzo povući ka letargičnoj rijeci života, što nas opet stavlja u složenu petlju koju ne možemo otpetljati, barem ne na prvi pogled.

Shvaćanje da su različite destrukcije, disonantne vri-

jednosti, disperzirana pozornost samo okviru koje možemo promijeniti je naša osobna odgovornost. Upravo se osobna odgovornost očituje kroz kultiviranje i usmjeravanje vlastite pozornosti u smjeru razrješenja destrukcija i životnih disonanci. Kad pokrenemo promjenu i shvatimo da stavove i obrasce možemo holistički transformirati tada dolazimo do unutarnje pozicije moći koja ne može biti razorena *jednim tretpajem* neke svakodnevne aktivnosti. Primjerice, nalazite li se u situaciji u kojima vas *netko može izbaciti iz takta*, shvatite, tada niste u poziciji svoje osobne moći. Dodatno, ukoliko vam je iznimno bitan vanjski doživljaj vas samih, ni tada niste u poziciji osobne, autentične moći koja se ne treba dokazivati, niti posebno predstavljati. Polje autentične osobne moći jednostavno se osjeti i često ga možemo tumačiti kao osobnu razinu karizme koja se na-prosto odražava u okolini. Ova je pozicija revitalizirajuća za naše psiho-fizičko stanje, ujedno mijenja našu percepciju i shvaćanje otvarajući prostor za korištenje već postojećih mogućnosti, kao i pronalaženje novih.

Bitno je razumijeti da u svakoj životnoj poteškoći leži prilika, kao što je to govorio Albert Einstein, te da za rješavanje problema moramo promijeniti način razmišljanja. Kako transformirati proces razmišljanja, kako kultivirati svjesnost prema prilikama, kako generirati stanja autentične osobne moći – samo su neka od pitanja kojima se bavi inicijativa *Budi Leptir* koju je 2014. godine pokrenula Ana Krpan, MBA i coach-praktikant cjelovitog 3-godišnjeg programa za razvoj osobnih i sistemskih potencijala In Optimum Akademije. Svoje dugogodišnje poslovno iskustvo iz privatnog sektora, kao i stečena znanja iz područja kvantnih znanosti, neuroznanosti, ali i drevnih sustava znanja pretočila je u cjelovit program inicijative *Budi Leptir*. Inicijativa kroz različite tematske radionice i individualni rad s pojedincima potiče osobne i sistemske promjene.

Dostupne radionice i programi inicijative *Budi Leptir* su:

**QUANTUM INTIMATE** - program obuhvaća radionice koje su posvećene transformaciji najdubljih obrazaca ponašanja u relacijama, primarni naglasak je na odnosima unutar obitelji, ali i na intimnim odnosima, općenito. Program je namijenjen za muškarce i žene koji su spremni raditi na dubljim shvaćanjima relacijske biodinamike i na strukturi ograničavajućih životnih obrazaca. Program se može provoditi individualno, u paru ili u grupi.

**QUANTUM FEMININE** – posebno dizajniran program samo za žene, svih dobi, obuhvaća rad na ženskom principu u cilju poticanja sveopće vitalnosti, integraciji ženskog aspekta, cjelovitog

umrežavanja sa ženama, osvještavanja snage i važnosti reproduktivnog sustava. Program je moguće realizirati u grupama i individualno.

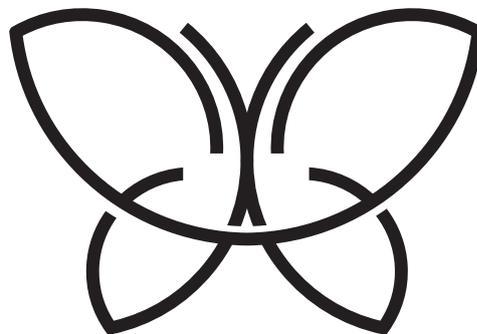
**QUANTUM TEAM** – program je prilagođen poslovnim dinamikama te holistički pristupa razvojnim momentima tima u cilju kreiranja dugoročne konstruktivne profitabilnosti koja razvija vrijednosti za sve sudionike procesa. Program je namijenjen isključivo za timove koji žele unijeti stvarne promjene u svoje radno okruženje, a temeljen je na integritetu, stručnim znanjima, profesionalnosti, osobnoj i timskoj odgovornosti, kao i stvaranju općeg stanja zadovoljstva kroz svakodnevne radne aktivnosti. Program se provodi u timovima, prema dogovoru i potrebama određenog tima.

**QUANTUM YOUTH** – program posvećen mladima od 18 do 25 godine. Metodološki je usmjeren na opće prihvaćanje vlastite odgovornosti, integraciji kroz privatne i poslovne odnose. Program se provodi individualno ili u grupi.

**QUANTUM TEEN** – program dedican za mlade *teenagere*, od 13 godine do punoljetnosti, a usmjeren je na shvaćanje osobne vrijednosti, kultivaciju socijalno-društvene integracije te razvijanje baze osobne odgovornosti. Program se može provoditi individualno ili u grupi.

**QUANTUM COACHING** – program je posvećen razrješavanju privatnih ili poslovnih tematika, a odvija se kroz seriju susreta individualno, u paru ili u grupi, ovisno o tematici.

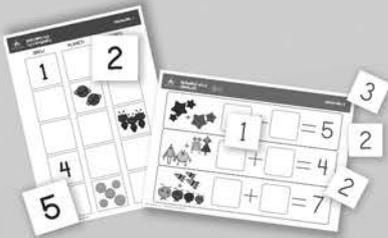
Sve potrebne informacije potražite putem maila na [budi@leptir.info](mailto:budi@leptir.info), Facebook stranici *BudiLeptir*, telefonski +385 95 16 94 225, a ubrzo i putem web stranice [www.leptir.info](http://www.leptir.info).



# LEPTIR

12 edukativno-razvojnih igara za rano  
poticanje intelektualnog razvoja

# PAMETNICA U SVEMIRU



PREDMATEMATIČKE  
VJEŠTINE



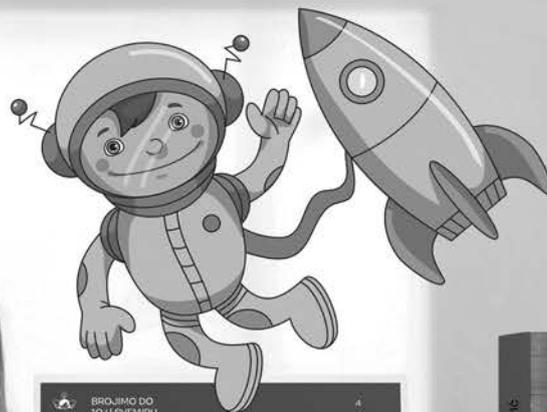
GEOMETRIJSKA  
TIJELA I LIKOVI



KONCENTRACIJA I  
PAŽNJA



LOGIČKO  
RAZMIŠLJANJE







# Bio Save™

PREMIUM CORD BLOOD BANK

## POHRANA CJELOKUPNE KRVI IZ PUPKOVINE

\*NOVO

**NIPT (neinvazivni  
prenatalni test)**

**DNK screening**

\*NOVO



**Posjetite i e-learning predavanje pod nazivom „Matične stanice kao lijek budućnosti“.**

Po minimalnim godišnjim premijama ostvarujete iznadprosječna pokrivanja.



## EKSKLUZIVNA PONUDA OSIGURANJA

koju je pripremio Certitudo d.o.o. za zastupanje u osiguranju sa svojim partnerom Generali osiguranjem d.d., za članove HRVATSKE KOMORE PRIMALJA i članove njihovih obitelji



### CERTITUDO d.o.o. za zastupanje u osiguranju

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

OSJEĆAJ SIGURNOSTI POTIČE UNUTARNJI MIR I ZADOVOLJSTVO SVAKOG ČOVJEKA!



#### 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%**



#### PROGRAM VJERNOSTI

Generali osiguranje svim svojim postojećim klijentima, fizičkim osobama, nudi dodatne pogodnosti prilikom ugovaranja druge [ili treće] police osiguranja.

**OBRATITE NAM SE ZA DETALJNIJE INFORMACIJE O KOMBINACIJI PROIZVODA I POPUSTA KOJE MOŽETE OSTVARITI!**

58,00  
KN

#### DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE:

Svim članovima Komore i članovima Vaših obitelji i dalje je omogućeno ugovaranje **POLICE DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA** gdje mjesečna premija iznosi 58,00 kn po osobi. Kvartalna, polugodišnja i godišnja premija su sada čak i nešto niže i iznose:

IZNOS OSIGURANJA	MJESEČNA PREMIJA	KVARTALNA PREMIJA	POLUGODIŠNJA PREMIJA	GODIŠNJA PREMIJA
Neograničeno pokriva	58,00 kn	170,00 kn	335,00 kn	663,00 kn

Osiguranci svojom **UNIQA KARTICOM** mogu plaćati participaciju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koja uključuje preglede kod obiteljskog liječnika, ginekologa i stomatologa te osnovu [A] listu lijekova u ljekarni.

Za lijekove s dopunske [B] liste lijekova HZZO-a te participacije u bolnicama, osiguranicima se trošak refundira dostavom plaćenih računa.



#### OSIGURANJE PRIVATNIH RIZIKA:

Stanovi, kuće vikendice, stvari kućanstva

**POPUST 25%**

Osiguranje od posljedica nesretnog slučaja [nezgode]

**POPUST 25%**



#### RAZNI OBLICI MJEŠOVITOG ŽIVOTNOG OSIGURANJA TE ŽIVOTNO OSIGURANJE U KORIST DJECE

- Kombinacija najsigurnije štednje i sigurnosti
- Savjetovanje u vezi životnog osiguranja korisnika bankovnog kredita



#### 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 ČJENIKU**

Johnson's® tonight we sleep™



Johnson's® bedtime™  
Otkrijte maminu tajnu  
za bolji san

korak 1



topla kupka



korak 2



nježna masaža



korak 3



vrijeme opuštanja

Rezultati **nakon prvog tjedna** primjene  
JOHNSON'S® bedtime™ rutine:

**37%** djece je **brže utonulo u san**  
djeca su, u prosjeku, **spavala jedan sat duže**  
**38% manji broj buđenja** tijekom noći



**BESPLATNI eTEČAJ "VIŠEOSJETILNI PODRAŽAJ I SRETAN, ZDRAV RAZVOJ DJETETA"**

**Organizator:** JOHNSON&JOHNSON S.E. & HKP

**Naziv eTEČAJA:** "Višeosjetilni podražaj i sretan, zdrav razvoj djeteta"

**eTečaju možete pristupiti na:** [lms.komora-primalja.hr](http://lms.komora-primalja.hr)

Povjerenstvo za stručno usavršavanje HKP-a eTečaj vrednuje s **6 bodova**.

Za više informacija o tečaju redovito pratite web i facebook stranice Hrvatske Komore primalja.