# ULOGA I KOMPETENCIJE PRIMALJE U FIZIOLOŠKOM PORODU

**Rušković, Magdalena**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2020**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

*Permanent link / Trajna poveznica:* https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:696419

*Rights / Prava:* In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-03-29**

*Repository / Repozitorij:*

Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository

zir.nsk.hr

UNIRI DIGITALNA KNJIŽNICA

Image not found or type unknown

SVEUČILIŠTE U RIJECI

FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ PRIMALJSTVO

**Magdalena Ruškovi**ć

# ULOGA I KOMPETENCIJE PRIMALJE KOD FIZIOLOŠKOG PORODA

**ZAVRŠNI RAD**

Rijeka, 2020.

UNIVERSITIY IN RIJEKA

FACULTY OF HEALTH STUDIES

UNDERGRADUATES STUDIES OF MIDWIFERY

**Magdalena Rušković**

# THE ROLE AND COMPETENCES OF MIDWIFE IN PHYSIOLOGICAL BIRTH

**FINAL WORK**

Rijeka, 2020.

# Izvješće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

## Opći podatci o studentu:

| | |
|---|---|
| **Sastavnica** | **Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci** |
| **Studij** | Stručni studij Primaljstvo |
| **Vrsta studentskog rada** | Završni rad |
| **Ime i prezime studenta** | Magdalena Rušković |
| **JMBAG** | 3510055818 |

## Podatci o radu studenta:

| | |
|---|---|
| **Naslov rada** | |
| **Ime i prezime mentora** | Damir Ćerimagić |
| **Datum predaje rada** | 21.08.2020. |
| **Identifikacijski br. podneska** | 1372987304 |
| **Datum provjere rada** | 23.08.2020. |
| **Ime datoteke** | Magdalena_Ruskovic.docx |
| **Veličina datoteke** | 379.03K |
| **Broj znakova** | 44,891 |
| **Broj riječi** | 7,772 |
| **Broj stranica** | 31 |

## Podudarnost studentskog rada:

| **Podudarnost (%)** |
|---|
| 9 |

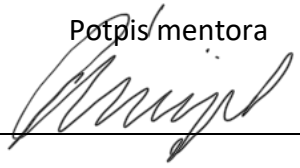
## Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

| | |
|---|---|
| **Mišljenje mentora** | |
| **Datum izdavanja mišljenja** | 23.08.2020 |
| **Rad zadovoljava uvjete izvornosti** | ☑ |
| **Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti** | ☐ |
| **Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)** | |

Datum

23.08.2020.

Potpis mentora

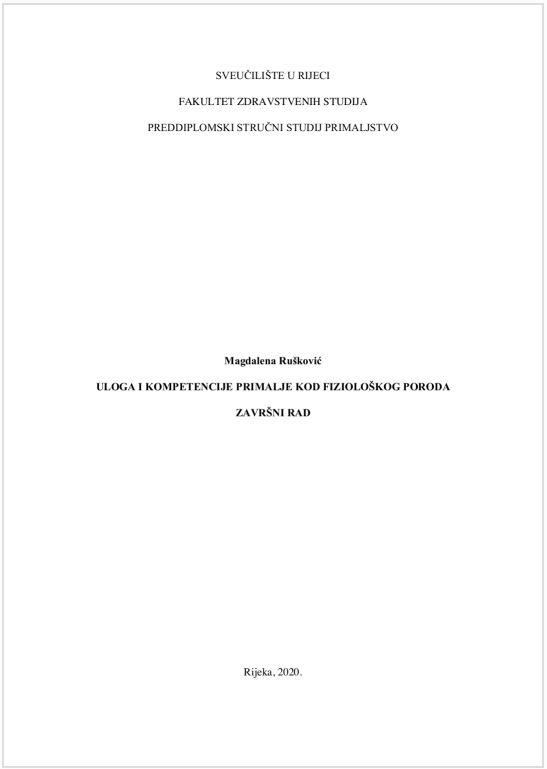


# Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

| | |
|---|---|
| Submission author: | Magdalena Ruskovic |
| Assignment title: | Provjera diplomskih radova - Damir … |
| Submission title: | ULOGA I KOMPETENCIJE PRIMAL… |
| File name: | Magdalena_Ruskovic.docx |
| File size: | 379.03K |
| Page count: | 31 |
| Word count: | 7,772 |
| Character count: | 44,891 |
| Submission date: | 23-Aug-2020 10:51PM (UTC+0200) |
| Submission ID: | 1372987304 |



SVEUČILIŠTE U RIJECI

FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ PRIMALJSTVO

**Magdalena Rušković**

**ULOGA I KOMPETENCIJE PRIMALJE KOD FIZIOLOŠKOG PORODA**

**ZAVRŠNI RAD**

Rijeka, 2020.

Copyright 2020 Turnitin. All rights reserved.

# Sadržaj

1. SAŽETAK....1
2. SUMMARY....2
3. UVOD....3
4. FIZIOLOŠKI POROD....4
4.1. Određivanje početka poroda....4
4.2. Skrb u fiziološkom porodu....4
5. PRIJEM RODILJE U RAĐAONICU....6
5.1. Postupak po prijemu....6
5.2. Vaginalni pregled....7
5.3. Praćenje stanja ploda pri prijemu....8
6. MEHANIZAM PORODA....10
7. PORODNA DOBA....12
7.1. Prvo porodno doba....12
7.1.1. Uloga primalje u prvom porodnom dobu....13
7.1.2. Položaji i kretanje rodilje tijekom prvog porodnog doba....13
7.2. Drugo porodno doba....14
7.2.1. Vođenje drugog porodnog doba....14
7.2.2. Intervencije za smanjenje rizika od perinealne traume....15
7.2.3. Uloga primalje tijekom drugog porodnog doba....16
7.3. Treće porodno doba....16
7.3.1. Aktivno i fiziološko vođenje trećeg porodnog doba....16
7.3.2. Uloga primalje u trećem porodnom dobu....19
7.4. Četvrto porodno doba....19
7.4.1. Uloga primalje tijekom četvrtog porodnog doba....19
7.4.2. Skrb za novorođenče....20
8. DEFINICIJA PRIMALJE....21
8.1. Djelatnost primalja....21
8.2. Kompetencije prvostupnica primaljstva....21
8.3. Uloga Hrvatske komore primalja u primjeni EU Direktive u primaljstvu....22
9. PROBLEMI U PRIMALJSTVU....24
10. ZAKLJUČAK....25
11. LITERATURA....26
Prilog A: Popis tablica....26
Prilog B: Popis ilustracija....26
12. ŽIVOTOPIS....27

# 1. SAŽETAK

Prema SZO fiziološki porod se definira kao porod koji je započeo spontano te ima nizak rizik za razvoj komplikacija od početka poroda pa sve do kraja izgona djeteta. Dijete je u normalnom porodu, rođeno spontano u stavu glavom i između navršenog 37. i 42. tjedna gestacijske dobi. Cilj skrbi je zdrava majka i novorođenče uz primjenu najmanje razine intervencija koja osigurava odgovarajući i dobru zaštitu. Ovakav pristup podrazumijeva da kod normalnog poroda bez komplikacija mora postojati valjani razlog za uplitanje medicinskih djelatnika u prirodan proces rađanja. Idealno bi bilo kada bi žena poznavala svoju primalju i prije nego što počne rađati. No u većini slučajeva to nije moguće te dolaskom u bolnicu žena prvi puta upoznaje svoju primalju. Stoga je važno da primalja odmah uspostavi dobru komunikaciju, povezanost i suradnju sa ženom i njezinom pratnjom. Dobra veza s primaljom doprinijet će psihološkoj stabilnost ženi i smanjiti njezinu anksioznost ili strah te će joj omogućiti da razvije samouvjerenost i iskusi porod pozitivno. Primalja je osoba koja je uspješno završila edukacijski program primaljstva, a koji se temelji na ICM-ovim esencijalnim kompetencijama za primaljsku struku i okvirima ICM-ovih globalnih standarda obrazovanja za primalje te je njezino obrazovanje prepoznato u zemlji u kojoj se nalazi; osoba koja je stekla potrebne kvalifikacije da bi se mogla registrirati i/ili imati zakonsku dozvolu za pružanje primaljske skrbi i korištenje titule „primalja“; i osoba koja svoje kompetencije pokazuje u praksi primaljstva.

Ključne riječi: fiziološki porod, primalja, kompetencije

## 2. SUMMARY

According to the WHO, physiological birth is defined as birth that began spontaneously, has a low risk of developing complications from the beginning of birth until the end of the expulsion of the child. The child in a normal birth, is born spontaneously, in a head position and between the age of 37 and 42 weeks of gestation. The goal of care is a healthy mother and newborn with the application of the lowest level of intervention that ensures adequate and good protection. This approach implies that in a normal birth, without complications, there must be a valid reason for medical professionals to interfere with the natural birth process. Ideally, a woman should know her midwife before she starts giving birth. But in most cases this is not possible, and by coming to the hospital the woman meets her midwife for the first time. It is therefore important that the midwife immediately establishes good communication, connection and cooperation with the woman and her companion. A good relationship with a midwife will contribute to a woman's stability and reduce her anxiety or fear and allow her to develop self-confidence and experience childbirth positively. A midwife is a person who has successfully completed a midwifery education program based on ICM's essential competencies for the midwifery profession and the framework of ICM's global standards for midwifery education, and her education is recognized in the country in which she is located; a person who has acquired the necessary qualifications to be able to register and / or have a legal license to provide midwifery care and use the title of "midwife"; and a person who demonstrates his competencies in midwifery practice.

Key words: physiological birth, midwife, competencies

# 3. UVOD

Niti jedno drugo razdoblje u ženinom životu nije toliko ispunjeno fizičkim i psihološkim promjenama kao trudnoća, a sa svim tim promjenama se buduće majke moraju suočiti. Čin rađanja djeteta je emocionalno intenzivan događaj za sve osobe uključene u taj proces, a pogotovo za majku. Dakle, na porod se ne smije gledati samo kroz njegovu fizičku komponentu. Porod se u fizičkom smislu može opisati kao proces u kojem se fetus, posteljica i sekundine izguruju (izbacuju) iz materišta kroz porodni kanal. Porod je mnogo više od samog fizičkog događaja. Ono što se događa tijekom poroda na psihološkoj razini može utjecati na emocionalnu vezu između majke i novorođenčeta. Porod također predstavlja prekretnicu u ženinom životu, jer je to događaj kada se ne rađa samo dijete, tada se rađa i majka, ali i otac. Obitelj se mora pripremiti na novu ulogu u svojim životima i na novog člana obitelji. Važno je da se ne zaboravi psihološka komponenta rađanja i da se u cijelom procesu poroda pruža psihološka i emocionalna podrška budućim roditeljima. (1)

Cilj skrbi u normalnom, fiziološkom porodu su zdrava majka i novorođenče uz primjenu najmanje razine intervencija, ali uz istovremeno zadovoljavanje odgovarajuće razine skrbi i zdravstvene zaštite. Stoga primalje moraju imati dobro teorijsko znanje o fiziologiji poroda te o nadzoru rodilje i ploda kako bi se na vrijeme mogle uočiti nepravilnosti koje zahtijevaju liječničke intervencije. (5)

Treba shvatiti da ono što je za zdravstvene djelatnike u rađaonici svakodnevna rutina, za svaku ženu koja dolazi u rađaonicu je novo iskustvo. Mora se u vrlo kratkom vremenu suočiti i nositi s novom situacijom, bolovima, neznanjem, osjećajem da gubi kontrolu, novom i nepoznatom okolinom i osobama. Radi toga primalje moraju posjedovati znanje i iskustvo kako bi omogućile svakoj rodilji da zadrži kontrolu nad cijelim procesom rađanja svog djeteta. Žene u porodu treba poticati da vjeruju svojim vlastitim instinktima, da slušaju svoje tijelo i verbaliziraju emocije i osjećaje kako bi na temelju toga mogle dobiti pomoć i podršku koja im je potrebna. Osjećaj anksioznosti može povećati proizvodnju adrenalina koji inhibira aktivnost maternice te može doći do produljenog poroda. Idealno bi bilo kada bi žena poznavala svoju primalju i prije nešto što počne rađati. U većini slučajeva to nije moguće te dolaskom u bolnicu žena prvi puta upoznaje svoju primalju. Stoga je važno da primalja odmah uspostavi dobru komunikaciju, povezanost i suradnju sa ženom i njezinom pratnjom.

Dobra veza s primaljom doprinijet će stabilnost ženi i smanjiti njezinu anksioznost ili strah te će joj omogućiti da razvije samouvjerenost i iskusi porod pozitivno. (1)

# 4. FIZIOLOŠKI POROD

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji normalan, fiziološki porod se definira kao porod koji je započeo spontano, nosi nizak rizik za razvoj komplikacija od početka poroda do kraja izgona djeteta. Dijete je u normalnom porodu, rođeno spontano u stavu glavom i između navršenog 37. i 42. tjedna gestacijske dobi. Nakon poroda novorođenče i majka su u dobrom fizičkom i psihičkom stanju. (5)

Normalan tijek poroda ovisi o nekoliko komponenti čiji međusobni odnosi omogućuju normalan vaginalan porod u 80-85% slučajeva bez opstetričkih intervencija. To su porodni kanal, porodne snage, odnosno kontrakcije i porodni subjekt koji čini dijete i sekundine. (3)

## 4.1. Određivanje početka poroda

Složene fiziološke i psihološke promjene događaju se tijekom posljednjih tjedana trudnoće i tijekom početka poroda koji ženu pripremaju za sam porod i proces rađanja. (1)

Porod je proces koji je rezultat višemjesečnih biohumoralnih promjena u trudnoći. On može započeti prsnućem vodenjaka, pojavom kontrakcija maternice koji dovode do skraćivanja i nestajanja cerviksa i otvaranja maternicnog ušća ili kombinacijom oba znaka početka poroda. (3)

Početak poroda je proces, a ne događaj, stoga je iznimno teško identificirati kada točno započinju progresivne ritmičke kontrakcije zbog kojih dolazi do nestajanja cerviksa i otvaranja ušća maternice. Ovaj proces može biti iznimno dugotrajan i važno je cijelo vrijeme bodriti i ohrabrivati rodilju kako ona ne bi izgubila volju i osjećala se bespomoćno. (1)

## 4.2. Skrb u fiziološkom porodu

Cilj skrbi je zdrava majka i novorođenče uz primjenu najmanje razine intervencija koja osigurava odgovarajuću i dobru zaštitu. Ovakav pristup podrazumijeva da kod normalnog poroda bez komplikacija mora postojati opravdani razlozi za uplitanje medicinskih djelatnika u prirodan proces rađanja.

Zadaće primalje u pružanju skrbi su višestruki:

- primalja mora biti podrška rodilji, njenom partneru i ostatku obitelji tijekom poroda
- rodilju treba promatrati i nadzirati, stanje ploda se mora pratiti i nakon poroda stanje novorođenčeta. Cijelo to vrijeme treba procjenjivati faktore rizike za nastanak nepravilnosti i rano otkrivanje bilo kakvih komplikacija
- ako za to postoji opravdan razlog, primalja mora znati provoditi manje intervencije poput prokidanja vodenjaka, urezivanje epiziotomije i brigu za novorođenče nakon poroda
- potrebno je znati koji su razlozi za upućivanje na viši stupanj skrbi

Primalja koja pomaže rodilji pri porodu mora znati samostalno i odgovorno obavljati ove zadatke u pružanju skrbi. Mora imati odgovarajuće obrazovanje i posjedovati primaljske vještine koje odgovaraju stupnju pružanja usluge. Te vještine moraju omogućiti pružanje gore navedenih zadataka kako bi se moglo razlikovati fiziološki tijek poroda od nepravilnosti u porodu. To je važno kako bi primalje bile svjesne koji je njihov djelokrug intervencija i za što one samostalno nose odgovornost, a koje komplikacije zahtijevaju intervenciju izvan njihovog djelokruga rada. Na umu treba imati, da primalje moraju posjedovati strpljenje i suosjećanje potrebno za pružanje podrške rodilji i njenoj obitelji tijekom cijelog procesa rađanja. Stoga bi bilo najbolje težiti osiguranju kontinuirane skrbi od strane jedne osobe za vrijeme trudnoće, poroda i razdoblju nakon poroda. (5)

# 5. PRIJEM RODILJE U RAĐAONICU

Idealno bi bilo kada bi žena poznavala svoju primalju i prije nešto što počne rađati. U većini slučajeva to nije moguće te dolaskom u bolnicu žena prvi puta upoznaje svoju primalju. Stoga je važno da primalja odmah uspostavi dobru komunikaciju, povezanost i suradnju sa ženom i njezinom pratnjom. Dobra veza s primaljom doprinijet će psihološkoj stabilnost ženi i smanjiti njezinu anksioznost ili strah te će joj omogućiti da razvije samouvjerenost i iskusi porod pozitivno. Nepoznata okolina, nepoznate osobe i nepoznata situacija mogu dovesti do anksioznosti i straha kod rodilje. Stoga je važno da prvim susretom rodilja stekne povjerenje u svoju primalju. Primalja mora ulijevati povjerenje i sigurnost kako bi se rodilja opustila. To nije lako i jednostavno već je to proces koji zahtjeva trud s obje strane. Primalja mora rodilju ljubazno pozdraviti, predstaviti joj se imenom i funkcijom, upitati koji je razlog njezinog dolaska u bolnicu, zamoliti da dobije uvid u postojeću medicinsku dokumentaciju. Rodilju treba pitati kako se osjeća, koje su njezine želje i brige vezane uz porod. (1)

Upitati o pokretima djeteta, kako ih osjeća, koliko ih osjeća i dali je bilo kakvih promjena u zadnjih 24 sata. Primalja mora dati informacije o tome što može očekivati tijekom poroda i kako se nositi s boli koju će osjećati. Važno je napomenuti da se svaki postupak i radnja moraju objasniti rodilji i za njih se treba tražiti pristanak. (4)

## 5.1. Postupak po prijemu

Primalja kod prijema uzima primaljsku anamnezu pomoću intervjua i uvida u trudničku knjižicu i ostalu medicinsku dokumentaciju. Treba izmjeriti krvni tlak, puls i temperaturu. Također se utvrđuju albumini u urinu i radi se orijentacijski fizikalni pregled.

Fizikalni pregled uključuje:

- promatranje- inspekcija
- opipavanje- palpacija
- osluškivanje- auskultacija

- mjerenje- menzuracija (1)

Prijem u bolnicu još uvijek često uključuje provođenje nekih postupaka koje zdravstveni djelatnici smatraju rutinskima. To su mjerenje tjelesne temperature, krvnog tlaka, pulsa, davanje klizme i brijanje stidnih dlaka. Ovi se rutinski postupci ne smiju provoditi olako i bez dopuštenja. Rodilju i njezinu pratnju treba informirati s njima i detaljno ih objasniti te odgovoriti na sva pitanja i nedoumice. Rodilja tijekom prijema u rađaonicu i nakon edukacije o svim intervencijama i postupcima koji bi se mogli primjenjivati treba potpisati svoj informirani pristanak. (5)

Tahikardija može ukazivati na bol, anksioznost, povišenje tjelesne temperature, umor i krvarenje. Preporuka je da se puls mjeri svakih sat vremena ili češće kada za to postoji klinička indikacija. Povišenje tjelesne temperature može biti prvi znak infekcije ili dehidracije. Temperatura se mora mjeriti svaka četiri sata ili češće s obzirom na situaciju. Mjerenje krvnog tlaka preporuča se raditi također svaka četiri sata jer je važan parametar za praćenje majčina stanja. Nagli i iznenadni porast krvnog tlaka može ukazivati na potrebu za dovršenje poroda ili premještanjem žene na viši stupanj skrbi. (1)

Klizma se i dalje koristi u velikom postotku jer mnogi vjeruju da pospješuje kontrakcije maternice i zato što prazna crijeva omogućuju brže spuštanje vodeće česti. Također se vjeruje da klizma smanjuje rizik od infekcije majke i ploda tijekom poroda. Primjena klizme je za većinu žena nelagodna i nije bez rizika. Neke žene same traže da im se primijeni klizma zbog straha od defekacije tijekom poroda jer misle da će se tako osramotiti.

Pretpostavka je da brijanje stidnih dlaka smanjuje rizik od infekcije i olakšava šivanje u slučaju primjene epiziotomije ili ruptura međice no ne postoje dokazi koji bi potvrdili i dokazali. Žene kasnije osjećaju nelagodu kada dlake ponovno počnu rasti te se tada povećava rizik od infekcije.

Može se zaključiti da mjerenje vitalnih funkcija nisu intervencije već dio promatranja i procjene koja se radi tijekom poroda. Preporuka je da se klizma i brijanje stidnih dlaka ne rade, osim kada žena izričito zahtjeva njihovo provođenje zbog svojih osobnih razloga. (5)

Također se mjeri opseg trbuha, udaljenost između fundusa i simfize te vanjske mjere zdjelice.

## 5.2. Vaginalni pregled

Iako su vaginalni pregledi tijekom poroda postali rutinska procedura vrlo je malo dokaza koji potvrđuju njihovu učinkovitost i opravdavaju njihovo izvođenje. Moraju se izvodi poštujući pravila asepse i treba ih provoditi samo u slučajevima kada je potrebno dobiti više informacija o napredovanju poroda, a to nije moguće utvrditi vanjskim pregledom rodilje. Idealno bi bilo kada bi ista osoba radila vaginalne preglede kod rodilje kako bi se bolje procijenile sve promjene. Preporuka je da se vaginalni pregledi ne rade svaka četiri sata, nego samo u slučajevima kada za to postoji opravdanje. Prije samog izvođenja pregleda, rodilji se mora objasniti postupak, tražiti se njezin verbalni pristanak i napraviti vanjski pregled, odnosno Leopold Pavlikovi hvatovi kako bi se utvrdio stav, položaj i namještaj djeteta prije pregleda. Također tijekom vaginalnih pregleda osim dilatacije ušća procjenjuje se stav (praesentatio) ploda te stupanj angažiranost vodeće česti. Znak da je fetalna glavica angažirana je da se pri vaginalnom pregledu ne može prstima dosegnuti sakralni konkavitet. Treba biti pažljiv jer se ponekad kod postojanja porodne otekline ona može zamijeniti za angažiranost glavice. Mokraćni mjehur mora biti prazan jer pun mokraćni mjehur može izazivati nelagodu tijekom vaginalnog pregleda te vodeća čest ploda zbog punog mjehura neće biti dostupna palpaciji. Vaginalni pregled se najčešće izvodi na leđima, ali se može prilagoditi za izvođenje u drugim položajima koji rodilji više odgovaraju. Tijekom pregleda mora se misliti na rodiljino dostojanstvo i privatnost.

Kombinacijom vanjskog i vaginalnog pregleda, iskusna primalja bi trebala dobiti važne informacije o napredovanju poroda.

Indikacije za vaginalni pregled

- utvrđivanje stava ploda i angažiranosti vodeće česti
- utvrđivanje da li su plodovi ovoji prsnuli
- isključivanje prolapsa pupčane vrpce nakon prsnuća vodenjaka
- procjena napretka poroda

Ni u jednom slučaju se vaginalni pregled ne smije izvoditi ako je prisutno vaginalno krvarenje, osim ako je utvrđeno da se posteljica nalazi u gornjem segmentu maternice. (1)

## 5.3. Praćenje stanja ploda pri prijemu

Preporuča se korištenje Pinardove (primaljske/opstetričke) slušalice za auskultaciju kucaja srca ploda. Pinardovu slušalicu je potrebno staviti na majčinu trbušnu stjenku odmah nakon kontrakcije te barem jednu minutu slušati i brojati srčane otkucaje ploda. Tijekom auskultacije

mora se palpirati puls rodilje kako bi se mogao razlikovati rodiljin puls od srčane akcije ploda. Normalna srčana akcija je između 110 i 160 otkucaja u minuti. Otkucaji mogu usporiti tijekom kontrakcija maternice. Zato je važno posebnu pozornost posvetiti tome da li se otkucaji vraćaju u granice normalne odmah kada se maternica relaksira. Ako se kucaji ploda vraćaju u normalu odmah nakon truda, može se zaključiti da ne postoji fetalna patnja. No, ako su fetalni otkucaji odmah nakon kraja truda abnormalni (manji od 100 otkucaja u minuti ili veći od 180 otkucaja u minuti) potrebno je pratiti srčane otkucaje u sljedeća tri truda kako bi se potvrdila bilo kakva nepravilnost. Preporuka je da se u aktivnoj fazi prvog porodnog doba uz pomoć Pinarda poslušaju srčani otkucaji ploda svakih 30 minuta, a tijekom drugog porodnog doba svakih pet minuta. Kucaji srca ploda se najbolje i najintenzivnije čuju na strani leđa ploda. Stoga je kod različitih stavova, položaja i namještaja ploda drugačije mjesto na majčinoj abdominalnoj stjenci gdje će se čuti kucaji.

Slika 1 Pinardova (primaljska/opstetrička) slušalica



Izvor: https://www.pregnancy.com.au/

Važno je upitati rodilju o pokretima djeteta u zadnjih 24 sata i da li je bilo kakvih promjena. Abdominalnom palpacijom odnosno Leopold Pavlikovim hvatovima se mora utvrditi položaj, stav i namještaj ploda, angažiranost vodeće česti te učestalost i trajanje kontrakcija. (4)

# 6. MEHANIZAM PORODA

Mehanizam poroda je pasivan proces kojim se plod istiskuje kroz porodni kanal. Način samog prolaska kroz porodni kanal ovisi o više čimbenika. Neki od njih su veličina glave ploda, oblik i osobine zdjelice majke. (12)

Pod ovim pojmom podrazumijevaju se kretnje plodove glave tijekom prolaza kroz porodni kanal. Plod se svojim držanjem, odnosno habitusom, prilagođava porodnom kanalu kroz koji prolazi tijekom poroda. Tijekom poroda plod se kroz porodni kanal kreće u smjeru u kojem je najmanji otpor. Prije poroda u uzdužnom stavu i dorzoanterionarnom namještaju, plodova glava se nalazi u položaju između fleksije i defleksije nad ulazom u zdjelicu. Kako započinju kontrakcije, glava se flektira i mala fontanela bude postavljena niže od velike fontanele. Zatiljni dio glave prvi ulazi u zdjelicu svojim najmanjim promjerom glave i malom fontanelom kao vodećom točkom. Prolaskom kroz zdjelicu glavica se rotira i tako najmanji promjer glave prolazi kroz najveći promjer zdjelice. Sutura sagitalis prelazi iz poprečnog promjera u kosi i na izlasku iz zdjelice prelazi u uzdužni promjer pri čemu mala fontanela prolazi kroz zdjeličnu os. Na izlazu iz zdjelice zbog nailaska na otpor mišićja dna zdjelice, glava zauzima stav maksimalne fleksije. Zatiljak se u tom trenutku nalazi ispod simfize, a da bi se glava mogla roditi mora se deflektirati. Granica kose i vrata postaje hipomohlion i odupre se o donji rub simfize pa se ostatak glave, odnosno čelo, lice i brada defleksijom rađaju preko međice. Nakon što je glava porođena, lice se okrene prema jednoj strani majke, odnosno prema jednom bedru. To je vanjska rotacija do koje dolazi zbog rotacije ramena koja se u trenutku poroda glave nalaze u svom poprečnom promjeru na ulazu u zdjelicu. Ramena na prolazu kroz zdjelicu čine iste kretnje kao i glava. Tako da se ramena porađaju tako da se prvo prednje rame odupre o simfizu, a stražnje se porodi u luku preko međice.

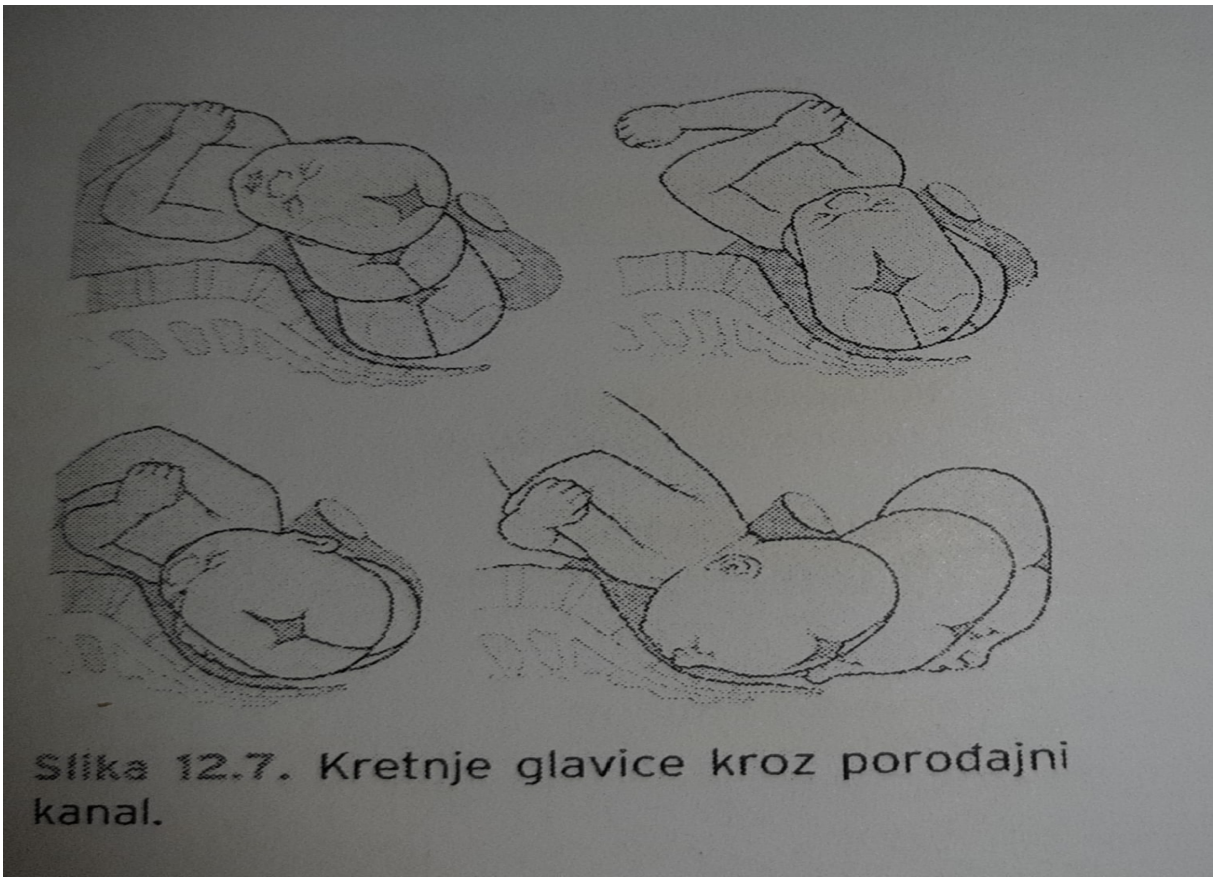
Kretnje koje glava čini tijekom poroda:

1. Angažiranost: označava spuštanje velikog poprječnog promjera ispod razine ulaza u zdjelicu i postavljanje suture sagitalis u poprječni promjer ulaza u malu zdjelicu

2. Fleksija: do fleksije dolazi zbog pojave prvih kontrakcija maternice kako bi glava svojim najmanjim opsegom ili malim kosim promjerom ušla u zdjelicu
3. Unutarnja rotacija: pokret je glave koji ona čini kada dođe do koljena zdjelice. Sutura sagitalis prelazi iz poprječnog promjera u kosi promjer, a nakon što glava prođe interspinalnu crtu zdjelice, postavlja se u uzdužni promjer zdjelice. Zatiljak ploda se okreće prema simfizi.
4. Defleksija: nakon što se porodi granica vrata i kose, odnosno hipomhlion, taj se dio djetetove glave nasloni na donji rub simfize i napravi defleksiju glave te se zatim porode tjeme, čelo, lice i brada
5. Vanjska rotacija: pasivan je pokret glave kojim ona prati rotaciju ramena koja se događa u porodnom kanalu. (2)

Primaljino znanje i praćenje mehanizma poroda može pomoći da se osigura normalan tijek poroda, ali i da se prepoznaju nepravilnosti i da se pravovremeno može reagirati. (1)

Slika 2 Kretnje glave kroz porodni kanal




Izvor: Habek D. Ginekologija i porodništvo. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.

# 7. PORODNA DOBA

Porodna doba su uz mehanizam poroda važna kako bi se moglo voditi normalan porod te uočiti odstupanja od normalne i pravovremeno intervenirati.

Porod se dijeli na četiri porodna doba:

- Prvo porodno doba: angažiranje glave, otvaranja ušća maternice i prsnuća plodovih ovoja
- Drugo porodno doba: rađanje djeteta
- Treće porodno doba: rađanje posteljice, plodovih ovoja i pupčane vrpce
- Četvrto porodno doba: dva sata nakon poroda, prolazno razdoblje prema puerperiju

Trajanje porodnih doba

Tablica 1 Trajanje porodnih doba (3)

| Porodno doba | Prvorodilja | Višerodilja |
|---|---|---|
| Prvo porodno doba | 7-10 sati | 5-7 sati |
| Drugo porodno doba | ≤ 2 sata | ≤1 sat |
| Treće porodno doba | ≤ 30 minuta | ≤ 30 minuta |
| Četvrto porodno doba | 2 sata | 2 sata |

Izvor: Habek D. Ginekologija i porodništvo. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.

## 7.1. Prvo porodno doba

Prvo porodno doba je doba otvaranja ušća, prsnuća plodovih ovoja i angažiranja plodove glavice. Podijeljeno je u dvije faze, latentnu i aktivnu fazu. Latentna faza je definirana od početka poroda do približno 5 cm otvorenosti ušća. Trajanje latentne faze poroda ovisi o broju prethodnih poroda. Aktivna faza započinje od otvorenosti ušća od 5 cm do potpune dilatacije ušća od 10 cm. Tijekom ove faze cerviks se dilatira brže nego što je to bio slučaj u latentnoj

fazi. Također, vrijeme trajanja aktivne faze poroda ovisi o broju prethodnih poroda. U pravilu ne traje dulje od 10 sati u višerodilja i 12 sati u prvorodilja.

Ova faza poroda može biti izrazito dugotrajna i rodilja može imati osjećaj da se ništa ne događa i gubiti nadu i samopouzdanje. Važno je da primalja objasni rodilji i pratnji da je normalno da prvo porodno doba traje duže vrijeme i da trajanje varira za svaku pojedinu ženu. (1)

### 7.1.1. Uloga primalje u prvom porodnom dobu

Primalja mora nadzirati stanje rodilje i ploda. Rodilji se moraju nadzirati vitalne funkcije- puls, tjelesna temperatura i krvni tlak. Važno je rodilju poticati da svaka dva sata prazni mokraćni mjehur. Rodilja tijekom poroda mora ostati hidrirana, treba je podsjećati i poticati da uzima tekućinu. Otvaranje venskog puta se ne preporuča kod svih rodilja. Rutinsko otvaranje intravenoznog puta se preporučuje kod ovih situacija: izrazito velik uterus (kod fetalne makrosomije, višeplodne trudnoće ili polihidramniona), te kod utvrđene anemije i hipertenzije rodilje. Primalja treba poticati rodilju da zauzima različite položaje i da se kreće tijekom poroda. Promjene položaja i hodanje mogu smanjiti bol, poboljšati napredovanje poroda i spuštanje te angažiranje ploda. Bolovi se mogu smanjiti pomoću masaže donjeg dijela leđa te primjenom toplih ili hladnih obloga. Podrška i edukacija primalje također mogu smanjiti bol jer se na taj način smanjuje anksioznost i strah.

Cilj praćenja stanja ploda je održavanje dobrobiti, otkrivanje fetalne hipoksije i pravovremeno interveniranje. Preporuka je da se u svim normalnim fiziološkim porodima s malim rizikom primjenjuje povremena auskultacija. Primalja bi s rodiljom trebala razgovarati i dati preporuke za nadzor ploda i dostupnim dokazima za povremenu auskultaciju kako bi rodilja mogla donijeti informiranu odluku o načinu praćenja njezina djeteta tijekom poroda. Preporuča se svakih 30 minuta tijekom aktivne faze poroda te nakon svakog truda tijekom drugog porodnog doba, pomoću Pinardove slušalice poslušati srčane otkucaje ploda. Potrebno je Pinardovu slušalicu postaviti na majčinu trbušnu stjenku, odmah nakon kontrakcije te barem jednu minutu slušati i brojati srčane otkucaje te istovremeno palpirati rodiljin puls. Normalna srčana akcija fetusa je između 110 i 160 otkucaja u minuti. Primjena kontinuirane kardiotokografije se ne preporuča u porodima s malim rizikom od nastanka komplikacija. (9)

### 7.1.2. Položaji i kretanje rodilje tijekom prvog porodnog doba

Dokazano je da postoje fizičke prednosti uspravnog položaja rodilje, uključujući kraće trajanje poroda, smanjenje potrebe za analgezijom, manja učestalost epiziotomija. Položaj na leđima tijekom poroda je najčešći položaj koji se danas primjenjuje jer je izrazito pogodan za obavljanje opstetričkih intervencija. Međutim, dokazano je da ostali položaji imaju više prednosti od ležanja na leđima. Ležanjem na leđima može doći do poremećaja u cirkulaciji jer maternica u tom položaju može pritiskati na donju šuplju venu. Također je dokazano da su ležanjem na leđima kontrakcije maternice slabije i manje učinkovite u usporedbi s drugim položajima. (1)

Provedene su brojne studije koje su uspoređivale ležeći položaj s bočnim i uspravnim položajem. Tako je dokazano da bočni ili uspravni položaji skraćuju trajanje drugog porodnog doba u odnosu na ležeći položaj. Smanjeni je udio potrebe za izvođenjem epiziotomije i ostalim opstetričkim intervencijama. Trudovi su učinkovitiji, manji je rizik za razdore međice drugog stupnja te bolovi nisu toliko jaki u odnosu kada rodilja leži na leđima. (3)

## 7.2. Drugo porodno doba

Drugo porodno doba je vrijeme rađanja djeteta. Ova faza je često veoma brza u višerodilja, a može biti dugotrajnija kod prvorodilja. Međutim, ne smije trajati dulje od dva sata u višerodilja te tri sata u prvorodilja. Tijekom ovog porodnog doba kontraindiciran je fundalni pritisak. (9)

### 7.2.1. Vođenje drugog porodnog doba

U trenutku kada se glava spusti na dno zdjelice, rodilja osjeti pritisak na stražnje crijevo te osjeća jaku potrebu za tiskanjem. Kada rodilja osjeti napone i potrebu za tiskanjem, a glava ploda se ukazuje u ulazu rodnice, tada joj treba objasniti da treba početi tiskati istovremeno s trudovima. Primalja svojom lijevom rukom sprječava naglu defleksiju glavice, a desnom rukom pridržava i skuplja međicu. Lijevom rukom se postepeno dopušta defleksija glave oko simfize pa se porodi zatiljak, tjeme, čelo i lice novorođenčeta. Nakon rođenja glave, sterilnom gazom se obrišu djetetu usta i pričeka se sljedeći trud da se osigura vanjska rotacija glave. Glava se zatim obujmi rukama i lagano je pridržavajući, primalja povlači prema dolje kako bi se porodilo prednje rame. Nakon što se porodilo prednje rame, desna ruka je na međici, a lijevom rukom se lagano podižući prema gore porode stražnje rame i trup. Nakon toga se porodi ostatak tijela u luku preko simfize. (3)

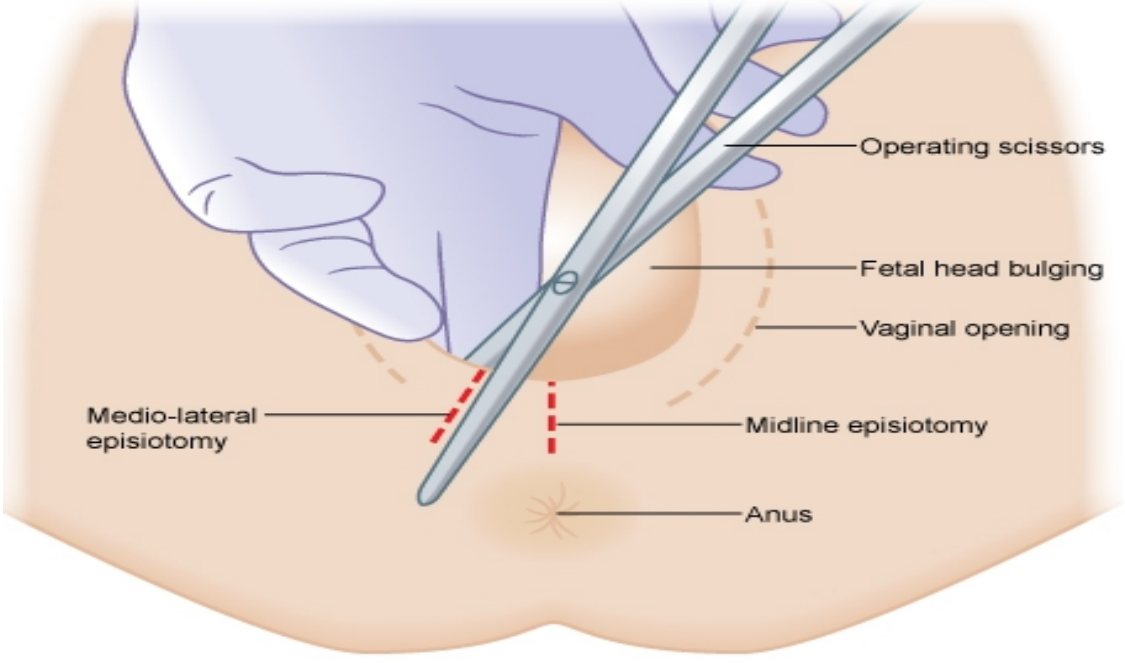
Nakon što je dijete novorođeno, stavlja se majci na prsa kako bi započeo kontakt koža na kožu i složen, ali jedinstven proces upoznavanja majke i djeteta i početka roditeljstva.

U ovom porodnom dobu su također važni položaji za rađanje. Primalja bi trebala poticati i ohrabriti rodilju da mijenja položaje i zauzme onaj koji njoj najbolje odgovara. (1)

7.2.2. Intervencije za smanjenje rizika od perinealne traume

Tijekom drugog porodnog doba ne preporuča se izvoditi perinealnu masažu. Primalja treba koristiti tehniku „hands on“, što podrazumijeva čuvanje međice i sprječavanje nagle defleksije glave. Rodilju treba poticati na mijenjanje položaja i tiskanje u uspravnom i sjedećem položaju jer je u tim položajima smanjena incidencija epiziotomija i ruptura međice. Ne savjetuje se primjena lidokaina u spreju kao analgezija u drugom porodnom dobu. Rutinska epiziotomija se ne bi smjela koristiti za spontani vaginalni porod. Dokazano je da ne postoji ništa veći rizik od ponovne rupture međice kod žena koje su u prijašnjem porodu doživjele rupturu međice,  u odnosu na žene koje rađaju prvi put. Stoga rutinska epiziotomija nema smisla. Ako se procijeni da je epiziotomija potrebna, preporuka je da se izvede mediolateralna epiziotomija i da ona bude usmjerena na desnu stranu rodilje. Epiziotomija se može izvesti ako postoji klinička opravdanost poput instrumentalnog poroda ili sumnje na fetalnu patnju kada porod treba što prije završiti. Prije izvođenja epiziotomije treba provesti učinkovitu analgeziju perinealnog područja, osim u hitnim slučajevima kada za to nema vremena. (4)

Slika 3 Mediolateralna epiziotomija



Izvor: https://elearning.rcog.org.uk//easi-resource/forceps/traction/episiotomy

### 7.2.3. Uloga primalje tijekom drugog porodnog doba

Drugo porodno doba može biti posebno emotivno za rodilju. Može se osjećati ushićeno i uzbuđeno, ali istovremeno uznemireno i uplašeno saznanjem da će uskoro doći do rođenja njezinog djeteta. Miran pristup primalje te objašnjavanje situacije i svega što se događa mogu osigurati da se rodilja osjeti sigurnom i da zadrži svoju kontrolu. Porod je intiman čin koji se u bolnicama često događa u prisutstvu mnogih nepoznatih osoba. Primalja bi se trebala pobrinuti da što manje nepoznatih ljudi bude uz rodilju za vrijeme poroda kako bi se osigurala privatnost i dostojanstvo rodilje. U ovoj fazi poroda je također jako važna komunikacija. Važno je da rodilja sluša svoju primalju i upute koje joj daje vezane uz tiskanje. (1)

Preporuča se povremenom auskultacijom Pinardovom slušalicom poslušati srčane kucaje ploda. Auskultacija se treba izvoditi odmah poslije kontrakcije tijekom jedne minute. Srčanu akciju ploda treba poslušati nakon svakog truda. Tijekom auskultacije treba palpirati rodiljin puls kako bi se uočila razlika. (4)

Iako je preporuka da se koristi povremena auskultacija, danas se koristi kontinuirani CTG zapis koji ograničava rodilju u kretanju i promjeni položaja te može dovesti do provođenja nepotrebnih postupaka. (1)

## 7.3. Treće porodno doba

Treće porodno doba počinje od rođenja djeteta, a završava rođenjem sekundina- posteljice, pupkovine i plodovih ovoja. Faze trećeg porodnog doba su odvajanje posteljice, spuštanje posteljice kroz porodni kanal i njezina ekspulzija. (3)

Vrijeme odmah nakon rođenja djeteta je razdoblje kada se majka prvi put susreće sa svojim djetetom i upoznaje se s njime. Stoga, treba biti pažljiv i paziti da se svaka njega i intervencije koje se trebaju provesti, budu osjetljivi i da minimaliziraju odvojenost ili ometanje majke i djeteta. (4)

### 7.3.1. Aktivno i fiziološko vođenje trećeg porodnog doba

Treće porodno doba se može voditi na aktivan ili fiziološki način. Danas se vodi aktivnim načinom, dok je fiziološko vođenje sve više napušteno zbog rizika i komplikacija koje ono nosi. Aktivno vođenje trećeg porodnog doba podrazumijeva rutinsku upotrebu uterotonika, odgođeno podvezivanje i rezanje pupčane vrpce, kontrolirano povlačenje za pupkovinu nakon što su utvrđeni znakovi da je posteljica odvojena.

Fiziološko vođenje trećeg porodnog doba ne uključuje upotrebu uterotonika, pupčana vrpca se ne podvezuje sve dok ne prestane pulsirati, a posteljica se porađa isključivo majčinim tiskanjem.

Primalja u trećem porodnom dobu mora promatrati ženino opće fizičko stanje, boju kože, respiraciju i njezino verbaliziranje kako se osjeća te kontrolirati vaginalno krvarenje. Potrebno je objasniti ženi koje su prednosti aktivnog vođenja trećeg porodnog doba, a koje su prednosti fiziološkog vođenja. Aktivno vođenje skraćuje trajanje trećeg porodnog doba u odnosu s fiziološkim vođenjem. Kod aktivnog vođenja postoji rizik od pojave mučnine i povraćanja zbog primjene lijekova, ali zato je kod fiziološkog vođenja povećan rizik od krvarenja više od 1000 ml i potrebe za primjenu transfuzije krvi. Aktivno vođenje je povezano s manjim rizikom od postpartalnog krvarenja i potrebom za transfuzijom krvi od fiziološkog vođenja. Ako žena želi fiziološko vođenje trećeg porodnog doba, treba procijeniti rizik za postpartalno krvarenje (povijest koagulacijskih poremećaja, traume mekog porodnog puta…). Ako se procijeni da je kod nje rizik za postpartalno krvarenje mali ili ne postoji, njezin izbor se mora podržati. Odluku koja je donesena u suradnji sa ženom se mora dokumentirati.

Za aktivno vođenje trećeg porodnog doba se daje 10 IU oksitocina intramuskularno nakon što se porodi prednje rame ili odmah nakon poroda djeteta, ali prije nego što je pupčana vrpca podvezana i prerezana. Korištenje oksitocina je povezano s pojavom manje nuspojava nego korištenje kombinacije oksitocina i ergometrina. Nakon što je oksitocin apliciran, pupčana vrpca se može podvezati i prerezati. Ne preporuča se podvezivanje pupčane vrpce u vremenu manjem od jedne minute od poroda djeteta, osim ako postoji zabrinutost za integritet pupčane vrpce ili je djetetova srčana akcija manja od 60 otkucaja u minuti. Preporuča se pupčanu vrpcu podvezati unutar prvih pet minuta od poroda kako bi se moglo izvesti kontrolirano povlačenje za pupkovinu kao dio aktivnog vođenja. Ako žena želi i traži da se pupkovina podveže i prereže nakon pet minuta, njena se odluka treba uvažiti i postupiti na taj način. Nakon što je pupčana vrpca prerezana, posteljica se porađa koristeći kontrolirano povlačenje za pupkovinu. Kontrolirano povlačenje se treba izvesti tek nakon aplikacije oksitocina i nakon što su se provjerili znakovi da je posteljica odljuštena od maternice. (4)

Znakovi odljuštenja posteljice su:

- Ahlfeldov znak- kada se posteljica odljušti hvataljka po Peanu kojom se podvezala pupčana vrpca tik do simfize, spuštena je oko 10 cm
- Küstnerov znak- primalja rukom pritisne iznad simfize te ako je posteljica odljuštena, pupčana vrpca se ne uvlači u rodnicu
- Schröderov znak- kada se posteljica nalazi u donjem uterinom segmentu, maternica se povuče prema desnom rebrenom luku (3)

Tijekom vođenja trećeg porodnog doba na fiziološki način, primalja mora osigurati mirnu i toplu okolinu kako bi se žena osjećala dobro i sigurno. Preporuka je da majka i novorođenče ostvare kontakt na kožu te ih treba utopliti kako novorođenče ne bi gubilo toplinu i pothladilo se. Kontaktom koža na kožu i mogućom uspostavom prvog podoja tijekom trećeg porodnog doba, potaknut će oslobađanje oksitocina kod majke što će skratiti trajanje ove faze. Žena bi morala biti u polusjedećem položaju kako bi se pomoću sile teže pospješilo odljuštenje posteljice. Primalja ne smije ometati fiziološke procese koji se događaju niti ometati povezanost između novorođenčeta, majke i njihove pratnje na porodu. Treba biti strpljiv i promatrati ponašanje žene kako bi se primijetili znakovi odljuštenja posteljice (pritisak na debelo crijevo, potreba za tiskanjem, meškoljenje, potreba za promjenom položaja, verbalizacija da osjeća pritisak i da ima osjećaj da osjeća kontrakciju).

Vrijeme kada je pupkovina podvezana se mora zabilježiti i dokumentirati i kod aktivnog i kod fiziološkog vođenja. Ako kod fiziološkog vođenja trećeg porodnog doba dođe do pojave krvarenja ili se posteljica ne porodi unutar sat vremena od poroda djeteta, treba savjetovati prelazak na aktivno vođenje trećeg porodnog doba. (4)

Pregled posteljice i ovoja se treba izvesti čim je moguće nakon poroda te ukoliko postoji sumnja u njihovu cjelovitost može se čim prije intervenirati i postupiti po potrebi. Važno je posteljicu i ovoje detaljno pregledati kako bi se se sa sigurnošću utvrdilo da je posteljica cijela i da u maternici ne postoji zadržanog tkiva posteljice i ovoja. Detaljnim pregledom posteljice se mogu na vrijeme dijagnosticirati komplikacije trećeg porodnog doba, odnosno postpartalna krvarenja i infekcije. Nakon što je posteljica pregleda primalja mora svoju pažnju usmjeriti na

majku. Potrebno je palpirati maternicu preko trbušne stjenke. Prazna maternica mora biti čvrsta, centrirana i u razini pupka. (1)

### 7.3.2. Uloga primalje u trećem porodnom dobu

Drugo porodno doba je rezultiralo rođenjem djeteta te se primaljska skrb ne odnosi sada samo na ženu nego i na novorođenče. Prilikom izvođenja svih intervencija i postupaka koji su usmjereni na majku, primalja mora pod nadzorom imati i novorođenče. Tijekom trećeg porodnog doba primalja mora održavati dobru komunikaciju sa ženom, paziti na njezino opće fizičko stanje i kontrolirati količinu krvarenja iz porodnog kanala. Vitalne funkcije se moraju monitorirati. Poticati pražnjenje mokraćnog mjehura. Najbolje bi bilo da se žena spontano pomokri. Primalja ženi može olakšati mokrenje tako da pusti vodu iz slavine, zamrači prostoriju, da je žena sama u prostoriji i da sjedi na krevetu ili je u polusjedećem položaju. Važno je da se mokraćni mjehur prazni jer pun mjehur otežava mehanizam odljuštenja posteljice. Nakon što se posteljica porodila treba je pregledati. (1)

## 7.4. Četvrto porodno doba

Četvrto porodno doba je razdoblje oporavka ili rekonvalescencije. Traje dva sata od poroda i za to vrijeme babinjača je u rađaonici pod nadzorom. Tijekom četvrtog porodnog doba radi se pregled mekog porodnog puta. Ako su pronađeni razdori, pristupa se njihovom zbrinjavanju ili ako je učinjena epiziotomija nju se ušiva. (3)

### 7.4.1. Uloga primalje tijekom četvrtog porodnog doba

Primalja tijekom četvrtog porodnog doba nastavlja svoju skrb za ženu i novorođenče. Nakon poroda treba nastaviti s mjerenjem vitalnih funkcija, odnosno temperature, pulsa i krvnog tlaka kako bi se primijetile eventualne nepravilnosti. Treba provjeravati tonus maternice i vaginalno krvarenje. Mokraćni mjehur se mora redovito prazniti te treba ženu poticati na spontano mokrenje iako one često nakon poroda ne osjećaju potrebu za mokrenjem. Ako se uz primjenu svih primaljskih intervencija ne može spontano pomokriti, mokraćni mjehur treba isprazniti kateterizacijom. Ako je potrebno zašiti epiziotomiju ili rupture perineuma preporuča se ženi ponuditi analgeziju kako bi se postupak obavio čim bezbolnije. Područje perineuma mora biti dobro osvijetljeno kako bi se osigurala dobra vidljivost. Ženu treba staviti u položaj koji joj je udoban. Tijekom šivanja epiziotomije ili ruptura primalja asistira liječniku i pruža

podršku ženi. Prilikom svih ovih postupaka žena mora biti o svemu informirana i za svaku intervenciju treba dati svoj pristanak. (4)

Ovo je razdoblje različitih intenzivnih emocija i primalja mora pružati podršku ženi i objasniti da su sve emocije koje babinjača doživljava i osjeća normalne. Ovo je pravo vrijeme da se započne prvi podoj te primalja educira ženu o dojenju, pravilnom prihvatu dojke i odgovara na sva pitanja. (4)

### 7.4.2. Skrb za novorođenče

U prvoj i petoj minuti djetetova života treba procijeniti njegovu vitalnost koristeći Apgar score. Novorođenče treba osušiti i utopliti kako bi se izbjeglo pothlađivanje. Novorođenče se stavi na majčina prsa na kontakt koža na kožu i zamotati ga u toplu, suhu dekicu. Treba izbjegavati odvajanje majke od njezinog djeteta unutar prvih sat vremena od rođenja kao rutinske postnatalne postupke kao što su vaganje, mjerenje i kupanje djeteta osim ako su ovi postupci zahtijevani od majke ili nužni za neophodnu skrb za dijete. To također znači da majka i novorođenče mogu održavati kontakt koža na kožu dok se vrši pregled i zbrinjavanje epiziotomije ili ruptura. Idealno bi bilo kada bi s dojenjem započelo unutar jednog sata od poroda. Unutar prva dva sata od poroda primalja mjeri opseg glave, porodnu masu i duljinu te tjelesnu temperaturu. Tada se provodi prvi pregled kako bi se detektirale vele fizičke abnormalnosti i utvrdili problemi koji zahtijevaju daljnju obradu. Treba osigurati da se svaka intervencija i postupak liječenja novorođenčeta provodi uz pristanak roditelja, a optimalno bi bilo ako je moguće da su roditelji prisutni u takvim situacijama. (4)

# 8. DEFINICIJA PRIMALJE

Međunarodna konfederacija primalja (ICM) dala je definiciju primalje koja glasi:

Primalja je osoba koja je uspješno završila edukacijski program primaljstva, a koji se temelji na ICM-ovim esencijalnim kompetencijama za primaljsku struku i okvirima ICM-ovih globalnih standarda obrazovanja za primalje te je njezino obrazovanje prepoznato u zemlji u kojoj se nalazi; osoba koja je stekla potrebne kvalifikacije da bi se mogla registrirati i/ili imati zakonsku dozvolu za pružanje primaljske skrbi i korištenje titule „primalja“; i osoba koja svoje kompetencije pokazuje u praksi primaljstva.

Svjetska zdravstvena organizacija navela je da je „jačanje obrazovanja za primalje ključni korak za poboljšanje kvalitete skrbi i smanjenje smrtnosti i morbiditeta majki i novorođenčadi.“ (6)

## 8.1. Djelatnost primalja

Zakonom o primaljstvu definirane su djelatnosti koje primalje obavljaju. Primaljska djelatnost obuhvaća sve postupke, vještine i znanja primaljske skrbi. Primalje su u provođenju svoje djelatnosti obavezne koristiti svoje stručno znanje, poštivati prava pacijenata odnosno korisnica primaljske skrbi, etička i stručna načela zaštite zdravlja stanovništva i svih pacijenata. Primalje moraju kao profesionalnu tajnu čuvati sve informacije o zdravstvenom stanju pacijenata koje su dobile tijekom provođenja skrbi za njih. Djelatnost primalja se provodi na svim razinama zdravstvene zaštite. (7)

## 8.2. Kompetencije prvostupnica primaljstva

Kompetencije su kombinacija stečenih znanja, vještina, sposobnosti i stavova koji omogućavaju odgovarajuće pružanje primaljske skrbi. One su rezultat razine obrazovanja i edukacije u primaljstvu i njihov cilj je pružanje učinkovite i sigurne primaljske skrbi koja je temeljena na dokazima.

Prvostupnice/prvostupnici primaljstva su samostalne u obavljanju svih postupaka pružanja primaljske skrbi ako se radi o fiziološkim stanjima (trudnoća i porod), a u patološkim stanjima djeluju kao dio multidisciplinarnog zdravstvenog tima. Primjenjuju znanja koja su stečena iz

područja primaljske skrbi, porodništva i ginekologije. Vode medicinsku dokumentaciju o pruženoj primaljskoj skrbi. Planiraju, organiziraju, analiziraju i provode primaljsku skrb. Educiraju stanovništvo o trudnoći, porodu, roditeljstvu, dojenju i njezi novorođenčeta. Prvostupnice/prvostupnici primaljstva utvrđuju trudnoću, vode fiziološku trudnoću i porod te utvrđuju moguće komplikacije i patološke promjene do kojih može doći u trudnoći i porodu o kojima treba obavijestiti liječnika. U hitnim slučajevima primalje mogu voditi porod na zadak i napraviti manualnu eksploraciju i evakuaciju materišta. Prvostupnice/prvostupnici primaljstva urezuju episiotomiju kada za to postoji potreba te šivaju episiotomije i rupture međice 1. i 2. stupnja. Sudjeluju u praćenju i nadzoru patoloških trudnoća i poroda. Sudjeluju kod operativnih načina dovršenja poroda. Primalje provode postupke pripreme za operacijske zahvate i provode njegu nakon operativnih dovršenja poroda. U kompetencije prvostupnica/prvostupnika primaljstva spada provođenje edukacija o promociji i očuvanju reproduktivnog i seksualnog zdravlja, o prevenciji spolno prenosivih bolesti te planiranju obitelji. Prvostupnice/prvostupnici primaljstva samostalno daju parenteralnu i peroralnu terapiju koja je propisana od strane liječnika. Nakon poroda provode nadzor nad majkom i zdravim novorođenčetom. (8)

### 8.3. Uloga Hrvatske komore primalja u primjeni EU Direktive u primaljstvu

U Hrvatskoj je obrazovanje primalja na studiju primaljstva usklađeno s Direktivom EU, kao i u ostalim članicama Europske unije.

Usprkos usklađenosti obrazovanja primalja, primalje u RH nemaju mogućnost samostalno utvrđivati trudnoću, pružati antenatalnu skrb u fiziološkim trudnoćama, te samostalno voditi fiziološke porode i obavljati vaginalne preglede. Ne postoji kontinuirana primaljska skrb od začeća do kraja babinja. Također u RH ne postoji patronažna primaljska skrb, nego tu djelatnost obavljaju prvostupnice/prvostupnici sestrinstva.

Kako bi se dobio uvid u stvarno stanje primaljstva i djelatnost koju prvostupnice/prvostupnici primaljstva obavljaju, Hrvatska komora primalja je provela anonimnu anketu „Kompetencije prvostupnica“ u kojoj je sudjelovalo 81 prvostupnica/prvostupnika primaljstva iz svih županija u Republici Hrvatskoj. Ono što se ovom anketom htjelo saznati je koje od djelatnosti su navedene u Zakonu o primaljstvu, prvostupnice/prvostupnici primaljstva u stvarnosti obavljaju. Kao najveći nerazmjer sa Zakonom i stvarnosti u Hrvatskim rodilištima se pokazalo utvrđivanje i vođenje fiziološke trudnoće i poroda, vođenje poroda na zadak u hitnim situacijama te šivanje episiotomija i ruptura međice prvog i drugog stupnja. Tako je

više od 70% prvostupnica/prvostupnika primaljstva odgovorilo da nemaju mogućnost samostalnog utvrđivanja trudnoće, provođenja antenatalne skrbi za fiziološke trudnoće i vođenja poroda na svim razinama zdravstvene zaštite. Vođenje porođaja na zadak i izvedbu manualne eksploracije i evakuacije materištva ne izvodi skoro 80% prvostupnica/prvostupnika. Više od 85% prvostupnica/prvostupnika ne šiva ureze međice i rupture 1. i 2. stupnja, a većina primalja urezuje epiziotomije. No, ovom anketom je također utvrđeno da primalje vode primaljsku dokumentaciju i edukacije za porod i roditeljstvo, daju savjete o dojenju i njezi novorođenčeta, prate stanje majke i zdravog novorođenčeta nakon poroda, provode terapiju propisanu od strane liječnika i sudjeluju u operativnom dovršenju poroda i pružanju skrbi poslije operacija. (10)

# 9. PROBLEMI U PRIMALJSTVU

Trend medikalizacije poroda

Za primaljsku skrb to znači da se sve manje poroda događa kod kuće, a sve više ih je u bolnicama. U mnogim europskim zemljama, trudnoća i porod se više ne smatraju kao prirodni procesi nego se na njih gleda kao potencijalne rizike za majku i dijete. U zemljama koje na porod i trudnoću gledaju kao patologiju uloga primalje je limitirana i primalje nisu toliko samostalne koliko bi trebale biti jer se na trudnoću i porod ne gleda kao na fiziološke procese i tu prestaju samostalne kompetencije primalja. Također u mnogim zemljama ne postoje samostalni primaljski porodni centri što predstavlja nužnost promjene u zdravstvenom sustavu.

Jak utjecaj liječnika

Liječnici specijalisti ginekologije i opstetricije su jako važne karike u skrbi za trudnice, rodilje i babinjače. U nekim zemljama oni su jedini pružatelji primarne zdravstvene zaštite kojima se žene obraćaju i tijekom normalnih trudnoća i poroda. U takvim zemljama žene najčešće nemaju druge mogućnosti odabrati nekog drugog pružatelja skrbi. To je suprotno težnji primalja za neovisnošću i pružanju primaljske skrbi na primarnoj razini zdravstvene zaštite.

Primalje nisu krajnje odgovorne

U nekim europskim zemljama primalje skoro uvijek rade pod odgovornošću i/ili izravnim nadzorom liječnika specijalista ginekologije i opstetricije. Takve su situacije također prijetnja za neovisnost primalja.

Nedostatak vlastitog identiteta

U mnogim državama profesija primalja je snažno povezana s profesijom medicinskih sestara. Kao posljedice medicinske sestre obavljaju zadatke primalja i obratno. U Hrvatskoj ne postoji patronažna primaljska skrb nego skrb za trudnice, babinjače i zdravu novorođenčad obavljaju prvostupnice sestrinstva. Činjenica da primalje nemaju vlastiti identitet, onemogućava jačanje struke i primaljsku poziciju u zdravstvenoj zaštiti, ali i u društvu. (11)

# 10. ZAKLJUČAK

Porod i rođenje djeteta su događaji koji mijenjaju život. Briga, skrb i njega koju žena dobiva tijekom poroda utječe na nju fizički i psihički, kratkoročno i dugoročno na zdravlje nje i njezina djeteta. Dobra komunikacija, suosjećanje i podrška primalje i ostalih zdravstvenih djelatnika te poštivanje njezinih želja mogu joj pomoći da kontrolira ono što joj se događa te doprinijeti tome da joj porod bude pozitivno iskustvo, kako za nju, tako i za njezinu pratnju na porodu. Potrebno je da se ženi daju sve informacije i savjeti o svim raspoloživim postupcima kako bi ona za sve mogla donijeti informiranu odluku i dati svoj pristanak. Uloga primalje je pružanje najbolje moguće dostupne skrbi temeljene na dokazima za sve žene, novorođenčad i ostatak njihove obitelji. Primalje rade na različitim razinama zdravstvene zaštite. One brinu za žene prije trudnoće, tijekom trudnoće, za vrijeme poroda i tijekom razdoblja babinja. Primalje su u svojem radu uvijek dužne poštivati ljudska prava žena i novorođenčadi, a prioritet im mora biti da je njihova skrb uvijek usredotočena na potrebe, stavove, sklonosti i odluke žena. Primalje su u potpunosti odgovorne kao profesionalci koje pružaju njegu i skrb ženama, novorođenčadi i njihovim obiteljima. Sukladno tome, one moraju znati predvidjeti i prepoznati sve promjene koje mogu dovesti do komplikacija i dodatnih potreba za njegom i skrbi, a koje mogu dovesti do morbiditeta i/ili mortaliteta. Kada dođe do takvih situacija, primalja je odgovorna za njihovo prepoznavanje, pravovremeno rješavanje i skrb za ženu i/ili dijete u multidisciplinarnom timu. Uloga primalja su edukacija, promicanje i promoviranje zdravlja te sprječavanje bolesti. Važno je da sve primalje odgovorno i spremno preuzmu svoje kompetencije te preuzmu odgovornost za svoje postupke.

# 11. LITERATURA


1. Marshall J, Raynor M. Myles Textbook for Midwives. 16 izd. Edinburgh: Oxford Churchill Livingstone; 2014.
2. Đelmiš J, Orešković S i sur. Fetalna medicina i opstetricija. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
3. Habek D. Ginekologija i porodništvo. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
4. NICE, Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline; 2014.
5. Svjetska zdravstvena organizacija. Skrb tijekom normalnog prođaja- praktični vodič. Geneva: Svjetska zdravstvena organizacija; 1999.
6. Nursing & Midwifery Council. Standards of proficiency for midwives. 2019.
7. Zakon o primaljstvu (Uredničkи pročišćeni tekst, "Narodne novine", broj 120/08, 145/10)
8. Matok-Glavaš B, Kočiš Čovran S, Finderle B. Kompetencije primalja-asistentica, prvostupnica primaljstva i magistra primaljstva. Zagreb: Hrvatska komora primalja; 2020.
9. Médecins Sans Frontières. Essential obstetric and newborn care Practical guide for midwives, doctors with obstetrics training and health care personnel who deal with obstetric emergencies. Médecins Sans Frontières; 2019.
10. Matok-Glavaš B. Uloga Hrvatske komore primalja u primjeni EU Direktive u primaljstvu. The challenges and prospects of midwifery profession seen through the acquired level of midifery education: scientific conference with international participation. Rijeka:Faculty of Health Studies; 2019.
11. Emons J.K., Luiten M.I.J.Midwifery in Europe An inventory in fifteen EU-member states. Deloitte & Touche; 2001.
12. Dražančić A i sur: Porodništvo. Zagreb: Školska knjiga; 1994.


## Prilog A: Popis tablica


Tablica 1 Trajanje porodnih doba


## Prilog B: Popis ilustracija


Slika 1 Pinardova (primaljska/opstetrička) slušalica

Slika 2 Kretnje glave kroz porodni kanal
Slika 3 Mediolateralna epiziotomija

# 12.ŽIVOTOPIS

Magdalena Rušković rođena je 19.12.1997. godine u Zagrebu. Završila je osnovnu školu u Rugvici s odličnim uspjehom. Nakon završene osnovne škole, 2012. godine upisala je Školu za medicinske sestre Mlinarska smjera medicinska sestra/tehničar opće njege i završila je s odličnim uspjehom. Akademske godine 2017./2018. upisuje stručni studij primaljstva na fakultetu Zdravstvenih studija u Rijeci, Sveučilišta u Rijeci. Nakon trogodišnjeg razdoblja, završila je studij s odličnim uspjehom.