



ZBORNIK RADOVA SA STRUČNOG SKUPA :
**VRATIMO PORODAJ ŽENAMA – FIZIOLOGIJA TRUDNOĆE I
PORODAJA**
ODRŽANOG 10. OŽUJKA 2018. U VARAŽDINU

**Hrvatska komora primalja – Područno vijeće Varaždinske županije
u suradnji sa:**

**Sveučilištem Sjever - Sveučilišni centar Varaždin
Predavačima Katedre za babištvo iz Ljubljane
Antonelom Brajković Cesar**

organizira

STRUČNI SKUP

Tema: *Vratimo porodaj ženama: fiziologija trudnoće i porodaja.*

Mjesto održavanja: **Sveučilište Sjever - Sveučilišni centar Varaždin, Ul. 104. brigade 3,
Varaždin**

Vrijeme održavanja: **10. ožujak 2018. od 10-17 sati**

Prirodan porođaj je nešto što većina žena priželjuje i planira. Imati prirodan, nemedikalizirani porođaj nešto je za što bi se svaka žena trebala moći odlučiti. Na žalost, danas je prirodan, nemedikalizirani porođaj sve rjeđi, a porođaj bez bolova postaje standard. Porođaj je do te mjere medikaliziran da zaboravljamo da su žene stvorene da rađaju, prirodno i bez asistencije.

Svjesne nedostatka informacija o fiziološkom porođaju, kako kod žena, tako i kod primalja, liječnika i ostalog medicinskog osoblja odlučili smo organizirati ovaj stručni skup kako bismo impribližili fiziološki porođaj i njegove prednosti za majku i dijete.

Za ovu edukaciju nije predviđena kotizacija. To će biti poklon organizatora Stručnog skupa svim ženama povodom 8. marta - Međunarodnog dana žena.

Stručni skup je prijavljen za bodovanje HKP, HKMS.

PROGRAM:

Subota, 10. ožujka 2018.

- 10,00-10,15 **Prijave i registracija**
10,15-10,30 **Uvodna riječ – otvorenje**

Voditeljice: Erika Spirić, Ivana Živoder, Ana Polona Mivšek, Antonela Brajković Cesar

- 10,30-10,50 **Model primaljske skrbi**, doc.dr. Ana Polona Mivšek, dipl.bab.
10,50-11,10 **Samostalne primaljske jedinice uz rodilište**, Anita Prelec, dipl.m.s., MSc
11,10-11,30 **Optimalna ginekološka skrb u trudnoći**, Aleksandar Jukić, dr.med., spec. ginekologije i porodništva
11,30-11,50 **Prehrana u trudnoći**, Ivana Domislović, dipl.ing.
11,50-12,10 **Fizička aktivnost u trudnoći**, Petra Rok, dipl. physioth.
12,10-12,30 **Seksualnost u trudnoći, porodaju i puerperiju**, Karmen Cecarko Vidović, bacc.obs.
12,30-13,00 **Rasprava**

13,00-14,30 PAUZA

- 14,30-14,50 **Načini odredivanja položaja djeteta u trudnoći i porodaju**, Mateja Kusterle, prof. angl. i špa., dipl.bab.
14,50-15,10 **Sprječavanje ozljeda međice i zaštita međice u porođaju**, asist. Petra Petročnik, dipl. bab., MSc, asist. Nastja Pavel, dipl. bab., mag. zdr. nege.
15,10-15,30 **Zlatni sat" – zašto je važan**, Biserka Matok Glavaš, bacc.obs., mag.med.techn., Sonja Kočić Čovran, bacc.obs.
15,30-15,50 **Fiziološki porođaj u varaždinskom rodilištu**, Ksenija Horvatić, bacc.med.techn., primalja
15,50-16,10 **Primalja i doula zajedno- bolja skrb žene u porođaju**, Erika Spirić, bacc.obs., Antonela Brajković Cesar, doula
16,10-17,00 **Rasprava - zatvaranje**

SADRŽAJ

I. Predavanja na hrvatskom jeziku

doc.dr. Polona A. Mivšek, dipl.bab.: MODEL PRIMALJSKE SKRBI	1
Anita Prelec, dipl.m.s., MSc: SAMOSTALNE PRIMALJSKE JEDINICE.....	5
Aleksandar Jukić, dr.med., spec. ginekologije i porodništva : OPTIMALNA GINEKOLOŠKA SKRB U TRUDNOĆI.....	14
Ivana Domislović, dipl.ing. : PREHRANA U TRUDNOĆI	15
Petra Rok, dipl. physioth.: FIZIČKA AKTIVNOST U TRUDNOĆI	21
Karmen Cecarko Vidović, bacc.obs.: SEKSUALNOST U TRUDNOĆI, POROĐAJU I PUERPERIJU	24
Mateja Kusterle, prof. angl. i špa., dipl.bab.: NAČINI ODREĐIVANJA POLOŽAJA DJETETA U TRUDNOĆI I POROĐAJU	25
asist. Petra Petročnik, dipl. bab., MSc, asist. Nastja Pavel, dipl. bab., mag. zdr. nege: SPRJEČAVANJE OZLJEDA MEĐICE I ZAŠTITA MEĐICE U POROĐAJU	36
Biserka Matok Glavaš, bacc.obs., mag.med.techn., Sonja Kočić Čovran, bacc.obs.: „ZLATNI SAT“ – ZAŠTO JE VAŽAN.....	50
Ksenija Horvatić, bacc.med.techn., primalja: FIZIOLOŠKI POROĐAJ U VARAŽDINSKOM RODILIŠTU	56
Antonela Brajković Cesar, doula: PRIMALJA I DOULA ZAJEDNO – BOLJA SKRB ŽENE U POROĐAJU	64
Erika Spirić, bacc.obs.: PRIMALJA I DOULA ZAJEDNO – BOLJA SKRB ŽENE U POROĐAJU.....	71

II. Radovi na slovenskom/engleskom jeziku

Anita Prelec, dipl.m.s., MSc: SAMOSTALNE PRIMALJSKE JEDINICE	74
Mateja Kusterle, prof. angl. i špa., dipl.bab.: METHODS OF DETERMINING THE POSITION OF THE FOETUS IN PREGNANCY AND LABOUR	82
doc.dr. Polona A. Mivšek, dipl.bab.: MIDWIFERY CARE IN A PREGNANCY	93
asist. Petra Petročnik, dipl. bab., MSc, asist. Nastja Pavel, dipl. bab., mag. zdr. nege PREPREČEVANJE POŠKODB PRESREDKA IN VAROVANJE PRESREDKA MED PORODOM	97

STRUČNI SKUP

Tema: *Vratimo porodaj ženama: fiziologija trudnoće i porodaja*

MODEL PRIMALJSKE SKRBI

doc.dr. Polona A. Mivšek, dipl.bab.

Zdravstvena fakulteta Ljubljana UL

Uvod

Sviđaju mi se pitanja koja potiču moje razmišljanje. A argumenti o tome što primaljska skrb pruža ženama drugačije i bolje od opstetričke skrbi, bio je veliki izazov. U Sloveniji i Hrvatskoj većinu ispitivanja u trudnoći obavljaju ginekolozi-opstetričari. I rezultati trudnoće su dobri, ako ne i izvrsni.

Stoga bi netko tvrdio da nije potrebno ništa promijeniti. Čak i žene u našem istraživanju ($N = 228$) automatski bi odabrale liječnika (66%) prije primalje (54%) koji bi se za njih brinuli tijekom normalne trudnoće. Tradicija u našim zemljama je da idete porodničaru kad ste trudni, a žene obično odabiru ono što im je poznato kad odlučuju o tome tko će brinuti o njihovoj trudnoći (van Teilingen et al., 2003).

Pomak u njihovom razmišljanju bit će teško postići. Dobra praksa i zadovoljavajuće iskustvo bit će najjači argumenti kako bi ih uvjerili da je primaljska skrb dobra, ili čak bolja od brige na koju su navikli.

Kontekst

Mislim da su sve teme, sažete u ovoj knjizi postupaka, teme koje ženama nedostaju u njihovoj sadašnjoj antenatalnoj skrbi.

Nedostaju detaljni profesionalni savjeti o sigurnim mogućnostima tjelesne aktivnosti, savjeti vezani uz ergonomski položaj u trudnoći i rutinskim ispitivanjima i savjetovanju u vezi rektalne dijastaze. One bi imale koristi od razgovora koji se tiču dobivanja na težini u trudnoći i savjeta o prehrani u trudnoći. Mentalnom zdravlju u trudnoći se još uvijek ne poklanja dovoljno pažnje, pogotovo kada se gleda iz perspektive antenatalne depresije. Još uvijek mislimo da je antenatalna priprema za rođenje samo psihološka spremnost za nositi se s porodom, dok nitko ne govori kako se nositi s boli iz te perspektive. Nemojmo zaboraviti napomenuti fizičku pripremu za rođenje o kojoj piše Barbara Kosfeld (Kosfeld, 2018). Trenutno zanemareno područje savjetovanja tijekom trudnoće također je seksualnost. Žene su u tom slučaju lišene informacija da je kontinuirana seksualnost tijekom trudnoće dobra za njihovo zdravlje. Bijeli dokument o prednostima seksualnog izražavanja izvještava o studijama koje su pokazale kako redoviti seksualni odnos tijekom trudnoće može sprječiti

određene zdravstvene uvjete izazvane trudnoćom, a čak može imati i zaštitni učinak od prijevremenih trudova (Planirani roditeljski savez Amerike, 2007).

Ove i mnoge druge teme su teme koje primalje mogu pokriti u svojim antenatalnim istraživanjima. Sve ove informacije bi bile korisne za trudnice i značile bi dodatnu vrijednost kod već postojećeg vođenja trudnoće.

Međutim, uz sav sadržaj koji bi mogao biti uveden u antenatalnu skrb mislim da je pristup prema ženi glavni atribut koji primalje imaju i po kojem se razlikuju od opstetričkog vođenja trudnoće.

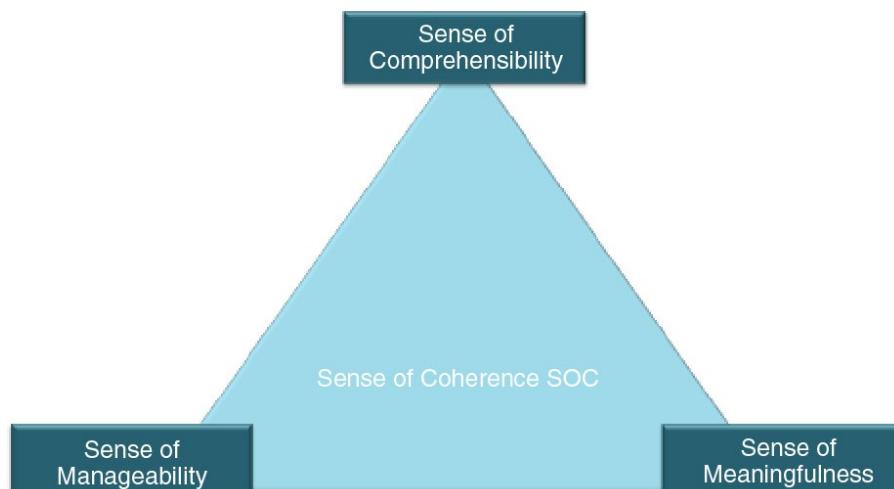
Primaljski pristup: što ga čini jedinstvenim?

Ishodi standardne antenatalne skrbi najčešće se mijere stopama smrtnosti i morbiditeta i invalidnosti. To je vrlo karakteristično za medicinski pristup. No, kada se raspravlja o normalnoj trudnoći, mijere trebaju proizaći iz zdravlja. Zbog toga bi salutogeni pristup bio prikladniji za antenatalnu skrb primalje.

Teoriju salutogeneze prvi put je opisao medicinski sociolog Aaron Antonovsky u kasnim 1970-ima i ona se bavi razumijevanjem onoga što generira i održava zdravlje pojedinaca. Salutogeneza vidi stanje zdravlja kao kontinuum. Antonovsky piše o generaliziranim izvorima otpora koji su unutarnji i vanjski i mogu zaštiti dobrobit i zdravlje čak i kada je osoba izložena riziku. O sposobljenost pojedinaca da koriste ove resurse Antonovsky naziva Osjećaj koherencije (Antonovsky, 1987).

Osjećaj koherencije sastoji se od tri međusobno povezana elementa:

- stvari se događaju na uredan i predvidljiv način i osoba može razumjeti događaje u životu i razumno predvidjeti što će se dogoditi u budućnosti (osjećaj jasnoće);
- jedan ima vještine ili sposobnosti, podršku, pomoć ili resurse potrebne za brigu o stvarima i tim se stvarima može upravljati (osjećaj za upravljanje);
- stvari u životu su zanimljive i izvor zadovoljstva, stvari su istinski vrijedne, i postoji dobar razlog ili svrha brige o tome što se događa (Osjećaj smislenosti) (Antonovsky, 1987).



Ključna poruka salutogeneze je da je pojedinac koji može gledati svijet kao podesan za upravljanje (tj. lako pronaći resurse za nositi se sa životom), razumljiv (percipirana jasnoća, red i struktura) i smislen (ima svrhu), vjerojatnije je da njegov život bude koherentan (Smith i sur., 2014), što će mu omogućiti da ostane zdrav .

Perez-Botella i sur. (2014) pišu da se načela salutogeneze mogu lako primijeniti na skrb o majčinstvu kako bi se preusmjerila pažnja koju ima momentalna paradigmatska norma procjene rizika. Medicinska skrb tradicionalno se usredotočila na smanjenje štetnih ishoda s malo razmatranja za ono što je optimalno (Smith et al., 2014).

Budući da je većina žena i djece zdrava na početku trudnoće, ključni zadatak skrbi o majčinstvu trebao bi biti održavanje ili poboljšanje ovog zdravog stanja. S tim, mogli bismo (kao dugoročni cilj) izbjegći pretjeranu obradbu koja uključuje iatrogene učinke (kao što je pretjerana upotreba epiziotomije, carski rez, ili inducirani i ubrzani porod), a koje su sve manifestacije medikaliziranog porođaja (Eriksson, Lindstrom, 2006).

Meier Magistretti i sur. (2016) tvrde da percepcija primalja za osjećanje za koherenciju daje znanstveni glas zdravstveno utemeljenom prešutnom znanju orijentiranom prema zdravlju; znanje specifično za jednu stručnu skupinu. Skrb za majčinstvo bi trebala poticati "osjećaj za koherentnost", i ići čak dalje (Lindström i Eriksson (2010); pojam koji je opisan kao "osjećaj kako popraviti osjećaj koherentnosti ljudi za koje radimo" (Koelen & Lindström, 2016).

Salutogeneza odražava perspektivu životnog procesa, koja se bavi čimbenicima koji istražuju i razvijaju sposobnost pojedinaca i sustava (Meier Magistretti i dr., 2016). Stoga se može koristiti kao učinkovit teorijski model za primaljsku skrb za vrijeme nekomplikirane trudnoće (i poroda i poslijepartialno). Na taj se način skrb za majčinstvo usmjerava na maksimaliziranje dobrobiti, a ne na smanjenje rizika. S ovim primaljskim uslugama primalje postaju zdravstveno orijentirane i promoviraju zdravlje.

Zaključak

Osim upotrebe pristupa usmjerenog na zdravlje, koje filozofija salutogene omogućuje, nikada ne smijemo zaboraviti ostale ključne komponente primaljstva koje našu profesionalnu brigu čine specifičnom i jedinstvenom.

Pristup gdje je žena u centru, empatija, partnerstvo i osnaživanje su sve osnovne komponente koje čine primaljstvo drukčijim od opstetričkog vođenja nekomplikiranih trudnoća, porođaja i puerperija i mora se dalje razvijati.

Samo s razvojem posebnih atributa primaljstva koji bi primaljsku skrb učinili specijaliziranom i drukčijom od medicinske, mogli bismo pregovarati za našu profesiju u zdravstvenom sustavu i privući žene da koriste naše usluge.

Literatura:

Antonovsky A. (1987) Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.

Eriksson M., Lindstrom B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health* 60: 376-381.

Koelen M., Lindström, B. (2016). Health promotion philosophy and theory. In: The ETH Health Learning Process: 25 years of capacity building. Waagelingen: European Training Consortium
in Public Health and Health Promotion, 19-37.

Kosfeld B. (2018) Tradicionelle Lehre der Hebamme. Dostopno na: http://www.pegasus-zentrum.de/html/hebfot_01.html

Lindström B., Eriksson M. (2010) The hitchhiker's guide to salutogenesis. Salutogenic pathways to health promotion. Helsinki: Folkhālsan Press.

Meier Magistretti C., Downe S., Lindström B., Berg M., Tritten Schwarz K. (2016). Setting the stage for health: Salutogenesis in midwifery professional knowledge in three European countries *Int J Qualitative Stud Health Well-being* 11: 33155.

Perez-Botella, M., Downe, M., Meier-Magistretti, C., Lindstrom, B. and Berg, M. (2014). The use of salutogenesis theory in empirical studies of maternity care for healthy mothers and babies. Lancashire: UCLAN.

Planned Parenthood Federation of America. (2007) White paper on benefits of sexual expression. Dostopno na: <https://www.ippf.org/about-us/member-associations/united-states>

Smith V., Daly D., Lundgren I., Eri T., Benstoem C., Devane D. (2014). Salutogenically focused outcomes in systematic reviews of intrapartum interventions: A systematic review of systematic reviews. *Midwifery* 30: 151-6.

van Teijlingen E., Hundley V., Rennie A.M., Graham W., Fitzmaurice A. (2003) Maternity satisfaction studies and their limitations: What is, must still be best. *Birth* 30: 75-82.

STRUČNI SKUP
Tema: *Vratimo porodaj ženama: fiziologija trudnoće i porođaja*

SAMOSTALNE PRIMALJSKE JEDINICE UZ RODILIŠTE

Anita Prelec, dipl.m.s., MSc (UK), pred.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Ob železnici 30a

1000 Ljubljana

izvrsna,direktorica@zbornica-zveza.si

Sažetak:

Porod u rodilištu je još uvijek izbor većine slovenskih rodilja, samo rijetke rađaju kod kuće. Bez obzira na mjesto porođaja, i rodilišta moraju omogućiti fiziološki porođaj i sigurno okruženje za majku i dijete. Mogućnost izbora za postizanje želja i očekivanja ključna je za odluku o tome gdje će žena roditi. Na pozitivno iskustvo porođaja utječu i zdravstveni djelatnici, koji su uključeni u proces porođaja i medicinskog tretmana. Rad u rodilištima treba oblikovati po uzoru na dobre prakse i dokazima temeljenima na praksi. Uvođenje kliničkih putova i standardnog liječenja trudnica može biti koristan alat. Pri tome je ključno cjeloživotno učenje zdravstvenih djelatnika. Dostupnost odgovarajućeg medicinskog tretmana je bitno za trudnicu i partnera, a bolničko okruženje ne smije ograničiti tijek fiziološkog porođaja. Nove preporuke National Institute for Health and Care Excellence, objavljene u prosincu 2017, važan su dokument o skrbi zdrave žene tijekom porođaja, s naglaskom na fiziološki porođaj, poslijeporođajno razdoblje i izbor mesta porođaja. Postoje neke promjene u liječenju žena u vrijeme porođaja i poslijeporođajnog razdoblja u Sloveniji, s promjenama u bolničkim okruženjima, otvaranjem kuće za porođaje i oživljavanjem kućnih porođaja sa slovenskim stručnjacima. Model primaljske skrbi u Sloveniji se mora temeljiti na kontinuiranoj primaljskoj skrbi, na znanju i dobroj praksi - za dobro žena i obitelji.

Ključne riječi: porođaj, skrb usmjerena na ženu, primalja, model skrbi, kontinuirana skrb, samostalne primaljske jedinice

Uvod Porodaj je u osnovi vrlo jenostavan fiziološki događaj, koji označava kako roditelje i novorođenče, tako i zdravstvene djelatnike. Njegov fiziološki tijek je bio (i još uvijek je) često ometan uvođenjem rutinskih zahvata i sve veće medikalizacije porođaja te usmjeravanje porođaja iz domaćeg okruženja u bolnicu šezdesetih godina prošlog stoljeća. Takozvani medicinski model trudničke skrbi se je razvio kao posljedica (pre)velike percepcije rizika za komplikacije (MacKenzie Bryers & van Teijlingen, 2010), ne samo kod žena s faktorima rizika, nego i u zdravoj populaciji. Taj svjetski trend slijedila je i zdravstvena zaštita žena u Sloveniji.

Podrška prirodnom, fiziološkom procesu u trudnoći i porođaju ima brojne prednosti za ženu, novorođenče i cijelu obitelj (American College of Nurse - Midwives, 2012; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2017), zato je ispravno da su svakoj ženi dostupne prave informacije na temelju kojih bi se odlučila za stručnjaka po vlastitom izboru koji će joj to omogućiti. Svrha ovog rada je razmotriti stanje trudničke skrbi u Sloveniji i prikazati različite strane modele skrbi zdrave trudnice i rodilje, koji omogućuju kontinuiranu primaljsku skrb. Cilj rada je prikazati strategije za razvoj vlastitog modela primaljske skrbi, koji će se svidjeti svima – kako ženama tako i primaljama.

Skrb za žene tijekom majčinstva

Svjetska zdravstvena organizacija (1997) u svojim preporukama trvdi, da mora postojati valjan razlog za uplitanje u fiziološki tijek porođaja. Usprkos tome su medikalizacija i (ne)potrebni medicinski postupci kod normalnih porođaja utjecali na sve veći udio operativnih porođaja (Page, 2007; Parry, 2008), što je dovelo do nezadovoljstva žena zdravstvenim uslugama širom svijeta (Guilliland et al, 2006; NICE, 2017). I žene u Sloveniji su devedesetih godina prošlog stoljeća izražavale nezadovoljstvo i neslaganje sa sistemom i skrbi tijekom materinstva. Macun (2014) kaže, da je osvješćenost rodilja, koje s dolazile sa drugačijim željama, bila sve veća, što je potaklo razne stručnjake koji pružaju skrb ženama da počnu istraživati važne informacije o postupcima u porodu utemeljenim na dokazima. Želje rodilja su bile drugačije od ustaljene i predvidljive bolničke prakse, stoga su one željele i zahtijevale drugačiji pristup (lotus porod, porod u vodi, prisutnost osobe za podršku), o kojima nismo puno znali. I Zakon o pravima pacijenata je bio na strani žena, jer svaki korisnik zdravstvenih usluga ima pravo dobiti što više informacija o određenom postupku i ima ga pravo odbiti. To je bio početak drugačijeg pogleda na porođaj i zdravstvenu skrb, koje su morali prihvatići i

zdravstveni djelatnici. U manjim je rodilištima te promjene bilo lakše provesti. Prva kuća za porode je bila ustanovljena u rodilištu u Postojni 2011. godine. U tri rodilišta u Sloveniji je omogućen porođaj u vodi. U rodilištu u Ljubljani su, s uvođenjem kliničkog puta Porod, koji obuhvaća i ženu i novorođenče u poslijeporođajnom razdoblju, napravili izbor žena bez rizika, standardizirali postupke i omogućili puerperama 48-satnu hospitalizaciju nakon porođaja.

Modeli skrbi usmjerene na žene

Mnogi zdravstveni sistemi u državama poput Avstralije, Novog Zelanda, Velike Britanije i Nizozemske, uveli su različite modele skrbi u razdoblju majčinstva (Guilliland et al, 2006). Ponovno su oživjeli porođaji kod kuće, ustanovljeni su porodni centri organizirani kao samostalne primaljske jedinice unutar ili izvan rodilišta (Guilliland et al, 2006). U svijetu, unatoč uvođenju različitih modela skrbi usmjerene na ženu više od 90% svih porođaja se odvija u porodničkim jedinicama (Ryan et al., 2013), osim u Nizozemskoj gdje prema podacima nacionalnog udruženja rađa manje od 20% žena (Pavlova et al, 2009). To ne utječe samo na više troškove zdravstvene zaštite, nego i više žena ima tjelesne i duševne traume zbog nepotrebnih medicinskih zahvata koji utječu na njihovo iskustvo porođaja (Parry, 2008). Christiaens (2011) također tvrdi da upotreba medicinske tehnologije čini porođaj relativno predvidljivim i vođenim. Iako se žene u razvijenim zemljama suočavaju s minimalno štetnim posljedicama po zdravlje, kod njih je prisutan visok stupanj straha i brige povezanih sa rođenjem djeteta (Zar et al., 2001). U mnogih dijelovima svijeta su primalje primarne stručnjakinje za zdravu trudnoću i normalni porođaj (Velika Britanija, Nizozemska, Kanada, Australija, Novi Zeland). U ostalim dijelovima svijeta skrb nad ženama provode podijeljeno liječnici i ginekolozi. Prema smjernicima National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2017) in International Confederation of Midwives (ICM, 2014) primalje su prvi izbor, najsigurnije i najisplativije stručnjakinje u normalnom porođaju. Naravno, ne treba zanemariti važnost kontinuirane primaljske skrbi. Bitno je da primalje imaju znanje i da su svjesne odgovornosti koje donosi samostalna, kontinuirana primaljska skrb (Wylie & Bryce, 2008) te da im tu kontinuiranu skrb omogućuje zdravstveni sustav u kojem djeluju. Zdravstveni sustavi bi svakoj ženi trebali omogućiti dostupnu primaljsku skrb. Lundgren in Berg (2007) kažu da je kontinuirana skrb važna za povjerljiv odnos žene i primalje, koji vodi pozitivnom iskustvu trudnoće, porođaja i poslijeporodnog razdoblja. Kontinuitet primaljske skrbi se ženi i obitelji može osigurati kroz različite modele skrbi; tzv. »caseload midwifery«, »team midwifery« in

»midwifery-led care«, pri čemu samo prva dva modela nude kontinuitet pružatelja skrbi (Johnson et al., 2003). Ovi modeli pokazuju značajna poboljšanja u perinatalnim rezultatima majki u usporedbi sa standardnom skrbi, ispunjena su očekivanja žena, (Hatem et al, 2008), njihovo je zadovoljstvo veće (Wiysonge, 2009). Kitzinger (2011) tvrdi, da je uvođenje samostalnih primaljskih jedinica (midwife led units) odgovor na meki prelaz iz medikalizirane skrbi prema skrbi usmjerene na ženu, ali još uvjek u sastavu rodilišta. Uvođenje takvih jedinica u slovenska rodilišta ima budućnost i kod nas je to moguće. Dokazi govore, da žene koje rađaju u takvim jedinicama imaju veću vjerojatnost normalnog porođaja u odnosu na žene koje namjeravaju roditi u standardnim bolničkim jedinicama (NICE, 2017). Postiže se visoka kvaliteta i sigurnost (Sandall et al., 2010; Wiegers, 2009), manja je potreba za upotrebom analgezije i epiziotomije (Biro et al., 2000), žene imaju veću kontrolu nad porođajem , više je spontanih vaginalnih porođaja i isključivog dojenja novorođenčadi (Hatem et al., 2008). Sutcliffe (2012) opisuje primaljsku skrb kao ekonomičnu i učinkovitu zdravstvenu zaštitu ne samo žena, već i njihovih obitelji i zajednice. Hodnett sa suradnicima (2011) utvrđuje, da je stalna potpora tijekom porođaja klinički značajna za žene i novorođenčad. Mnoge su žene izrazile veći osjećaj nadzora i kontrole kada su rađale u primaljskim jedinicama u kojima je omogućena stalna prisutnost primalje. Primaljska skrb smanjuje rizik od medicinskih intervencija i povećava mogućnost za normalni porođaj (NICE, 2014), smanjuje udio carskih rezova, instrumentalno dovršenih vaginalnih porođaja te smanjuje indukcije porođaja (Biro et al., 2000). Za poslijeporođajnu skrb je važno da je zdravstveni stručnjak koji nadzire ženu, upoznat s njenim iskustvom porođaja (Zakšek & Mivšek, 2009). Jedna od prednosti je i potpora ženi od strane izabrane primalje kod dojenja i kod obilazaka kod kuće u poslijeporođajnom razdoblju, što uključuje stalnu prisutnost kod žene, prihvaćanje njenog raspoloženja, ponašanja i pružanja stalne potpore. (Zakšek & Mivšek, 2009). Stalna potpora blagotvorno utječe na dužinu dojenja. Studije pokazuju učinkovitost kontinuirane primaljske skrbi i u vezi s pravodobnim liječenjem poslijeporođajne depresije (Zakšek & Mivšek, 2009). Biro i suradnici (2003) u svojem istraživanju dokazuju razliku između zadovoljstva žena koje su imale standardnu skrb u trudnoći, porođaju i poslijeporođajnom razdoblju i onih koje su imale kontinuiranu primaljsku skrb. Skupina žena, o kojoj se raspravljalo u kontekstu kontinuirane primaljske skrbi izražava veće zadovoljstvo u smislu emocionalne podrške, više informacija i veće mogućnosti za suodlučivanje o zahvatima i postupcima. Hodnett (2002) je u svom istraživanju utvrdio da kontinuirana primaljska skrb smanjuje postotak hitnih carskih rezova i porodničkih operacija, smanjuje potrebu za

ublažavanjem porođajnih bolova te smanjuje potrebu za pospješivanjem porođaja. Kontinuirana podrška blagotvorno utječe i na ishod za novorođenče.

Diskusija

Istraživanja su pokazala, da različiti modeli primaljske skrbi u trudnoći, porođaju i poslije porođaja pružaju najbolju skrb mladim obiteljima. U Sloveniji još uvijek prevladava biomedicinski model skrbi u porođaju, po kojem zdravoj ženi u trudnoći skrb pruža liječnik, dok su primalje rijetko članovi ginekološkog tima. Žene imaju dobar pristup javnom zdravstvu i zdravstvenim uslugama, ali u vrijeme trudnoće se susreću sa previše različitih zdravstvenih djelatnika. Stoga kontinuirana primaljska skrb nije moguća, iako studije pokazuju da različite informacije od strane različitih stručnjaka kod žena prouzrokuju zbunjenost i anksioznost (Metcalfe et al., 2013). Organizacija slovenskega zdravstvenega sustava bi trebala omogućiti pristup kontinuiranoj primaljskoj skrbi svakoj ženi i njenoj obitelji. Primalje bi trebale biti prisutne na svim razinama zdravstvene zaštite žena, kao što je navedeno u definiciji profesije primalje (ICM, 2011), u skladu s EU direktivom i slovenskim zakonodavstvom (Ministrstvo za zdravje, 2011). Na žalost, njihove su kompetencije vrlo ograničene, prije svega u prijeporođajnom i poslijeporođajnom razdoblju. Markota sa suradnicima (2000) je kritizirao zdravstvenu zaštitu žena i ograničenu ulogu primalja u Sloveniji, prvenstveno kod planiranja obitelji, prijeporođajne i poslijeporođajne skrbi, koje su još uvijek u rukama ginekologa i medicinskih sestara. Slovenski zdravstveni sustav priznaje ulogu primalje u zdravstvenoj zaštiti žena, ali je na žalost njihova uloga još uvijek podcijenjena.

Zaključak

Model kontinuirane primaljske skrbi i mogućnost odabira mjesta poroda u Sloveniji omogućit će bolji pristup, jednak ili bolji ishod zdravstvenih usluga, a prije svega veće zadovoljstvo korisnika usluga. Prilikom izrade nacionalnog modela kontinuirane primaljske skrbi, trebalo bi ga temeljiti na potrebama korisnika, kompetencijama primalja i posebnosti zdravstvenog sustava. Da bi model bio učinkovit i pristupačan, potrebno je više vlastitih istraživanja i dokaza kojima bi opravdali takve promjene kod onih koji oblikuju zdravstvenu zaštitu žena u Sloveniji.

Literatura

American College of Nurse - Midwives, 2012. Midwives are Primary Care Providers and Leaders of Maternity Care Homes – Position Statement.

Biro, MA., Waldenstrom, U. & Pannifex, JH., 2000. Team midwifery care in a tertiary level obstetric service: a randomized controlled trial. Birth, vol.27, pp.168–173.

Biro, MA., Waldenström, U, Brown, S. & Pannifex, JH., 2003. Satisfaction with team midwifery care for lowand high-risk women: a randomized controlled trial. Birth, vol.30, pp.1-10.

Christiaens, V., 2011. Pregnant women's fear of childbirth in midwife- and obstetrician-led care in Belgium and the Netherlands: test of the medicalization hypothesis. Women Health. vol.51(3), pp.220-239. doi: 10.1080/03630242.2011.560999.

Guilliland, K., Tracy, S.K. & Thorogood, J., 2006. Australian and New Zealand health and maternity services. In: Pairman, S., Pincombe, J., Thorogood, C., Tracy, S. (eds), *Midwifery: Preparation for practice*, Sydney: Churchill Livingstone Elsevier, pp. 3 – 33.

Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H. & Gates, S., 2008. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews, doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub2.

Hodnett, ED., 2002. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 186(5 Suppl Nature), pp. S160-172.

Hodnett, ED., Gates, S., Hofmeyr, JG., Sakala, C. & Weston, J., 2011. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews, doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub3.

International Confederation of Midwives, 2011. Definition of the Midwife. Journal of Midwifery & Women's Health, vol. 5(4), pp.310.

International Confederation of Midwives, 2014. The midwife is the first choice health professional for childbearing women. Position Statement.

https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20-%20English/Reviewed%20PS%20in%202014/PS2008_019%20V2014%20The%20Midwife%20is%20the%20First%20Choice%20ENG.pdf

Johnson, M., Stewart, H., Langdon, R., Kelly, P. & Yong, KL., 2003. Women-centred care and caseload models of midwifery. Collegian, vol.10, no.1, pp. 30-34.

Kitzinger, S., 2011, Birth Your Way: Choosing Birth at Home or in a Birth Center, DK, California.

Lundgren,I., Berg, M., 2007. Central concepts in the midwife-woman relationship. Scandinavian Journal of Caring Sciences, vol. 21(2), pp.220-228.

MacKenzie Bryers H. & van Teijlingen, E., 2010. Risk, theory, social and medical models: a critical analysis of the concept of risk in maternity care. Midwifery, vol. 26, no. 5, pp.488-496.

Macun, E., 2014. Spremembe porodniške in babiške prakse v SB Jesenice. In: Preleca A., ed. Izzivom nasproti: zbornik predavanj. 14.april 2014. Zreče: Sekcija medicinskih sester in babic Slovenije, pp.34-38.

Markota, M., Švab, I. & Albreht, T., 2000. The reforms of the Slovenian health care system: from capitalism to socialism and back. Zdravstveni Vestnik , vol. 69, no.12, pp.791-798.

Metcalfe, A., Grabowska, K., Weller, C. & Tough, SC., 2013. Impact of prenatal care provider on the use of ancillary health services during pregnancy. BMC Pregnancy Childbirth, vol. 11, no.13, pp. 62-69.

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2011. Strategija razvoja ginekološke in porodiške službe do 2020, Državni zbor, Ljubljana.

National Institute for Health and Clinical Excellence. 2017, Intrapartum care - care of healthy women and their babies during childbirth. London.

Page, L., 2007. Is there enough evidence to judge midwife led units safe? Yes. British Medical Journal, vol.335, no.7621, pp.642.

Parry, DC., 2008. We wanted a birth experience, not a medical experience: exploring Canadian women's use of midwifery. Health Care Women International, vol.29, no.8, pp.784-806.

Pavlova, M., Hendrix, M., Nouwens, E., Nijhuis, J. & van Merode, G, 2009. The choice of obstetric care by low-risk pregnant women in the Netherlands: implications for policy and management. Health Policy, vol. 93, no.1, pp. 27-34.

Ryan, P., Revill, P., Devane, D. & Normand, C., 2013. An assessment of the cost-effectiveness of midwife-led care in the United Kingdom. Midwifery, vol.9, pp.368-376.

Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., Hatem, M. & Gates, S., 2010. Improving quality and safety in maternity care: the contribution of midwife-led care. Journal of Midwifery and Women's Health, vol.55, no.3, pp.255- 261.

Sutcliffe, K., Caird, J., Kavanagh, J., Rees, R., Oliver, K., Dickson, K., Woodman, J., Barnett-Paige, E. & Thomas, J., 2012. Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. Journal of Advanced Nursing, vol.68, no.11, pp.2376-2386.

Wiegers, T., 2009. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. BMC Pregnancy and Childbirth, vol. 9, no.18, pp.1-8.

Svetovna zdravstvena organizacija, 1997, Care in normal birth, Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija, pp.7-30.

Wylie, L., Bryce, H., 2008. The Midwives' Guide to Key Medical Conditions: Pregnancy and Childbirth, Philadelphia: Churchill Livingstone, pp1-8.

Wiysonge, CS., 2009. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.

Zakšek, T., Mivšek, AP., 2009. Vloga babice pri obporodnih stiskah. In: Križaj Hacin U,ed. Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo-Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja. 9. Oktober 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; pp. 57-70.

Zar, M., Wijma, K., & Wijma, B., 2001. Pre and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, vol.30, pp.75-81.

STRUČNI SKUP

Tema: *Vratimo porodaj ženama: fiziologija trudnoće i porođaja.*

OPTIMALANA GINEKOLOŠKA SKRB U TRUDNOĆI

Aleksandar Jukić, dr. med., spec. gin. i porodništva

SAŽETAK: Iako je moderna medicina 21. stoljeća značajno napredovala kako u pogledu rane prenatalne dijagnostike i terapije, tako i u dostupnosti, i danas je još uvijek optimalna prenatalna skrb primjereno zastupljena samo u razvijenom svijetu. I u tim zemljama, prema načelima tradicije, kulturološkog nasljeđa, zakonske regulative prenatalna skrb jako varira. S jedne strane, od nepoštivanja optimalnog minimuma od 3 ultrazvučna pregleda i mjesecnih kontrola u trudnoći, do pretjeranog korištenja moderne dijagnostike te unošenjem nepotrebnog nemira i brige kod takvih trudnoća u postojećih i budućih majki a sve pod temeljnim motom medicine - preventivnog djelovanja s ciljem ranog otkrivanja poremećenih trudnoća i pravovaljane terapije i daljnje dijagnostike. Jedan od temelja osnove velike raznolikosti perinatološkog pristupa trudnoći leži i u različitim zakonodavnim stavovima država te značajnom povećanju broja tužbi medicinskih djelatnika. Rješenje optimizacije kvalitetne prenatalne skrbi leži u kvalitetnoj komunikaciji liječnik- trudnica / primalja - trudnica kako bi se individualnim pristupom optimizirala kvalitetna prenatalna skrb za svakog roditelja.

STRUČNI SKUP

Tema: *Vratimo porodaj ženama: fiziologija trudnoće i porodaja*

PREHRANA U TRUDNOĆI

Ivana Domislović dipl.ing.

Mail: ivana.domislovic@verdefamily.hr

Uspjeh trudnoće može se mjeriti stupnjem zdravlja majke za vrijeme i nakon trudnoće, porodom zdrave novorođenčadi i sposobnošću majke da dojenjem zadovolji prehrambene potrebe novorođenčeta.

Osnova razvoja embrija i fetusa postavljena je još u vrijeme prije začeća, a naknadno je modulirana (programirana) prehrambenim i životnim odabirom tijekom cijelog tijeka trudnoće.

Pravilan način prehrane, koji se preporuča za opću populaciju, u velikoj mjeri je dovoljan za zadovoljenje prehrambenih potreba trudnica.

Međutim, specifične hranjive tvari i izbjegavanje specifičnih čimbenika posebno su važni u vrijeme prije začeća.

O tome govori i „Hipoteza razvojnog porijekla zdravlja i bolesti ili hipoteza metaboličkog programiranja (intrauterine epigenetske modulacije)“.

Ova hipoteza počiva na studiji napravljenoj u vrijeme II svjetskog rata „Nizozemske zimske gladi“ (trudnice na smanjenom energetskom unosu hrane – do 700Kcal/dan), koja je pokazala da značajno smanjenje unosa energije prije začeća i tijekom prvog tromjesečja trudnoće, povećava incidenciju pretilosti, dijabetesa i bolesti srca potomstva u starijoj dobi (transgeneracijski učinci), a nosi i povećani rizik za nepovoljne ishode trudnoće

Specifični nutritivni aspekti u razdoblju prekonceptcije

Prvih pet tjedana kritično je u razvoju organa.

Ovaj kritični period u razvoju ploda je također i vrijeme kada većina žena nije svjesna svoje trudnoće.

Intervencije javnog zdravstva trebalo bi usmjeriti na savjetovanje svih žena reproduktivne o poželjnom životnom stilu, promicanju dobrog zdravlja, te optimizaciji prehrane kako bi žena trudnoću započela spremna.

Folati (vitamin B9)

- dioba i rast stanica, osobito tijekom trudnoće i tijekom ranog djetinjstva
- sinteza, popravak i metiliranje DNA
- proizvodnja zdravih crvenih krvnih stanica i sprečavanje anemije
- ljudi ne mogu sami sintetizirati

- Folna kiselina je sintetički oblik folata i nalazi se u suplementima i obogaćenoj hrani
- Prirodni folat je prilično nestabilan i gubi se u većoj mjeri tijekom kuhanja i pripreme hrane, ima nisku bioraspoloživost (50%)

Preporuke (WHO, 2015.) radi prevencije defekata neuralne cijevi (DNC):

- minimalno mjesec dana prije koncepcije (osobito žene koje su pile kontracepcijske pilule) pa do 12tt - 400-600 mikrograma/dan
- 800 mikrograma/dan do kraja trudnoće
- žene s dijabetesom ili za žene koje primaju antikonvulzivno liječenje kao i za pretile žene 4-5 miligrama/dan
- povećati unos hrane bogate folatima

Prekoncepcija tjelesna težina

Uz trenutnu epidemiju pretilosti širom svijeta, trudnoća komplikirana s pojavom pretilosti postaje sve češća.

Pretilost je najčešća komplikacija koju zdravstveni djelatnici moraju prevenirati tijekom prekoncepciskog razdoblja (broj žena s prekomjernom tjelesnom težinom i pretilosti na početku trudnoće oko 50%).)

Mnoge žene nisu svjesne da visoki indeks tjelesne mase (ITM/BMI), tijekom trudnoće može predstavljati rizik i za majku i za dijete.

Velik broj negativnih ishoda u trudnoći pokazuju povezanost sa BMI prije trudnoće.

Trudnoća i životni stil

Trudnoća mijenja zahtjeve za hranjivim tvarima kod žene (uslijed promjene u metabolizmu masti i ugljikohidrata), a osobito potrebe za specifičnim mikronutrijentima.

Istraživanja su posljednjih godina pokazala da prehrana i drugi okolišni utjecaji, a koji djeluju tijekom ovog specifičnog i osjetljivog razdoblja razvoja ploda, potiču trajne promjene fiziologije potomaka i dugoročno utječu na zdravlje i rizik od bolesti do odrasle dobi i starosti.

Tjelesna težina u vrijeme trudnoće

Niski gestacijski dobitak na težini povezan je s povećanim rizikom od intrauterinom zastoju u rastu, niske porođajne težine i perinatalne smrti.

Nagli gestacijski dobitak na težini povezana je s visokom porođajnom težinom, ali i s povećanim rizikom od komplikacija (GD, preeklamsija, hipertenzija)...

Često se povezuje s nezdravom prehranom i nedovoljnom razinom tjelesne aktivnosti. Sama trudnoća predstavlja idealnu priliku za uvođenje promjena u stilu života (prehrana, tjelesna aktivnost), jer su trudnice često visoko motivirane za poboljšanje zdravlja.

Davatelji zdravstvenih usluga trebali bi ponuditi konkretne alate i podršku za gubitak težine, uključujući informacije i posebne savjete o prehrani i tjelesnoj aktivnosti.

Prehrana u trudnoći – makronutrijenti

Izborom obrasca zdravih prehrabbenih navika, s odgovarajućim unosom kalorija, podupire se postizanje i održavanje zdrave tjelesne težine, kao i osiguranje dovoljnog unosa hranjivih tvari i smanjenje rizika od komplikacija tijekom trudnoće

Važno je zadovoljiti povećane dnevne zahtjeve mikronutrijenata tijekom trudnoće bez značajnog povećanja unosa energije (hrana visoke gustoće).

Energetski zahtjevi povećavaju se za 10% (250 kcal/dan kroz cijelu trudnoću)

U prvom trimestru nema povećanih potreba.

U drugom trimestru potrebe se povećavaju za 350 kcal, a u trećem trimestru 500 kcal/dan.

Kod trudnica normalne tjelesne težine to znači povećanje dnevnog unosa sa 2000kcal na 2400- 2700kcal. Preporučeni dobitak na težini u cijeloj trudnoći je između 10-16 kg.

Proteini oko 15% (1,1g/kg/dan), za adolescentice 25% - obično kroz tri serviranja dnevno

Izvori:

- nemasno crveno meso
- perad (tamno meso peradi)
- riba (masna riba poput lososa, sardine – DHA)
- jaja (omega 3 jaja)
- mlijeko i mliječni proizvodi (fermentirani)

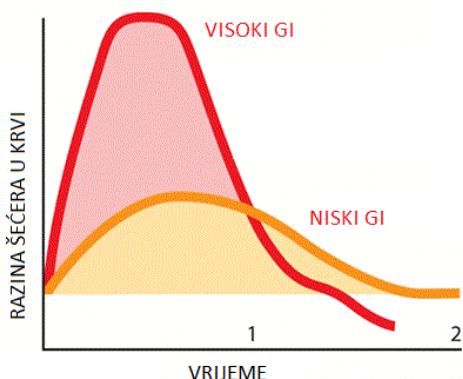
Masnoće između 15 i 30% ukupnog unosa energije.

Mozak ploda se sastoji 60% od masti. Masti su esencijalne za apsorpciju vitamina topivih u mastima (A,D,E,K). Stavlja se naglasak na kvalitetu masti (esencijalnih masnih kiselina-linoleinska i alfa linoleinska kiselina DHA zasićene masne kiseline) te na odnos omega 3:omega 6. U današnjojo populaciji odnos je 1:16, a preporučeni odnos je 1:2.

Osobito važna u trećem trimestru, kad podržava razvoj mozga, je hrana koja je bogata i omega 3 mastima

Ugljikohidrati čine 55% energije. Potrebno je dati prednost ugljikohidratima sa niskim GI i GL. Trudnice ne bi trebale biti na nisko ugljikohidratnim dijetama. Glukoza je osnovno gorivo za rast i razvoj ploda. Potrebno je naučiti trudnice izbrati „**dobre** ugljikohidrate“.

Podjela na „dobre“ i „loše“ ugljikohidrate (UH) temelji se na postprandijalnom podizanju razine glukoze u krvi.



Prikaz reakcije povišenja šećera u krvi kod unosa hrane visokog GI i niskog GI

GI (glikemijski index) - način rangiranja hrane prema djelovanju koje ima na koncentraciju glukoze u krvi

Hrana se rangira od 0 do 100 prema stupnju podizanja razine glukoze u krvi postprandijalno. Hrana koja se brzo probavlja i apsorbira, brzo diže glukozu u krvi i daje visoke GI vrijednosti.

Hrana koja se probavlja i apsorbira polagano i diže šećer u krvi postupno daje niske GI vrijednosti.

GL (glikemijsko opterećenje)

Predloženo je kao realniji alat za procjenu glikemijskog odgovora na hranu.

Obuhvaća sadržaj ugljikohidrata u hrani i veličinu porcije.

Izračunava se kao: količina ugljikohidrata u hrani (g) x njezin GI / 100

Prehrana u trudnoći – mikronutrijenti

Za razliku od potreba za makronutrijentima, potrebe za mikronutrijentima se u vrijeme trudnoće povećavaju. Povećane potrebe za vitaminom D kod trudnica starijih od 25g, Za sve trudnice povećane potrebe za vit B, C, Ca, Zn, J, Se, Fe

Prehrana trudnica u praksi

Sve žene bi trebale imati za cilj što više dnevnih potreba zadovoljiti kroz kvalitetnu prehranu planiranu na principu pravilne prehrane za opću populaciju (tanjur pravilne prehrane), mediteranska prehrana.

Birati ugljikohidrate niskog GI i GL

- **DA** zeleno lisnato povrće, mahunarke, kupusnjače, batat, tikve
- **SMANJITI** – krumpir, korjenasto povrće, pšenične/pekarske proizvode
- **DA** cjelevite žitnice, integralni kruh i tjestenina, riža
- **IZBJEGAVATI** bijelu rižu, tjesteninu, bijeli kruh
- **U POTPUNOSTI IZBACITI** kolače, konditorske proizvode, čips, zaslađene sokove
- **DA** bobičasto voće, jabuke
- **SMANJITI** – sušeno voće, banane, voćne sokove, med, rižin/javorov slad
- Jesti polovicu svih žitarica u cjelevitom obliku

Povrće

Jesti 3-3 ½ šalice povrća dnevno

1 šalica = 2 šalice sirovog lisnatog povrća
 1 šalica kuhanog povrća (kupusnjače, korjenasto)
 1 šalica povrtnog soka

Voće

Jesti 2-2 ½ šalice voća dnevno

1 šalica = 1 šalica svježeg voća
 1 šalica 100% soka voća
 ½ šalice suhog voća

Mlijeko

Piti ili jesti 4 šalice mlijeka ili mlječnih proizvoda dnevno

1 šalica = 1 šalica mlijeka ili jogurta

1 ½ porcija svježeg sira

Meso i mahunarke, sjemenke, orašasti plodovi

Jesti 6-7 porcija na dan

1 porcija=	1 porcija nemasnog mesa peradi ili ribe 1 jaje 1 žlica maslaca orašastih plodova $\frac{1}{4}$ kuhanog graha ½ porcije sjemenki ili orašastih plodova
------------	---

Ulja i masti

Smanjiti minimalno, birati mudro

- Maslinovo ulje, ulje repice
- Orašasti plodovi
- Masna riba
- Avokado
- Masline

Izbjegavati zasićene masti i trans masti

Opće smjernice

Jesti 3-5 obroka i međuobroka u danu

Ne preskačite obroke

Jesti raznoliko

Pijte dosta vode

Uzimati suplemente prema savjetu liječnika

Primjeri zdravih obroka/međuobroka

- Kriška integralnog kruha sa sjemenkama + namaz od avokada (1/2) i jaja (1)
- Zrnati sir (1/2) šalice + ½ šalice malina (ananas ili banana) + šaka orašastih
- Tost sa maslacem od orašastih plodova + smuti (1/2 šalice kravlje ili biljnog mlijeka + 1 šalica smrznutih jagoda + 1 žlica kakao-a bez šećera + kocke leda)
- ½ šalice zobenih pahuljica + ½ šalice jogurta + 2 žlice usitnjениh badema + ½ šalice bobičastog voća + cimet
- 1 šalica kefira + ½ šalice bobičastog voća + šaka badema
- 1 srednja jabuka + žilica maslaca od orašastih plodova
- 1 avokado + ½ luka + 1 paradajz + kruh od sjemenki
-

Ne se bazirati isključivo na tome da se postigne niski GI, jer to može rezultirati sa :

- prehranom sa previše masti
- prehranom s premalo UH
- niskim udjelom vlakana u prehrani

- previše kalorija

Umjesto toga pazite na GL

Umjesto	Konzumirati
 +  GI 60 GL 48	 GI 42 GL 31
 GI = 85 GL = 48	 GI = 39 GL = 22
 GI = 83 GL = 19	 GI = 14 GL = 1
 GI = 80 GL = 32	 GI = 61 GL = 12

STRUČNI SKUP

Tema: *Vratimo porodaj ženama: fiziologija trudnoće i porođaja*

FIZIČKA AKTIVNOST U TRUDNOĆI

Petra Rok dipl.physioth., bacc.occup.therapy.

Mail: petraladic@gmail.com

Ključne riječi: trudnoća, fizička aktivnost, vježbe, postura, aktivnosti svakodnevnog života, zaštitni položaj

Fizička aktivnost u trudnoći

Trudnoća je razdoblje velikih promjena u tijelu žene. Fizička aktivnost je od velike važnosti kako bi se žena dobro osjećala, što lakše podnijela trudnoću i pripremila se za porod.

Kod svake trudnice, pogotovo prvorotke, postoji pitanje što ja zapravo smijem, a što ne smijem raditi u trudnoći, odnosno koje su to aktivnosti i vježbe koje mogu raditi te koje su mi zabranjene.

Aktivnosti svakodnevnog života u trudnoći

Trudnoća uzrokuje fiziološke, posturalne i hormonalne promjene koje utječu na izvođenje aktivnosti svakodnevnog života. Zbog konstantnog rasta uterusa i pomaka centra gravitacije smanjeni su balans, koordinacija, spretnost i pokretljivost tijekom obavljanja aktivnosti. Iz tog razloga potrebno je aktivnosti prilagoditi promjenama koje se događaju u tijelu trudnice te educirati trudnicu o održavanju pravilne posture i korištenju zaštitnih položaja tijela u obavljanju svakodnevnih aktivnosti.

Posturalne promjene u trudnoći

Vidljive promjene u držanju tijela uzrokovane trudnoćom počinju se javljati u drugom tromjesečju trudnoće te se one povećavaju do kraja trudnoće. Promjene nastaju uslijed intenzivnog rasta uterusa, povećanja tjelesne težine te povećanja ligamentarnog i zglobnog laksiteta uslijed hormonalnih promjena. Posturalne promjene javljaju se u vidu ekstenzije vratne kralježnice i povećanja cervicalne lordoze, povećanju torakalne kifoze i unutarnjom rotacijom ramenog obruča, prednjeg tilta zdjelice i povećanja lumbalne lordoze, hiperekstenzije koljena te spuštanje svodova stopala.

Kako održati pravilnu posturu

Provjera posture u stojećem položaju ispred ogledala: glava i brada moraju biti u srednjem položaju, prsnu kost pomaknuti prema naprijed što će dovesti do uspravljanja tijela te istezanja gornjeg dijela leđa. Kontrakcijom abdominalnih mišića smanjuje se lumbalna lordiza i prednji tilt zdjelice. Lagano flektirana koljena olakšavaju prijenos težine preko stopala.

Zaštitni položaji u trudnoći

Kod obavljanja aktivnosti u stojećem položaju važno je održati pravilnu posturu tijekom cijele aktivnosti. Izbjegavati stajanje u jednom položaju duži vremenski period. Izbjegavati nošenje visokih peta zbog pomaka težišta tijela dodatno anteriorno. Prilikom obavljanja aktivnosti koje zahtijevaju dulje stajanje potrebna je podloga stolčića ispod jednog stopala uz povremenu izmjenu oslonca.

Za održavanje posture u sjedećem položaju važno je održavanje neutralnog položaja zdjelice, uspravnog trupa s ramenima u retrakciji, važan je stolac koji pruža potporu duž cijele natkoljenice. Koljena moraju biti postavljena u razini kukova i potrebno je raspodijeliti težinu na oba kuka. Sjedenje se odvija bez prekriženih nogu kako bi se izbjegla opstrukcija cirkulacije.

Za promjenu položaja tijela iz ležećeg na leđima u bočni položaj potrebno je podignuti zdjelicu od podloge i prenijeti težinu tijela na natkoljenicu, zarotirati zdjelicu i donje ekstremitete iznad podloge u željenu stranu te polako spustiti zdjelicu i donje ekstremitete na

podlogu.

Premještanje iz bočnog položaja u sjedeći položaj izvodi se spuštanjem donjih ekstremiteta niz krevet te se s rukama odguruje u sjedeći položaj.

Prilikom ustajanja iz sjedećeg u stojeći položaj potrebno je doći sa zdjelicom do ruba podloge te spustiti stopala na pod i prenijeti težinu na donje ekstremitete te izravnanim leđa uspraviti se u stojeći položaj.

Kod spuštanja u čučanj potrebno je razmaknuti stopala u iskoraku i spustiti se s flektiranim koljenima i uspravnim trupom. Prilikom podizanja potrebno je osloniti se punim stopalom na podlogu, a drugim se stopalom oslanja na prste slijedom čega je potrebno prenijeti težinu tijela na donje ekstremitete te se njihovom snagom i uspravnim trupom podići.

Prilikom podizanja predmeta potrebno je razmaknuti stopala u iskoraku, ili paralelno, i spustiti se s flektiranim koljenima i uspravnim trupom, uzeti predmet s obje ruke uz aktivaciju muskulature gornjih ekstremiteta te podizati predmet uz aktivaciju natkoljenične i glutealne muskulature te uspravnog trupa.

Ako je trudnoća uredna, trudnica može obavljati sve aktivnosti koje je do sad obavljala, a koje za nju ne predstavljaju veliki napor, uz samokorekciju posture i primjenu zaštitnih položaja.

Načini vježbanja u trudnoći

Ukoliko je trudnoća uredna trudnica može vježbati tijekom cijele trudnoće. Naravno, postoji velika razlika između trudnica koje su se rekreativno ili profesionalno bavile sportom i kod trudnica koje nisu provodile nikakav oblik vježbanja. Kako bi se oblik vježbanja prilagodio svakoj trudnici, ovisno o njenom zdravstvenom stanju, kondiciji i tromjesečju u kojem se ona nalazi, važno je posavjetovati se sa stručnom osobom.

U trudnoći ne bi trebalo započinjati s nekim sportskim aktivnostima koje žena nije provodila ranije. Trudnice koje su se profesionalno bavile sportom mogu nastaviti sportsku aktivnost i u toku trudnoće uz smanjenje intenziteta za 50% i odobrenje ginekologa. Ako žena prije trudnoće nije bila uključena u neku vrstu sportske aktivnosti najbolje je uključiti se u programe vježbanja prilagođene za trudnice pod vodstvom stručne osobe.

Osnovni program vježbanja za trudnice najčešće sadržava zagrijavanje, aerobni dio, vježbe istezanja, vježbe jačanja određenih gruba mišića te vježbe istezanja i relaksacije na kraju.

Program vježbanja za trudnice se može kombinirati s drugim sportovima.

Dobrobiti vježbanja u trudnoći za trudnicu i fetus

Brojne studije potvrđuju pozitivne učinke vježbanja za trudnicu i fetus. Pozitivni učinci vježbanja na trudnicu podrazumijevaju povećanje kardiorespiratorne kondicije, smanjenje rizika za razvoj gestacijskog dijabetesa, hipertenzije, preeklampsije, edema, varikoziteta, duboke venske tromboze, prirasta tjelesne težine, mogućnosti prijevremenog porođaja. Također se smanjuje rizik od nastanka bolnih stanja u trudnoći na području mišićno koštanog sustava, smanjuje se duljina poroda i pojava komplikacija za vrijeme poroda. Sa psihološke strane pozitivni učinci odnose se na smanjenje zamora i umora kod trudnice, pojavu nesanice, anksioznosti, depresije i stresa.

Pozitivni učinci vježbanja u trudnoći za fetus odnose se na povećanje količine amnionske tekućine i volumena placente, vaskularne funkcije, bržeg rasta placente te poboljšanja neurološkog razvoja (fizička aktivnost majke-poticaj za dijete).

Redovitim vježbanjem tijelo će se prilagođavati svakodnevnom porastu tjelesne težine, promjeni u pokretima tijela, posturalnim odnosima, promjeni ravnoteže tijela i time omogućiti trudnici da se osjeća zadovoljno i sposobno u obavljanju svih uobičajenih aktivnosti.

Preporuke za vježbanje Američkog koledža za porodništvo i ginekologiju - ACOG-a (American College of Obs&Gyn)

Redovito vježbanje, najmanje 3 puta na tjedan. Ne preporučuju se natjecateljske aktivnosti.

U uvjetima vrućeg i vlažnog vremena te pri povišenoj temperaturi ne smiju se izvoditi zahtjevne vježbe.

Izbjegavajte balistično gibanje (guranje, skakanje, udaranje...) vježbe se izvode na tepihu ili mekanoj prostirci, koja je postavljena na tvrdnu podlogu radi ublažavanja pritiska.

Zbog oslabljenog vezivnog tkiva u trudnoći se ne smije prekomjerno istezati ili sagibati, također, treba izbjegavati trzanje i nagle promjene smjera gibanja.

Prije zahtjevnijih vježbi treba se zagrijati najmanje 5 minuta. Možete brzo hodati, voziti sobno bicikl ili plesati, ali smanjenim intenzitetom (aerobne vježbe).

Nakon zahtjevnijih aerobnih vježbi postupno smanjujte intenzitet vježbanja te završite blagim vježbama istezanja. Zbog popuštanja vezivnog tkiva veća je mogućnost povrede, pa izbjegavajte prekomjerno istezanje.

Otkucaji srca mjere se pri najintenzivnijoj aktivnosti. O broju otkucaja srca i promjenama u pulsu posavjetujte se s liječnikom.

Kako biste izbjegli vrtoglavicu ili nesvjesticu, uvijek se postupno dižite iz ležećeg u stojeći položaj.

Pijte dosta tekućine prije i poslije vježbanja kako ne bi došlo do dehidracije. Ponekad je nužno pitи i tijekom vježbanja.

Trudnice koje su manje tjelesno aktivne počinju vježbati slabijim intenzitetom.

Ako osjetite neobične simptome (oštro probadanje, neobične bolove, vrtoglavicu i slično), odmah prestanite vježbati.

STRUČNI SKUP

Tema: *Vratimo porodaj ženama: fiziologija trudnoće i porodaja*

SEKSUALNOST U TRUDNOĆI

Karmen Cecarko Vidović, bacc.obs.

098/1624-077, karmen@skripter.com

Županijska bolnica Čakovec

Ivana Gorana Kovačića 1e, 40000 Čakovec

Sažetak:

Ključne riječi: seksualna aktivnost, trudnoća, reprodukcija

U ovoj temi obrađena je seksualna aktivnost i reprodukcija kao jedna od osnovnih ljudskih potreba. Po M. Gordon, seksualna aktivnost i reprodukcija svrstava se u 12 točaka o kojima primalja treba voditi računa pri sakupljanju podataka od pacijenta. Dok je osoba psihički i fizički zdrava ne razmišlja na način da bi seksualna aktivnost i reprodukcija mogle biti narušene. Osobe kod kojih dode do narušavanja seksualnosti i reproduktivnog zdravlja nailaze na niz problema koji izlaze iz neupućenosti i nedovoljne informiranosti o toj temi.

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) i Međunarodna seksološka asocijacija seksualno zdravlje definiraju kao: "kontinuitet pozitivnih fizičkih, psihičkih i sociokulturnih iskustava povezanih sa seksualnošću". Drugim riječima, seksualno je zdravlje neodvojivo od pozitivnih stavova o seksualnosti i vlastitom tijelu, poznavanja "tehnologije" užitka, informiranosti o seksualnim rizicima i educiranosti o tome kako ih svesti na najmanju moguću mjeru, sposobnosti za ostvarivanje odnosa koji uključuje povjerenje, komunikaciju i intimnost, ali i seksualno pozitivne društvene okoline. Naravno, takvo definiranje u praksi često zvuči preapstraktно. U svakodnevnom životu seksualno se zdravlje može jednostavno opisati kao kombinacija izostanka seksualnih smetnji i zadovoljstva vlastitim seksualnim životom.

Seksualna aktivnost i reprodukcija je prepoznata kao jedna važna potreba ljudskog iskustva - doživljaja i istina našeg postojanja. Svako seksualno iskustvo izgrađuje samopoštovanje, samoprihvaćanje i očuvanje postojanja. Prema Maslowljevoj hijerarhiji motiva koja je utkana u brojne primaljske teorije zdravstvene njege, seksualne potrebe nalaze se na prvoj razini (fiziološke potrebe) i svrstavaju se u potrebe za stimulaciju. Od velike je važnosti da primalja može educirati ženu o spolnim aktivnostima za vrijeme trudnoće.

STRUČNI SKUP

Tema: *Vratimo porodaj ženama: fiziologija trudnoće i porodaja*

NAČINI ODREĐIVANJA POLOŽAJA DJETETA U TRUDNOĆI I POROĐAJU

Mateja Kusterle, prof. angl. i špa., dipl.bab.

Uvod

Pozitivan položaj fetusa smatra se optimalnim položajem za rođenje i predznakom dobrog napredovanja spontanog vaginalnog porođaja (Webb et al., 2011). Ipak, u približno 10% svih trudnoća i porođaja fetalna malpozicija i / ili malpresentation dijagnosticira se i može suočiti majku i njene pružatelje njege s raznim izazovima. (Bellussi et al., 2017). Važno je otkriti i tretirati ih ako je moguće kako bi se izbjegle komplikacije.

Funkcionalni porođaj je uspješna suradnja tri komponente porođaja: porođajna snaga (uterina aktivnost), porođajni put (tvrdi i meki porođajni kanal) i porođajni objekt (položaj i veličina glave fetusa) (Talaulikar i Arulkumaran, 2015). Ako jedno nije optimalno, utječe na druga dva; na primjer, fetus će se uvijek orijentirati prema prostoru koji je dostupan u majčinoj zdjelici (Tully, 2010). Nedostaci neprikladnosti mogu se pojaviti kada je zdjelica sužena, kod tumora ili drugih anomalija, kada nije ginekološki oblikovana, kada je meko tkivo zdjelice prečvrsto ili premlohavo ili kada je prisutna placenta praevia. Mlohavi abdominalni mišići ili fetalna malprezentacija mogu dovesti do slabih i nepravilnih kontrakcija maternice. Nadalje, na porođaj mogu utjecati kongenitalne anomalije fetusa, nedonošće, višestruka trudnoća, makrosomija, polihidramnij i kratka ili omotana pupkovina (Talaulikar i Arulkumaran, 2015).

Što tražiti?

U trudnoći i porođaju, odnos između fetusa i majčine zdjelice može se odrediti palpacijom trbuha ili Leopold Pavlikovim hvatima, ultrazvučnim pregledom, vaginalnim pregledom i po potrebi, zbog točnijeg određivanja pelvimetrijom te RTG snimanjem i magnetskom rezonancijom. Ovisno o tehnici, onaj koji pregledava se obavještava o (Talaulikar i Arulkumaran, 2015; Viccars, 2009):

1. **prezentacija** fetusa ili koji dio prednjači. Kod približno 95% djece prednjači tjeme to je

najpovoljnija prezentacija jer se glava postavlja najmanjim promjerom. Malpresentacije ili abnormalne pozicije djeteta uključuju zadak, lice, čelo, ramena i složenu prezentaciju (ručica uz glavu).

2. fetalni namještaj ili odnos uzdužne osi čeda prema uzdužnoj osi maternice (primjeri za occipitalni položaj: LOA, LOL, LOP, ROA, ROL, ROP, DOA, DOP). Prednji namještaji su povoljni jer pomažu fleksiju glave djeteta

3. stav fetusa (presentatio) ili odnos vodeće česti prema ulazu u malu zdjelicu. Glava može biti flektirana (zatiljačni stav), djelomično deflektirana (tjemeni stav i čeoni stav) ili potpuno deflektirana (stav licem). Poželjna je potpuna fleksija.

4. fetalni položaj (situs) ili odnos uzdužne osi čeda prema uzdužnoj osi maternice. Poželjno je da je položaj uzdužan, ali može biti kosi i poprečni.

5. fetalni angažman ili koliko se glavica angažirala u maloj zdjelici. Glavica se angažirala kada se iznad ruba može osjetiti samo dvije do tri petine glavice ili manje.

6. sinklitizam ili odnos sagitalnog šava na poprečnu ravninu zdjelice. Prednji sinklitizam s sagitalnim šavom prema sakralnoj kosti se smatra normalnim, dok stražnji sinklitizam može ukazivati na disproporciju.

7. kaput succedaneum ili oteklina mekog tkiva fetalnog vlastišta

8. oblikovanje ili premještanje kostiju lubanje

9. prostor zdjelične šupljine

➤ **količina** plodne vode

Metode otkrivanja

Primalja ili opstetričar uvijek trebaju koristiti sva svoja osjetila pri procjeni majke i položaja djeteta. Pažljivo promatraju crte njezina trbuha i leđa, stav majke, slušaju njezine komentare i zvukove koje ona čini, koriste se dodirom da osjetite dijete i maternicu kroz trbušni zid i vaginu i komuniciraju s roditeljom kako bi dobili njena zapažanja i vodili ju kroz pregledne sa uvjerenjem i objašnjenjem. Žena ima pravo odbiti bilo koji postupak bez da obrazloži svoju odluku i njezin izbor treba poštivati.

Palpacija trbuha

Palpiranje kao najstarija metoda otkrivanja položaja i rasta djeteta uvedena je u rutinsku opstetričku praksu u kasnom 19. stoljeću (Webb et al., 2011). Obavlja se od 20-24 tjedna trudnoće kako bi se provjerila moguća odstupanja između kontrakcija u porođaju da bi se

procijenilo spuštanje glavice i napredovanje porođaja (Blee i Dietsch, 2012).

Palpacija je vrijedna i vrlo važna vještina primaljstva koja bi trebala biti njegovana od sadašnjih i budućih generacija primalja. To je jeftina i neinvazivna, ali manje točna metoda ako se obavlja kod pretilih žena, žena s polihidramnionom, placentom previjom ili višeplodnom trudnoćom (Sharma, 2009). Njena prediktivna vrijednost jako ovisi o vještini i praksi onoga koji pregledava. Studija Webb i kolega (2011) pokazala je nisku točnost palpacije trbuha u usporedbi s ultrazvukom; ipak, rezultati su bili bolji kod primalja koje su imale više godina iskustva i radile u okruženju zajednice (dispanzer, privatna klinika...) u odnosu na primalje početnike i one koje su radile u bolnici.

Godine 1894. Leopold i Spoerlin uveli su četiri manevra kako bi odredili položaj djeteta koji uključuje palpaciju i pregled. Žena bi trebala biti u ležećem položaju s rukama uz tijelo i praznog mjejhura. Treba se osjećati ugodno i privatno; stoga, tijekom palpacije primalja samo otkriva trbuh. U Sloveniji se podučavaju i koriste šest modificiranih Leopoldovih manevara koji se koriste za trbušnu palpaciju (Lavrič, 1959):

Prvi manevr: udaljenost (u poprečnim prstima) između fundusa i procesusa xifoideusa kako bi se utvrdio rast fetusa u trudnoći i silazak u porodni kanal prije porođaja.

Drugi manevr: procjena onoga što je u fundusu. Pod rukama osobe koja pregledava, koje se nalaze na fundusu, glava fetusa se osjeća čvrstom i okruglom može se micati, dok se zadak osjeća mekšim i širim. Kod poprečnog položaja fundus je prazan.

Treći manevr: procjena fetalnih leđa i ekstremiteta. Dlanovi ispitivača postavljeni su na obje strane trbuha i naizmjence vrše nježan ali duboki pritisak. Tvrda, dosljedna i globularna masa su fetalna leđa. Neophodno je utvrditi da li su usmjerena anteriorno, transverzalno ili posteriorno. Onaj koji pregledava također može pipati vršcima prstiju do središta trbuha kako bi osjetio fetalna leđa ili provjeravao prednje rame koje je istaknuto iznad simfize.

Četvrti manevr ili Pawlikov zahvat: procjena dijela koji vodi. Palac osobe koja pregledava i prsti desne ruke prihvaćaju donji dio trbuha iznad simfize kako bi provjerili koja čest prednjači i njenu angažiranost u maloj zdjelici.

5. manevr: procjena smjera i stupanj fleksije glave fetusa. Samo za ovaj manevr, osoba koja pregledava se okreće od žene, a ženina koljenima bi trebala biti lagano savinuta. Prstima obje ruke duboko pritisnuti u smjeru osi zdjelice kako bi se odredio položaj glave fetusa. Ako se cefalna istaknutost osjeti na strani sitnih česti, glava je flektirana, ako obje ruke osjećaju jednaku količinu glave, fetus je u sincipitalnoj prezentaciji; inače se glava produljuje i pojavljuje se lice.

U stavu zatkom,, informacije ovog manevra su manje precizne.

6. manevr: procjena moguće kefalopelvine disproporcije. Jedan dlan se nalazi na simfizi, a drugi na donjem dijelu trbuha. U slučaju CPD, ruka na donjem dijelu trbuha je iznad razine drugog dlana.

Tully (2010) potiče žene da samostalno opipavaju trbuh, osobito od 32 tjedna trudnoće ili dalje. Palpacija bi doista trebala biti dvosmjerna razmjena informacija u kojoj žena aktivno sudjeluje dajući informacije o poziciji, rastu i pokretima svojeg djetetae (Grigg, 2010). Primalje bi se trebale osjećati privilegirano što mogu dodirnuti ženu, jer je značaj dodira mnogo širi od pukog kliničkog procjenjivanja - to je pitanje zajedničkih emocija, moći, kontrole i potencijalnog zlostavljanja (Blee i Dietsch, 2012).

Digitalno vaginalni pregled

Vaginalni pregled treba obaviti tek nakon palpacije trbuha kako bi se potvrdili rezultati ovog potonjeg i kako bi se dobila detaljnija sliku situacije. Prije vaginalnog pregleda potrebno je dobiti suglasnost žene, zajamčiti privatnost, a mokraćni mjehur bi trebao biti prazan. Svaki vaginalni pregled treba biti opravdan, nikakvi pregledi ne bi trebali biti obavljeni rutinski i trebali bi biti svedeni na minimum. To je aseptički postupak koji se provodi sa sterilnim rukavicama, dok prethodno brisanje vulve antiseptičkom otopinom nije obvezno, jer ne smanjuje rizik od infekcije (McCormick, 2009). Neki kategoriziraju postupak kao nametljiv, subjektivan, nedosljedan i neprecizan te povezan s infekcijom (Eggebø et al., 2015; Bellussi, 2017). Iznenadujuće, istraživanje Schneider (2016) pokazalo je da vaginalni pregled nije uspio točno odrediti položaj glave fetusa u 72% slučajeva u prvoj fazi porođaja i u 64% slučajeva u drugoj fazi porođaja. A primalja koja kontinuirano i pažljivo promatra ženu u porođaju može izbjegći mnoge vaginalne preglede i otkriti napredak zbog drugih znakova kao što su ponašanje, kontrakcije, vaginalni iscijedak i spontani nagon tiskanja.

Ipak, kada se provodi digitalno vaginalni pregled, on pruža vrijedne informacije o rastezanju i stanjivanju cerviksa, proširenju u cm, položaju (stražnjem, središnjem), elastičnosti i plastičnosti vrata maternice, položaju prednjačeće česti u cm iznad ili ispod spina i njenom spuštanju, postavljanju šavova i fontanela, netaknutim membranama i prednjem polu vodenjaka, porođajnoj oteklini, cervikalnoj usni, složenoj prezentaciji i prolapsu pupkovine, te je stoga, kada stručna osoba obavlja pregled, vrijedan klinički alat za procjenu napredovanja porođaja (Talaulikar i Arulkumaran, 2015). Najbolje je da ista osoba provodi

sve pregledde kako bi procijenila napredak. Tijekom postupka, osoba koja pregledava također promatra vulvu i perineum da ne bi bilo edema, rana, varikoziteta, ožiljaka i drugih osobitosti. (McCormick, 2009).

Nakon vaginalnog pregleda kod zatiljačnog stava, treba slijediti prstom sagitalni šav dok se ne dosegne fontanela. Ako je glava dobro flektirana, stražnja fontanela se osjeti kao mala triangularna udubina, dok se kod djelomično deflektirane glavice prednja fontanela osjeća u obliku dijamanta. Mjesto na kojem se nalazi fontanela daje informacije o položaju fetusa (McCormick, 2009).

Vaginalni pregled se ne smije izvoditi u slučaju placente praevije jer može uzrokovati nepotrebno krvarenje. Slično tome, sterilni spekulumi, ali ne i digitalno vaginalni pregled, prikladni su u slučaju prijevremene rupture vodenjaka kod prijevremenog porođaja (PPROM) kako bi se smanjio rizik od infekcije (Crafter, 2009).

Ultrazvuk

Moderna opstetricija klasificira antepartalnu i intrapartalnu ultrasonografiju kao najobjektivniji i najtočniji dijagnostički alat u usporedbi s palpacijom trbuha i vaginalnim pregledom te kao posebno koristan za preciznu dijagnozu malpozicija i malprezentacija (Bellussi, 2017). Prenosi zvuk visokog tona pomoću sonde i prikuplja zvuk koji se reflektira iz različitih struktura fetusa, posteljice i maternice (Sullivan i Kirk, 2009).

Postoje transabdominalne, transvaginalne i transperinealne sonde i njihova se kombinacija preporučuje za preciznu dijagnozu fetalnog položaja i fleksije spuštanja i sinklitizma glavice. To je neophodno za točnu dijagnozu tipova stava zatkom. Na transperinalnom ultrazvuku, koji se rijetko koristi u Sloveniji, sonda se postavlja izvan vagine, omogućujući osobama koje pregledavaju da precizno određuju kut napredovanja glave fetusa, udaljenost glave od perineuma, stupanj porođajne otekline (Eggebø et al. , 2015) i cerebralnu središnju liniju sagitalnog šava za detekciju asinklitizma (Bellussi et al., 2017). Kao takav može se koristiti kao nadogradnja kada palpacija abdomena i vaginalni pregled ukazuju na prisutnost malpozicija ili malprezentacija.

Međutim, intrapartalna sonografija ima i svoje ograničenje. Mora postojati kvalitetna sonografska oprema i vješti opstetričari. Čak i ako ovi potonji i dođu do točne dijagnoze, to ne mora nužno poboljšati ishod porođaja i može povećati učestalost operativnih porođaja čak i kada je moguća spontana promjena i vaginalni porođaj (Bellussi et al., 2017). Stoga, treba ga koristiti konzervativno i samo kada postoje dobre indikacije (Sullivan i Kirk, 2009).

NEKI POKAZATELJI MALOPOZICIJE I MALPREZENTACIJE

OCCIPITOPOSTERIOR položaj Stražnji zatiljačni stav

To je najčešća malpozicija zatiljka. Pojavljuje se u 10% svih porođaja i perzistira bez unutarnje rotacije u 5% rođenih. Zbog toga je zatiljak u posteriornoj poziciji i glava je u defleksiji. Majka se može žaliti na bolove u leđima koji se mogu jako pogoršati tijekom porođaja, osobito tijekom kontrakcija. Može izvijestiti da osjeća udarce djeteta na obje strane trbuha. Vizualno, abdomen ima blago uleknuće ili je izravnан ispod pupka. Ako glava nije angažirana, može se činiti kao da žena ima puni mjeđur. Palpacijom trbuha, sitne česti se mogu osjetiti na obje strane i nakon što rukama prelazimo po donjem dijelu trbuha, osjeća se praznina (Coates, 2009). Istaknutost prednjeg dijela lubanje i zatiljka može se osjetiti na istoj razini iznad simfize (Talaulikar i Arulkumaran, 2015). Glava je obično visoko i neangažirana dok ne započnu trudovi. Ne sjeda dobro na cerviks i zbog toga vodenjak može prsnuti na početku porođaja, trudovi mogu biti nepravilni, a glava se spušta polako. Žena može osjetiti snažan nagon da tiska prije potpune dilatacije.

Na vaginalnom pregledu, prednja fontanela se obično osjeća straga, a stražnja fontana se može pipati u blizini sakralne kosti. Ponekad se krsna kost osjeća prazno. Može se pipati velika porođajna oteklina, a može se osjetiti i ušna školjka usmjerena prema sakralnoj kosti. (Coates, 2009).

Kada glava fetusa nije angažirana, transabdominalno skeniranje otkriva oči usmjerene prema gore i one ostaju vidljive iznad simfize do kasne druge faze porođaja. Kada je glava fetusa angažirana, isto se vidi transperinealnom sondom (Bellussi et al., 2017).

FACE prezentacija licem (lični stav)

Prezentacija licem se događa jednom na 500 porođaja i obično se razvija tijekom porođaja kao posljedica stražnjeg zatiljačnog stava. Ono po čemu se ravnamo je mentum i nužno je utvrditi je li ona postavljena anteriorno ili posteriorno u majčinoj zdjelici. Stav licem je teško palpirati kroz abdomen (Coates, 2009). Međutim, veliki dio glave fetusa je opipljiv na bočnoj strani leđa, a ništa na strani sitnih česti (Talaulikar i Arulkumaran, 2015). Vaginalnim pregledom, dio koji se pipa je mekan i nepravilan i mogu se napipati oči, nos i usta. Fetus može sisati prst osobe koja pregledava. Lice obično postaje edematozno tijekom porođaja (Coates, 2009) i može se zamijeniti sa zatkom. Kod ličnog stava istaknutost maksile i usta tvore trokut, dok kod zatka **ischial tuberosities** i anus oblikuju pravocrtnu liniju (Talaulikar i

Arulkumaran, 2015). Na ultrazvuku, kut zatiljak-kralježnica fetusa mjeri manje od 90 stupnjeva ako je zatiljak sprijeda. Ako je straga, brada je odvojena od prsa, a vratna kralježnica je zakriviljena prema naprijed. Na transperinealnom skeniranju fetalne orbite su ispod razine simfize (Bellussi et al., 2017).

BROW prezentacija Stav čelom (čeoni stav)

Stav čelom javlja se u 1 od 1000 porođaja obično se otkriva prije ili tijekom porođaja. Glava je postavljena najvećim promjerom – mentovertikalni 13,5 cm. Palpacijom trbuha, glava je visoko, izgleda vrlo velika i ne spušta se u zdjelicu (Coates, 2009). Vaginalnim pregledom, istaknuti dio se može teško dosegnuti jer je visoko u zdjelici i teško je palpirati zbog velike porođajne otekline. Velika fontanela se može napipati na jednoj strani zdjelice, a orbite i korijen nosa na drugoj. Vaginalni porođaj je malo vjerojatan, osim ako se ne dogodi fleksija ili daljnja ekstenzija glave (Talaulikar i Arulkumaran, 2015; Coates, 2009). Ako je zatiljak sprijeda, transabdominalno skeniranje otkriva kut zatiljak- kralježnica oko 90 stupnjeva. Ako je straga, brada je odvojena od prsa, a vratna kralježnica je zakriviljena prema naprijed. Na transperinealnom skeniranju fetalne orbite nalaze se na nivou simfize (Bellussi et al., 2017).

BREECH prezentacija Stav zatkom

Pojavljuje se u približno 3-4% trudnoća. Kada se izvodi palpacija trbuha kod djeteta u stavu zatkom glava se obično može osjetiti u fundusu kao okrugla tvrda čest koja se može micati. Majka se može žaliti da teško diše i da beba udara po mjehuru. Na vaginalnom pregledu, zadak se osjeća mekim i nepravilnim, bez opipljivih šavova. Mogu se napipati genitalija i stopala ili može biti prisutan svježi mekonij (Coates, 2009).

Važnost utvrđivanja položaja

Unatoč svim raspoloživim sredstvima za procjenu položaja fetusa, većina malprezentacija i malpozicija će ostati nedijagnosticirano do početka porođaja, jer oni ometaju njegov napredak. Neki znakovi opstrukcije porođaja koji mogu ukazivati na to da je fetus u malpoziciji ili malprezentaciji su produljena trudnoća, prijevremeno prsnuće vodenjaka i prijevremeni trudovi, ispala pupkovina, produljena latentna faza porođaja, sporo napredovanje porođaja, zaustavljanje dilatacije cerviksa i spuštanja djetetove glavice, produljeno drugo porođajno doba, edematozni cerviks, Bandlova brazda, povećano formiranje porođajne

otekline i kalupljenje kostiju glave te iscrpljenost majke sa znakovima dehidracije. Neke žene mogu imati vrlo slabe kontrakcije dok druge mogu doživjeti česte žestoke kontrakcije (Talaulikar i Arulkumaran, 2015).

Spori napredak porođaja zbog malprezentacije ili malpozicije često dovodi do operativnih intervencija kao što su instrumentalni porodaj ili carski rez, povećane učestalost ozljeda genitalnog trakta, postpartalnog krvarenja i puerperalnih infekcija, kao i do većeg perinatalnog morbiditeta i mortaliteta (Schneider, 2016., Talaulikar i Arulkumaran , 2015).

Primalje i ginekolozi - opstetričari su odgovorni za pravodobno otkrivanje malpozicija i malprezentacija te za provođenje mjera za njihovu korekciju, kako bi se izbjegle moguće komplikacije. Osim toga, oni su suočeni sa dilemom da li da prenesu ženama informacije ili ne, jer to za neke može biti porazno.Tully (2010) i Coates (2009) obje se slažu da žena treba biti informirana i kad je moguće uključena u donošenje odluka, jer joj to daje osjećaj kontrole i samopouzdanja te mogućnost proaktivnosti. Informacije o položaju djeteta moraju se saopćiti na način koji njeguje žensku vjeru u njen tijelo i rođenje, a u trudnoći joj pruža moguće proaktivne mjere za poboljšanje izgleda za normalni porođaj (Tully, 2010). Međutim, primalje i ginekologi - opstetričari imaju tendenciju da obavijeste žene ako im je dijete u stavu zatkom, ali rijetko ih obavještavaju kada im je dijete u okcipitoposteriornom položaju.

Preventivne mjere

Mnogo je stvari što primalja i žena mogu učiniti od rane trudnoće nadalje kako bi spriječili malpozicije i malprezentacije ili, drugim riječima, pomažu poboljšati uvjete koji mogu dovesti do njih. Neki su istraživali učinke vježbi usmjerenih na gravitaciju ili vježbi majčinog pozicioniranja, ali otkrili su da one nisu pružile visoku stopu uspjeha. Na primjer, položaj ruku i koljena u kasnoj trudnoći ili tijekom porođaja radi rotiranja fetusa nije značajno smanjio njihovu incidenciju (Schneider, 2016, Hunter i sur., 2007). Takvi obeshrabrujući rezultati često ograničavaju primalje i ginekologe-opstetričare da istražuju različite neinvazivne tehnike. Umjesto toga, radije prihvaćaju klasične metode vođenja porođaja. Na primjer, čak 10-30% occipitoposteriornih stavova fetusa u ranom porođaju spontano se zakreće unaprijed kako porod napreduje i obično uslijedi očekivano vođenje porođaja (Talaulikar i Arulkumaran, 2015) . Dijete u stavu zatkom može biti podvrgnuto vanjskom okretu prije vaginalnog porođaja ili carskog reza. Malprezentacija glave fetusa se može ponekad ispraviti manualnim rotacijama tijekom porođaja (Phipps et al., 2015).

Postoji poznata primalja koja zna zašto ne funkcioniraju vježbe koje su centrirane na

gravitaciji - ona je Gail Tully. Smatra da fetus odabire najlakši položaj prema raspoloživom prostoru u maternici. Ako postoji neka napetost, torzija ili kratkoća u mišićima zdjelice ili mekim tkivima, glava neće doći dolje, angažirati se ili flektirati. Zato bi žena trebala prvo uravnotežiti svoje tijelo s određenim aktivnostima, jer samo uravnoteženo tijelo može voditi fetus na bolju poziciju u maternici uz pomoć gravitacije. Ona poučava žene da palpiraju trbuh od 32. tjedna trudnoće kao priliku za povezivanje s djetetom, kako bi naučile položaj djeteta i kako to može utjecati na trudove i rađanje. U tu svrhu, razvila je Program za mapiranje trbuha i za optimalno pozicioniranje fetusa, razvila je ***Spinning Beby*** koje podržava ravnotežu majčinog tijela i gravitacije (Tully, 2010, Tully 2015).

Tully (2015) čvrsto vjeruje da je primalja osoba koja bi trebala upoznati trudnicu s preventivnim radnjama kako bi joj napravila mjesto za njenu bebu i olakšala njezin porođaj. Ako primalja osjeća da nema dovoljno znanja, trebala bi barem uputiti ženu iskusnim trenerima da ne izgubi dragocjeno vrijeme.

Zaključak

Malpozicije i malprezentacije uvijek predstavljaju izazov za primalju ili ginekologa-opstetričara da ih ili u trudnoći ili u porođaju, najprije prepoznaju, a zatim njima upravljaju. Nije uvijek moguće spriječiti disfunkcionalni porođaj, no njegova se pojava može svesti na najmanju moguću mjeru ako se obrazujemo, pažljivo koristimo sva dostupna osjetila, vještine i alate, podijelimo informacije sa ženom, pružimo joj dostupne informacije o dobrom položaju i balansiranju i podupiremo je da poduzme odgovarajuće mjere.

Promatranje, palpacija abdomena, digitalni vaginalni pregled i ultrazvuk su iznimno vrijedni načini koji pomažu u poboljšanju trudnoće i sigurnijeg porođaja. Treba ih koristiti razborito, a prikupljene informacije trebaju biti inicijativa za poduzimanje proaktivnih koraka kako bi fetus postigao bolju poziciju i prezentaciju za sigurniji porođaj.

Literatura

- Bellussi F, Ghi T, Youssef A et al. (2017). The use of intrapartum ultrasound to diagnose malpositions and cephalic malpresentations. *Am J Obstet Gynecol* 217(6): 633–41.
- Blee D, Dietsch E (2012). Women's experience of the abdominal palpation in pregnancy; a glimpse into the philosophical and midwifery literature. *N Z Coll Midwives J* (46): 21–5.
- Coates T (2009). Malpositions of the occiput and malpresentations. In: Fraser DM, Cooper MA, eds. *Myles textbook for midwives*. 15th ed. London: Churchill Livingstone Elsevier ltd., 575–92.
- Crafter H (2009). Problems of pregnancy. In: Fraser DM, Cooper MA, eds. *Myles textbook for midwives*. 15th ed. London: Churchill Livingstone Elsevier ltd., 339.
- Eggebø TM, Wilhelm-Benartzi C, Hassan WA, Usman S, Salvesen A, Lees CC (2015). A model to predict vaginal delivery in nulliparous women based on maternal characteristics and intrapartum ultrasound. *Am J Obstet Gynaecol* 213: 362.e1–6.
- Grigg, C (2010). Working with women in pregnancy. In: Pairman S, Tracy S, Thorogood C, Pincombe J, eds. *Midwifery preparation for Practice*. 2nd ed. Sydney: Elsevier, 431–68.
- Hunter S, Hofmeyr GJ, Kulier R (2007). Hands and knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior). *Cochrane Database Syst Rev* 17(4): CD001063.
- Lavrič V (1959). *Porodništvo*. 2. izd. Ljubljana: DZS, 120–5.
- Leopold G, Spoerlin D (1894). The management of regular deliveries through external examination only. *Arch Gynakol* 45:337–68.
- McCormick C (2009). The first stage of labour: Physiology and early care. In: Fraser DM, Cooper MA, eds. *Myles textbook for midwives*. 15th ed. London: Churchill Livingstone Elsevier ltd., 463–71.
- Phipps H, Hyett JA, Kuah S et al. (2015). Persistent Occiput Posterior position - OUTcomes following manual rotation (POPOUT): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2015;16:96:DOI 10.1186/s13063-015-0603-7.
- Schneider R (2016). Evidence-based approach for the management of persistent occiput posterior position in labour: a review of the current literature. *AMSJ* 7(2): 22–25.
- Sharma JB (2009). Evaluation of Sharma's modified Lopold's maneuvers: a new method for fetal palpation in late pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 279(4): 481–7.
- Sullivan A, Kirk B (2009). Specialized antenatal investigations. In: Fraser DM, Cooper MA, eds. *Myles textbook for midwives*. 15th ed. London: Churchill Livingstone Elsevier ltd., 297.
- Talaulikar VS, Arulkumaran S (2015). Malpositions and malpresentations of the fetal head. *Obstet Gynaecol Reprod Med* 25(6): 152–9.

Tully G (2015). Posterior perspective. *Midwifery Today Int Midwife* 114:8–11.

Tully G (2010). The belly mapping workbook: How kicks and wiggles reveal your baby's position. 3rd ed., Minnesota: Maternity House Publishing, 3–11.

Viccars A (2009). Antenatal care. In: Fraser DM, Cooper MA, eds. Myles textbook for midwives. 15th ed. London: Churchill Livingstone Elsevier ltd., 275–85.

Webb SS, Plana MN, Zamora J et al. (2011). Abdominal palpation to determine fetal position at labour onset: a test accuracy study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 90(11): 1259–66.

STRUČNI SKUP

Tema: *Vratimo porodaj ženama: fiziologija trudnoće i porodaja*

SPREČAVANJE OZLJEDA MEĐICE I ZAŠTITA MEĐICE U POROĐAJU

asist. Nastja Pavel, dipl. bab., mag. zdr. nege
nastja.pavel@zf.uni-lj.si

asist. Petra Petročnik, dipl. bab., MSc
petra.petrocnik@zf.uni-lj.si

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za babištvo

Sažetak:

Uvod: Najnovija istraživanja usredotočena su na prevenciju zaštite međice, razlikuju se od tradicionalnih i manje se koriste u kliničkoj praksi. Poznavanje najnovijih preporuka o zaštiti međice tijekom porođaja od najveće je važnosti za žene. Svrha rada je prezentirati metode zaštite međice tijekom porođaja. **Metode:** korištena je metoda pregleda literature, koja je uključivala pregled stranih baza podataka: Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), The Cochrane Library, Embase, Medical Literature Online (Medline), Pub Med Maternity and Infant Care. Ručno su bili pregledani stručni i znanstveni časopisi: British Journal of Obstetrics and Gynaecology, Midwifery, Evidence Based Midwifery, Birth. Zbog različite metodologije odabranih rezultata, rezultati su opisani opisno. Kod pretraživanja su bile upotrijebljene ključne riječi: Druga faza porođaja, međica, metode zaštite međice, ozljede međice, samostalne primaljske jedinice.

Rezultati: Oštećenje međice tijekom vaginalnog porođaja je vrlo često. Brojni čimbenici utječu na stanje disfunkcije nakon porođaja, a ozljede mogu dovesti do boli, urinarne i fekalne inkontinencije, te dispareunije. Metode zaštite međice tijekom porođaja uključuju uspravni položaj žene tijekom porođaja, stavljanje toplog obloga i povjerenje između rodilje i primalje. Tehnike zaštite međice tijekom porođaja se razlikuju, a studije nisu jedinstvene u pogledu načina izbora najpovoljnije metode za ženu.

Rasprrava i zaključak: primalje kao samostalni stručnjaci imaju ključnu ulogu u zaštiti međice u kliničkoj praksi. Nova saznanja na ovom području mogu pomoći primaljma poboljšati i nadopunjavati tehnike zaštite međice. Potrebna su nova istraživanje o tehnikama zaštite međice u ovom području primaljske prakse, što će pomoći primaljima da donose odluke temeljene na dokazima.

Ključne riječi: drugo porođajno doba, zaštita međice, oštećenje međice, primaljska skrb, primalja

Uvod

Mnoge žene koje prvi put rađaju doživljavaju neki oblik perinealne traume. Razderotine drugog stupnja mogu imati dugoročne posljedice za ženu i faktor rizika za **okultno** oštećenje međice. Bick i sur. (2012) kažu da oko 70% žena ima porodne ozljede u vaginalnom porođaju. Osim toga, potrebno je istaknuti ulogu primalje koja brine o ženi tijekom porođaja, jer ona različitim tehnikama koje primjenjuje u porođaju može pomoći smanjiti ozljede međice. Oštećenja međice mogu nastati zbog spontanih puknuća ili zbog epiziotomije, odnosno ureza međice.

Royal Collage of Midwives (RCM) (2012) navodi vezu između povreda u porođaju i boli u perinealnom području, koju navodi mnogo žena nakon vaginalnog porođaja. Ova vrsta boli utječe na tijek probave i uriniranja nakon porođaja te na mobilnost žena. Istodobno, perinealna bol nakon porođaja je čimbenik koji može uzrokovati postpartalnu depresiju (Watanatitan et al., 2009). Komplikacije vaginalnog porođaja mogu biti i ozljede analnog sfinktera (Baghestan et al., 2010). Andrews i sur. (2006) čak tvrde da su upravo porodne ozljede najčešći uzrok analne inkontinencije. Porodne ozljede također mogu dovesti do dispareunije nakon porođaja, što znači bol u genitalnom području tijekom spolnog odnosa (Mazza, 2011). Zbog toga primalje, kao samostalni stručnjaci, trebaju poznavati posljedice porođajnih ozljeda za ženu, jer jedino tako mogu u potpunosti razumjeti važnost tehnika podrške koje smanjuju mogućnost poslijeporodnih ozljeda (Petročnik, 2014.).

U literaturi je prikazano nekoliko tehnika koje su dokazano utjecale na zaštitu međice tijekom porođaja i koje ju štite od ozljeda. Većina tih tehnika se ne provodi u slovenskoj praksi, ili ih se rijetko primjećuje. Kettle and Tohill (2011) su utvrdili da vertikalni položaj trudnica tijekom porođaja ima blagotvoran utjecaj na smanjenje ozljeda međice, jer je u takvim situacijama teže napraviti epiziotomiju. U slovenskim rodilištima je to teže pratiti, jer većina žena rađa u ležećem ili polusjedećem položaju. De Jong i sur. (1997), su naglasili da bi svim ženama s niskim rizikom trebalo ponuditi mogućnost izbora položaja u porodu. Pavel (2016) tvrdi da antenatalna priprema za porođaj ima značajan utjecaj na iskustvo majke, uključujući poznavanje rađanja i važnost kretanja tijekom porođaja. Omogućuje ženama zauzimanje najugodnijeg položaja u porođaju, utječe na bolje napredovanje porođaja i veće zadovoljstvo žena. Kontrola fetusa treba biti takva da omogućuje ženama slobodno kretanje i realnu procjenu stanja fetusa. Također je važno da se ženama koje zbog svog ili djetetovog stanja

trebaju kontinuirano bilježenje otkucaja srca fetusa i zbog toga imaju ograničeno kretanje, pruži maksimalna udobnost. To se može postići masažom, podupiranjem jastucima i dodatnim poticajem. Važno je da u porođaju izbjegavamo rutinske polusjedeće položaje i potičemo porod na boku odnosno u položaju koji odgovara rodiljama.

Osim toga, primalje bi trebale izbjegavati pritisak na fundus maternice tijekom izgona, jer korištenje dodatne sile može doprinijeti većim porodnim povredama, čak i rupturi maternice (Murray, Huelsmann, 2009). U nekim stranim rodilištima, primalje aktivno koriste tople obloge, koje tijekom porođaja stavlju na međicu. Aasheim i sur. (2011) potvrdili su pretpostavku da upotreba toplih obloga doprinosi znatno nižem postotku rupture međice drugog i trećeg stupnja. Upotreba epiziotomije se prema dokazima više studija ne preporučuje, jer može izazvati dodatna oštećenja međice (Hartmann et al., 2005). Naročito se ne preporučuje medijalna epiziotomija, jer povećava mogućnost dodatnog razdora tkiva od međice prema anusu (Berghella Baxter, Chauhan, 2008).

Poznavanje različitih tehnika, koje imaju povoljan ili nepovoljan utjecaj na stanje međice nakon porođaja primalja može uvelike smanjiti ili ublažiti porodne traume. Pregledom istraživanja i poznavanjem prakse, nalazimo da je intervencija primalja u većini slučajeva učinkovita za smanjenje ozljeda međice drugog stupnja kod žena koje rađaju prvi put. Slijede modeli koji su primjereni za vođenje drugog porodnog doba .

U većini slovenskih rodilišta, međica se tijekom izgona djeteta štiti ručno. Vjeruje se da tom tehnikom primalja može sprječiti razdor međice i na taj način pomaže da tkivo međice ostane cijelo. McCandlish i suradnici (1998) su bili prvi koji su napravili prilično kontroverznu studiju u kojoj su spomenute tehnike za zaštitu međice tijekom poroda usporedili s tehnikom gdje primalja ima slobodne ruke. Ova studija je doprinijela reorganizaciji zaštite međice tijekom porođaja u Velikoj Britaniji, gdje je većina primalja napustila ručnu zaštitu međice tijekom porođaja. Kod ručne tehnike za zaštitu međice primalje koriste ruku za zaštitu međice, dok s drugom rukom vrše lagani pritisak na dolazeću glavicu djeteta kako bi se spriječila nagla ekspulzija fetusa te na taj način zaštitila međica i okolno tkivo od razdora. Kod tehnike porađanja sa slobodnim rukama, primalja ne štiti međicu i ne izvodi lagani pritisak na djetetovu glavicu, nego ima slobodne ruke. Međutim, ruke su joj uvijek u stanju pripravnosti kako bi, ukoliko bude potrebno, mogla lagano pritisnuti glavicu da bi se spriječilo nenadano istiskivanje djeteta. U ovoj se tehnički ramena djeteta rađaju spontano. Istodobno, metoda porađanja sa slobodnim rukama zahtijeva dobru komunikaciju i uspostavljanje pouzdane veze između žene i primalje. Model skrbi MIMA i finska

intervencija su višestruke intervencije koje se temelje na istim prepostavkama: polagani izlazak djetetove glavice će zaštititi međicu od razdora.

MIMA model

. Edqvist i sur. (2016) predstavljaju Mima model višestrukih primaljskih intervencija tijekom drugog porodnog doba koji se temelji na teorijskom okviru primaljske skrbi orijentirane na ženu , a sastoji se od tri dijela:

1. spontano guranje: žena osjeća snažnu potrebu za tiskanje i slijedi potrebu, ali ne izvodi prekomjerno abdominalno (trbušno) tiskanje. Primalja po potrebi pomaže ženi da postigne kontrolirano i sporo rađanje djeteta potičući je da pravilno diše i na taj se način lakše odupre potrebi za pretjeranim tiskanjem tijekom posljednjih kontrakcija.

2. fleksibilne pozicije zdjeličnog pojasa: porodni položaji sa fleksibilnosti zdjeličnih spojeva, čime se širi zdjelični izlaz (klečeći, stojeći, na sve četiri, bočni položaj i porođaj na stolčiću).

- Upotreba dvostupanske porodne tehnike „glava-tijelo” (two-step principle of head-to-body birthing technique), ako je moguće. Tom se tehnikom glava rađa na kraju truda ili tijekom truda, dok se ramena porađaju u slijedećem trudu.

Finska intervencija

Finska intervencija se razlikuje od modela Mima, jer se fokusira na korištenje određene praktične ručne potpore za zaštitu međice i u slučaju indikacije preporučene epiziotomije. Jedan od problema u finskoj intervenciji je porast broja epiziotomija u bolnicama, gdje se te intervencije provode (Edqvist i sur., 2016).

Postupak pod nazivom "finska intervencija" je paket opskrbe uveden u Norveškoj. Sastoje se od četiri elementa:

1. Dobra komunikacija između primalje / liječnika i roditelje

2. "Finski manevar": brzina izlaska glavice se kontrolira pritiskom jedne ruke na zatiljak. Istovremeno, palac i kažiprst druge ruke se koriste kao potpora perineumu, a savijeni srednji prst prione pod djetetovu bradu. Kada je postignut dobar pritisak, rodilju se zamoli da prestane tiskati i da ubrzano diše, dok primalja polako pomaže djetetovoj glavici kroz vaginalni izlaz. Kada je većina glave vani, međica se potisne pod djetetovu bradu.
3. Upotreba položaja za rađanje, koji omogućuje vizualni pregled međice u zadnjim minutama porođaja

- Mediolateralna epiziotomija u slučaju potrebe

U Norveškoj 48% rodilišta koristi finsku intervenciju. Usprkos tome spomenuta intervencija ostaje kontroverzna, rasprava o njenoj primjeni još uvijek traje. Zagovornici ručne zaštite međice tvrde da pritisak na međicu štiti osjetljivo tkivo, pritisak na djetetovu glavicu prije rotacije osigurava najmanji promjer i time se smanjuje rizik od rupture. Oni koji kritiziraju ovu intervenciju tvrde da glavica djeteta prirodno prolazi kroz porođajni kanal tako da se osigura najmanji promjer kod rotacije. Pritisak na glavicu djeteta, po mišljenju kritičara može poremetiti prirodnu orientaciju i okrenuti glavicu prema osjetljivoj međici, čime se povećava rizik od rupture. Ostale kritike finske intervencije su usmjerene protiv uporabe epiziotomije u slučaju indikacije, kao što je „čvrsta međica”, te u slučaju izravnog puknuće međice, a teškoću vide u ograničavanju položaja za rađanje samo na one koji omogućuju vizualni pregled međice (Poulsen et al., 2015.).

Druge ručne tehnike za zaštitu međice

U Norveškoj više od 90% porodničkih jedinica preporučuje upotrebu ručnih tehnika za zaštitu međice:

1. **Tehnika fleksije glavice:** DeWees je tehniku opisao 1889. godine. Kod fleksije glavice, primalja/liječnik rukom pritisne na zatiljak plodove glave u smjeru suprotnom od međice
2. **Ritgenov maneuver:** Opisao ga je Ritgen u »Williams Obstetrics«, 1. izdanje, godine 1903. Porodni pomoćnik s jednom rukom izvodi pritisak na međicu u smjeru prema gore, s drugom rukom isteže glavicu prema gore. Obje tehnike, iako potpuno

kontradiktorne, koriste se za smanjenje promjera porađajuće glavice i sprječavanje ozljeda kod majki. Iako se tehnike koriste više od jednog stoljeća, ostaje pitanje da li zaista pomažu očuvati međicu čitavom, a i istraživanja o ovoj temi je vrlo malo. Uvidom u normalan mehanizam porođaja, postaje jasno da je sam fetus automatski postavlja u najpovoljniji položaj za prolaz kroz porođajni kanal. Prilikom prolaska glavice kroz porođajni kanal, upravo blaga ekstenzija je ta koja omogućuje da se glavica porodi najmanjim promjerom. Stoga tehnika fleksije glavice neće smanjiti promjer porađajuće glavice i može stvoriti dodatni pritisak na međicu. Sila kojom porođajni suradnik djeluje na glavicu, vjerojatno će samo usporiti porađanje glavice, što utječe na polagano rastezanje međice i posljedično manje ozljede. To objašnjava zašto ova tehnika ima toliko zagovornika kod primalja. Istezanje glave glave pomoću Ritgenovog manevra uzrokuje da se glavica porađa većim promjerom. Dakle, obje tehnike mogu povećati mogućnost porođajnih ozljeda kod majke.

3. **Modificirani Ritgenov manevr:** opisan je u "Williams Obstetrics" 15. izdanje, 1976, identičan je Ritgenovemu manevru, ali se izvodi između trudova (Poulsen et al, 2015,).,

Svrha pregleda literature bila je da se utvrdi kako tehnika porađanja djeteta sa slobodnim rukama utječe na stanje međice nakon poroda, kakva je razlika između navedenih tehnika u smislu porodnih povreda kod vaginalnog porođaja te detaljnije predstavljanje Mima modela i finske intervencije kao primjera višestruke primaljske intervencije.

Metode rada

Upotrijebljena je opisna metoda rada, točnije sustavni pregled literature. Proveden je sustavni pregled znanstvene i stručne literature. Pregled literature uključuje pregled stranih baza podataka: The Cochrane Library, Web of Science, Medical Literature Online (Medline), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Embase, PubMed, Maternity and Infant Care. Stručni i znanstveni časopisi su ručno pregledani: Evidence Based Midwifery, Midwifery, British Journal of Obstetrics and Gynaecology, Birth. Kod pretraživanja literature bile su upotrijebljene ključne riječi: drugo porođajno doba, perineum, perinealne tehnike, perinealne ozljede, primaljska skrb. U literaturi se uspoređuju samo primarne studije s kvantitativnom metodologijom koja uspoređuje gore navedene tehnike zaštite međice. Kvaliteta pojedinačnih studija ocijenjena je pomoću tzv. CASP (Critical Evaluation Skills Program) (CASP, 2013). Zbog različite metodologije odabranih rezultata, rezultati su opisani opisno.

Rezultati

Broj rezultata pretrage, zatim eliminacija te konačni broj studija koje su bile uključene u pregledu literature prikazan je u tablici 1. Konačno, broj odgovarajućih rezultata je 5 studija koje su bile uključene u pregled literature.

Tablica 1. Prikaz tijeka odabira literature

Sve studije	n=316
Studije isključene radi neprimjerenog sadržaja	n=250
Potencijalno relevantne studije	n=66
Studije isključene radi duplicitiranja	n=37
Potencijalno primjerene studije	n=29
Studije isključene radi neprimjerenе metodologije	n=24
Uključene studije	n=5

Karakteristike odabranih studija prikazane su u tablici 2. Podaci iz pojedinačnih studija odabrani su pomoću posebno dizajniranih tablica podataka namijenjenih sustavnom pregledu literature. Sve odabrane studije obuhvaćale su kvantitativnu metodologiju, ali metode istraživanja bile su različite. Iz tog razloga, podaci nisu koncentrirani u meta-analizi, već opisani.

Tablica 2. Karakteristike proučavanih studija

Autori i datum	Naslov	Znanstvena revija	Lokacija	Metoda istraživanja	Broj sudionika
Da Costa and Riesco, 2006	A comparison of “hands off” versus “hands-on” techniques for decreasing perineal lacerations during birth	Journal of Midwifery and Women’s Health	Rodilište, Brazil	Randomizirana kontrolirana sstudija	70 prvorotki

Fahami et al., 2012	The effects of perineal management techniques on labor complications	Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research	Bolnica Daran, Iran	Pseudo-eksperimentalna klinička sstudija	99 prvorotki
Foroughipour et al., 2011	The effect of perineal control with hands-on and hands-poised methods on perineal trauma and delivery outcome	Journal of Research in Medical Sciences	Bolnica Shariati, Iran	Randomizirana kontrolirana studija	100 prvorotki
Mayerhofer et al., 2002	Traditional care of the perineum during birth: a prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women	The Journal of Reproductive Medicine	Univerzitetna bolnica Beč i Semmelweis »Ženska bolnica«, Austrija	Prospektivna, randomizirana, multicentrična studija	1,076 žena
Smith et al., 2013	Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study	BMC Pregnancy and Childbirth	Jedna porodnička jedinica, tri samostalne primaljske jedinice i porođaji vođeni kod kuće , jugozapadna Engleska	Studija prospektivnog promatranja	2,754 žena

Da Costa i Riesco (2006) su izvijestili o sličnom postotku razdora međice u obje skupine (ručna zaštita međice i sa slobodnim rukama). Njihova studija nije pronašla značajne razlike između usporedivih skupina u odnosu na ozljede kod poroda. Isto tako, Foroughipour i sur. (2011) nisu prijavili razlike među skupinama u vezi s ozljedama međice u porodu. S druge strane Fahami i suradnici (2012) su utvrdili da je razdor međice značajno veći u skupini s ručnom zaštitom međice ($p = 0,04$). Mayerhofer i suradnici (2002) su izvijestili o sličnom postotku razdora međice u obje skupine, ali istovremeno su istaknuli da su razdori međice trećeg stupnja statistički češći u skupini s ručnom zaštitom međice ($p = 0,035$). Autori su

istaknuli hipotezu ishemije perineuma, što bi značilo da ručna zaštita međice dovodi do ishemije tkiva, koja može biti važan čimbenik u nastajanju porodnih ozljeda. Smith et al. (2013), ustanovili su u svojoj studiji da tehnika porađanja sa slobodnim rukama značajno utječe na smanjenje porodnih ozljeda analnog sfinktera nakon porođaja.

Rasprava

Istraživanja pokazuju da slojevita primaljska intervencija pomaže smanjiti razinu razdora drugog stupnja, ali pri tome ne smijemo zanemariti znanje i iskustvo primalje ili liječnika koji provode intervenciju, kao i upotrebu određenih tehnika navedenih u članku. Primalje su u svijetu primarni skrbnici i stručnjaci za žene s niskorizičnim porodom (Fraser, Cooper, 2009; Sandall i sur., 2008). Kontinuirani kontakt je bitan za izgradnju povjerenja između žene i primalje i preduvjet je za pozitivno iskustvo porođaja (Lundgren, Berg, 2007). Žene koje su imale kontinuiranu primaljsku skrb govore o većem zadovoljstvu u smislu emocionalne podrške, bolje informiranosti, većeg sudjelovanja u procesu liječenja i veće mogućnosti za suradnju u usporedbi sa standardnom skrbi. Otkrili su da nije bilo štetnih posljedica za žene s niskim rizikom, koje su bile u skrbi primalja u usporedbi s onima koje su imali ginekološku skrb (Biro i sur, 2003; Hodnett i sur, 2011;.. Sutcliffe i sur, 2012). Kontinuiranoj primaljskoj skrbi u Sloveniji bi pomoglo pet primaljskih pregleda u trudnoći koje navodi Pravilnik za provođenje preventivne zdravstvene zaštite zdravih trudnica na primarnoj razini u 16, 28, 35, 37 i 38 tjedanu trudnoće (Ministarstvo zdravlja Republike Slovenije, u 2015. godini).

S ovim sustavnim pregledom literature, autori su željeli dodatno ispitati tehnike zaštite međice tijekom porođaja i usporediti ih istodobno. U nekim zemljama su se novije tehnike utemeljene na dokazima već infiltrirale u primaljsku praksu, dok drugdje o raznim tehnikama zaštite međice nema ni govora, prisutne su uglavnom tradicionalne metode zaštite međice, za koje ne znamo da li su najoptimalnije za žene. Pregled literature nije dao konkretne odgovore na pitanje, koja je tehnika za zaštitu međice bolja u odnosu na posljedične porodne povrede. Rezultati dviju studija su pokazali da nema nikakve razlike između primijenjenih tehnika zaštite međice (Da Costa, Riesco, 2006; Foroughipour i sur., 2011). Ova informacija je potvrđena od strane autora studije McCandlish i sur. (1998) i dva pregleda literature (Aasheim et al., 2012; Kettle, Tohill, 2011), koji nisu utvrdili razlike između tehnike zaštite međice povezanih sa porodnim povredama. Međutim, u tri navedene studije je naglašena važnost tehnike sa slobodnim rukama, jer u svojim istraživanjima vide pozitivne prednosti te metode

rada (Fahami i sur, 2012;.. Mayerhofer i sur, 2002;.. Smith i sur, 2013). Navedene prednosti metode zaštite međice sa slobodnim rukama svakako ne umnuju tradicionalne metode ručne zaštite međice, već samo prepostavljaju da bi primalja u svom radu koristila obje tehnike. Serija od sedam opservacijskih studija iz nordijskih zemalja nakon uvođenja finske intervencije za sve vaginalne porode našla je smanjenu incidenciju razdora međice u odnosu na razdoblje u kojem se nije rutinski koristila finska intervencija. Međutim, **stopa** dokaza o tim istraživanjima je niska, a fiziološki mehanizmi kojima se temelje na finskoj intervenciji nisu dobro dokumentirani. Izvođenje finske intervencije u kliničkim uvjetima ne može se preporučiti prije nego se u randomiziranim kontrolnim ispitivanjima dodatno procijeni širi raspon maternalnih i perinatalnih učinaka (Poulsen et. Al., 2015). MIMA model višestrukih primaljskih intervencija pomaže da se smanji stopa laceracija drugog stupnja kod prvorotki, bez povećanja incidencije epiziotomije. Intervencija se može provoditi i u većim medicinskim ustanovama i centrima gdje primalje brinu za žene s niskim i visokim rizikom trudnoće (Edqvist i sur., 2016).

Vrijedno je spomenuti i intervencijski program, kojeg su radi naglog povišenja težih ruptura međice i ruptura analnog sfinktera, uveli v skandinavskim državama. Primalje kao stručnjakinje iz područja poroda su bile upućene da dosljedno štite međicu ručnom tehnikom. Rezultati tih intervencija su pokazali značajno sniženje ruptura analnog sfinktera kod žena (Laine et al., 2008; Hals et al., 2010). Fretheim in suradnici (2011) kažu, da je upotreba potpornih tehnika za zaštitu međice u porodu još uvijek neizvjesna te ističu da smanjenje ruptura analnog sfinktera kod spomenute intervencije možda nije posljedica tradicionalne, ručne zaštite međice. Iz toga možemo zaključiti, da ne možemo sigurno tvrditi koju tehniku zaštite međice možemo preporučiti vezano uz urinsku in fekalnu inkontinenciju, koje navode autori Baghestan in suradnici (2010) kao česte komplikacije vaginalnog porođaja.

Ograničenja pregleda literature prvenstveno se odnose na kriterij uključivanja, koji je bio postavljen mnogo šire zbog nedostatka studija i istraživanja na tom području. Zbog različite metodologije uključenih studija nije bilo moguće izvesti meta-analizu, ali rezultati su prikazani opisno.

Zaključak

Za primalje, koje rade u kliničkom okruženju važno je da procijene svoju praksu i utvrde da li je upotreba tradicionalnih tehnika zaštite međice razumna. Važnost predstavljanja tehnika

zaštite međice bi trebalo predstaviti već u programu za izobrazbu primalja, a donošenje odluke o odabiru tehnike zaštite međice bi trebalo omogućiti ženama. S informiranim pristankom žene bi mogle sudjelovati i aktivnije se uključiti u proces zaštite međice, a trebalo bi ih i upoznati s adekvatnom brigom za međicu u trudnoći (higijena, masaža međice, vježbe mišića dna male zdjelice, prehrana). Tome bi znatno doprinijela kontinuirana primaljska skrb, ali i pet antenatalnih pregleda trudnice te naravno, odgovarajuća, obnovljena priprema za porođaj koju vode stručni zdravstveni djelatnici. Osim toga, primalje bi u porođajnim zapisnicima mogле navesti podrobnije informacije o upotrijebljenim tehnikama za zaštitu međice, što bi omogućilo retrospektivno promatranje ishoda porođaja i tako pomoglo u određivanju prednosti i nedostataka svake tehnike. Trebalo bi također zabilježiti da li su u porodu stavljače tople obloge na međicu, mijenjale položaje, kakav je položaj žena zauzela u porodu, da li je tiskanje bilo spontano, da li je porođaj trebalo stimulirati, da li je izведен pritisak na fundus maternice i drugo. Poslije porođaja bi trebalo pomnije pratiti žene, upozoravajući ih na odstupanja koja je potrebno pratiti i po potrebi liječiti.

Potebna su nova ispitivanja na tom području, jer je prezentirana tema prilično neistražena. Uz metodološki točne studije koje uključuju veliki uzorak žena, moglo bi se preciznije odgovoriti na pitanje koja tehnika zaštite međice je optimalna za osiguravanje zdravlja žena nakon porođaja.

Literatura

4. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma: systematic review. Cochrane Database Syst Rev. 2011;7(12):CD006672.
5. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Occult anal sphincter injuries- myth or reality? BJOG. 2006;113(2):195-200.
6. Baghestan E, Irgens LM, Børdbahl PE, Rasmussen S. Trends in risk factors for obstetric anal sphincter injuries in Norway. Obstet Gynecol. 2010;116(1):25-33.
7. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. Am J Obstet Gynecol. 2008;199(5):445-54.
8. Bick DE, Ismail KM, Macdonald S, Thomas P, Tohill S, Kettle C. How good are we at implementing evidence to support the management of birth related perineal trauma? A UK wide survey of midwifery practice [online]. BioMed Central Pregnancy and Childbirth.

2012;12(57).

Dostopno na:

<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-12-57>
(30. 1. 2018).

9. Biró MA, Waldenström U, Brown S, Pannifex JH. Satisfaction with team midwifery care for low- and high-risk women: a randomized controlled trial. *Birth*. 2003;30(1):1-10.
10. Critical Appraisal Skills Programme [CASP] Appraising the evidence, 2013. Dostopno na: <http://www.casp-uk.net/appraising-the-evidence> (30. 1. 2018).
11. Da Costa ADSC, Riesco MLG. A comparison of “hands off” versus “hands on” techniques for decreasing perineal lacerations during birth. *J Midwifery Womens Health*. 2006;51(2):106-11.
12. De Jong PR, Johanson RB, Baxen P, Adrians VD, Van der Westhuisen S, Jones PW. Randomized trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. *Br J Obst Gynaecol*. 1997;104(5):567-71.
13. Edqvist M, Hildingsson I, Mollberg M, Lundgren I, Lindgren H. Midwives' Management during the Second Stage of Labor in Relation to Second-Degree Tears-An Experimental Study, 2017;44(1):86-94.
14. Fahami F, Shokoohi Z, Kianpour M. The effects of perineal management techniques on labor complications. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2012;17(1):52-7.
15. Foroughipour A, Firuzeh F, Ghahiri A, Norbakhsh V, Heidari T. The effect of perineal control with hands-on and hands-poised methods on perineal trauma and delivery outcome. *J Res Med Sci*. 2011;16(8):1040-6.
16. Fraser DM, Cooper MA. The Midwife. V D. M. Freser, M. A. Cooper (Ured.), Myles textbook for midwives (3–10). Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier, 2009.
17. Fretheim A, Tanbo T, Vangen S, Reinar LM, Røttingen JA. Use of manual techniques for perineal support in Norwegian maternity departments. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2011;131(23):2352-4.
18. Hals E, Oian P, Pirhonen T, Gissler M, Hjelle S, Nilsen EB, et al. A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. *Obstet Gynecol*. 2010;116(4):901-8.
19. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA*. 2005;293(17):2141-8.

20. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;6;(2):CD003766
21. Kettle C, Tohill S. Perineal care: systematic review. Clinical evidence 2008. London: British Medical Journal Publishing Group Ltd.; 2011. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2907946/pdf/2008-1401.pdf> (30. 1. 2018).
22. Laine K, Pirhonen T, Rolland R, Pirhonen J. Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *Obstet Gynecol*. 2008;111(5):1053-7.
23. Lundgren I, Berg M. Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2007;21(2), 220–28.
24. Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K, Rabl M, Kaider A, Wagenbichler P, et al. Traditional care of the perineum during birth: a prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women. *J Reprod Med*. 2002;47(6):477-82.
25. Mazza D. Women's health in general practice. 2nd ed. Chatswood: Elsevier Australia; 2011.
26. McCandlish R, Bowler U, van Asten H, Berridge G, Winter C, Sames L, et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *Br J Obstetrics Gynaecol*. 1998;105(12):1262-72.
27. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Pravilnik o spremembni Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni; 2015. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zakonodaja/NPB_51_79/NPB_68.pdf (30.1.2018)
28. Murray ML, Huelsmann GM. Labor and delivery nursing: a guide to evidence-based practice. New York: Springer Publishing Company, LLC; 2009.
29. Pavel N. Šest področij v porodni sobi za boljšo porodno prakso. Magistrsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2016. Dostopno tudi na: <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=59851> (22.1.2018)
30. Petročnik P. Načini varovanja presredka. In: 7. mednarodna znanstvena konferenca Znanje, vrednote, prepričanja in dokazi za razvoj kakovostne zdravstvene obravnave: mesto in vloga zdravstvene nege, 12.-13. junij 2014. Bled: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Dostopno na:

http://www.fzab.si/uploads/zbornik_7_MZK.pdf (22.1.2018)

31. Poulsen MØ, Madsen ML, Skriver-Møller A, Overgaard C. Does the Finnish intervention prevent obstetric anal sphincter injuries? A systematic review of the literature
BMJ Open 2015;5:e008346.

Dostopno na:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4577972/> (22.1.2018)

32. Royal College of Midwives (RCM). Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour. London: RCM; 2012.

33. Sandall J, Devane D, Soltani H, Hatem M, Gates S. Midwife-led versus othermodels of care for childbearing women. Cochrane Database of Syst Rev. 2008; 8(4):CD004667

34. Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. BMC Pregnancy and Childbirth, 2013.
Dostopno na: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-13-59.pdf> (30. 1. 2018).

35. Sutcliffe K, Caird J, Kavanagh J, Rees R, Oliver K, Dickson K, et al. Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. J Adv Nurs. 2012;68(11):2376-86

36. Watanatitan J, Armarattas S, Manusirivithaya S. Incidence and factors associated with postpartum perineal pain in primipara. Thai Journal of obstetrics and Gynaecology. 2009;17(3):139-44.

STRUČNI SKUP

Tema: *Vratimo porodaj ženama: fiziologija trudnoće i porođaja*

"ZLATNI SAT" – ZAŠTO JE VAŽAN

Biserka Matok Glavaš, bacc.obs.,mag.med.techn.

Uvod

Preseljenjem porođaja u bolničko okruženje dovelo se do toga da se svakom porođaju pristupa kao visokorizičnom uz paket intervencija i onda kada za to ne postoji indikacija. Rutinsko odvajanje novorođenčeta i majke neposredno nakon poroda također je bila uobičajena praksa koja se rutinski primjenjivala u svim rodilištima. Uvođenjem programa „10 koraka do uspješnog dojenja“ koji je preduvjet za dobivanje titule „Rodilište prijatelj djece“ koju danas nose sva hrvatska rodilišta ta praksa se mijenja. Nakon poroda majka i novorođenče se ne razdvajaju, kroz rooming-in prakticira se 24 satni zajednički boravak majke i novorođenčeta u rodilištu. Naglasak se stavlja na ostvarivanje ranog kontakta koža na kožu između majke i novorođenčeta neposredno nakon poroda. Pozitivne promjene u zdravstvenim ustanovama potiču se što manjim uplitanjima u fiziološki porođaj, kritičnom upotreboom intervencija i lijekova, individualnim pristupom i kontinuiranom potporom tijekom porođaja. Ništa manje važno, neposredno nakon poroda je omogućiti neometano ostvarivanje ranog kontakta između majke i novorođenčeta u trajanju od najmanje 60 minuta.

Rasprava

Nils Bergman, liječnik s dugogodišnjom praksom u porodništvu i istraživač na istom području danas je jedan od najznačajnijih zagovornika ranog kontakta koža na kožu između majke i novorođenčeta . On ističe da ne smijemo raditi protiv prirode jer time dugoročno štetimo i djetetu i majci. Prema njemu, samo su dvije istine:

1. Bebe i mame se ne trebaju razdvajati nakon poroda
2. Majku nikada ne treba ostaviti samu nakon poroda

Poziva nas da novorođenče vratimo tamo gdje mu je mjesto- na majčina prsa. Ukoliko se radi o prerano rođenom djetu tada su prednosti još veće i značajnije.

Iako proces vezivanja za dijete počinje znatno ranije nego sam porod, sami događaji vezani uz porod snažno utječu na majčine osjećaje prema novorođenčetu.

Brojnim postupcima tijekom trudova i poroda možemo pomoći uspostavi ranog podoja ali isto tako mnogi rutinski postupci tijekom trudova i poroda mogu omesti uspostavu ranog tjelesnog kontakta i prvog podoja u rađaonici.

Pružanjem emocionalne podrške što se može postići tako da se omogući prisustvo bliske osobe tijekom boravka u rađaonici, osigurati tekućinu i lagani obrok na početku poroda, omogućiti slobodu kretanja i izbjegavanje nepotrebnih carskih rezova neki su od postupaka kojima možemo pomoći.

Kontinuirano kardiotokografsko snimanje, ležanje u krevetu, uskraćivanje tekućine i hrane na početku poroda, upotreba lijekova koji će majku umiriti i uspavati, nedostatak emocionalne potrebe, rutinska epiziotomija te brojni drugi postupci koji se u porodu rade rutinski bez da su medicinski opravdani su postupci koji mogu spriječiti i omesti rani kontakt koža na kožu između majke i novorođenčeta i uspostavu dojenja.

Mnoge prepreke vezane za ostvarivanje ranog kontakta majke i novorođenčeta vezane su za rutinske postupke u nekom rodilištu i zapravo nisu medicinski opravdani. Strah da će se dijete pothladiti, dijete treba pregledati, okupati, izvagati, treba sašiti epiziotomiju, gužva u rađaonici, nedostatak osoblja, novorođenče pospano od lijekova koje je majka dobila u porodu.

Dugo se smatralo da novorođenče ništa ne zna i ne osjeća, međutim danas znamo da po porodu koristi svih pet osjetila.

Vid: Odmah po porodu dijete rado promatra majčino lice, vid mu je najoštriji na udaljenosti od 20 do 30 cm, a nakon što uspije pronaći lice majke pokušava se usredotočiti na oči. Treba napomenuti kako će navedeno izostati kod prejakog osvjetljenja, stoga bi nakon poroda jako osvjetljenje trebalo ukloniti.

Sluh: Fetus počinje slušati od 25. tjedna trudnoće. Privlače ga visoki tonovi, osobito glas vlastite majke. Razgovara li majka s djetetom pomoći će mu da poveže lice i glas. Razgovor s novorođenčetom potiče razvoj mozga, socijalni i emotivni rast. Ukoliko netom rođeno dijete plače, prestat će kada mu majka počne govoriti nježnim glasom.

Njuh: Najbolje je proučeno osjetilo i smatra se najvažnijim. Dobro je razvijeno u trenutku rođenja. Novorođenče prati miris plodove vode, te ga privlači miris dojke; ukoliko se jedna dojka opere, ono će puzati prema onoj neopranoj. Stoga se novorođenčetu kod sušenja nakon poroda ne bi trebale sušiti i ručice. Kupati ga se nikako ne bi smjelo.

Okus: Novorođenče je najsklonije okusu plodove vode i kolostruma. Liže svoje prste ukoliko

nisu oprani, te puzeći spontano liže majku tražeći bradavicu što predstavlja „vježbu“ za sisanje.

Dodir: Dijete je u maternici okruženo toplinom majčina tijela i nakon poroda aktivno traži dodir s tijelom. Kontakt majke i djeteta kožom na kožu potiče razvoj imunološkog sustava te izlučivanje hormona rasta. Koncept „koža na kožu“ predstavlja iznimno važan postupak i prirodan tijek po rođenju, a donosi nebrojene koristi za dijete.

Kontakt koža na kožu je rani tjelesni kontakt između majke i novorođenčeta neposredno nakon poroda što podrazumijeva golu kožu na golu kožu. Dijetu je potrebno osušiti kožu (sve osim ručica), staviti ga potrebuške majci na trbuš ili između grudi. Tada majku i novorođenče treba pokriti i utopliti i staviti u položaj u kojem mogu ostvariti kontakt očima (licem u lice). Dojke se ne Peru niti brišu neposredno nakon poroda. Potrebno je pričekati da dijete bude spremno za sisanje, pomoći ukoliko je potrebno i ne odvajati majku i dijete sve dok prvi podoj nije gotov. U prvom podoju novorođenče prima kolostrum – tekućinu koja se u dojkama nalazi od sredine trudnoće i savršena je hrana za prve djetetove dane. Kolostrum sadrži veliku količinu imunoglobulina i drugih zaštitnih antitijela pa se smatra ne samo prirodnom hranom već i lijekom. Zato ga se često naziva i djetetovim prvim cjepivom. Kolostrum pomaže novorođenčetu regulirati razvoj vlastitog imunog sistema. Imunoglobulini se kod prvog podoja šire u sluznici želučano-crijevnog trakta i tamo sprječavaju prodror i širenje bakterija i alergena. Kolostrum ima i laksativna svojstva – potiče i ubrzava izlazak mekonija iz djetetovih crijeva, a time i izbacivanje bilirubina koji je odgovoran za žuticu kod novorođenčadi.

Kontakt koža na kožu trebao bi biti neometan od svih sudionika u porodu i treba mu dati prednost pred svim rutinskim postupcima u periodu neposredno nakon poroda. Kupanje, vaganje, mjerjenje, pregled novorođenčeta, postupci su koje zdravstveni djelatnici radi vlastite komocije vole odraditi odmah nakon poroda ne razmišljajući pri tome o neprocjenjivoj koristi neometanog kontakta koža na kožu neposredno nakon poroda, kako za novorođenče, tako i za majku.

Kontakt umiruje majku i stvara se neraskidiva veza između majke i djeteta poznata pod nazivom ljubav. Djetetu pomaže pri stabilizaciji srčane akcije i disanja. Ostvarivanjem tjelesnog kontakta održava se toplina djeteta zahvaljujući toplini majčinog tijela. Kontakt koža na kožu pomaže pri metaboličkoj adaptaciji i stabilizaciji razine glukoze kod novorođenčeta. Smanjuje se plač djeteta, a time i potrošnja energije.

Kontaktom koža na kožu omogućujemo djetetu najbolju prilagodbu na vanmaternični život i

dali smo mu najbolji mogući početak života.

Dijete se nakon rođenja i života u sterilnoj okolini maternice mora suočiti s brojnim stranim bakterijama. Polaganjem djeteta na majčina prsa neposredno nakon poroda i omogućavanjem ranog podoja njegova će se koža i probavni sustav kolonizirati bakterijama s majčinog tijela te će za njih kroz kolostrum dobiti antitijela.

Isto tako poboljšava se povezivanje između majke i njenog djeteta, jer je dijete obično budno u prvih sat- dva po rođenju, a nakon toga zaspi i duže vrijeme spava.

Kod majke na taj način potičemo izlučivanje oksitocina, posljedično tome dojke postaju toplije, smanjuje se stres kod majke i izaziva njen dobro raspoloženje.

Uspostava kontakta pogledom između majke i novorođenčeta od neprocjenjive je važnosti za uspostavljanje roditeljstva i započinjanje međusobne veze.

Novorođenče kojem smo omogućili neometani kontakt koža na kožu koji bi trebao trajati minimalno 60 minuta sposobno je vlastitim snagama pronaći put do dojke i bradavice. Prvi podoj smiruje i novorođenče i majku. Majka proučava svoje novorođenče, želi se uvjeriti da je sve u redu, želi ga pomirisati i osjetiti, te na taj način uspostavlja neraskidivu vezu sa svojim djetetom. Dijete pak osluškuje otkucaje majčinog srca koji su mu poznati jer je devet mjeseci u majčinoj utrobi slušalo taj zvuk.

Osim toga kontakt koža na kožu kroz dojenje potiče involuciju maternice i smanjuje rizik od postporođajnog krvarenja kod majke.

Brojna istraživanja diljem svijeta dokazala su da praksa u kojoj se primjenjuje kontakt koža na kožu između novorođenčadi i majke, a posebno kod prijevremeno rođene djece rezultira manjim brojem infekcija, bržim rastom i napretkom, te manjom smrtnošću.

Danas se sve više govori i o važnosti kontakta koža na kožu između oca i djeteta. Sve je više i istraživanja koja potvrđuju važnu ulogu oca tijekom poroda i postnatalnog perioda. Danas se zna da očeva povezanost s djetetom može utjecati na socijalno i emocionalno zdravlje djeteta u prvih 10 godina i duže. Zato je važno da i očevi ostvare kontakt koža na kožu sa svojim djetetom. Dr. Nils Bergman 2015. godine predstavio je istraživanje koje pokazuje kako samo 30 minuta kontakta koža na kožu između oca i djeteta mijenja očev mozak. Vrijeme provedeno u kontaktu koža na kožu kod oca dovodi do hormonalnih promjena, uključujući porast dopamina. Povećanje razine dopamina u kombinaciji s oslobođanjem oksitocina u očevom mozgu stvara pozitivne asocijacije kod bliskog kontakta s djetetom, te se smatra da to ocu pomaže kod buđenja njegovog prirodnog roditeljskog instinkta. Iako to ne znači da će očevi koji nisu imali kontakt koža na kožu sa svojom djecom biti loši roditelji, smatra se da pomaže u pozitivnom biološkom povezivanju. Kada je dijete nemirno kod majke, pozitivno

biološko povezivanje pomoći će da otac uskoći i ponudi pomoć bez da ga se to mora tražiti.

Zaključak

Fiziološke promjene koje dijete doživljava po rođenju toliko su složene da se mogu usporediti jedino s promjenama koje se dešavaju prilikom umiranja. Dat novorođenče majci u naručje odmah po rođenju najprirodniji je nastavak fetalnog života. Na majčinim prsima novorođenče najlakše proživljava adaptaciju na vanmaternični život. U trenutku rođenja novorođenče iz idealnih uvjeta u maternici gdje je boravilo devet mjeseci dolazi na svijet izloženo brojnim stresorima kao što su svjetlo, buka, temperatura okoline. Stavljanjem novorođenčeta na majčina prsa omogućit ćemo da se osjeća sigurno jer je to za njega siguran i poznat teren. Otkucaji majčina srca, disanje i dodir gole kože najviše je što možemo pružiti novorođenčetu neposredno po rođenju. Brojna istraživanja potvrđuju brojne kratkoročne i dugoročne dobrobiti za svu novorođenčad koja su neposredno po porodu stavljena u kontakt koža na kožu. Važnost kontakta koža na kožu ističe se i činjenicom da je preporuka da sva novorođenčad čije majke iz bilo kojeg razloga nisu u stanju ostvariti kontakt koža na kožu, stavimo u kontakt koža na kožu s ocem.

Kako sve više istraživanja potvrđuje prednosti kontakta koža na kožu i za očeve, svakako bi trebalo ohrabriti očeve da imaju kontakt koža na kožu sa svojim djetetom u prvom danu nakon rođenja.

Bez jasnih medicinskih indikacija nikada ne treba prekidati i ometati rani kontakt koža na kožu između majke i novorođenčadi.

LITERATURA

- Unicef, Uloga primalje u fiziološkom porođaju i dojenju, Ministarstvo zdravlja i socijalne skrbi Republike Hrvatske
- Medicinski fakultet u Splitu, Katedra obiteljske medicine: Suvremena saznanja o laktaciji i dojenju, Split, 2011.
- Grgurić J, Pavičić Bošnjak A, Stanojević M, Zakanj Z (2007) Priručnik za provođenje inicijative "Rodilišta prijatelj dojenju". UNICEF- Ured za Hrvatsku, Kratis, Zagreb.
- Northrup C (2005) Mudrost majčinstva: Majke i kćeri. Zagreb, Biovega.
- Roditelji u akciji: R. Grubišić, I. Kopilaš, A. Perković, T. Pucić, V. Valčić, 19.4.2015 Neprocjenjiva važnost kontakta koža na kožu i prvog podoja za zdravlje novorođenčeta, Udruga „Roditelji u akciji“, (Roda), www.roda.hr
- Roditelji u akciji: Dr. Jack Newman, 19.4.2015. Važnost kontakta „koža na kožu“, www.roda.hr
- 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_MBFHI_smjernice.pdf
- <http://www.skintoskincontact.com/ssc-based-mother.aspx>
- [http://nwhjournal.org/article/S1751-4851\(15\)30671-1/fulltext](http://nwhjournal.org/article/S1751-4851(15)30671-1/fulltext)
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5807736/>

STRUČNI SKUP

Tema: *Vratimo porodaj ženama: fiziologija trudnoće i porodaja*

FIZIOLOŠKI PORODAJ U VARAŽDINSKOM RODILIŠTU

Ksenija Horvatić, bacc. med. techn., primalja

Melita Majcen, bacc. med, techn., primalja

Opća bolnica Varaždin

Služba za ginekologiju i porodništvo, Odjel rađaonice

Kada se u Hrvatskoj porodaj počeo humanizirati varaždinski liječnici i primalje su prepoznali potrebu žena da sudjeluju u donošenju odluke o načinu dovršenja svog porođaja, nastojali im omogućiti da imaju porođaj kakav žele te tako varaždinsko rodilište svrstali u sam vrh hrvatskih rodilišta u kojima bi žene željele rađati svoju djecu.

Zbog toga su mnoge žene iz raznih gradova Hrvatske dolazile u naše rodilište rađati svoju djecu, jer su znale da će tu biti poštovane njihove želje i razmišljanja koliko je najviše moguće. I taj se trend nastavio do danas.

Tbl. 1 - Rodilje iz drugih županija

	2013	2014	2015	2016	2017
Broj porodaja	1578	1516	1537	1562	1454
Zagrebačka županija	30	26	31	23	19
Međimurska županija	51	43	49	55	88
Koprivničko-križevačka županija	48	51	44	16	18
Bjelovar-bilogorska županija	2	0	0	2	3
Krapinsko-zagorska županija	23	14	23	12	2

županija					
Ukupno	155 ili 9,8%	131 ili 8,6%	147 ili 9,5%	108 ili 6,9%	130 ili 8,9%

Tablica 1 prikazuje trend dolazaka rodilja iz drugih županija zadnjih pet godina. Nema značajnije razlike po godinama, nekako je to uvejk blizu 9%.

Postoji nekoliko strategija za humanizaciju porođaja – strategija koje će ženi i obitelji vratiti kontrolu nad rađanjem vlastitog djeteta, istodobno omogućavajući ženi da vjeruje u sebe kroz iskustvo onoga što njezino tijelo samo može postići.

Primaljstvo ima dugu tradiciju stavljanja žene u središte pozornosti, gdje je sva kontrola u ženinim rukama, a primalja pruža onu vrstu skrbi koja jača i ženu i obitelj. Stoga je davanje primarne maternalne skrbi primaljama u ruke središnja strategija za humanizaciju porođaja.

Zadnjih 15 godina varaždinske primalje se educiraju, usavršavaju u pružanju primaljskih vještina rodiljama, osluškuju potrebe žena i nastoje sva njihova razmišljanja i želje poštivati kako bi im porođaj i boravak u rodilištu ostao u što ljepšem sjećanju.

Bez obzira što hrvatsko zdravstvo danas već prepoznae prvostupnicu primaljstva, primalja, na žalost još uvejk nije samostalna u svom radu, ne donosi odluke o tijeku porođaja, ali ipak može mnogo učiniti da se žena u rađaonici osjeća sigurno i opušteno.

Primalje mogu puno učiniti da se žena osjeća ugodno, da joj se olakša. Primalje svojim toplim nastupom pružaju ženi osjećaj da ih se razumije. Važno je ženu ne sputavati niti joj naturati nešto što joj ne odgovara. Izuzetno je važan kontakt, međusobno uvažavanje i poštovanje.

Rođenje djeteta nezaboravno je iskustvo koje na površinu izvlači cjelokupno nasljeđe žene s majčine strane. Vrijeme oko poroda i rođenja ispunjeno je energijom novog početka, rasta i promjene.

Priroda je dizajnirala porod i rođenje kao božanstveni vrhunac životnog iskustva koje majka nikada neće zaboraviti zahvaljujući dvama ključnim hormonima – oksitocinu i endorfionu. Zahvaljujući tim hormonima u porodu su sva majčina osjetila puno osjetljivija.

Većina žena ima u glavi sliku rodilje koja se krivi u bolu, čupa kosu i plače tijekom trudova. Tim ženama vjerojatno nikad nije bilo rečeno o mehanizmu straha kao jednom od glavnih razloga razdiruće боли. Porodajna bol se mijenja tijekom svake faze poroda. Primalje to znaju te ženama danas šalju drugačije poruke u vezi porođajnih bolova – što oni znače, koja je

njihova svrha, čemu služe i kako se što bolje nositi s njima.

Da bismo mogle biti pomagačice ženama u tim za njih najvažnijim trenucima, znamo i razumjemo što se događa u ženinu tijelu u porođaju, kako ono funkcionira i na koji se način brani od боли.

Isto tako, imamo dovoljno strpljenja i dajemo ženi priliku da svoje dijete tiska nježno i polako, bez intervencija, jer ukoliko postupimo tako, vjerojatno neće trebati raditi epiziotomiju.

Porod može biti težak rad, može i boljeti. Ali nagrada vrijedi tog truda.

Primalje znaju da ženi u porođaju najviše treba ohrabrenje i potpora puna ljubavi kako bi se potakla da rodi normalno i to im, uz svoje stručno znanje, ponovo pružamo.

Danas u rađaonici rade 3 prvostupnica primaljstva , 5 primalja sa dugogodišnjim stažom u rađaonici, a dvije primalje, bacc.med.techn. završavaju bridging program za prvostupnicu primaljstva u Rijeci. S takvim profilom primaljskog kadra mi smo već danas spremne zadovoljiti visoke zahtjeve koji su postavljeni pred rodilišta koja žele dobiti prestižnu titulu rodilišta prijatelja majki i djece.

Rodilje u varaždinskom rodilištu mogu, ukoliko je sve u porođaju u redu, zauzeti položaj koji žele, mogu se kretati, stajati, ležati... Osim ugodnog ambijenta na raspolaganju su im pilates lopte, koje će im pomoći ublažiti trudove, muzika u svakoj sobi za rađanje, ljubazno osoblje koje će nastojati ispuniti sve njihove želje, razna pomagala kojima će ublažiti porođajnu bol.

I bez obzira što je u svojim mogućnostima da izbjegne upotrebu lijekova i drugih intervencija vrlo ograničena, primalja će svojim znanjem i nježnošću pomoći ženi da joj doživljaj porođaja ostane u lijepom sjećanju.

Žene u porođaju ne sputavamo niti im namećemo nešto što im ne odgovara. Trudimo se uspostaviti dobar kontakt s rodiljom te na taj način postići međusobno uvažavanje i poštovanje.

Rodilja može sve reći i pitati, neke sa sobom donose svoj plan porođaja koji mi uvažavamo i nastojimo ga poštivati (na taj način se žena vrlo brzo predstavi osoblju i isto tako brzo prenese poruku o svojim željama o načinu dovršenja poroda).

Nastojimo rodiljama ne nametati svoje stavove, potrebe ili očekivanja.

Rodilja u porođaju odabire položaj koji želi, što utječe na njezino pozitivno iskustvo u porodu: spoznaju da je sposobna kontrolirati vlastite postupke, očuvati nadzor nad stanjem i opustiti se.

Pravo na humanije rađanje podrazumijeva i sudjelovanje oba roditelja u porođaju.

Budući roditelji pohađaju tečajeve da bi mogli razumjeti što se događa. Razumijevanje porođaja pruža im radostan osjećaj zbog rađanja novog života, radost koju sigurno zaslužuju nakon devet mjeseci trudnoće.

Tečajevi za roditelje se provode neprestano od 2003. godine.

Potporna puna suošćenja prije i tijekom porođaja, od osobe bliske roditelji može smanjiti potrebu za farmakološkim ublažavanjem bolova i tako poboljšati iskustvo rađanja djeteta.

U porođaju je osobito važna i osoba za podršku koja će roditelji pružiti psihički i fizičku pomoć u porođaju. Rodilje s pratnjom dolaze od 2003. godine kada smo otvorili vrata rodilišta i za pratnju u porodu. Bez obzira što je pratnja u porođaju prisutna već gotovo 15 godina, što nije ograničena samo na oca djeteta, već roditelja uzima pratnju po želji, još uvijek s pratnjom dolazi manje od 50% roditelja.

Tbl. 2 - Pratnja na porođaju

	2013	2014	2015	2016	2017
Partner	417	402	386	405	550
Doula	?	?	?	12	15
Ostali	70	61	102	203	105
Ukupno	487 31%	463 30%	488 32%	620 40%	670 46%

U tablici 2 je prikazano koja pratnja i u kojem postotku dolazi s roditeljom na porođaj.

Tradicionalno su to najviše muževi i oni su zastupljeni sa oko 80%, dok ostalih 20% otpada na sestru, prijateljicu, majku i od 2016. godine doulu.

Za porođaj roditelje mogu odabrati položaj koji njima najviše odgovara. Mogu odabrati:

Položaj na leđima

- Omogućava održavanje asepse, CTG, urez međice i šivanje
- Majci nije udobno
- Napinjanje vagine i međice povećava potrebu za urezom međice
- Rodilja radi protiv gravitacije

Polusjedeći položaj

37. Sredina između ležećeg i uspravnog položaja
38. Povećava učinkovitost trbušnih mišića kod tiskanja i skraćuje trajanje drugog porodnog doba

Položaj na boku

- Prirodan i udoban položaj za rodilju
- Primalje ga cijene jer je spolovilo pregledno i lako dostupno
- Pozitivan učinak kod zastoja ramena u porodu

Položaj na stolčiću

- Sjedeći položaj nudi više udobnosti nego čučeći
- Žene koje osjećaju česte bolove u križima tvrde da stolica za rađanje smanjuje ili čak eliminira bol
- Pomaže gravitaciju

Čučeći položaj

- Na cijeni radi učinka sile teže
- Gotovo nikad se ne koristi (konzervativni smo)
- Danas u čučećem položaju rađaju sasvim slučajno

Klečeći položaj

- Kao i čučanje, značajno je za neeuropske narode
- Simbolizira položaj koji opušta
- Poželjno je u fazi spuštanja glavice do dna male zdjelice

Tbl. 3 - Položaji za rađanje

	2013	2014	2015	2016	2017
Vaginalno dovršeni porođaji	1578	1516	1537	1562	1454
Stolčić	14	14	22	18	11
Bok	20	21	27	10	16
Koljena	8	2	2	2	/
Stojeći	1	/	1	1	/
Ukupno	43 (2,72%)	37 (2,44%)	52 (3,38%)	31 (1,98%)	27 (1,85%)

Tablica 3 prikazuje udio alternativnih načina porađanja te vrste tih porođaja. Tu se ne možemo pohvaliti nekim većim brojem takovih porođaja. U zadnjih pet godina postotak alternativnih

metoda porađanja iznosi između 2,5 i 4%. od tog malog broja žena koje odabiru drugačiji način svog porođaja, najviše ih se porađa na boku, slijedi porođaj na stolčiću, zatim položaj na koljenima te stojeći položaj. Ovdje valja napomenuti da se najviše žena porađa u polusjedećem položaju, kojim smo zamijenili ginekološki položaj, on je već uobičajen u našoj praksi pa ovdje nije posebno spomenut.

Primalje varaždinskog rodilišta slijede preporuke SZO koje kažu da bi trebalo napustiti rutinsku epiziotomiju, postotak epiziotomija ne bi trebao biti viši od 20%, a optimalno je 10%.

Mnoge žene se nadaju da tijekom poroda neće biti potrebna epiziotomija, a to je sve više i cilj primalja koje brigu oko međice doživljavaju kao ključ profesionalnog umijeća.

Epiziotomija je sigurno opravdana i neophodna u nekim slučajevima, ali ne kao rutinska procedura.

Žene kojima se radi epiziotomija imaju puno više šanse za puknuće međice uz rez epiziotomije. To se događa zbog obilnog istezanja tkiva međice tijekom prolaska djeteta porođajnim kanalom i vaginalnim otvorom.

Epiziotomija može prouzročiti obilnije krvarenje, bolne ožiljke i nepotrebne boli nakon porođaja, a te tegobe mogu utjecati na biološku vezu majke i djeteta te na dojenje.

Kako žena doživljava epiziotomiju?

Pogled s tog aspekta se često zaboravlja ili smatra premalo medicinskim. Svatko zna da epiziotomija izaziva značajne boli u prvim danima nakon porođaja, koja često puerperu skreće od dojenja, smanjuje njenu radost i doživljavanje materinstva u prvima dodirima s djetetom.

Prečesto čujemo da taj zahvat mnoge mlade majke smatraju najneugodnijim dijelom i doživljajem u porodu.

Tbl. 4 – Broj epiziotomija

	2013	2014	2015	2016	2017
Ukupan broj porođaja	1578	1516	1537	1562	1454
S.C.	211 13,3%	226 14,9%	261 16,9%	280 17,9%	325 22,3%
Broj vaginalno dovršenih porođaja	1367	1290	1276	1282	1129
Broj epiziotomija	403 ili 29,48%	404 ili 31,31%	282 ili 22,10%	317 ili 24,72%	272 ili 24,09%

U tablici 4 je prikazan broj epiziotomija. Taj broj zadnjih pet godina nije visok, prošle je godine iznosio 24,09%. Mi nastojimo taj postotak još smanjiti, a da se to može vidljivo je iz rezultata u proteklih pet godina, gdje je 2015. godine to iznosilo 22,10%. Prema najnovijem istraživanju koje je provela Udruga Roda varaždinsko rodilište je prema postotku učinjenih epiziotomija svrstano u sam vrh hrvatsih rodilišta, a prema statistici rodilišta varaždinske Opće bolnice, ocijenjeno je s pet zvjezdica i jedno je od šest u Hrvatskoj koje imaju maksimalan broj zvjezdica.

To sigurno pokazuje kvalitetu sveukupnog rada rodilišta, a niski postotak epiziotomija govori o dobroj educiranosti i primalja i žena, te o strpljenju primalja i njihovoj kvalitetnoj skrbi u tijeku porođaja, jer neoprostivo je da oni koji pomažu kod porođaja porođaj obavljaju na način koji je za njih komotniji, a da ujedno nije korisniji za majku i dijete.

Primalje i prvom satu u životu djeteta posvećuju odgovarajuću pažnju. Povratkom prirodnim, nemedikaliziranim porođajima dijete i majka neposredno nakon poroda ostaju dulje zajedno, čeka se da pupkovina prestane pulsirati prije rezanja, dijete se ne odvaja od majke.

Kad se dijete porodi, primalja ga stavlja majci na trbuš ili prsa. U dodiru koža-koža dijete se počinje pripremati za dojenje (traži dojku, stavlja ruku u ust...) a majka se odaziva na kretnje djeteta.

Dodir i majčino mlijeko omogućuju novorođenčetu najbolji početak života. Dojenje je mnogo više od hrane: ono nudi udobnost, zadovoljstvo i doživljaj posebnog zbližavanja majke i djeteta. Na taj se način dijete osjeća sigurno, što je temelj osnovnog povjerenja u dalnjem životu.

Svi procesi u porođaju se prirodno odvijaju i većini žena nisu potrebne intervencije, mehaničke ili one potaknute lijekovima, koje porođaj na kraju pretvaraju u hitni medicinski slučaj, a ne u normalan fiziološki događaj, kakav on u stvari jest.

Porođaj i rođenje iskustva su koja ženu povezuju s njezinom ženskom snagom. Savršen, prirodni porođaj moguć je u mnogim sredinama. Žena samo treba vjerovati u snagu svog tijela, mora voljeti i željeti svoje dijete, mora razumjeti fiziologiju porođaja i mora biti sigurna da oni koji joj pomažu prihvaćaju njen tijelo, razumiju prirodu porođaja i ne upliču se u taj proces.

U trenutku rođenja djeteta, emocionalno i fizičko dobro stanje majke na izravan način ovisi o tome koliko je mi ohrabrujemo, koliko se sigurno osjeća i kako doživljava podršku koju dobiva.

Žena je emocionalno jako prijemčiva tijekom trudnoće i poroda pa maksimalno upija sve što joj dolazi iz okružja. U tim je trenucima posebno osjetljiva na strah skrbnika ili na bilo kakav nesklad u njezinu okružju.

Pomagala sam poroditi dovoljno puta pa znam da kad se žene osjećaju udobno, opušteno i imaju dobру potporu, njihova tijela automatski znaju što učiniti kako bi i one i njihova djeca bile sigurne.

Onog časa kada dovoljan broj žena prihvati istinu o snazi ženskog tijela i odgovornost za porođaj, potvrdit će se moć rađanja i to će pomoći da se medicinska tehnologija preseli tamo kamo i pripada- u službu rodilja, a ne njihovih gospodara.

Sa svime što su naše primalje zadnjih petnaest godina napravile potičući humanizaciju porođaja i educirajući sebe, učeći primjenjivati zaboravljenе primaljske vještine, sve smo bliže tome da ženu koja rađa stavimo u središte zbivanja te da zaista budemo ono što smo tradicionalno bile: iskusne pratiteljice rodilja koje su u stanju uočiti probleme koji se katkad pojave, pomagačice ženama u tim za njih najvažnijim trenucima, koje znaju i razumiju što se događa u ženinu tijelu u porođaju, kako ono funkcioniра i na koji se način brani od boli.

STRUČNI SKUP

Tema: *Vratimo porodaj ženama: fiziologija trudnoće i porođaja*

PRIMALJA I DOULA ZAJEDNO – BOLJA SKRB ŽENE U PEROĐAJU

Erika Spirić, bacc.obs.

Hrvatska komora primalja

Žene rađaju otkad žive, a pri tome im pomažu druge žene. Slika žene koja rađa, okružena primaljom i drugim ženama koje joj pri tome pomažu, stara je kao i svijet.

Porođajne boli i muka spominju se i u biblijskim tekstovima. Stoga se brojne žene, ali i muškarci pribavljaju jednog od najmističnijih i najljepših trenutaka u životu svakog čovjeka - rođenja vlastitog djeteta.

S vremenom se porođaji sele u bolnice, u okruženje opremljeno naprednom tehnologijom i rutinskim elektronskim praćenjem. Trudovi i porod postaju sve više medikalizirani, više tehnološki. To više nije stvar majke i djeteta, već zaokupljenost liječnika kako da najbolje kontroliraju i ovladaju porodom. Žena u porodu ostaje sama, rađa uz asistenciju nepoznatog medicinskog osoblja koje ju uvjerava kako oni najbolje znaju kako će ona roditi, ali nisu uz nju, već je ostavljaju samu. A ono što žena najviše treba pri porođaju je ohrabrenje i potpora puna ljubavi kako bi se potakla da rodi normalno. No, prečesto one to ne dobivaju jer liječnici, ali i primalje zastupaju ista stajališta o porođaju „izlječiti što je prije moguće“.

Naime, iskustvo porođaja, nije i ne mora biti kao ono s filmskih platna: popraćeno medicinskim osobljem koje nekontrolirano trči po salama, reflektorskim svjetlima, priključivanjem na bezbroj aparata, infuziju i drip, urlicima pri svakom trudu i horor grimasama.

Uglavnom, u silnoj mehanizaciji svega i svačega pomalo smo zaboravili na neke iskonske stvari, a to je da ženska snaga i nježnost u porodu puno pomažu.

Zadnjih petnaestak godina se porodništvo počelo humanizirati, porođaj i rođenje se pokušavaju vratiti natrag u okvire prirodnog, humanog događaja kod žene.

Humanizacijom porođaja vratili smo i pratnju ženi u porodu u rađaonice, dozvolili smo joj da se kreće, da mijenja položaje, da piye vodu... Pratnja za sada može biti samo jedna osoba. Da li će to biti suprug, majka, prijateljica, sestra ili netko drugi, žena će odabrati sama. Supruzi se uglavnom ne nameću, ne skidaju pogled sa žene, dobro sve podnose, ali se na njima vidi da im je teško kad ženu boli i da su oni u tome svemu pomalo izgubljeni. Pratnja na porodu je ponekad divna i zaista pomaže ženi, no ponekad i nije tako. Ponekad, usprkos edukaciji koju prođu prije poroda, pratnja ne zna što ih čeka, ni i kako pomoći, koliko će to sve trajati i kako bolno za rodilju će biti. Snažni i veliki izvana, očevi su uvijek zabrinuti i nemirni iznutra.

Žele zaštititi svoje voljene pa se na porođaju osjećaju nemoćno.

U svojoj dugogodišnjoj praksi vidjela sam muževe koji su bili silno uplašeni, silno zabrinuti za ženu, koji su na svaki trud zvali osoblje i pitali do kada će to trajati, koliko još, zašto joj ne pomognemo, jer nisu mogli gledati kako ženu boli, nisu znali kako joj pomoći. A osoblja je premalo, jedna primalja brine i o pet rodilja odjednom i ne zna kome bi prvo trčala i ne mogu se posvetiti svakoj ženi jednako. Naravno da ih takva pratnja na porodu opterećuje. Vidjeli smo i majke, prijateljice... koje su sjedile kraj žene i nijednom ju nisu pogledale, ali su cijelo vrijeme trajanja poroda telefonirale i slale poruke... A žena se kraj njih u krevetu nosila s trudovima kako je najbolje znala, što u krevetu baš i nije lako.

I tako dolazimo do pojave doule kao podrške ženi u porođaju. Fenomen doule pojavljuje se u svijetu 70-tih godina prošlog stoljeća, a kod nas su prisutne zadnjih desetak godina. Doula je grčka riječ koja znači robinja, sluškinja, žena koja služi. Ona je i sama rodila, i ima pozitivno

iskustvo o porođaju. Ona nije medicinska stručnjakinja, ali je upoznata s praksom porođaja zemlje u kojoj djeluje, te može pomoći majci u porodu.

Iskustva primalja s doulama na porođaju različita su, ponajprije zbog toga što primalje ne razumiju pravu ulogu doule, što misle da doula radi njihov posao i na neki se način osjećaju ugrožene. Doule su u Hrvatskoj prisutne od 2009. godine, a prva edukacija za doule održana je u Zagrebu od 22-24.01.2010. u organizaciji udruge Roda, a pod vodstvom dr Michel Odenta i njegove doule Liliane Lammers. S obzirom da se na njihovo prisustvo u rađaonicama nije gledalo dobrohotno (jedva smo prihvatili buduće očeve, ili drugu osobu u pratnji), u rađaonice su ulazile kao prijateljice.

U svojoj dugogodišnjoj praksi radila sam s raznim doulama i moja iskustva s njima su i više nego pozitivna. Nikada doulu nisam doživjela kao smetnju ili prijetnju mom poslu. Pa ja sam primalja, a ona je doula, naši se poslovi u skrbi za ženu u porođaju razlikuju, a naše zajedništvo u radu pruža ženi najbolju moguću skrb.

Imati doulu na porođaju, ne znači odbiti medicinsko osoblje. Doula nije nužno medicinski obrazovana, niti je to njezina zadaća na porođaju. Doule su laikinje, educirane da budu siguran oslonac budućoj majci.

Kao što je žena sposobna pružiti djetetu sigurno okrilje svih devet mjeseci dok ono raste u njoj i odgovorno se brinuti o sebi u trudnoći, žena je jednako sposobna donijeti na svijet to maleno biće. No upravo je porođaj trenutak kada je tu vjeru lako izgubiti i osloniti se na «one koji znaju bolje», na liječnike i primalje, čija je pomoć u porodu potrebna i neosporna.

Međutim, u zadnjoj fazi porođaja, kada žena misli da više ne može i traži mnoge intervencije, važno je da je netko kome vjeruje stalno uz nju, da je ohrabruje kako bi se osjećala sigurno, zbrinuto i „nepromatrano“. Ni liječnik ni primalja to ne mogu, jer ih je premalo, jer imaju mnoge roditelje o kojima brinu i ne mogu se posvetiti samo jednoj. Ponekad ne može muž ni majka, jer tada i sami prolaze kroz vodopad emocija, od želje da ženi pomognu, preko brige i silnog straha, katkad panike, a ponekad se dogodi da očevima iskustvo porođaja bude traumatično jer nemoćni gledaju svoju ženu u trudovima.

I tu je onda doula koja ženi pruža podršku kad joj je to najviše potrebno, i to ne samo fizičku, nego i psihičku. One prodišu s roditeljem svaki trud, brišu joj čelo, hlade je kad joj je vruće i griju kad joj je hladno. One su stalno uz majke i ispunjavaju sve potrebe koje žena u tom trenutku ima.

Dok žena rađa, treba nekog kome vjeruje kada izgubi i posljednju nadu u sebe i svoju snagu. Treba nekog sa smirenim izrazom na licu, mirnoćom u glasu i pogledu, nekog da bude priseban u tim iznimnim trenucima, potpuno sigurnog i bez trunke zabrinutosti.

Ni jedna doula s kojom sam ja radila nije bila u panici, nije telefonirala ili sjedila nezainteresirano u kutu... Sve su one bile apsolutna podrška roditelji, ali i medicinskom osoblju, kada je bilo potrebno intervenirati u porodu ili porod dovršiti carskim rezom. Ni u jednom trenutku nije bila upitna odluka liječnika ili primalje, prihvaćale su ju i ohrabrivale ženu u tim zadnjim trenucima porođaja. A takva je pomoć, priznat ćete, itekako dobrodošla u rađaonici.

Mnoge žene žele da otac djeteta bude prisutan na porodu zato što je porod transformirajuće

iskustvo i svojevrsno putovanje ne samo majke i djeteta, već i oca. Žena je emocionalno jako prijemčiva tijekom trudnoće i poroda pa maksimalno upija sve što joj dolazi iz okružja. U tim je trenucima posebno osjetljiva na strah skrbnika ili na bilo kakav nesklad u njezinu okruženju. Podrška koju pruža doula odnosno druga žena potpuno je drugačija od one koju žene imaju od partnera. Jedna ne isključuje drugu već se nadopunjaju, i bilo bi lijepo kada bi u našim rodilištima bile dozvoljene barem dvije osobe u pratnji, a to će se možda s MFI i dogoditi.

Onog časa kada mi prihvativmo činjenicu da je u porođaju žena u centru pozornosti, da je ona najvažnija, da su njene potrebe najvažnije, prihvativit ćemo i činjenicu da je ženama potrebna fizička, psihička i emocionalna potpora drugih žena u porodu i tada će vjerojatno i doule pronaći svoje mjesto u našem medicinskom sustavu.

A do tada, pokušajmo u porodu postaviti ženu u središte događaja i ponuditi joj ono što treba, tako da joj njen porod bude iskustvo koje će ju ojačati i kojem će se vraćati po nadahnuće i snagu. Postoje događaji koji nas neposredno i duboko obilježe, jedan od njih je i porod.

STRUČNI SKUP
Tema: *Vratimo porodaj ženama: fiziologija trudnoće i porođaja*

PRIMALJA I DOULA ZAJEDNO – BOLJA SKRB ŽENE U PEROĐAJU

Antonela Brajković Cesar, CD(DONA)

Certificirana porodna doula
vlasnica obrta Doula Antonela
mail:antonelacesar@gmail.com

Ključne riječi: primalja, doula, porođaj, zajednička skrb

Doula u Varaždinskoj rađaoni...s vremenom je postala prijatelj?!

Kada sam prije 5 godine krenula kao doula dolaziti u rodilište svakakve misli prolazile su mi glavom. Jedino što sam priželjkivala, bilo je da me puste u rađaonu i da tamo budem za trudnicu koja me odabrala da budem uz nju. I tako je sve krenulo, i bolje od očekivanog... Oduvijek me mučilo pitanje toga da se kao doula trebam predstavljati drugim imenom, tj."skrivati se" iza uloge sestre, sestrične ili prijateljice. Nisam to željela. Željela sam reći da sam doula, da je to moj poziv, da imam svoj certifikat i da sam školovana i educirana doula, pratnja ženi i kroz sam čin poroda. I tako nekako je i bilo!

Naravno da sam naišla i na određeno negodovanje, odbojnost, prozivanje, ali nisam se dala smesti – odlučila sam da će svojim ponašanjem i djelima i onima koji me nisu najbolje prihvatali pokazati tko sam i što radim.

Vrijeme je odmicalo, redali su se porod za porodom a meni je rađaona postajala sve draže i draže mjesto, gdje se uvijek vraćam puna neke energije i sreće. Posebno me veselilo kada sam i usred noći bila dočekana sa smješkom na licu i da je primaljama bilo dragoo da me vide. A tek kada Vam draga primalja usred noći, nakon nebrojenih sati koje ste proveli u rađaoni, donese punu šalicu tople kave...most se polagano gradio!

S vremenom, i same primalje su primjetile dobrobiti prisustva doule uz rodilju i same su mi znale komentirati koliko im je lakše kada rodilje imaju nekoga takvog uz sebe, koliko su smirenije, opuštenije i lijepše rađaju...zajednički smo došle do zaključka da bi doule trebale biti, na neki način, "produžena ruka primaljama" u rađaonama.

Tko je doula?

Riječ doula dolazi od grčke riječi i u pravilnom prijevodu znači "sluškinja" ili "ona koja služi ženi".

Doule su educirane i profesionalne žene koje su prošle određenu obuku i postupak certificiranja za svoj poziv. Tijekom tog perioda učile su o trudnoći, porodu, postpartumu, dojenju, načinu komuniciranja i rada kako sa obitelji tako i sa medicinskim djelatnicima. Doule imaju etički kodeks i Pravila ponašanja i djelovanja unutar doula zajednice. Postoji nekoliko organizacija doula u svijetu ali svima je princip i načelo djelovanja više manje jednako (Dona International, Paramana doula i sl).

U svijetu su doule povezane međusobno u organizacije unutar svojih zemalja ali i na

međunarodnoj i svjetskoj razini. Priznate su i prepoznate od strane medicinskih djelatnika te kao struka/profesija, u nekim zemljama ih čak i bolnice zapošljavaju kako bi svaka majka koja dođe na porod sama, ipak imala neku osobu uz sebe.

Uloga doule i što ona radi

Uloga svake doule je majci pružiti prije svega emocionalnu, fizičku i psihičku potporu tijekom trudnoće, poroda i postpartuma (6 tjedana iza poroda), te zadovoljavajuće i ispunjavajuće iskustvo poroda. Svo to vrijeme doula je uz majku i njezinu obitelj, stoji im na raspolaganju i u svakom trenutku je tu kada im zatreba. Pomoći majci (i partneru) da se lakše nose sa svim svojim strahovima, strepnjama, mislima i željama, pokušati ju u svakom trenutku razumijeti i biti u „njezinoj koži“ koliko to možemo, ali opet ostati sabrana i pružiti adekvatnu pomoć koja se od nas traži. Doula ima svojevrsnu edukativnu ulogu za vrijeme trudnoće, da omogući majci pristup informacijama koje ju zanimaju, da zajednički prođu kroz sve stavke poroda koje su majci bitne i da donesu najbolji izbor za njih na temelju svih prikupljenih informacija, zajednički izraditi plan poroda. Također, ukoliko to majka želi, doula može s njom ići i na preglede k liječniku i/ili u rodilište, ili joj pružiti podršku u sličnim situacijama. Najčešće se nalazimo u domu obitelji gdje se družimo i zajednički pripremamo. Tijekom poroda pružiti fizičku potporu u vidu masaže, dodira, zagrljaja, obloga, pravilnog disanja, tehnika relaksacije, pomoći prilikom zauzimanja različitih položaja za vrijeme odradivanja trudova, ili jednostavno uputiti pokoju riječ podrške u tim trenucima i biti tu uz majku emotivno, pomoći oko postavljanja djeteta na prsa neposredno nakon poroda i sl. Nakon porod, doula ostaje s majkom u kontaktu, a kada dođu doma iz rodilišta, dolazi ih posjetiti i pomoći oko svih problema koji se pojave vezano uz dojenje prvenstveno, ali također i oko kućanskih poslova, odlaska u trgovinu, pomoći oko starijeg djeteta ili sl., po potrebi svake obitelji. Najvažniji zadatak doule je da podrži svaku majku u njezinom izboru, kakav god on bio!

Doula je u svakom slučaju prije svega prijateljica svojoj trudnici, oslonac, rame za plakanje, ruka za stiskanje, izvor informacija i "mirna luka" kada to zatreba. Doula je majka majci, čuvarica rađanja i cijele obitelji.

Što doule ne rade

Doule nisu medicinsko osoblje, ne obavljaju nikakve medicinske zahvate niti preglede (mjerjenje tlaka, slušanje otkucaja bebina srca, vaginalni pregledi i sl.), isključivo se bave ne medicinskim dijelom skrbi oko roditelja i tu treba povući oštru granicu.

Mnoge znanstvene studije pokazale su, također, da prisutnost doule na porodu:

- dovodi do skraćenja trajanja samog poroda (otpilike oko 25% vremenski kraći porod)
- smanjuje negativne osjećaje o porodu (strah, neznanje, anksioznost)
- smanjuje potrebu za dripom za oko 40%
- smanjuju potrebu za carskim rezom za oko 50%
- smanjuje broj zahtjeva za lijekovima protiv boli
- smanjuju potrebu za epiduralnom anestezijom za oko 60%.

Također, istraživanja su pokazala da se roditelji koji su imali potporu doule tijekom perioda

trudnoće, poroda i postpartuma:

- osjećaju sigurnije, informiranije i ugodnije
- bolje prilagođavaju novim obiteljskim uvjetima
- imaju više uspjeha prilikom uspostavljanja dojenja i samog dojenja
- imaju veće samopouzdanje manje obolijevaju od baby blues-a, postporođajne depresije i tuge
- imaju manje problema u partnerskim odnosima nakon poroda
- manje novorođenčadi ima potrebu za neonatološkom skrbi nakon poroda zbog boljih ishoda samih poroda.

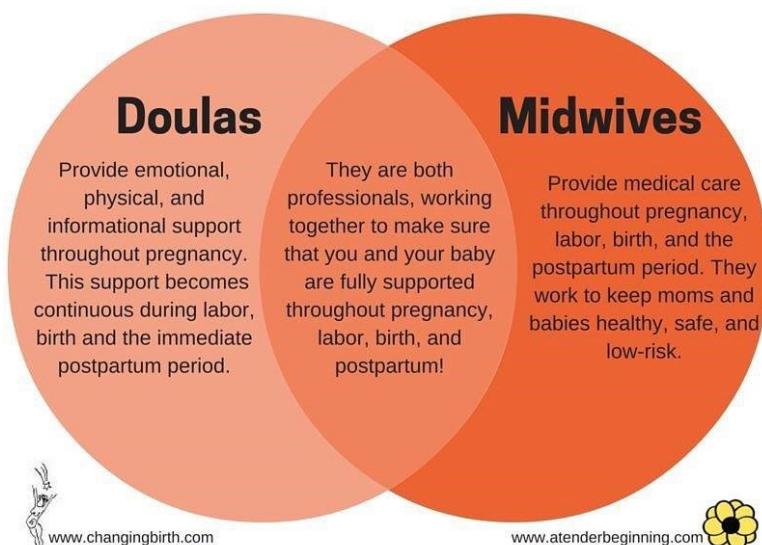
Vrlo važno priznanje doulama dala je i Svjetska zdravstvena organizacija koje je prepoznala sve gore navedene prednosti i dobrobiti doula, te dala preporuku da bi svaka žena trebala imati doulu na porodu, tj.pratnju. Uvrstili su nas na svoju "Safe Birth Checklist" koja se sastoji od 6 točaka za bolje i sigurnije porode,a doula je uvrštena u 2 točke:

(<http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/childbirth/en/>)

Također, medicina temeljena na dokazima istražila je utjecaj i učinak doula u zajednici, te su donijeli zaključak da doule pružaju stalnu, neprekinutu, KONTINUIRANU skrb svojim trudnicama, kroz trudnoću, tijekom poroda, te u periodu postpartuma, a više o tome također možete pronaći na : <https://evidencebasedbirth.com/the-evidence-for-doulas/> .

Kada se sve skupa pogleda iz jedne zajedničke perspektive, primalje i doule svojim zajedničkim djelovanjem predstavljaju veliku korist i dobrobit za svaku trudnicu, roditelju. Djelokrug njihovog djelovanja u ovom ne medicinskom segmentu preklapa se i isprepliće. Obje su profesionalke i educirane za pružiti određenu skrb i pomoći roditelji za zadaćom da se roditelja osjeća sigurno, da joj pružimo adekvatnu podršku u periodu trudnoće, poroda i postpartuma. Primalja sa naglaskom na pružanje medicinske skrbi i brige a doula da osigura emocionalnu, psihološku i informativnu podršku.

How Do Doulas & Midwives Work Together?



Na kraju priče, imamo zadovoljne i sretne roditelje, primalje i doule, jer je još jedna žena postala sretna majka i još jedno dijete je sretno rođeno. Zar to nije nešto najljepše? Mislim da je varaždinsko rodilište dobar primjer kako suradnja može biti lijepa, ugodna i uspješna, te da bi mogli biti primjer i ostalim rodilištima u Hrvatskoj, samo si trebamo dati šansu.

STRUČNI SKUP

Tema: *Vratimo porodaj ženama: fiziologija trudnoće i porođaja*

PRIMALJA I DOULA ZAJEDNO – BOLJA SKRB ŽENE U PEROĐAJU

Erika Spirić, bacc.obs.

Hrvatska komora primalja

Žene rađaju otkad žive, a pri tome im pomažu druge žene. Slika žene koja rađa, okružena primaljom i drugim ženama koje joj pri tome pomažu, stara je kao i svijet.

Porođajne boli i muka spominju se i u biblijskim tekstovima. Stoga se brojne žene, ali i muškarci pribavljaju jednog od najmističnijih i najljepših trenutaka u životu svakog čovjeka - rođenja vlastitog djeteta.

S vremenom se porođaji sele u bolnice, u okruženje opremljeno naprednom tehnologijom i rutinskim elektronskim praćenjem. Trudovi i porod postaju sve više medikalizirani, više tehnološki. To više nije stvar majke i djeteta, već zaokupljenost liječnika kako da najbolje kontroliraju i ovladaju porodom. Žena u porodu ostaje sama, rađa uz asistenciju nepoznatog medicinskog osoblja koje ju uvjerava kako oni najbolje znaju kako će ona roditi, ali nisu uz nju, već je ostavljaju samu. A ono što žena najviše treba pri porođaju je ohrabrenje i potpora puna ljubavi kako bi se potakla da rodi normalno. No, prečesto one to ne dobivaju jer liječnici, ali i primalje zastupaju ista stajališta o porođaju „izlijeviti što je prije moguće“.

Naime, iskustvo porođaja, nije i ne mora biti kao ono s filmskih platna: popraćeno medicinskim osobljem koje nekontrolirano trči po salama, reflektorskim svjetlima, priključivanjem na bezbroj aparata, infuziju i drip, urlicima pri svakom trudu i horor grimasama.

Uglavnom, u silnoj mehanizaciji svega i svačega pomalo smo zaboravili na neke iskonske stvari, a to je da ženska snaga i nježnost u porodu puno pomažu.

Zadnjih petnaestak godina se porodništvo počelo humanizirati, porođaj i rođenje se pokušavaju vratiti natrag u okvire prirodnog, humanog događaja kod žene.

Humanizacijom porođaja vratili smo i pratnju ženi u porodu u rađaonice, dozvolili smo joj da se kreće, da mijenja položaje, da piye vodu... Pratnja za sada može biti samo jedna osoba. Da li će to biti suprug, majka, prijateljica, sestra ili netko drugi, žena će odabrati sama. Supruzi se uglavnom ne nameću, ne skidaju pogled sa žene, dobro sve podnose, ali se na njima vidi da im je teško kad ženu boli i da su oni u tome svemu pomalo izgubljeni. Pratnja na porodu je ponekad divna i zaista pomaže ženi, no ponekad i nije tako. Ponekad, usprkos edukaciji koju prođu prije poroda, pratnja ne zna što ih čeka, ni i kako pomoći, koliko će to sve trajati i kako bolno za rodilju će biti. Snažni i veliki izvana, očevi su uvijek zabrinuti i nemirni iznutra.

Žele zaštititi svoje voljene pa se na porođaju osjećaju nemoćno.

U svojoj dugogodišnjoj praksi vidjela sam muževe koji su bili silno uplašeni, silno zabrinuti za ženu, koji su na svaki trud zvali osoblje i pitali do kada će to trajati, koliko još, zašto joj ne pomognemo, jer nisu mogli gledati kako ženu boli, nisu znali kako joj pomoći. A osoblja je pre malo, jedna primalja brine i o pet rodilja odjednom i ne zna kome bi prvo trčala i ne mogu se posvetiti svakoj ženi jednako. Naravno da ih takva pratnja na porodu opterećuje. Vidjeli smo i majke, prijateljice... koje su sjedile kraj žene i nijednom ju nisu pogledale, ali su cijelo vrijeme trajanja poroda telefonirale i slale poruke... A žena se kraj njih u krevetu nosila s trudovima kako je najbolje znala, što u krevetu baš i nije lako.

I tako dolazimo do pojave doule kao podrške ženi u porođaju. Fenomen doule pojavljuje se u svijetu 70-tih godina prošlog stoljeća, a kod nas su prisutne zadnjih desetak godina. Doula je

grčka riječ koja znači robinja, sluškinja, žena koja služi. Ona je i sama rodila, i ima pozitivno iskustvo o porođaju. Ona nije medicinska stručnjakinja, ali je upoznata s praksom porođaja zemlje u kojoj djeluje, te može pomoći majci u porodu.

Iskustva primalja s doulama na porođaju različita su, ponajprije zbog toga što primalje ne razumiju pravu ulogu doule, što misle da doula radi njihov posao i na neki se način osjećaju ugrožene. Doule su u Hrvatskoj prisutne od 2009. godine, a prva edukacija za doule održana je u Zagrebu od 22-24.01.2010. u organizaciji udruge Roda, a pod vodstvom dr Michel Odenta i njegove doule Liliane Lammers. S obzirom da se na njihovo prisustvo u rađaonicama nije gledalo dobrohotno (jedva smo prihvatili buduće očeve, ili drugu osobu u pratnji), u rađaonice su ulazile kao prijateljice.

U svojoj dugogodišnjoj praksi radila sam s raznim doulama i moja iskustva s njima su i više nego pozitivna. Nikada doulu nisam doživjela kao smetnju ili prijetnju mom poslu. Pa ja sam primalja, a ona je doula, naši se poslovi u skrbi za ženu u porođaju razlikuju, a naše zajedništvo u radu pruža ženi najbolju moguću skrb.

Imati doulu na porođaju, ne znači odbiti medicinsko osoblje. Doula nije nužno medicinski obrazovana, niti je to njezina zadaća na porođaju. Doule su laikinje, educirane da budu siguran oslonac budućoj majci.

Kao što je žena sposobna pružiti djetetu sigurno okrilje svih devet mjeseci dok ono raste u njoj i odgovorno se brinuti o sebi u trudnoći, žena je jednako sposobna donijeti na svijet to maleno biće. No upravo je porođaj trenutak kada je tu vjeru lako izgubiti i osloniti se na «one koji znaju bolje», na liječnike i primalje, čija je pomoć u porodu potrebna i neosporna.

Međutim, u zadnjoj fazi porođaja, kada žena misli da više ne može i traži mnoge intervencije, važno je da je netko kome vjeruje stalno uz nju, da je ohrabruje kako bi se osjećala sigurno, zbrinuto i „nepromatrano“. Ni liječnik ni primalja to ne mogu, jer ih je premalo, jer imaju mnoge roditelje o kojima brinu i ne mogu se posvetiti samo jednoj. Ponekad ne može muž ni majka, jer tada i sami prolaze kroz vodopad emocija, od želje da ženi pomognu, preko brige i silnog straha, katkad panike, a ponekad se dogodi da očevima iskustvo porođaja bude traumatično jer nemoćni gledaju svoju ženu u trudovima.

I tu je onda doula koja ženi pruža podršku kad joj je to najviše potrebno, i to ne samo fizičku, nego i psihičku. One prodišu s roditeljem svaki trud, brišu joj čelo, hlade je kad joj je vruće i griju kad joj je hladno. One su stalno uz majke i ispunjavaju sve potrebe koje žena u tom trenutku ima.

Dok žena rađa, treba nekog kome vjeruje kada izgubi i posljednju nadu u sebe i svoju snagu. Treba nekog sa smirenim izrazom na licu, mirnoćom u glasu i pogledu, nekog da bude priseban u tim iznimnim trenucima, potpuno sigurnog i bez trunke zabrinutosti.

Ni jedna doula s kojom sam ja radila nije bila u panici, nije telefonirala ili sjedila nezainteresirano u kutu... Sve su one bile apsolutna podrška roditelji, ali i medicinskom osoblju, kada je bilo potrebno intervenirati u porodu ili porod dovršiti carskim rezom. Ni u jednom trenutku nije bila upitna odluka liječnika ili primalje, prihvaćale su ju i ohrabrivale ženu u tim zadnjim trenucima porođaja. A takva je pomoć, priznat ćete, itekako dobrodošla u rađaonici.

Mnoge žene žele da otac djeteta bude prisutan na porodu zato što je porod transformirajuće iskustvo i svojevrsno putovanje ne samo majke i djeteta, već i oca. Žena je emocionalno jako prijemčiva tijekom trudnoće i poroda pa maksimalno upija sve što joj dolazi iz okružja. U tim je trenucima posebno osjetljiva na strah skrbnika ili na bilo kakav nesklad u njezinu okruženju. Podrška koju pruža doula odnosno druga žena potpuno je drugačija od one koju žene imaju od partnera. Jedna ne isključuje drugu već se nadopunjaju, i bilo bi lijepo kada bi u našim rodilištima bile dozvoljene barem dvije osobe u pratnji, a to će se možda s MFI i dogoditi.

Onog časa kada mi prihvatimo činjenicu da je u porođaju žena u centru pozornosti, da je ona najvažnija, da su njene potrebe najvažnije, prihvativi ćemo i činjenicu da je ženama potrebna fizička, psihička i emocionalna potpora drugih žena u porodu i tada će vjerojatno i doule pronaći svoje mjesto u našem medicinskom sustavu.

A do tada, pokušajmo u porodu postaviti ženu u središte događaja i ponuditi joj ono što treba, tako da joj njen porod bude iskustvo koje će ju ojačati i kojem će se vraćati po nadahnuće i snagu. Postoje događaji koji nas neposredno i duboko obilježe, jedan od njih je i porod.

RADOVI NA SLOVENSKOM/ENGLISH KOM JEZIKU

SAMOSTALNE PRIMALJSKE JEDINICE UZ RODILIŠTE

Anita Prelec, dipl.m.s., MSc (UK), pred.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Ob železnici 30a

1000 Ljubljana

izvrsna,direktorica@zbornica-zveza.si

Izvleček Porod v porodnišnici je še vedno izbira večine slovenskih porodnic, le redke rodijo doma. Ne glede na izbiro mesto poroda, morajo tudi porodnišnice omogočiti fiziološki porod ter varno okolje za žensko in otroka. Možnost izbire za uresničitev želja in pričakovanj je ključnega pomena za odločitev, kje bo ženska rodila. Na pozitivno porodno izkušnjo vplivajo tudi zdravstveni delavci, ko so vključeni v proces poroda in zdravstvene obravnave. Delo v porodnišnicah naj bo oblikovano po vzoru dobrih praks in prenosu na dokazih temelječih dokazov v prakso. Uvedba kliničnih poti in standardne obravnave nosečnic je lahko pri tem uporabno orodje. Vseživljenjsko izobraževanje zdravstvenih delavcev je pri tem ključnega pomena. Dostopnost do ustrezne zdravstvene obravnave je bistvenega pomena za nosečnico in partnerja, vendar naj bolnišnično okolje ne omejuje poteka fiziološkega poroda. Nova priporočila National Institute for Health and Care Excellence, objavljena v decembru 2017, so pomemben dokument o skrbi za zdravo žensko med porodom, s poudarkom prav na fiziološkem porodu, poporodnem obdobju in izbiri kraja poroda. Kar nekaj sprememb pri obravnavi žensk v času poroda in poporodnega obdobja smo deležni tudi v Sloveniji, s spremembami v bolnišničnih okoljih, z nastankom babiške hiše in ozivljanjem poroda na domu s slovenskimi strokovnjakinjami. Model babiške skrbi v Sloveniji mora temeljiti na kontinuirani babiški obravnavni, na znanjih in dobrih praksah - v dobro žensk in družin.

Ključne besede: porod, žensko osrediščena skrb, babica, model skrbi, kontinuirana skrb, samostojne babiške enote

Abstract Labouring a baby at a maternity hospital is still the preferred choice of Slovenian pregnant woman, only a few give birth at home. Maternity hospitals must ensure a physiological labour and safe environment for the woman and the baby. Having a choice when fulfilling one's wishes and expectations is crucial when a woman is deciding where she

will have her baby. A positive birth experience is also affected by healthcare professionals as they are involved in the process of giving birth and health care. Work processes in maternity hospitals should be modelled on best practices and implementation of evidence-based practice. The introduction of clinical pathways and standard treatment of pregnant women may be a useful tool in the process. Furthermore, lifelong education of healthcare professionals is of key importance. Access to adequate medical treatment is essential for the pregnant woman and her partner, but the hospital environment should not restrict the course of physiological childbirth. New recommendations of the National Institute for Health and Care Excellence, updated in 2017, are an important document on the care of healthy women during childbirth, especially focusing on the physiological childbirth, postpartum period with focus on place of birth. In Slovenia, we have observed quite a few changes in taking care of women during childbirth and the postpartum period, including changes in the hospital environments, establishing midwifery led unit and reviving home birth assisted by Slovenian experts. Midwifery model of care in Slovenia should be based on continuity of midwifery care, knowledge and best practices to benefit women and families. **Key words:** labour, woman-centred care, midwife, model of care, continuity of care, midwife led unit.

Uvod Porod je v osnovi zelo enostaven fiziološki dogodek, ki zaznamuje tako starše in novorojenčka kot tudi zdravstvene delavce. Njegov fiziološki potek je bil (in še vedno je) pogosto moten, z uvedbo rutinskih posegov in vse večje medikalizacije porodov ter usmeritvijo porodov iz domačega v bolnišnično okolje v šestdesetih letih prejšnjega stoletja. Tako imenovani medicinski model obporodne skrbi se je razvil kot posledica (pre)velikega dojemanja tveganja za zaplete (MacKenzie Bryers & van Teijlingen, 2010), ne samo pri ženskah s prisotnimi dejavniki tveganja, ampak tudi pri zdravi populaciji. Vsem tem svetovnim trendom je sledila tudi zdravstvena obravnava žensk v Sloveniji.

Podpora naravnim, fiziološkim procesom v času nosečnosti in poroda ima številne prednosti tako za žensko, novorojenčka in celotno družbo (American College of Nurse - Midwives, 2012; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2017), zato je prav, da bi vsaka ženska imela dostop do pravih informacij, na podlagi katerih bi se odločila za strokovnjaka po lastni izbiri, ki ji bo to tudi omogočil. Namen prispevka je pregled stanja obporodne skrbi v Sloveniji in prikaz različnih tujih modelov obravnave zdrave nosečnice in porodnice, ki omogočajo kontinuirano obravnavo s strani babcic. Cilj prispevka je prikazati strategije za razvoj lastnega modela babiške obravnave, ki bo všečen vsem – tako ženskam kot babcicam.

Skrb za ženske v času materinstva

Svetovna zdravstvena organizacija (1997) v svojih priporočilih trdi, da mora obstajati tehten

razlog, da se fiziološki potek poroda prekine. Kljub temu so medikalizacija in (ne)potrebni medicinski postopki pri normalnih porodih vplivali na vse večji delež operativnih porodov (Page, 2007; Parry, 2008), kar je vodilo v nezadovoljstvo žensk z zdravstvenimi storitvami po celem svetu (Guilliland et al, 2006; NICE, 2017). Tudi ženske v Sloveniji so v devetdesetih letih prejšnjega stoletja izražale nestrinjanje in nezadovoljstvo s sistemom in obravnavo v času materinstva. Macun (2014) pravi, da je ozaveščenost porodnic, ki so prihajale z drugačnimi željami, bila vse večja, kar je spodbudilo različne strokovnjake, da so v skrbi za ženske začeli kritično raziskovati z dokazi podprte podatke o postopkih ob porodu. Želje porodnic so bile drugačne od ustaljene in predvidljive bolnišnične prakse, zato so želete in zahtevale drugačen pristop (lotusov porod, porod v vodi, prisotnost porodne spremiščevalke), o katerih nismo veliko vedeli. Tudi zakon o pacientovih pravicah je bil na strani žensk, saj ima vsak uporabnik zdravstvenih storitev pravico izvedeti čim več informacij o določenem posegu in pravico poseg tudi zavrniti. To je bil začetek drugačnega pogleda na porod in zdravstveno obravnavo, ki so jo morali sprejeti tudi zdravstveni delavci. V manjših porodnišnicah je uvedba sprememb na žensko in družino usrediščeno skrb bila lažje izvedljiva. Prva babiška hiša je bila ustanovljena v Porodnišnici Postojna leta 2011. V treh porodnišnicah v Sloveniji so omogočili porod v vodi. V Porodnišnici Ljubljana so z uvedbo klinične poti Porod, ki zajema tudi žensko in novorojenčka v poporodnem obdobju, naredili izbor žensk brez prisotnih dejavnikov tveganja, standardizirali postopke in omogočili otročnicam 48 urno hospitalizacijo po porodu.

Modeli žensko osrediščene obravnave

Mnogi zdravstveni sistemi v državah, kot so Avstralija, Nova Zelandija, Velika Britanija in Nizozemska, so se odzvali z uvedbo različnih modelov oskrbe v obdobju materinstva (Guilliland et al, 2006). Ponovno so oživeli porodi na domu, ustanavljadi pa so tudi porodne centre, organizirane kot samostojne babiške enote znotraj ali zunaj porodnišnic (Guilliland et al, 2006). V svetu kljub uvedbi različnih modelov žensko usrediščene skrbi več kot 90 % vseh rojstev poteka v porodniških enotah (Ryan et al., 2013), razen na Nizozemskem, kjer po podatkih nacionalnega združenja rodi nekaj manj kot 20 % žensk (Pavlova et al, 2009). To ne vpliva le na višje stroške zdravstvene obravnave, vedno več žensk ima telesno in duševno travmo zaradi nepotrebnih medicinskih posegov, ki vplivajo na njihovo porodno izkušnjo (Parry, 2008). Christiaens (2011) tudi trdi, da uporaba medicinske tehnologije naredi porod relativno predvidljiv in obvladljiv. Čeprav so ženske v razvitih državah soočajo z minimalno

možnostjo škodljivih posledic za zdravje, so pri njih prisotne visoke stopnje strahu in skrbi, povezanih z rojstvom otroka (Zar et al., 2001). V mnogih delih sveta so babice primarne strokovnjakinje v času zdrave nosečnosti in normalnega poroda (Velika Britanija, Nizozemska, Kanada, Avstralija, Nova Zelandija). V drugih delih sveta je obravnava žensk deljena skrb zdravnikov ali ginekologov. Po smernicah National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2017) in International Confederation of Midwives (ICM, 2014) so babice prvi izbor, najvarnejše in najbolj stroškovno učinkovite strokovnjakinje pri normalnem porodu. Seveda ne gre zanemariti pomena kontinuirane babiške obravnave. Nujno je, da imajo babice znanje in da se zavedajo odgovornosti, ki jo prinaša samostojna, kontinuirana babiška obravnava žensk (Wylie & Bryce, 2008) ter da jim kontinuirano skrb omogoča tudi zdravstveni sistem, v katerem delujejo. Zdravstveni sistemi bi morali omogočiti vsaki ženski dostop do babiške skrbi. Lundgren in Berg (2007) pravita, da je kontinuirana skrb pomembna za zaupljiv odnos med babico in žensko, ki vodi v pozitivno izkušnjo nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja. Kontinuiteta babiške obravnave se ženski in družini lahko zagotovi skozi različne modele obravnave; t. i. »caseload midwifery«, »team midwifery« in »midwifery-led care«, pri čemer pa le prva dva nudita tudi kontinuiteto izvajalca skrbi (Johnson et al., 2003). Ti modeli kažejo pomembne izboljšave v perinatalnih rezultatih mater v primerjavi s standardno oskrbo, izpolnjena so pričakovanja žensk (Hatem et al, 2008), prav tako je večje njihovo zadovoljstvo (Wiysonge, 2009). Kitzinger (2011) trdi, da je uvedba samostojnih babiških enot (midwife led units) odgovor na mehki prehod iz medikalizirane oskrbe k ženskam bolj prijazni obravnavi, toda še vedno v sklopu porodnišnic. Uvedba takih enot znotraj slovenskih porodnišnic ima prihodnost tudi pri nas in je izvedljiva. Dokazi kažejo, da imajo ženske, ki rodijo v takih enotah, večjo verjetnost normalnega poroda v primerjavi z ženskami, ki nameravajo roditi v standardnih porodniških enotah (NICE, 2017). Dosegajo tudi visoko kakovost in varnost (Sandall et al., 2010; Wiegers, 2009), manjšo je potreba po uporabi analgezije in epiziotomije (Biro et al., 2000), ženske imajo večji nadzor nad porodom, več je spontanih vaginalnih porodov in polnega dojenja novorojenčkov (Hatem et al., 2008). Sutcliffe (2012) opisuje babiško skrb kot stroškovno in učinkovito zdravstveno varstvo ne le za ženske, temveč tudi za njihove družine in skupnosti. Hodnett s sodelavci (2011) ugotavlja, da je stalna podpora med porodom klinično pomembna korist za ženske in novorojenčke. Mnoge ženske so izrazile večji občutek nadzora in obvladovanja, ko rojevajo v babiških enotah, kjer je omogočena stalna prisotnost babice. Skrb babic zmanjša tveganje medicinskih posegov in poveča možnosti za normalni porod (NICE, 2014), zmanjša delež carskih rezov, instrumentalnih vaginalnih porodov in zmanjša indukcijo porodov (Biro et al.,

2000). Za poporodno obravnavo je nujno, da zdravstveni strokovnjak, ki žensko obravnava, pozna njeno porodno izkušnjo (Zakšek & Mivšek, 2009). Ena od prednosti je tudi podpora ženski s strani izbrane babice v času dojenja in med obiski na domu v poporodnem obdobju in vključuje stalno prisotnost ob ženski, sprejemanje njenega razpoloženja, vedenja in nudenje potrditve in spodbude (Zakšek & Mivšek, 2009). Stalna podpora ugodno vpliva na trajanje dojenja. Raziskave kažejo učinkovitost kontinuitete babiške obravnave tudi v povezavi s pravočasno obravnavo poporodne depresije (Zakšek & Mivšek, 2009). Biro in sodelavci (2003) v svoji raziskavi dokazujejo razliko med zadovoljstvom žensk, ki so bile deležne standardne oskrbe v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja, in žensk, ki so bile deležne kontinuirane babiške skrbi. Skupina žensk, ki je bila obravnavana v sklopu kontinuirane babiške skrbi, poroča o večjem zadovoljstvu z vidika čustvene podpore, večji informiranosti in večji možnosti pri soodločanju o postopkih in posegih. Hodnett (2002) je v svoji študiji ugotovil, da lahko ob kontinuirani podpori znižajo odstotek nujnih carskih rezov in izhodnih porodniških operacijah, znižajo potrebo po lajšanju porodne bolečine in zmanjšajo potrebo po pospeševanju poroda. Kontinuirana podpora ugodno vpliva tudi na izide pri novorojenčku.

Diskusija

Raziskave so pokazale, da različni modeli babiške obravnave žensk v času nosečnosti, poroda in v poporodnem obdobju omogočajo najboljšo skrb za mlade družine. V Sloveniji še vedno prevladuje biomedicinski model obporodne skrbi, kjer za zdravo žensk v nosečnosti skrbi zdravnik, babice so le redko del ginekološkega tima. Ženske imajo dober dostop do javnega zdravstva in zdravstvenih storitev, vendar v času nosečnosti srečajo vse preveč različnih zdravstvenih strokovnjakov. Kontinuirana babiška skrb tako ni mogoča, čeprav so študije pokazale, da različne informacije različnih strokovnjakov povzročajo pri ženskah zmedo in anksioznost (Metcalfe et al., 2013). Organizacija slovenskega zdravstvenega sistema bi morala zagotoviti dostop do kontinuirane obravnave babic vsaki ženski in njeni družini. Babice bi morale biti prisotne na vseh ravneh zdravstvene obravnave žensk, kot je navedeno v definiciji poklica babic (ICM, 2011), v skladu z evropsko direktivo in slovensko zakonodajo (Ministrstvo za zdravje, 2011). Na žalost so njihove kompetence zelo omejene, predvsem v predporodnem in poporodnem obdobju. Markota s sodelavci (2000) je kritiziral zdravstveno varstvo žensk in omejeno vlogo babic v Sloveniji, predvsem pri načrtovanju družine in predporodne ter poporodne skrbi, kjer so storitve še vedno v rokah ginekologov in medicinskih sester. Slovenski zdravstveni sistem priznava vlogo babic v zdravstvenem varstvu žensk, na žalost pa je njihova vloga še vedno podcenjena.

Zaključek

Model kontinuirane babiške skrbi in možnost izbire različnih krajev poroda v Sloveniji bi omogočil boljši dostop, enake ali boljše izide zdravstvenih storitev, predvsem pa bi bilo večje zadovoljstvo uporabnic storitev. Pri oblikovanju nacionalnega modela kontinuirane babiške skrbi bi bilo treba izhajati iz potreb uporabnic, kompetenc babic in posebnosti zdravstvenega sistema. Da bo model učinkovit in prijazen do uporabnic, je potrebnih še več lastnih raziskav in dokazov, s katerimi bomo take spremembe lažje upravičili in uresničili tudi pri oblikovalcih zdravstvenega varstva žensk v Sloveniji.

Literatura

- American College of Nurse - Midwives, 2012. Midwives are Primary Care Providers and Leaders of Maternity Care Homes – Position Statement.
- Biro, MA., Waldenstrom, U. & Pannifex, JH., 2000. Team midwifery care in a tertiary level obstetric service: a randomized controlled trial. *Birth*, vol.27, pp.168–173.
- Biro, MA., Waldenström, U, Brown, S. & Pannifex, JH., 2003. Satisfaction with team midwifery care for lowand high-risk women: a randomized controlled trial. *Birth*, vol.30, pp.1-10.
- Christiaens, V., 2011. Pregnant women's fear of childbirth in midwife- and obstetrician-led care in Belgium and the Netherlands: test of the medicalization hypothesis. *Women Health*. vol.51(3), pp.220-239. doi: 10.1080/03630242.2011.560999.
- Guilliland, K., Tracy, S.K. & Thorogood, J., 2006. Australian and New Zealand health and maternity services. In: Pairman, S., Pincombe, J., Thorogood, C., Tracy, S. (eds), *Midwifery: Preparation for practice*, Sydney: Churchill Livingstone Elsevier, pp. 3 – 33.
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H. & Gates, S., 2008. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub2.
- Hodnett, ED., 2002. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5 Suppl Nature), pp. S160-172.
- Hodnett, ED., Gates, S., Hofmeyr, JG., Sakala, C. & Weston, J., 2011. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub3.
- International Confederation of Midwives, 2011. Definition of the Midwife. *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol. 5(4), pp.310.

International Confederation of Midwives, 2014. The midwife is the first choice health professional for childbearing women. Position Statement.

https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20-%20English/Reviewed%20PS%20in%202014/PS2008_019%20V2014%20The%20Midwife%20is%20the%20First%20Choice%20ENG.pdf

Johnson, M., Stewart, H., Langdon, R., Kelly, P. & Yong, KL., 2003. Women-centred care and caseload models of midwifery. Collegian, vol.10, no.1, pp. 30-34.

Kitzinger, S., 2011, Birth Your Way: Choosing Birth at Home or in a Birth Center, DK, California.

Lundgren,I., Berg, M., 2007. Central concepts in the midwife-woman relationship. Scandinavian Journal of Caring Sciences, vol. 21(2), pp.220-228.

MacKenzie Bryers H. & van Teijlingen, E., 2010. Risk, theory, social and medical models: a critical analysis of the concept of risk in maternity care. Midwifery, vol. 26, no. 5, pp.488-496.

Macun, E., 2014. Spremembe porodniške in babiške prakse v SB Jesenice. In: Preleca A., ed. Izzivom nasproti: zbornik predavanj. 14.april 2014. Zreče: Sekcija medicinskih sester in babic Slovenije, pp.34-38.

Markota, M., Švab, I. & Albreht, T., 2000. The reforms of the Slovenian health care system: from capitalism to socialism and back. Zdravstveni Vestnik , vol. 69, no.12, pp.791-798.

Metcalfe, A., Grabowska, K., Weller, C. & Tough, SC., 2013. Impact of prenatal care provider on the use of ancillary health services during pregnancy. BMC Pregnancy Childbirth, vol. 11, no.13, pp. 62-69.

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2011. Strategija razvoja ginekološke in porodiške službe do 2020, Državni zbor, Ljubljana.

National Institute for Health and Clinical Excellence. 2017, Intrapartum care - care of healthy women and their babies during childbirth. London.

Page, L., 2007. Is there enough evidence to judge midwife led units safe? Yes. British Medical Journal, vol.335, no.7621, pp.642.

Parry, DC., 2008. We wanted a birth experience, not a medical experience: exploring Canadian women's use of midwifery. Health Care Women International, vol.29, no.8, pp.784-806.

Pavlova, M., Hendrix, M., Nouwens, E., Nijhuis, J. & van Merode, G, 2009. The choice of obstetric care by low-risk pregnant women in the Netherlands: implications for policy and management. Health Policy, vol. 93, no.1, pp. 27-34.

- Ryan, P., Revill, P., Devane, D. & Normand, C., 2013. An assessment of the cost-effectiveness of midwife-led care in the United Kingdom. *Midwifery*, vol.9, pp.368-376.
- Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., Hatem, M. & Gates, S., 2010. Improving quality and safety in maternity care: the contribution of midwife-led care. *Journal of Midwifery and Women's Health*, vol.55, no.3, pp.255- 261.
- Sutcliffe, K., Caird, J., Kavanagh, J., Rees, R., Oliver, K., Dickson, K., Woodman, J., Barnett-Paige, E. & Thomas, J., 2012. Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. *Journal of Advanced Nursing*, vol.68, no.11, pp.2376-2386.
- Wiegers, T., 2009. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 9, no.18, pp.1-8.
- Svetovna zdravstvena organizacija, 1997, Care in normal birth, Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija, pp.7-30.
- Wylie, L., Bryce, H., 2008. The Midwives' Guide to Key Medical Conditions: Pregnancy and Childbirth, Philadelphia: Churchill Livingstone, pp1-8.
- Wiysonge, CS., 2009. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.
- Zakšek, T., Mivšek, AP., 2009. Vloga babice pri obporodnih stiskah. In: Križaj Hacin U,ed. Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo-Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja. 9. Oktober 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; pp. 57-70.
- Zar, M., Wijma, K., & Wijma, B., 2001. Pre and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, vol.30, pp.75-81.

Methods of determining the position of the foetus in pregnancy and labour

Načini određivanja položaja djeteta u trudnoći i porodaju

Mateja Kusterle, prof. angl. i špa., dipl.bab.

INTRODUCTION

Left occipitoanterior (LOA) position of the foetus is considered as the optimal position for birth and a predictor of good progress in labour and a spontaneous vaginal delivery (Webb et al., 2011). Nevertheless, in approximately 10 % of all pregnancies and births foetal malposition and/or cephalic malpresentation is diagnosed and can face the mother and her care providers with different challenges (Bellussi et al., 2017). It is important to detect and treat them if possible to avoid complications.

A functional labour is a successful cooperation of **three Ps**: Power (uterine activity), Passage (maternal bony pelvis and soft tissues) and Passenger (position and size of the foetal head) (Talaulikar and Arulkumaran, 2015). If one is not optimal, it influences the other two; for example, the foetus will always orientate itself according to the space available in the mother's pelvis (Tully, 2010). Malpresentations and malpositions may occur when the pelvis is contracted, has tumours or other anomalies, is not gynaecoid in shape, when pelvic soft tissues are too tight or too loose or when placenta praevia is present. Lax abdominal muscles or foetal malpresentations and malpositions may lead to weak and irregular uterine contractions. Furthermore, the delivery may be affected by foetal congenital anomalies, a preterm foetus, multiple pregnancy, macrosomia, polyhydramnios and a short or a wrapped cord (Talaulikar and Arulkumaran, 2015).

WHAT TO LOOK FOR

In pregnancy and labour, the relationship between the foetus and its mother's pelvis can be determined with palpation of the abdomen or Leopold's maneuvers, an ultrasound scan, a vaginal examination and if needed for the purpose of accurate pelvimetry also with radiography and magnetic resonance imaging. Depending on the technique, the examiner informs oneself of (Talaulikar and Arulkumaran, 2015; Viccars, 2009):

1. the foetal **presentation** or which part lies at the pelvic brim. Approximately 95 % of foetuses are vertex which is the most favourable presentation because the head

engages with the smallest diameter. Malpresentations include breech, face, brow, shoulder and a compound presentation.

1. the foetal **position** or the relationship of denominator and set points on the pelvic brim (examples for occiput: LOA, LOL, LOP, ROA, ROL, ROP, DOA, DOP). Anterior positions are favourable because they aid flexion of the foetal head.
2. the foetal **attitude** or the relationship of the head and limbs to the trunk of the foetus. The head may be flexed (vertex occiput presentation), partially deflexed (vertex sinciput and brow presentation) or completely deflexed (face presentation). Complete flexion is preferred.
3. the foetal **lie** or the relationship between the long axis of the foetus and the long axis of the uterus. It is preferably longitudinal, but can also be oblique and transverse.
4. The foetal **engagement** or what proportion of the presenting foetal part is above the pelvic brim. The head is engaged when only two- to three-fifths or less is palpable above the brim.
5. **synclitism** or the relationship of the sagittal suture to the transverse plane of the pelvis. Anterior synclitism with the sagittal suture toward the sacrum is considered normal, whereas posterior synclitism can be a sign of disproportion.
6. **caput succedaneum** or soft tissue swelling of the foetal scalp
7. **moulding** or overriding of foetal skull bones
8. **space** of the pelvic cavity
9. quantity of **amniotic fluid**

METHODS OF DETECTION

A midwife or an obstetrician should always employ all their senses when assessing the mother and the position of the foetus. They carefully observe the outline of her abdomen and back and the attitude of the mother, they listen to her comments and the sounds she makes, they use touch to feel the foetus and the uterus through the abdominal wall and the vagina and they communicate with the woman in order to obtain her observations and guide her through examinations with reassurance and explanation. The woman has the right to refuse any procedure without reasoning her choice and be respected for it.

Palpation of abdomen

Palpation as the oldest method of detection of the baby's position and growth was introduced in routine obstetric practice in the late 19th century (Webb et al., 2011). It is performed from

20–24 weeks of gestation in order to screen for possible deviations and in between contractions in labour to assess the descent of the head and labour progress (Blee and Dietsch, 2012). Palpation is a valuable and a very important midwifery skill that should be nurtured by present and future generations of midwives. It is low-cost and non-invasive, but less accurate to perform on obese women, women with polyhydramnios, an anterior placenta or multiple pregnancies (Sharma, 2009). Its predictive value highly depends on the examiner's skill and practice. A study by Webb and colleagues (2011) demonstrated low accuracy of abdominal palpation compared to ultrasound; nevertheless, the results were better with midwives who had more years of experience and worked in a community setting compared to beginner midwives and those who worked in a hospital.

In 1894, Leopold and Spoerlin introduced four manoeuvres to determine foetal position that include palpation and inspection. The woman should be in a supine position with her arms by her sides and an empty bladder. She should feel comfortable and private; therefore, during palpation the midwife only uncovers her abdomen. In Slovenia, six modified Leopold's manoeuvres are taught and used for abdominal palpation (Lavrič, 1959):

1st manoeuvre: distance (in fingers) between the fundus and the xiphoid cartilage to determine foetal growth in pregnancy and descent into the birth canal prior to labour.

2nd manoeuvre: evaluation of what is in the fundus. Under the hands of the examiner which are placed on the fundus, the foetal head feels hard and round and is ballotable, whereas the buttocks feel softer and broader. In transverse lie, the fundus is empty.

3rd manoeuvre: evaluation of the foetal back and extremities. The palms of the examiner are placed on either side of the abdomen and they alternately exert gentle but deep pressure. The hard, consistent and globular mass is the foetal back. It is essential to determine whether it is directed anteriorly, transversely or posteriorly. The examiner can also walk the fingertips down the centre of the abdomen to feel for the foetal back or check for an anterior shoulder in the form of a prominence above the symphysis pubis.

4th manoeuvre or Pawlik's grip: evaluation of the presenting part. The examiner's thumb and fingers of the right hand grasp the lower segment of the abdomen above the symphysis pubis to check what the presenting part is and its engagement in the pelvis in fifths palpable above the pelvic brim.

5th manoeuvre: evaluation of the direction and degree of flexion of the foetal head. Only for this manoeuvre, the examiner faces the mother's feet and the mother's knees should be slightly bent. The tips of three fingers of each hand exert deep pressure in the direction of the

axis of the pelvic inlet to determine the attitude of the foetal head. If the cephalic prominence is felt on the side of the small parts, the head is flexed, if both hands feel the same amount of the head, the foetus is in a sincipital or military presentation; otherwise the head is extended and face presentation occurs. In breech, the information of this manoeuvre is less precise.

6th manoeuvre: evaluation of a possible cephalopelvic disproportion. One palm is placed on the symphysis pubis and the other on the lower abdomen. In case of CPD, the hand on the lower abdomen is above the level of the other palm.

Tully (2010) encourages women to palpate the abdomen by themselves, especially from 32 weeks of gestation onward. Palpation should indeed be a two-way sharing of information in which the woman actively participates by providing information on her baby's position, growth and movements (Grigg, 2010). Midwives should feel privileged that they may touch a woman because the significance of touch is much broader than mere clinical assessment – it is an issue of shared emotions, power, control and potential abuse (Blee and Dietsch, 2012).

Digital vaginal examination

A vaginal examination should be performed only after an abdominal palpation to confirm the findings of the latter and get a more detailed picture of the situation. Prior to a vaginal examination, the woman's consent should be obtained, privacy guaranteed and the woman's bladder should be empty. Every vaginal examination should be justified, no examinations should be performed routinely and they should be kept to a minimum. It is an aseptic procedure performed with sterile gloves, whereas prior swabbing of the vulva with antiseptic solution is not mandatory as it does not decrease risk of infection (McCormick, 2009). Some categorise the procedure as intrusive, subjective, inconsistent and imprecise as well as associated with infection (Eggebø et al., 2015; Bellussi, 2017). Surprisingly, a study by Schneider (2016) revealed that vaginal examination failed to correctly determine the position of the foetal head in 72 % of cases in the first stage of labour and in 64 % of cases in the second stage. A midwife who continually and carefully observes the woman in labour can avoid many vaginal examinations and detect progress from other signs such as behaviour, contractions, vaginal discharge and a spontaneous urge to push.

Nevertheless, when a digital vaginal examination is performed, it provides valuable information on effacement, dilatation in cm, position (posterior, central), elasticity and plasticity of the cervix, station of the presenting part in cm above or below the ischial spines

and its descent over time, placement of sutures and fontanelles, intact membranes and forewaters, caput succedaneum, a cervical lip, a compound presentation and a cord prolapse and is therefore a valuable clinical tool for labour assessment when performed by a skilled examiner (Talaulikar and Arulkumaran, 2015). It is best if the same person does all examinations in order to assess progress. During the procedure, the examiner also observes the vulva and perineum for oedema, sores, varicose veins, scars and other particularities. (McCormick, 2009).

Upon a vaginal examination of a vertex presentation, the sagittal suture should be followed with the finger until a fontanelle is reached. If the head is well-flexed, the posterior fontanelle is felt as a small triangular depression, whereas in a partially-deflexed head the anterior fontanelle is felt in a shape of a diamond. The location of the fontanelle gives information on the foetal position (McCormick, 2009).

Vaginal examination should not be performed in case of placenta praevia because it can cause unnecessary bleeding. Similarly, a sterile speculum but not digital vaginal examination is appropriate in case of pre-term pre-labour rupture of the membranes (PPROM) in order to reduce the risk of infection (Crafter, 2009).

Ultrasonography

Modern obstetrics classify antepartum and intrapartum ultrasonography as the most objective and accurate diagnostic tool compared to abdominal palpation and vaginal examination and as especially useful for a precise diagnosis of malpositions and malpresentations (Bellussi, 2017). It transmits sound at a very high pitch via a probe and gathers the sound that is reflected back from different structures of the foetus, placenta and the uterus (Sullivan and Kirk, 2009).

There are transabdominal, transvaginal and transperineal transducers and a combination of them is recommended for accurate diagnosis of foetal position and flexion, descent and synclitism of the head. It is indispensable for accurate diagnosis of types of breech presentation. On the transperineal ultrasound, which is rarely used in Slovenia, the transducer is placed outside the vagina allowing the examiner to accurately determine the angle of progression of the foetal head, the head-perineum distance, the degree of caput succedaneum (Eggebø et al., 2015) and the cerebral midline echo of the sagittal suture for detection of

asynclitism (Bellussi et al., 2017). As such it can be used as an upgrade when abdominal palpation and vaginal examination indicate a presence of malposition or malpresentation. However, intrapartum sonography has its limitations too. Quality sonographic equipment and skilled sonographers-obstetricians must be available. Even if the latter reach an accurate diagnosis, it does not necessarily improve labour outcome and can increase the incidence of operative deliveries even where a spontaneous conversion and vaginal delivery would be possible (Bellussi et al., 2017). Therefore, it should be used conservatively and only when there is good indication (Sullivan and Kirk, 2009).

SOME INDICATORS OF MALPOSITIONS AND MALPRESENTATIONS

OCCIPITOPOSTERIOR position

It is the most frequent malposition of the occiput. It occurs in 10 % of all labours and persists without internal rotation in 5 % of births. Consequently, the occiput is in a posterior position and the head is deflexed. The mother may complain of backache that may greatly worsen during labour, especially during contractions. She may report that she feels the baby kick on both sides of her abdomen. Visually, the abdomen has a slight depression or flattening below the umbilicus. If the head is unengaged, it may seem as if the woman has a full bladder. On abdominal palpation, limbs can be felt on both sides and upon walking the hands down the lower abdomen, it feels empty (Coates, 2009). The prominences of sinciput and occiput can both be felt at the same level above the symphysis pubis (Talaulikar and Arulkumaran, 2015). The head is usually high and non-engaged until labour starts. It does not fit well on the cervix and for this reason the membranes tend to break early in labour and contractions can be irregular and the descent of the head slow. The woman may feel a strong urge to push before full dilatation.

On vaginal examination, the anterior fontanelle is usually felt behind the symphysis pubis and the posterior fontanelle may be palpable near the sacrum. Sometimes the sacrum feels empty. A large caput succedaneum may be present and the pinna of the ear pointing towards the mother's sacrum may be felt (Coates, 2009).

When the foetal head is non-engaged, a transabdominal scan reveals the eyes directed upwards and remaining visible above the symphysis pubis until late in second stage. When the foetal head is engaged, the same is visible with a transperineal probe (Bellussi et al., 2017).

FACE presentation

Face presentation occurs once in every 500 deliveries and usually develops during labour as a consequence of the occiput posterior position. The denominator is the mentum and it is vital to determine whether it is positioned anteriorly or posteriorly in the mother's pelvis. Face presentation is difficult to palpate through the abdomen (Coates, 2009). However, a large amount of the foetal head is palpable on the side of the back and nothing on the side of the foetal limbs (Talaulikar and Arulkumaran, 2015). On vaginal examination, the presenting part is soft and irregular and the eyes, nose and mouth may be felt. The foetus may suck on the examiner's finger. The face usually becomes oedematous during labour (Coates, 2009) and can be mistaken for a breech. In a face presentation, the malar prominences and mouth form a triangle, whereas in a breech the ischial tuberosities and the anus form a straight line (Talaulikar and Arulkumaran, 2015). On ultrasound, the occiput-spine angle of the foetus measures less than 90 degrees if occiput is anterior. If it is posterior, chin is separate from chest and cervical spine is curved anteriorly. On a transperineal scan, foetal orbits are below the level of symphysis pubis (Bellussi et al., 2017).

BROW presentation

Brow presentation occurs in 1 out of 1000 deliveries and is usually detected only before the onset or during labour. At the pelvic brim is the largest diameter of the foetal head - the mentovertical of 13.5 cm. On abdominal palpation, the head is high, seems very large and fails to descend into the pelvis (Coates, 2009). On vaginal examination, the presenting part may be difficult to reach because it is high in the pelvis and is difficult to palpate due to a large caput succedaneum. The anterior fontanelle may be felt on one side of the pelvis whereas the orbital ridges and maybe the root of the nose at the other side. A vaginal delivery is highly unlikely unless flexion or further extension of the head takes place (Talaulikar and Arulkumaran, 2015; Coates, 2009). If occiput is anterior, the transabdominal scan reveals the occiput-spine angle around 90 degrees. If occiput is posterior, chin is separate from chest and cervical spine is curved anteriorly. On a transperineal scan, foetal orbits are at the level of symphysis pubis (Bellussi et al., 2017).

BREECH presentation

It occurs in approximately 3–4 % of pregnancies at term. When an abdominal palpation is performed with a foetus in breech, the head can usually be felt in the fundus as a round hard mass that can be ballotted between the examiner's hands. The mother may complain that she

finds it difficult to breathe and that the baby kicks on her bladder. On a vaginal examination, the breech feels soft and irregular with no sutures palpable. Genitalia and feet may be felt or fresh meconium may be present (Coates, 2009).

IMPORTANCE OF DETERMINING THE POSITION

In spite of all available tools to assess the position of the foetus, the majority of malpresentations and malpositions remain undiagnosed until the onset of labour because they hinder its progress. Some signs of obstructed labour that may indicate that the foetus is in a malposition or malpresentation are prolonged pregnancy, prelabour rupture of membranes or rupture in early labour, cord prolapse, prolonged latent phase of labour, slow progress of labour, arrest in cervical dilatation and in descent of the foetal head, prolonged second stage of labour, oedematous poorly applied cervix, formation of Bandl's ring, increasing formation of caput succedaneum and scalp moulding and exhaustion of the mother with signs of dehydration. Some women may have very weak contractions while some others can experience frequent violent contractions (Talaulikar and Arulkumaran, 2015).

Slower progress in labour due to malpresentation or malposition frequently leads to operative interventions such as instrumental delivery or caesarean section, increased incidence of genital tract injury, postpartum haemorrhage and puerperal infection as well as higher perinatal morbidity and mortality (Schneider, 2016; Talaulikar and Arulkumaran, 2015).

Midwives and gynaecologists-obstetricians are responsible for timely detection of malpositions and malpresentations and for implementation of measures to correct them in order to avoid possible complications. Additionally, they are presented with a dilemma whether to worry women with information or not, because it can be overwhelming for some. Tully (2010) and Coates (2009) both agree that the woman needs to be informed and when possible included in decision-making, because it gives her a sense of control and confidence and a possibility to be proactive. Information on the baby's position needs to be conveyed in a way that is still nurturing the woman's faith in her body and birth and in pregnancy provides her with possible proactive measures to improve chances for a straightforward birth (Tully, 2010). However, midwives and gynaecologists-obstetricians tend to inform women if their baby is in breech position but rarely inform them when their baby is in an occipitoposterior position.

PREVENTIVE MEASURES

There are many things a midwife and a woman can do from early pregnancy onward to prevent malpositions and malpresentations or, in other words, help improve the conditions that may lead to them. Some researched the effects of gravity-centred exercises or maternal positioning exercises, but discovered that they did not provide a high rate of success. For example, a hands and knees position in late pregnancy or during labour to rotate an OP foetus did not significantly reduce its incidence (Schneider, 2016; Hunter et al., 2007). Such discouraging results often restrain midwives and gynaecologists-obstetricians from exploring different non-invasive techniques. Instead, they rather adopt expectant management or more invasive procedures. For example, as much as 10–30 % of occipitoposterior foetuses in early labour spontaneously rotate anteriorly when labour advances (Talaulikar and Arulkumaran, 2015) and expectant management is usually followed. The breech foetus can undergo an external cephalic version prior to vaginal delivery or caesarean section. Malpresentations of the foetal head can sometimes be corrected during labour with manual rotation (Phipps et al., 2015).

There is a knowledgeable midwife that provides an answer why gravity-centred exercises by themselves do not work – she is Gail Tully. She believes that the foetus chooses the easiest position possible according to the available space in the uterus. If there is some tension, torsion or shortness in the pelvic muscles or soft tissues, the head will not come down, engage or flex. Therefore, the woman should first balance her body with certain activities, because only a balanced body can then guide the foetus to a better position in the womb with the help of gravity. She teaches women to palpate their abdomen from week 32 of gestation as an opportunity to connect with the baby, to learn the position of the baby and how it may affect labour and birth. For this purpose, she developed The Belly Mapping programme and for optimal foetal positioning, she developed Spinning Babies that supports balance of the mother's body and gravity (Tully, 2010; Tully 2015).

Tully (2015) strongly believes that the midwife is the person who should introduce the pregnant woman with preventive actions in order to make room for her baby and ease her labour. If the midwife does not feel knowledgeable enough, she should at least refer the woman to experienced body workers and not lose valuable time.

CONCLUSION

Malpresentations and malpositions always present a challenge for the midwife or gynaecologist-obstetrician either in pregnancy or in labour, first to recognise and then to manage. It is not always possible to prevent a dysfunctional labour, but its occurrence can be minimised if we educate ourselves, prudently use all senses, skills and tools available, share information with the woman, provide her with available information on good posture and balancing activities and support her to take appropriate action.

Observation, abdominal palpation, digital vaginal examination and ultrasound are all extremely valuable ways that help make pregnancy and labour safer. They should be used prudently and the information gathered should be an initiative to take proactive steps to get the foetus into a better position and presentation for a safer birth.

LITERATURE

- Bellussi F, Ghi T, Youssef A et al. (2017). The use of intrapartum ultrasound to diagnose malpositions and cephalic malpresentations. *Am J Obstet Gynecol* 217(6): 633–41.
- Blee D, Dietsch E (2012). Women's experience of the abdominal palpation in pregnancy; a glimpse into the philosophical and midwifery literature. *N Z Coll Midwives J* (46): 21–5.
- Coates T (2009). Malpositions of the occiput and malpresentations. In: Fraser DM, Cooper MA, eds. Myles textbook for midwives. 15th ed. London: Churchill Livingstone Elsevier Ltd., 575–92.
- Crafter H (2009). Problems of pregnancy. In: Fraser DM, Cooper MA, eds. Myles textbook for midwives. 15th ed. London: Churchill Livingstone Elsevier Ltd., 339.
- Eggebø TM, Wilhelm-Benartzi C, Hassan WA, Usman S, Salvesen A, Lees CC (2015). A model to predict vaginal delivery in nulliparous women based on maternal characteristics and intrapartum ultrasound. *Am J Obstet Gynaecol* 213: 362.e1–6.
- Grigg, C (2010). Working with women in pregnancy. In: Pairman S, Tracy S, Thorogood C, Pincombe J, eds. Midwifery preparation for Practice. 2nd ed. Sydney: Elsevier, 431–68.
- Hunter S, Hofmeyr GJ, Kulier R (2007). Hands and knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior). *Cochrane Database Syst Rev* 17(4): CD001063.
- Lavrič V (1959). Porodništvo. 2. izd. Ljubljana: DZS, 120–5.
- Leopold G, Spoerlin D (1894). The management of regular deliveries through external examination only. *Arch Gynakol* 45:337–68.

McCormick C (2009). The first stage of labour: Physiology and early care. In: Fraser DM, Cooper MA, eds. Myles textbook for midwives. 15th ed. London: Churchill Livingstone Elsevier ltd., 463–71.

Phipps H, Hyett JA, Kuah S et al. (2015). Persistent Occiput Posterior position - OUTcomes following manual rotation (POPOUT): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2015;16:96:DOI 10.1186/s13063-015-0603-7.

Schneider R (2016). Evidence-based approach for the management of persistent occiput posterior position in labour: a review of the current literature. *AMsj* 7(2): 22–25.

Sharma JB (2009). Evaluation of Sharma's modified Lopold's maneuvers: a new method for fetal palpation in late pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 279(4): 481–7.

Sullivan A, Kirk B (2009). Specialized antenatal investigations. In: Fraser DM, Cooper MA, eds. Myles textbook for midwives. 15th ed. London: Churchill Livingstone Elsevier ltd., 297.

Talaulikar VS, Arulkumaran S (2015). Malpositions and malpresentations of the fetal head. *Obstet Gynaecol Reprod Med* 25(6): 152–9.

Tully G (2015). Posterior perspective. *Midwifery Today Int Midwife* 114:8–11.

Tully G (2010). The belly mapping workbook: How kicks and wiggles reveal your baby's position. 3rd ed., Minnesota: Maternity House Publishing, 3–11.

Viccars A (2009). Antenatal care. In: Fraser DM, Cooper MA, eds. Myles textbook for midwives. 15th ed. London: Churchill Livingstone Elsevier ltd., 275–85.

Webb SS, Plana MN, Zamora J et al. (2011). Abdominal palpation to determine fetal position at labour onset: a test accuracy study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 90(11): 1259–66.

Midwifery care in pregnancy (Model primaljske skrbi)

doc.dr. Polona A. Mivšek, dipl.bab.

Zdravstvena fakulteta Ljubljana UL

Introduction

I like issues that pose a challenge to my thinking. And arguments what midwifery care provides for women different and better than obstetrics care, was a huge challenge. In Slovenia and Croatia most of examinations in pregnancy are done by gynaecologists-obstetricians. And the pregnancy outcomes are good if not even excellent.

Therefore, someone would claim that it is not necessary to change anything. Even women in our study ($N=228$) would choose automatically a doctor (66%) over a midwife (54%) to take care of them during the normal pregnancy. Tradition in our countries is that you go to the obstetrician when you are pregnant and women usually opt for the familiar choice when deciding about their maternity care provider (van Teilingen et al., 2003).

The shift in their thinking will be hard to achieve. Good practice and satisfactory experience will be the strongest arguments to convince them that midwifery care is as good, or even better than the care that they are used to.

Background

I think all the topics, gathered in this book of proceedings are the topics that women lack in their current antenatal care.

They lack detailed professional advice regarding safe options of physical activity, advice regarding ergonomic posture in pregnancy and routine testing and counselling regarding diastasis recti. They would benefit from the conversation regarding the weight gain in pregnancy and advice on nutrition. The mental health in pregnancy is still not satisfactory addressed, especially when looking from the perspective of antenatal depression. We still think that antenatal preparation for birth is just psychological readiness to cope with the delivery, while no-one talks about coping with pain from the working with pain perspective. Let us not forget to mention the physical preparation on birth that Barbara Kosfeld is writing about (Kosfeld, 2018). Currently neglected area of counselling during the pregnancy is also sexuality. Women are in that case deprived of information that continuous sexuality throughout pregnancy is good for their health. The White paper on benefits of sexual expression reports the studies that showed how regular sexual intercourse during pregnancy might prevent certain pregnancy induced medical conditions and may even have protective effect against pre-term labour (Planned Parenthood Federation of America, 2007).

This and many more topics midwives could cover in their antenatal investigations. All these information would be beneficial for pregnant women and would mean an added value to the established management of pregnancies.

However, above all the content that could be brought into the antenatal care, I think the approach towards the women is the main attribute that midwives have and that makes a difference in comparison to obstetrical management.

Midwifery approach: what makes it unique?

Outcomes in the standard antenatal care are usually measured by the mortality and morbidity rates and disability. This is very characteristic for medicalised approach. But when discussing normal pregnancy, measures should derive from health. Therefore the salutogenic approach

would be more appropriate for antenatal midwifery care.

Salutogenesis theory was first described by the medical sociologist Aaron Antonovsky in the late 1970's and is concerned with understanding what generates and maintains health in individuals. Salutogenesis sees the state of health as a continuum. Antonovsky writes about Generalized resistance resources that are internal and external and can protect wellbeing and health, even when the person is at risk. The individuals' ability to use this resources Antonovsky called Sense of coherence (Antonovsky, 1987).

Sense of coherence is composed of three interconnected elements:

- things happen in an orderly and predictable fashion and a person can understand events in life and reasonably predict what will happen in the future (Sense of comprehensibility);
- one has the skills or ability, the support, the help, or the resources necessary to take care of things, and that things are manageable (Sense of manageability);
- things in life are interesting and a source of satisfaction, things are genuinely worthwhile, and there is a good reason or purpose to care about what happens (Sense of meaningfulness) (Antonovsky, 1987).

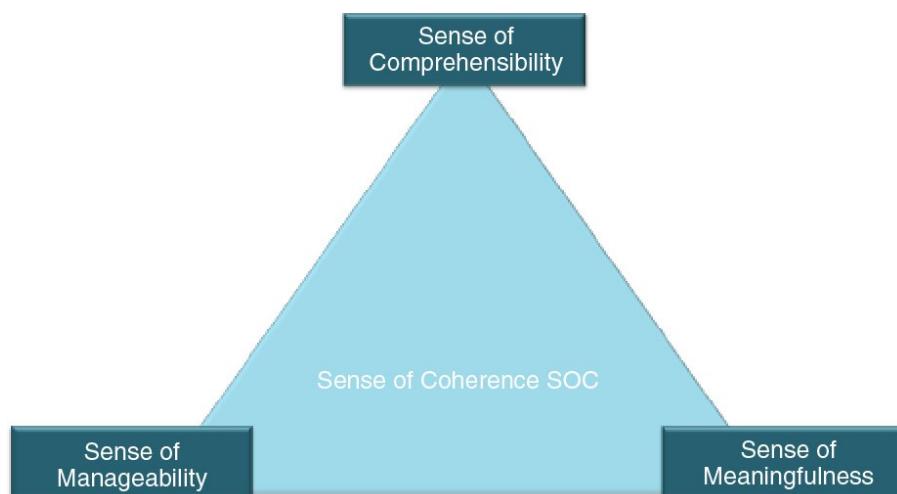


Figure 1. Dimensions of the Sense of Coherence (Antonovsky, 1987).

A key message of salutogenesis is that individual who can view the world as manageable (i.e. easily find resources for coping), comprehensible (perceived clarity, in order and structure) and meaningful (has purpose) is more likely to view their life as coherent (Smith et al., 2014) and this will enable him to stay healthy (in the state of well-being).

Perez-Botella et al. (2014) write that the principles of salutogenesis could be easily adopted for the maternity care in order to refocus the current paradigmatic norm of risk assessment. Maternity care has focused traditionally on the reduction of adverse outcomes with little consideration for what is optimum (Smith et al., 2014).

Since the majority of women and babies are healthy at the outset of pregnancy, the key task of maternity care should be to maintain or enhance this healthy state. With this, we could (as long-term goal) avoid overtreatment that includes iatrogenic effects (like overuse of episiotomy, caesarean section, or induced and accelerated labor) that are all manifestations of medicalized birth (Eriksson, Lindstrom, 2006).

Meier Magistretti et al. (2016) claim that midwives' perception of Sense of coherence gives a scientific voice to health orientated tacit knowledge; knowledge specific to one professional group. A maternity service should promote "sense for coherence", go even further Lindström and Eriksson (2010); a term that has been described as a "a sense of how to improve the sense of coherence of the people we work for" (Koelen & Lindström, 2016).

Salutogenesis reflects a life process perspective, dealing with factors that explore and develop the capability of both individuals and systems (Meier Magistretti et al., 2016). Therefore it can be used as an effective theoretical model for midwifery care during the uncomplicated pregnancy (and also birth and postpartum). In that way maternity care is focused on maximizing well-being, rather than minimizing risk. With this midwifery services become more health-oriented and health-promoting.

Conclusion

Besides the use of health-focused approach, that the salutogenic philosophy enables, we must however, never forget the other crucial components of midwifery that make our professional care specific and unique.

Women-centred approach, empathy, partnership and empowerment are all basic components that make midwifery different to obstetric management of uncomplicated pregnancy, birth and puerperium and must be developed further.

Only with the development of specific attributes of midwifery that would make midwifery care specialized and different from medical, we could negotiate for our profession in the health care system and attract women to use our services.

References

- Antonovsky A. (1987) Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Eriksson M., Lindstrom B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health* 60: 376-381.
- Koelen M., Lindström, B. (2016). Health promotion philosophy and theory. In: The ETH Health Learning Process: 25 years of capacity building. Waagelingen: European Training Consortium in Public Health and Health Promotion, 19-37.
- Kosfeld B. (2018) Tradicionelle Lehre der Hebamme. Dostopno na: [http://www.pegasus-zentrum.de/html/hebfot_01.html](http://www.pegasus-zentrum.de/html/hebfort_01.html)
- Lindström B., Eriksson M. (2010) The hitchhiker's guide to salutogenesis. Salutogenic pathways to health promotion. Helsinki: Folkha"lsan Press.
- Meier Magistretti C., Downe S., Lindström B., Berg M., Tritten Schwarz K. (2016). Setting the stage for health: Salutogenesis in midwifery professional knowledge in three European countries *Int J Qualitative Stud Health Well-being* 11: 33155.
- Perez-Botella, M., Downe, M., Meier-Magistretti, C., Lindstrom, B. and Berg, M. (2014). The use of salutogenesis theory in empirical studies of maternity care for healthy mothers and babies. Lancashire: UCLAN.

Planned Parenthood Federation of America. (2007) White paper on benefits of sexual expression. Dostopno na: <https://www.ippf.org/about-us/member-associations/united-states>

Smith V., Daly D., Lundgren I., Eri T., Benstoem C., Devane D. (2014). Salutogenically focused outcomes in systematic reviews of intrapartum interventions: A systematic review of systematic reviews. *Midwifery* 30: 151-6.

van Teijlingen E., Hundley V., Rennie A.M., Graham W., Fitzmaurice A. (2003) Maternity satisfaction studies and their limitations: What is, must still be best. *Birth* 30: 75-82.

Preprečevanje poškodb presredka in varovanje presredka med porodom

asist. Nastja Pavel, dipl. bab., mag. zdr. nege
nastja.pavel@zf.uni-lj.si

asist. Petra Petročnik, dipl. bab., MSc
petra.petrocnik@zf.uni-lj.si

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za babištvo

Izvleček

Uvod: Najnovejše raziskave v ospredje postavlja oblike varovanja presredka, ki se razlikujejo od tradicionalnih in redkeje uporabljajo v klinični praksi. Poznavanje najnovejših priporočil na temo varovanja presredka med porodom je za ženske izrednega pomena. Namen prispevka je predstaviti metode varovanja presredka med porodom. **Metode dela:** Uporabljena je bila metoda pregleda literature, ki je zajemal pregled tujih podatkovnih baz: Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), The Cochrane Library, Embase, Medical Literature Online (Medline), Pub Med Maternity and Infant Care. Ročno so bile pregledane strokovne in znanstvene revije: British Journal of Obstetrics and Gynaecology, Midwifery, Evidence Based Midwifery, Birth. Zaradi različne metodologije izbranih zadetkov so rezultati predstavljeni opisno. Pri iskanju so bile uporabljene ključne besede: second stage of labour, perineal management, perineal techniques, perineal injuries, midwife-led care **Rezultati:** Poškodbe presredka med vaginalnim porodom so zelo pogoste. Na stanje presredka po porodu vplivajo številni faktorji, poškodbe pa imajo lahko za posledico bolečino, urinsko in fekalno inkontinenco ter disparevnijo. Metode zaščite presredka med porodom zajemajo pokončni položaj ženske med porodom, tople obkladke in zaupanje med žensko in babico. Tehnike varovanja presredka med porodom se razlikujejo, študije pa si pri izbiri najbolje ugodne metode za žensko niso enotne. **Diskusija in zaključek:** Babice imajo kot avtonomne strokovnjakinje ključno vlogo pri varovanju presredka v klinični praksi. Nova znanja na tem področju lahko babicam pomagajo izboljšati in dopolniti tehnike varovanja presredka. Potrebne so nove raziskave v zvezi s tehnikami varovanja presredka na tem področju babiške prakse, kar bo v pomoč babicam pri prevzemanju na dokazih-temelječih odločitev.

Ključne besede: druga porodna doba, varovanje presredka, poškodbe presredka, babiško osrediščen model skrbi, babica

Abstract:

Introduction: The newest research outlines various perineal management techniques that differ from traditional techniques and are rarely adopted in the clinical practice. Good knowledge on the evidence-based recommendations regarding perineal protection during labour is of great importance for women. The aim of this paper is to present the methods of perineal protection during labour. **Methods:** A method of literature review has been undertaken for the purposes of this paper. International electronic databases have been searched for the literature, including: Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Embase, Medical Literature Online (Medline), Pub Med, Maternity and Infant Care, The Cochrane Library. Hand searching was performed for international journals: Evidence Based Midwifery, British Journal of Obstetrics and Gynaecology, Midwifery, Birth. Due to diverse methodology of included articles in this review, results have been reported narratively. Key words used for searching the literature were: second stage of labour, perineal management, perineal techniques, perineal injuries, midwife-led care. **Results:** Perineal trauma is a common problem after vaginal birth. There are many factors that influence the perineal condition after birth. Perineal trauma can reflect in perineal pain, urine or faecal incontinence and dispareunia. Methods of perineal protection include upright positions of labouring women during birth, warm compresses and establishment of a trust between a woman and a midwife. There are many techniques of manual perineal protection during labour and studies show dichotomous research regarding the most appropriate method for women. **Discussion:** **Midwives are autonomous practitioners that have a major role in perineal protection in the clinical practice.** New knowledge regarding this field of midwifery practice can aid midwives to improve and reconsider techniques of perineal protection. New, up-to-date knowledge in the topic of perineal protection can aid midwives in improving the techniques of perineal protection. There is a need for new research in the field of perineal protection that will help midwives in adopting the evidence-based decisions.

Key words: Second Stage of Labor, perineal management, perineal injuries, midwife-led model of care, midwife

Uvod

Veliko žensk, ki rodi prvič, doživi neko obliko perinealne travme. Raztrganine druge stopnje imajo lahko dolgoročne posledice za žensko in so dejavnik tveganja za okultne poškodbe presredka. Bick et al. (2012) pravijo, da porodne poškodbe utrpi približno 70% vseh žensk pri vaginalnem porodu. Ob tem je potrebno poudariti vlogo babice, ki srkbi za žensko med porodom, saj lahko z različnimi tehnikami pripomore k zmanjšanju poškodb presredka. Poškodbe presredka lahko nastanejo zaradi spontanih raztrganin ali pa zaradi epiziotomije, ki je načrten prerez presredka.

Royal Collage of Midwives (RCM) (2012) navaja povezavo med porodnimi poškodbami in bolečino v perianalnem predelu, ki jo navaja velika večina žensk po vaginalnem porodu. Tovrstna bolečina vpliva na potek prebave in uriniranja po porodu ter na mobilnost porodnic. Hkrati pa je perianalna bolečina po porodu dejavnik, ki lahko povzroči izbruh poporodne depresije (Watanatitan et al., 2009). Komplikacije vaginalnega poroda so lahko tudi poškodbe analnega sfinktra (Baghestan et. Al, 2010). Andrews et.al (2006) celo navajajo, da so ravno porodne poškodbe najpogosteji vzrok analne inkontinence. Porodne poškodbe lahko privedejo tudi do disparevnije po porodu, kar pomeni bolečine v genitalnem predelu med spolnim odnosom (Mazza, 2011). V ta namen morajo babice kot avtonomne strokovnjakinje poznavati posledice porodnih poškodb za žensko, saj le tako lahko popolnoma razumejo pomembnost podpornih tehnik, ki zmanjšajo možnost nastanka poporodnih poškodb (Petročnik, 2014).

V literaturi je predstavljenih več tehnik, ki dokazano vplivajo na zaščito presredka med porodom in ga varujejo pred poškodbami. Večina omenjenih tehnik pa se v slovenski praksi ne izvaja, ali pa jih opazimo redko. Kettle and Tohill (2011) sta ugotovila, da pokončni položaji porodnic med porodom ugodno vplivajo na zmanjšanje porodnih poškodb, saj je v takšnih položajih težje izvesti epiziotomijo. V slovenskih porodnišnicah je tovrstne položaje težje zaslediti, saj večina žensk rojeva v ležečih ali polsedečih položajih. De Jong et al. (1997) pa so že pred časom poudarjali, da bi morali vsem porodnicam z nizkim tveganjem ponuditi možnost izbire porodnega položaja. Pavel (2016) navaja, da ima prenatalna priprava na porod pomemben vpliv na porodno izkušnjo, kamor sodi tudi seznanitev s porodnimi položaji in s pomenom gibanja med porodom. Omogočanje ženski prijetnega porodnega položaja vpliva na boljše napredovanje poroda in večje zadovoljstvo ženske. Nadzor ploda naj bo takšen, da

ženski omogoči svobodno gibanje in realno oceno stanja ploda. Tudi za ženske, ki zaradi svojega ali otrokovega zdravstvenega stanja potrebujejo kontinuirano snemanje plodovih srčnih utripov in imajo s tem omejeno gibanje, je pomembno, da jim omogočimo čim večje udobje. Slednje lahko dosežemo s pomočjo masaže, podpiranja z blazinami in dodatno spodbudo. Pomembno je, da se med porodom izobigamo rutinskih polsedečih položajev in spodbujamo rojevanje na boku oz. v položaju, ki ustreza porodnicam.

Poleg tega bi se morale babice izogibati pritiskanju na fundus maternice med samim iztisom ploda, saj uporaba dodatne sile lahko doprinese k večjim porodnim poškodbam, tudi k raztrganini maternice (Murray, Huelsmann, 2009). V nekaterih tujih porodnišnicah, babice aktivno uporabljajo tople obkladke, ki jih med porodom polagajo na presredek porodnice. Aasheim in sodelavci (2011) so namreč potrdili domnevo, da uporaba toplih obkladkov priporomore k veliko manjšemu odstotku raztrganin presredka druge in tretje stopnje. Uporaba epiziotomije med porodom se po dokazih večih raziskav odsvetuje, saj lahko povzroči dodatne poškodbe presredka (Hartmann et al., 2005). Posebej mediana epiziotomija zvišuje možnost dodatnega raztrganja tkiva presredka proti anusu, zato njena uporaba med porodom ni zaželjena (Berghella, Baxter, Chauhan, 2008).

S poznavanjem različnih tehnik, ki ugodno ali neugodno vplivajo na stanje presredka po porodu, lahko babice v precejšnji meri zmanjšajo ali omilijo porodne poškodbe. Skozi pregled študij in poznavanje prakse ugotavljamo, da je babiška intervencija v večih korakih, uspešna pri zmanjševanju raztrganin presredka druge stopnje pri ženskah ki prvič rojevajo. Sledijo modeli, ki so primerni za vodnje druge porodne dobe.

V večini slovenskih porodnišnic se presredek v času iztisa ploda med porodom varuje manualno. Prisotno je namreč prepričanje, da s to tehniko babica lahko prepreči raztrganine presredka in priporomore, da perinealno tkivo ostane celo. McCandlish in sodelavci (1998) so bili prvi, ki so izvedli precej kontroverzno študijo, v kateri so omenjeno tehniko varovanja presredka med porodom primerjali s tehniko, kjer ima babica roke odročene. Omenjena študija je pripomogla k reorganizaciji varovanja presredka med porodom v Veliki Britaniji, kjer večina babic danes opušča manualno varovanje presredka med porodom. Pri manualni tehniki varovanja presredka babica uporablja vodilno roko za varovanje presredka, z drugo roko pa izvaja rahel pritisk na porajajočo se plodovo glavico in s tem prepreči nenadno ekspulzijo ploda ter obvaruje presredek in okoliško tkivo pred raztrganinami. Pri tehniki porajanja z odročenimi rokami pa babica ne podpira presredka in ne izvaja rahlega pritiska na plodovo glavico, temveč ima roke odročene. Poleg tega ima roke vedno v pripravljenosti, da

izvede morebiten rahel pritisk na plodovo glavico ter s tem prepreči nenaden iztis. Pri tej tehniki se tudi ramena ploda porodijo spontano. Hkrati pa metoda porajanja z odročenimi rokami zahteva dobro komunikacijo in vzpostavitev zaupljive vezi med porodnico in babico. Model oskrbe MIMA in finska intervencija sta večplastni intervenciji, ki temeljita na isti predpostavki: počasen iztis (ekspulzija) otroške glave bo zaščitil porodnico pred raztrganino.

MIMA model

Edqvist et al., (2016) predstavljajo MIMA model večplastne babiške intervencije med drugo porodno dobo temelji na teoretičnem okviru k ženski usmerjene babiške nege, in je sestavljen iz treh delov:

- ***Spontano pritiskanje:*** ženska začuti močno potrebo po pritiskanju in sledi potrebi, vendar ne izvaja prekomernega abdominalnega (trebušnega) pritiska. Babica po potrebi pomaga ženski, da doseže nadzorovano in počasno rojstvo otroka s spodbujanjem ustreznegata dihanja in tako se porodnica lažje upre potrebi po prekomernem pritiskanju med zadnjimi kontrakcijami.
- ***Fleksibilni položaji medeničnega obroča:*** porodni položaji s prožnostjo v medeničnih sklepih, s čimer se širi medenični izhod (klečeči, stoeči, na vseh štirih, bočni položaj in porod na porodnem stolu/pručki).
- ***Uporaba dvostopenjskega načela porodne tehnike »glava-telo« (two-step principle of head-to-body birthing technique),*** če je to mogoče. S to tehniko se glava porodi na koncu kontrakcije ali med kontrakcijami, rameni pa se porodita z naslednjimi kontrakcijami.

Finska intervencija

Finska intervencija se razlikuje od modela MIMA, saj se osredotoča na uporabo posebne praktične ročne podpore presredka in v primeru indikacije priporoča epiziotomijo. Eden od pomislekov glede finske intervencije je povečano število epiziotomij v porodnišnicah, kjer je ta intervencija implementirana (Edqvist et al., 2016).

Postopek, ki ga imenujemo "finska intervencija", je sveženj oskrbe, uvedene na Norveškem.

Sestavljen je iz štirih elementov:

- Dobra komunikacija med babico/zdravnikom in porodnico
- "Finski maneuver": hitrost kronanja se kontrolira tako, da se z eno roko pritiska na zatilnico. Hkrati se palec in kazalec druge roke uporablja za podporo presredku, medtem ko z upognjenim sredincem poskrbimo za oprijem na otrokovi bradi. Ko je dober oprijem dosežen, se porodnica naprosi, da preneha pritiskati in da hitro diha, medtem ko babica počasi pomaga otrokovi glavi skozi vaginalni izhod (introitus). Ko je večina glave zunaj, se presredek potisne pod otrokovo brado.
- Uporaba porodnega položaja, ki omogoča vizualni pregled presredka v zadnjih minutah poroda.
- Mediolateralna epiziotomija v primeru indikacije.

Na Norveškem se v 48% porodniških enot uporablja finska intervencija. Kljub temu omenjena intervencija ostaja kontroverzna, razprava o njeni uporabi pa še vedno poteka. Zagovorniki tehnik ročne podpore presredka na splošno trdijo, da pritisk na presredek ščiti občutljivo tkivo, pritisk na otrokovo glavo pred kronanjem pa zagotovi najmanjši premer, s tem pa bi se naj zmanjšalo tveganje za pojav raztrganin. Kritiki te intervencije trdijo, da glava ploda naravno potuje skozi porodni kanal tako, da bo zagotovljen najmanjši premer pri kronanju. Pritisk proti glavi ploda bi po mnenju kritikov lahko zmotil naravno usmerjenost in usmeril glavo proti občutljivemu presredku, s tem pa povečal tveganje za raztrganine. Druge kritike finske intervencije so usmerjene proti uporabi epiziotomije v primeru indikacij, kot v primeru »togega presredka« in v primeru neposrednega raztrganja presredka, kot težavo pa vidijo tudi omejevanje porodnih položajev le na tiste položaje, ki omogočajo vizualni pregled presredka (Poulsen et. al., 2015).

Druge ročne tehnike za podporo presredka

Na Norveškem več kot 90% porodniških enot priporoča uporabo tehnik ročne podpore:

39. Tehnika fleksije glavice: DeWees je tehniko opisal leta 1889. Pri fleksiji glavice, babica/zdravnik z roko pritisne na zatilje plodove glave v smeri proti presredku

40. Ritgenov maneuver: Opisal ga je Ritgen v »Williams Obstetrics«, 1. izdaja, leta 1903.

Porodni pomočnik z eno roko izvaja pritisk na presredek v smeri navzgor, z drugo roko pa izteguje glavico navzgor. Obe tehniki, čeprav sta si popolnoma nasprotujoči, se uporabljata z namenom, da bi zmanjšali premer porajajoče glavice in preprečili porodne poškodbe porodnice. Čeprav se tehniki uporabljata že več kot stoletje, ostaja vprašanje ali sploh pripomoreta k ohranitvi presredka, saj je raziskav na to temo zelo malo. Po proučitvi normalnega porodnega mehanizma, postane jasno, da se plod sam avtomatsko postavi v najprimernejšo lego za prehod skozi porodni kanal. Ob prehajanju glavice skozi porodni kanal, je prav blaga ekstenzija tista, ki omogoči, da se glavica porodi z najmanjšim premerom. Tehnika fleksije glavice tako ne zmanjša premera porajajoče se glavice in lahko ustvari dodaten pritisk na presredek. Sila, s katero porodni pomočnik deluje na glavico, verjetno samo upočasni porod glavice, kar vpliva na počasno raztezanje presredka in posledično na manj poškodb. To pojasnjuje, zakaj ima ta tehnika toliko zagovornikov med babicami. Iztegovanje plodove glavice z uporabo Ritgenovega manevra, povzroči da se glavica poraja z večjim obsegom. Obe tehniki lahko tako povečata možnosti za porodne poškodbe.

41. Modificiran Ritgenov maneuver: opisan v »Williams Obstetrics« 15. izdaja, iz leta 1976, je identičen Ritgenovemu manevru, le da se izvaja med kontrakcijo (Poulsen et. al., 2015).

Namen pregleda literature je bilo ugotoviti kako tehnika porajanja ploda z odročenimi rokami vpliva na stanje presredka po porodu in kakšna je razlika med omenjenima tehnikama v smislu porodnih poškodb pri vaginalnem porodu in podrobnejše predstaviti MIMA model in finsko intervencijo kot primera večplastne babiške intervencije.

Metode dela

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela, natančneje sistematični pregled literature. Sistematično je bila pregledana znanstvena in strokovna literatura. Pregled literature je zajemal pregled tujih podatkovnih baz: The Cochrane Library, Web of Science, Medical Literature Online (Medline), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Embase, PubMed, Maternity and Infant Care. Ročno so bile pregledane strokovne in znanstvene revije: Evidence Based Midwifery, Midwifery, British Journal of Obstetrics and

Gynaecology, Birth. Ob iskanju literature so bile uporabljene ključne besede: Second Stage of Labor, perineal management, perineal techniques, perineal injuries, midwife led care. V pregled literature so bile vključene samo primarne študije s kvantitativno metodologijo, ki so primerjale zgoraj omenjene tehnike varovanja presredka. Kvaliteta posemehnih študij je bila ocenjena s pomočjo t.i. CASP (Critical Appraisal skills programme) seznama (CASP, 2013). Zaradi različne metodologije izbranih zadetkov so bili rezultati predstavljeni opisno

Rezultati

Število iskalnih zadetkov, kasnejša eliminacija in število končnih študij, ki so bile vključene v pregled literature je predstavljeno v Tabeli 1. Končno število primernih zadetkov je bilo 5 študij, ki so bile vključene v pregled literature.

Tabela 1. Prikaz poteka izbire literature

Vsi zadetki	n=316
Študije izključene zaradi neprimernosti vsebin	n=250
Potencialno relevantne študije	n=66
Študije izključene zaradi podvajanja	n=37
Potencialno primerne študije	n=29
Študije izključene zaradi neprimerne metodologije	n=24
Vključene študije	n=5

Karakteristike izbranih študij so predstavljene v Tabeli 2. Podatki iz posameznih študij so bili izbrani s pomočjo posebej izdelanih podatkovnih tabel, namenjenih zgolj dotičnemu sistematičnemu pregledu literature. Vse izbrane študije so vključevale kvantitativno metodologijo, vendar so bile raziskovalne metode različne. Iz tega razloga podatki niso strnjeni v meta-analizo, temveč opisno predstavljeni.

Tabela 2. Karakteristike vključenih študij

Avtorji in datum	Naslov	Znanstvena revija	Lokacija	Raziskovalna metoda	Število udeležencev
Da Costa and Riesco, 2006	A comparison of “hands off”	Journal of Midwifery	Porodnišnica, Brazilija	Randomizirana kontrolirana	70 prvorodnic

	versus “hands-on” techniques for decreasing perineal lacerations during birth	and Women’s Health		študija	
Fahami et al., 2012	The effects of perineal management techniques on labor complications	Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research	Bolnišnica Daran, Iran	Psevdо-experimentalna klinična študija	99 prvorodnic
Foroughipour et al., 2011	The effect of perineal control with hands-on and hands-poised methods on perineal trauma and delivery outcome	Journal of Research in Medical Sciences	Bolnišnica Shariati, Iran	Randomizirana kontrolirana študija	100 prvorodnic
Mayerhofer et al., 2002	Traditional care of the perineum during birth: a prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women	The Journal of Reproductive Medicine	Univerzitetna bolnišnica Dunaj in Semmelweis »Ženska bolnišnica«, Avstrija	Prospektivna, randomizirana, multicentrska študija	1,076 žensk
Smith et al., 2013	Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study	BMC Pregnancy and Childbirth	Ena porodniška enota, tri samostojne babiško-vodene enote in porodi doma, jugovzhodna Anglija	Prospektivna opazovalna študija	2,754 žensk

Da Costa and Riesco (2006) sta navedla podoben odstotek raztrganin presredka v obeh skupinah (manualno varovanje presredka in odročene roke). Njihova študija ni našla nikakršnih pomembnih razlik med primerjanima skupinama v povezavi s porodnimi poškodbami. Prav tako Foroughipour et al. (2011) niso poročali o razlikah med skupinama v povezavi s poškodbami presredka po porodu. Na drugi strani so Fahami in sodelavci (2012) ugotovili, da so bile raztrganine presredka občutno večje v skupini z manualnim varovanjem presredka ($p=0,04$). Mayerhofer in sodelavci (2002) so poročali o podobnih odstotkih

raztrganin presredka v obeh skupinah, vendar hkrati izpostavili, da so bile raztrganine tretje stopnje statistično pogostejše v skupini z manualnim varovanjem presredka ($p=0,035$). Avtorji so ob tem izpostavili hipotezo ishemije presredka, kar naj bi pomenilo, da ob izvajanju manualnega varovanja presredka prihaja do ishemije tkiva, kar je lahko pomemben dejavnik za nastanek obporodnih poškodb. Smith et al. (2013) pa so v svoji študiji ugotovili, da tehnika porajanja z odročenimi rokami pomembno vpliva na zmanjšanje porodnih poškodb analnega sfinktra po porodu.

Diskusija

Študije kažejo, da večplastna babiška intervencija pomaga zmanjšati stopnjo raztrganin druge stopnje, pri tem pa ne smemo zanemariti izkušenj in znanja babice ali zdravnika, ki intervencijo izvaja, kot tudi pomislekov pri uporabi nekaterih tehnik, omenjenih v prispevku. Babice so primarne izvajalke skrbi in strokovnjaki za ženske z nizkim tveganjem v rodni dobi po vsem svetu (Fraser, Cooper, 2009; Sandall et al., 2008). Kontinuiran stik je bistven za vzpostavitev zaupanja med žensko in babico in je predpogoj za pozitivno izkušnjo na poti materinstva (Lundgren, Berg, 2007). Ženske, ki so bile deležne kontinuirane babiške oskrbe, poročajo o večjem zadovoljstvu z vidika emocionalne podore, boljši informiranosti, pogostejši vključitvi v proces obravnave in večji možnosti soodločanja v primerjavi s standardno oskrbo. Ugotovljenih ni bilo nobenih škodljivih posledic pri ženskah z nizkim tveganjem, ki so bile v oskrbi babic v primerjavi s tistimi, ki so imele ginekološko oskrbo (Biró et al., 2003; Hodnett et al., 2011; Sutcliffe et al., 2012). K kontinuiteti v Sloveniji bi pripomoglo pet babiških pregledov, ki jih narekuje Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni pri zdravih nosečnicah v 16., 28., 35., 37. in 38. tednu nosečnosti (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2015).

Z dotedanjim sistematičnim pregledom literature sta avtorici želeli podrobnejše pregledati tehnike varovanja presredka med porodom in jih hkrati primerjati. V nekaterih državah so se novejše, z dokazi podprte tehnike že infiltrirale v babiško prakso, medtem ko drugje o raznolikosti tehnik ni govora, prisotne pa so predvsem tradicionalne metode varovanja presredka, za katere ne vemo ali so za žensko tudi najbolj optimalne. Pregled literature ni podal konkretnih odgovorov na zastavljeni vprašanje, katera izmed tehnik varovanja presredka je boljša v odnosu do posledičnih poporodnih poškodb. Rezultati dveh študij so prikazali, da med primerjanima tehnikama varovanja presredka ni nikakršnih razlik (Da Costa, Riesco, 2006; Foroughipour et al., 2011). Ta podatek potrjujejo študija avtorja

McCandlish in drugih (1998) in dva pregleda literature (Aasheim et al., 2012; Kettle, Tohill, 2011), kjer niso ugotovili razlik med tehnikama varovanja presredka v povezavi s porodnimi poškodbami. Kljub temu pa so tri izmed navedenih študij poudarile pomen tehnike z odročenimi rokami, saj so v svojih rezultatih zasledili pozitivne prednosti te metode dela (Fahami et al., 2012; Mayerhofer et al., 2002; Smith et al., 2013). Navedene prednosti metode varovanja presredka z odročenimi rokami vsekakor ne izpodrivate tradicionalne metode manualnega varovanja presredka, temveč samo predpostavljajo, da bi babice lahko pri svojem delu uporabljale obe tehniki. Serija sedmih opazovalnih študij iz nordijskih držav je po uvedbi finske intervencije za vse vaginalne porode ugotovila zmanjšano pojavnost poškodb presredka v primerjavi z obdobji, v katerih finska intervencija ni bila rutinsko uporabljena. Vendar je stopnja dokazov o teh študijah nizka in fiziološki mehanizmi, na katerih temelji finska intervencija, niso dobro dokumentirani. Izvedbe finske intervencije v kliničnih okoljih ni mogoče priporočiti, preden se v randomiziranih kontroliranih preiskusih nadalje oceni širši obseg maternalnih in perinatalnih učinkov (Poulsen et. al., 2015). MIMA večplastna babiška intervencija pomaga zmanjšati stopnjo raztrganin druge stopnje pri ženskah, ki prvič rojevajo, ne da bi s tem povečali pojavnost epiziotomije. Intervencijo je mogoče implementirati tudi v večjih zdravstvenih ustanovah in centrih, kjer babice zagotavljajo skrb ženskam z nizkim in visokim tveganjem v nosečnosti (Edqvist et al., 2016).

Ob tem je smiselno poudariti intervencijski program, ki so ga zaradi nenadnega povišanja težjih raztrganin presredka in analnih ruptur, uveli v skandinavskih državah. Babicam kot strokovnjakinjam na področju poroda je bilo naročeno, da dosledno varujejo presredek z manualno tehniko. Rezultati te intervencije so pokazali močno znižanje odstotka žensk z analnimi raztrganinami (Laine et al., 2008; Hals et al., 2010). Fretheim in sodelavci (2011) pravijo, da je uporaba podpornih tehnik varovanja presredka med porodom še vedno negotova ter hkrati poudarjajo, da vpad analnih raztrganin v omenjeni intervenciji morda ni posledica tradicionalnega, manualnega varovanja presredka. Iz tega lahko sklepamo, da ne moremo zagotovo trditi katera izmed tehnik varovanja presredka je bolj priporočljiva tudi v povezavi z urinsko in fekalno inkontinenco, ki sta po poročanju avtorja Baghestan in sodelavcev (2010) pogosti komplikaciji vaginalnega poroda.

Omejitve pregleda literature se nanašajo predvsem na vključitveni kriterij, ki je bil zaradi pomanjkanja študij in raziskav na tem področju zastavljen precej širše. Zaradi različne metodologije vključenih študij ni bilo možno izvesti meta-analize, temveč so bili rezultati prikazani opisno.

Literatura

- Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma: systematic review. Cochrane Database Syst Rev. 2011;7(12):CD006672.
- Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Occult anal sphincter injuries- myth or reality? BJOG. 2006;113(2):195-200.
- Baghestan E, Irgens LM, Børzahl PE, Rasmussen S. Trends in risk factors for obstetric anal sphincter injuries in Norway. Obstet Gynecol. 2010;116(1):25-33.
- Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. Am J Obstet Gynecol. 2008;199(5):445-54.
- Bick DE, Ismail KM, Macdonald S, Thomas P, Tohill S, Kettle C. How good are we at implementing evidence to support the management of birth related perineal trauma? A UK wide survey of midwifery practice [online]. BioMed Central Pregnancy and Childbirth. 2012;12(57). Dostopno na: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-12-57> (30. 1. 2018).
- Biró MA, Waldenström U, Brown S, Pannifex JH. Satisfaction with team midwifery care for low- and high-risk women: a randomized controlled trial. Birth. 2003;30(1):1-10.
- Critical Appraisal Skills Programme [CASP] Appraising the evidence, 2013. Dostopno na: <http://www.casp-uk.net/appraising-the-evidence> (30. 1. 2018).
- Da Costa ADSC, Riesco MLG. A comparison of “hands off” versus “hands on” techniques for decreasing perineal lacerations during birth. J Midwifery Womens Health. 2006;51(2):106-11.
- De Jong PR, Johanson RB, Baxen P, Adrians VD, Van der Westhuisen S, Jones PW. Randomized trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. Br J Obst Gynaecol. 1997;104(5):567-71.
- Edqvist M, Hildingsson I, Mollberg M, Lundgren I, Lindgren H. Midwives' Management during the Second Stage of Labor in Relation to Second-Degree Tears-An Experimental Study, 2017;44(1):86-94.
- Fahami F, Shokoohi Z, Kianpour M. The effects of perineal management techniques on labor complications. Iran J Nurs Midwifery Res. 2012;17(1):52-7.

- Foroughipour A, Firuzeh F, Ghahiri A, Norbakhsh V, Heidari T. The effect of perineal control with hands-on and hands-poised methods on perineal trauma and delivery outcome. *J Res Med Sci.* 2011;16(8):1040-6.
- Fraser DM, Cooper MA. *The Midwife.* V D. M. Freser, M. A. Cooper (Ured.), Myles textbook for midwives (3–10). Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier, 2009.
- Fretheim A, Tanbo T, Vangen S, Reinar LM, Røttingen JA. Use of manual techniques for perineal support in Norwegian maternity departments. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2011;131(23):2352-4.
- Hals E, Oian P, Pirhonen T, Gissler M, Hjelle S, Nilsen EB, et al. A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. *Obstet Gynecol.* 2010;116(4):901-8.
- Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA.* 2005;293(17):2141-8.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;6;(2):CD003766
- Kettle C, Tohill S. Perineal care: systematic review. Clinical evidence 2008. London: British Medical Journal Publishing Group Ltd.; 2011. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2907946/pdf/2008-1401.pdf> (30. 1. 2018).
- Laine K, Pirhonen T, Rolland R, Pirhonen J. Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *Obstet Gynecol.* 2008;111(5):1053-7.
- Lundgren I, Berg M. Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Science.* 2007;21(2), 220–28.
- Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K, Rabl M, Kaider A, Wagenbichler P, et al. Traditional care of the perineum during birth: a prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women. *J Reprod Med.* 2002;47(6):477-82.
- Mazza D. Women's health in general practice. 2nd ed. Chatswood: Elsevier Australia; 2011.
- McCandlish R, Bowler U, van Asten H, Berridge G, Winter C, Sames L, et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *Br J Obstetrics Gynaecol.* 1998;105(12):1262-72.

- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Pravilnik o spremembni Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni; 2015. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zakonodaja/NPB_51_79/NPB_68.pdf (30.1.2018)
- Murray ML, Huelsmann GM. Labor and delivery nursing: a guide to evidence-based practice. New York: Springer Publishing Company, LLC; 2009.
- Pavel N. Šest področij v porodni sobi za boljšo porodno prakso. Magistrsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2016. Dostopno tudi na: <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=59851> (22.1.2018)
- Petročnik P. Načini varovanja presredka. In: 7. mednarodna znanstvena konferenca Znanje, vrednote, prepričanja in dokazi za razvoj kakovostne zdravstvene obravnave: mesto in vloga zdravstvene nege, 12.-13. junij 2014. Bled: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Dostopno na: http://www.fzab.si/uploads/zbornik_7_MZK.pdf (22.1.2018)
- Poulsen MØ, Madsen ML, Skriver-Møller A, Overgaard C. Does the Finnish intervention prevent obstetric anal sphincter injuries? A systematic review of the literature BMJ Open 2015;5:e008346. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4577972/> (22.1.2018)
- Royal College of Midwives (RCM). Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour. London: RCM; 2012.
- Sandall J, Devane D, Soltani H, Hatem M, Gates S. Midwife-led versus othermodels of care for childbearing women. Cochrane Database of Syst Rev. 2008; 8(4):CD004667
- Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. BMC Pregnancy and Childbirth, 2013. Dostopno na: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-13-59.pdf> (30. 1. 2018).
- Sutcliffe K, Caird J, Kavanagh J, Rees R, Oliver K, Dickson K, et al. Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. J Adv Nurs. 2012;68(11):2376-86

- Watanatitan J, Armarattasn S, Manusirivithaya S. Incidence and factors associated with postpartum perineal pain in primipara. *Thai Journal of obstetrics and Gynaecology*. 2009;17(3):139-44.