Utjecaj inicijative "Rodilište prijatelj djece" na promjenu u pristupu zdravstvenih djelatnika prema porođaju

Matok Glavaš, Biserka

Master's thesis / Diplomski rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:771517

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Biserka Matok Glavaš

Utjecaj inicijative „Rodilište – prijatelj djece“ na promjenu u pristupu zdravstvenih djelatnika prema porođaju

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2016.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Biserka Matok Glavaš

Utjecaj inicijative „Rodilište – prijatelj djece“ na promjenu u pristupu zdravstvenih djelatnika prema porođaju

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2016.

Diplomski rad izrađen je u Kliničkoj bolnici „Merkur“ na Klinici za ženske bolesti i porode pod mentorstvom prof. dr.sci. Ratka Matijevića te je predan na ocjenu u akademskoj godini 2015. / 2016.

POPIS I OBJAŠNJENJE KRATICA

UNICEF	Međunarodni fond za djecu, *engl. United Nations International Children`s Emergency found*
WHO	Svjetska zdravstvena organizacija, *engl. World Health Organization*
FIGO	Međunarodno udruženje ginekologa i opstetričara, *engl. International Federation of Gynecology and Obstetrics*
HIV	Virus humane imunodeficijencije, , *engl. Human imunodificiency virus*

SADRŽAJ

1. Uvod 1

1.1 Porođaj 2

1.2 Epiduralna analgezija za vaginalni porođaj 5

1.3 Epiziotomija 6

1.4 Inicijativa „Rodilišta – prijatelj djece“ 7

1.5 Inicijativa „Rodilišta – prijatelj majki i djece“ 8

2. Hipoteza 11

3. Cilj rada 11

4. Ispitanici i metode 12

5. Rezultati 14

6. Rasprava 18

7. Zaključak 22

8. Zahvale 23

9. Literatura 24

10. Životopis 25

SAŽETAK

Utjecaj inicijative „Rodilište – prijatelj djece“ na promjenu u pristupu zdravstvenih djelatnika prema porođaju

Biserka Matok Glavaš

Ciljevi: Primarni cilj bio je utvrditi da li su i u kolikoj mjeri zdravstveni djelatnici promijenili pristup prema primjeni epiziotomije kod normalnog porođaja, što se smatra promjenom pristupa koji je uvjetovan između ostaloga i inicijativom „Rodilište-prijatelj djece“. Sekundarni ciljevi rada bili su utvrditi promjene u učestalosti primjene epiduralne analgezije za olakšanje porođajne boli, učestalost primjene infuzije oksitocina za poticanje napredovanja porođaja (aktivno vođenje porođaja), učestalost amniotomije kao metode ubrzanja porođaja te broj instrumentalno dovršenih porođaja.

Ispitanici i metode: Faktorima uključenja i isključenja definirane su dvije promatrane skupine ispitanica koje su rodile 1993. i 2015. godine. Iz analize smo isključili sve žene koje su tijekom trudnoće imale gestacijski dijabetes, gestacijsku hipertenziju, placentu previu, bilo kakva krvarenja tijekom trudnoće, plod u stavu zatkom te bilo kakve druge kronične i akutne bolesti koje bi mogle utjecati na ishod trudnoće. Podaci su prikupljeni retrospektivno. Provedena je deskriptivna analiza podataka te su testirane razlike između skupina korištenjem z-testa za proporcije. Pohrana i obrada podataka učinjena je u programu Microsoft Excel ™. Razina statističke značajnosti bila je $p \leq 0,05$.

Rezultati: Usporedbom rezultata za 1993. i 2015. godinu utvrdili smo značajnu razliku u broju učinjenih epiziotomija ($z=6.5513$). Uz pouzdanost od 95% zaključili smo da se 2015. godine pri porođajima značajno više koristila epiduralna analgezija. Usporedbom infuzije oksitocina utvrđena je značajna razlika (uz značajnost od 95%) između 1993. i 2015. godine kada je u pitanju udio porođaja kod kojih je korištena infuzija oksitocina. Pri tome je veća zastupljenost infuzije oksitocina bila u 2015. godini. Kod izvedene amniotomije, kao i u broju instrumentalno dovršenih porođaja uz vakum ekstrakciju nije bilo statistički značajne razlike. Nije dokazana statistički značajna razlika u trajanju duljine porođaja. Statistički značajna razlika uočena je u duljini boravka majke i novorođenčadi u rodilištu. ($p<0.01$, $t=6,157$)

Zaključak: Ovim provedenim istraživanjem zaključili smo da je inicijativa „Rodilište – prijatelj djece“ utjecala na pozitivnu promjenu u pristupu zdravstvenih djelatnika prema primjeni epiziotomije kod vaginalnih porođaja.

Ključne riječi: porođaj, epiziotomija, „Rodilište – prijatelj djece“

SUMMARY

Effect of "Baby-friendly hospital" initiative on changes in attitudes of health care professionals on delivery

Biserka Matok Glavaš

Aims: The primary aim was to determine if and in what way did health care prefessionals change their approach towards episiotomy practice in normal labour, which is considered to be influenced, among other things, by the «Baby-friendly hospital» initiative.

Secundary aims were to ascertain the prevalence of epidural analgesia for alleviating labour pain, the prevalence of oxytocin infusion for labour augmentation (active labour management), the prevalence of amniotomies performed for labour augmentation as well as the number of instrumentally assisted labours.

Material and methods: Two groups of pregnant women who gave birth in 1993 and 2015 were selected and compared according to inclusion and exclusion criteria. The study excluded pregnancies burdened with gestational diabetes, gestational hypertension, placenta praevia, any form of bleeding during pregancy, breech praesentation or any other acute or chronic condition that might influence labour outcome. Data were collected retrospectivly from medical records. Descriptive statistical analysis was performed and difference between variables was tested using z-test for proportions. Data processing was performed in Microsoft Excel ™. Statistical significance was considered $p<0.05$.

Results: Comparision of results from 1993 and 2015 showed a statistically significant difference in the number of episiotomies performed ($z=6.5513$). With an accuracy of 95% the results showed that significantly more labours in 2015 included epidural analgesia and oxytocin infusion. No statisitcal difference was found in the number of amniotomies or instrumentally assisted labours between 1993 and 2015 as well as in labour duration. the results showed a statistically significant difference in the time mothers and newborns spent in hospital after delivery ($p<0.01$, $t=6,157$).

Conclusion: It can be concluded that the «Baby-friendly hospital» initiative has influenced positively to the approach of health care professionals towards episiotomy practice in normal, vaginal deliveries.

Keywords: delivery, episiotomy, “Baby- friendly hospital” initiative

1. UVOD

Osamdesetih i devedesetih godina prošlog stoljeća svakom se porođaju pristupalo kao rizičnom, uz uobičajeni «paket» intervencija. Prokidanje vodenjaka, upotreba oksitocina, epiziotomija, zabrana kretanja te uskraćivanje jela i pića tijekom prvog porođajnog doba, postali su uobičajena praksa pa se svaki porođaj tretirao kao porođaj s komplikacijama i rizičan.
Nakon porođaja novorođenče se odvajalo od majke i bilo „pod nadzorom osoblja“. Na prvi podoj majci se dijete nosilo tek nakon dvanaest ili nekad čak nakon dvadeset i četiri sata. Iako je poznato da neke od navedenih intervencija mogu spasiti život majci ili djetetu pri pojavi komplikacija, kada se one koriste rutinski i nekritično, dovode do negativnog iskustva rodilje, negativno utječu na povezivanje majke i djeteta, imaju negativan utjecaj na uspostavu dojenja te utječu na razvijanje nepovjerenja žene prema zdravstvenim djelatnicima.

Shodno tome SZO (eng.WHO) i UNICEF pokrenuli su 1991. godine inicijativu “Rodilišta - prijatelji djece” u cilju zaštite, podrške i promicanja dojenja.
Zahvaljujući UNICEF-u u Republici Hrvatskoj 1993. godine pokrenut je program promicanja dojenja pod nazivom „10 koraka do uspješnog dojenja“. Ispunjavanjem određenih kriterija spomenutog programa, rodilišta nakon ocjenjivanja dobivaju naziv „Rodilišta- prijatelj djece“. Iako se prioritetno naglasak stavlja na važnost ranog kontakta koža na kožu između majke i djeteta i uspostave prvog podoja unutar prvih 60 minuta po porodu, također se sve više naglašava utjecaj načina vođenja porođaja i primjene intervencija u porođaju na uspostavu dojenja (Grgurić i suradnici 2007).
Nakon što se inicijativa „Rodilišta- prijatelji djece“ integrirala u rad i zdravstveni djelatnici u rodilištima diljem Republike Hrvatske uspješno su počeli poštivati „10 koraka do uspješnog dojenja“, praksa i iskustvo pokazali su da je neophodno svakoj trudnici, rodilji i babinjači pristupiti individualno.
Također, edukacija trudnica o prirodnim procesima koji se događaju tijekom porođaja i kod uspostave dojenja uvelike će doprinijeti većem zadovoljstvu žena, a samim time i većom stopom dojene djece.
Pozitivne promjene u zdravstvenim ustanovama potiču se što manjim uplitanjima u fiziološki porođaj, kritičnom upotrebom intervencija i lijekova, individualnim pristupom i kontinuiranom potporom tijekom porođaja.

1.1.P O R O ĐAJ

Prema SZO normalan porođaj definiramo kao porođaj koji počinje spontano te nema dodatnih elemenata rizika niti na početku, niti kroz cijelo trajanje porođaja. Dijete je rođeno spontano, u stavu glavicom, između navršenog 37. i 42. tjedna trudnoće. Nakon porođaja majka i dijete u dobrom su stanju. Pri ovakvoj definiciji razmatrana je rizičnost trudnoće, tijeka porođaja i izgona. Pri tome se napominje da trudnice s visokorizičnim trudnoćama mogu na kraju imati normalan porođaj bez komplikacija, kao što i trudnice s niskim rizikom na početku porođaja na kraju mogu imati kompliciran porođaj (Svjetska zdravstvena organizacija 1999).

Cilj perinatalne skrbi pri normalnom porođaju jest zdrava majka i novorođenče, uz najmanju moguću razinu intervencija.

Prema medicinskoj literaturi, porođaj je definiran kao fiziološko zbivanje koje započinje pojavom kontrakcije maternice (trudovi) i progresivnom dilatacijom ušća maternice, a završava rađanjem djeteta u dorzo-anteriornom okcipitalnom stavu gestacijske starosti 37-42 tjedna i porođajne mase od 10.-90. percentilne vrijednosti za gestacijsku dob te izbacivanjem posteljice i plodovih ovoja (Dražančić et al. 1999).

Porođaj započinje trudovima koji dovode do nestajanja cerviksa i otvaranja ušća ili prsnućem vodenjaka. Kod prvorotke traje 12-18 sati, a kod višerotke 7-8 sati.

Sam tijek porođajaa se dijeli na četiri porođajna doba.

1. porođajno doba je doba otvaranja, odnosno dilatacije ušća maternice
2. porođajno doba je doba rađanja, odnosno izgona čeda
3. porođajno doba je doba rađanja posteljice i ovoja
4. porođajno doba je postplacentno doba

Prvo porođajno doba započinje pravilnim trudovima otvaranja ili prsnućem vodenjaka, a završava potpuno otvorenim ušćem maternice (10 cm).

Kod prvorotke traje 8-10 sati, uz obično oko 150 trudova. Kod višerotke traje 5-7 sati, uz 100-120 trudova.

Drugo porođajno doba započinje potpunom dilatacijom ušća, a završava izgonom djeteta. Kod prvorotke ono traje 1-2 sata i 50 trudova, a kod višerotke 30 minuta te između 20-30 trudova.

Treće porođajno doba počinje trenutkom rođenja djeteta, a završava rođenjem posteljice. U fiziološkim uvjetima traje otprilike od pola sata do jedan sat.

Četvrto porođajno doba počinje izlaskom posteljice, a predstavlja prijelaznu fazu porođaja prema puerperiju. Traje otprilike dva sata te se u to vrijeme zatvaraju raskidane krvne žile maternice ispod sijela posteljice i stišava krvarenje (Dražančić et al. 1999).

Sam početak porođaja je proces, a ne događaj i stoga je često teško odrediti kada je porođaj započeo. Dijagnosticiranje početka porođaja iznimno je važno jer to kasnije predstavlja osnovu kod donošenja odluka vezanih za vođenje porođaja.

Aktivni porođaj temelji se na fiziološkim procesima te je kao takav najsigurniji pristup koji pruža najviše zadovoljstva svima koji sudjeluju pri porođaju. Aktivni porođaj podrazumijeva da je žena aktivni sudionik, a ne pasivni pacijent. Da bi aktivno sudjelovala u svim fiziološkim procesima poroda nužno je ostvarivanje partnerskog odnosa između žene, primalje i liječnika (Wagner 2007).

Da bi žena razumjela što se događa s njezinim tijelom za vrijeme porođaja, nužna je edukacija. Edukacija i priprema za aktivni porođaj počinje tijekom trudnoće. Važno je trudnicu i partnera upoznati s tijekom normalnog, fiziološkog porođaja, s mogućim položajima tijekom prvog i drugog porođajnog doba, načinom disanja za vrijeme trudova, ne farmakološkim metodama ublažavanja boli, kao i o mogućim komplikacijama koje se mogu pojaviti tijekom bilo kojeg porođajnog doba.

Dobro pripremljena trudnica, koja razumije fiziološke procese tijekom porođaja, može aktivno sudjelovati u porođaju, imati pozitivan učinak na napredovanje porođaja i razvija bolji odnos prema djetetu nakon porođaja. Također, educirana trudnica spremnija je prihvatiti pomoć i koristi moderne medicine kada zna da se intervencije primjenjuju onda kada su one doista potrebne, a ne rutinske i nekritične. Upravo u toj edukaciji trudnice, ključna je uloga primalje tijekom trudnoće, gdje kroz trudničke tečajeve, osim edukacije o fiziološkim procesima tijekom trudnoće i porođaja te promjenama koje se događaju u tijelu žene i informiranja, razvija partnerski odnos s trudnicom.

Zbog bolje psihičke pripreme trudnice za porođaj, u pripremi i edukciji za porođaj važno je istaknuti biološku sposobnost žene za rađanje.

Žene su različite i imaju različita očekivanja od porođaja. Neke žele privatnost i podršku partnera za vrijeme porođaja. Druge žele neku drugu blisku osobu kao podršku, dok će treće željeti stalnu nazočnost primalje. Primalja treba biti upoznata s njihovim željama te svim svojim znanjem i umijećima nastojati da se maksimalno poštuje ženina želja.

Medicinsko aktivno vođenje porođaja koje uključuje prokidanje vodenjaka, infuziju oksitocina i/ili pripravke prostaglandina primjenjuje se kada za to postoji razlog zbog kojeg porođaj treba ubrzati i pojačati trudove, a zbog nastalih komplikacija mogu ugroziti majku ili dijete. Tada se radi o hitnoj i potrebnoj intervenciji koja spada u liječničku nadležnost. Liječnik je tada dužan rodilju obavijestiti o nastalim komplikacijama, mogućim rizicima i potrebnim intervencijama.

Cilj mehaničke indukcije porođaja, odnosno umjetnog prokidanja vodenjaka (amniotomija) je da ubrza nastanak i pojača trudove te time skrati duljinu trajanja porođaja. Vodenjak se prokida dugom kukom nalik na iglu za pletenje tijekom vaginalnog pregleda. Po učinjenoj amniotomiji plodna voda spontano i kontinuirano istječe do kraja porođaja. Smatra se da prokidanje vodenjaka dovodi do sinteze i oslobađanja raznih kemijskih spojeva i hormona koji stimuliraju trudove. Amniotomija je posljednjih godina postala standardna praksa u mnogim zemljama diljem svijeta. U nekim bolničkim centrima se savjetuje i provodi na svim rodiljama dok se u mnogima koristi za rodilje čiji trudovi traju dugo bez značajnog učinka na napredovanje porođaja. Malo je dokaza da je skraćeni porođaj koristan za majku ili dijete. Postoji niz potencijalno važnih, no rijetkih rizika povezanih s amniotomijom koji uključuju komplikacije povezane s pupkovinom (spuštena, spala, ispala) i posljedično frekvencijom otkucaja djetetova srca.

Cochranova baza sistemskih pregleda procijenila je korištenje amniotomije za sve porođaje koji su započeli spontano. Pronađeno je 15 studija koje su uključivale 5583 rodilje. Niti jedna od ovih studija nije ispitivala povećava li amniotomija bol pri porođaju. Dokazano je da amniotomija ne skraćuje prvu fazu porođaja, a može dovesti do povećanja učestalosti porođaja carskim rezom. Stoga se rutinska amniotomija ne preporučuje kao dio standardnog postupanja pri porođaju (Smyth et al. 2013).

Aktivno vođenje porođaja zbog činjenice da se koriste medicinske intervencije uključuje određeni rizik koji može dovesti do komplikacija. Stoga je potrebno stalno pratiti napredovanje porođaja te stanje trudnice i fetusa.

Vrlo je važno i na koji će način žena roditi. Normalan, fiziološki porođaj priprema i majku i dijete na dojenje. Mnogi postupci tijekom porođaja, koji se danas uobičajeno i često rutinski izvode, poput indukcije, epiduralne analgezije, epiziotomije, mogu narušiti ranu uspostavu dojenja (Coalition for Improving Maternity Service 2015).

1.2 EPIDURALNA ANALGEZIJA ZA VAGINALNI POROĐAJ

Epiduralna anestezija je lokalna anestezija koja blokira bol u donjem djelu tijela te je bolji izbor od opće anestezije. Izvodi se primjenom lokalnih anestetika u kombinaciji s opijatima ili narkoticima. Može se izvesti i u kombinaciji sa spinalnom anestezijom (Štulhof-Karaman 1977). Epiduralna analgezija učinkovita je analgezija bez potrebe za sistemskom primjenom opijata u prvom porođajnom dobu i kao takva ima manji učinak na majčinu budnost.

Metodu je još 1921. razvio španjolski vojni liječnik Fidel Pages, a popularizirao u Italiji 1930. prof.Achile Dougliotti. Kasnije je grupa anesteziologa iz New Yorka razvila tehniku kontinuirane kaudalne anestezije. (Hingson 1943).

Pravilno izvedena analgezija ne smije biti neugodna za rodilju, mora ublažiti porođajnu bol, ali i omogućiti rodilji aktivno sudjelovanje u porođaju. Pri tome utjecaj na plod mora biti minimalan, a napredovanje porođaja zadovoljavajuće. Epiduralna kontinuirana analgezija s niskom koncentracijom lokalnog anestetika uz eventualno dodavanje malih dijelova opioida, najbliže je tom cilju te je metoda izbora za ublažavanje bolova u porođaju.

Epiduralna analgezija u porođaju se primjenjuje kada je djetetovo stanje zadovoljavajuće, kad su se razvili pravilni i regularni trudovi (svake 3-4 minute) i postoji odgovarajuća dilatacija ušća maternice (prvorotkinje 4-5 cm, višerotke 3-4 cm). Ukoliko rodilja ima uključenu infuziju oksitocina i dobre trudove, može se postaviti i ranije.

1.3 EPIZIOTOMIJA

Epiziotomija je, uz rezanje pupkovine, najčešća porodnička operacija koja podrazumijeva urezivanje međice u središnjoj ili postraničnoj crti. Izvodi se na kraju drugog porođajnog doba kako bi se povećao promjer izlaza porođajnog kanala te kao profilaksa razdora perineonalne regije U pravilu se izvodi kada se glavica nalazi u donjem dijelu porođajnog kanala, u drugoj fazi porođaja koju nazivamo izgon, za vrijeme truda kako bi se maskirala nelagoda i bol ureza međice.
Unazad 30-ak godina primalje i opstetričari diljem svijeta preispituju njezinu opravdanost i značenje, budući da se epiziotomija rutinski izvodila gotovo kod svih prvorotki. Danas se zna da preventivna upotreba epiziotomije nije opravdana te ju treba koristiti promišljeno i kontrolirano. Nakon epiziotomije očekuje se veći gubitak krvi (Prka & Habek 2011).

Također, vrlo je važan individualni pristup prema svakoj ženi glede epiziotomije. Svaka žena trebala bi biti upoznata s indikacijama za epiziotomiju i njenim posljedicama te njena želja o epiziotomiji mora biti jasno dokumentirana i poštivana, ukoliko je to medicinski opravdano.
Najčešće indikacije za epiziotomiju su fetalna hipoksija, makrosomno novorođenče, rigidna ili ožiljkasta međica, opstetričke operacije, defleksijski stavovi i dorzoposteriorni okcipitalni stav glavice (Robinson 2015).
Po preporuci WHO epiziotomija se ne smije izvoditi rutinski, postotak ne bi smio prelaziti 20%, a optimalno je 10%.
Svjetske perinatalne udruge smatraju da postotak epiziotomija ne bi smio prelaziti 30% u tercijarnim perinatalnim centrima s većim brojem patoloških trudnoća i porođaja, dok u primarnim i sekundarnim rodilištima taj postotak ne bi smio prelaziti 10-20% (Habek et al. 2009).

Ako se porođaj odvija normalno bez komplikacija, primalje su dužne upotrijebiti sve svoje vještine kako bi izbjegle epiziotomiju. Primalja ima ulogu „čuvanja“ međice u trudnoći i porođaju. U trudnoći se ta uloga odnosi na edukaciju trudnice o masaži međice, jačanju mišića zdjeličnog dna izvođenjem vježbi te upoznavanjem s indikacijama koje u porođaju zahtijevaju izvođenje epiziotomije.
U porođaju se elastičnost međice može poboljšati toplinom te primalja može stavljati tople obloge na međicu ili joj ponuditi mogućnost upotrebe tople vode (kupanje, tuširanje) u prvom porođajnom dobu. U drugom porođajnom dobu potreba za epiziotomijom može se smanjiti

raznim položajima rodilje. Preporučuje se uspravni, čučeći, klečeći ili četveronožni položaj. Potpora primalje tijekom porođaja dokazano utječe na manji broj epiziotomija i razdora.
Bol u području međice nakon epiziotomije ima negativan utjecaj na ženu, smanjuje njenu pokretljivost i mogućnost skrbi za dijete, te može dovesti do razdražljivosti, lošeg raspoloženja, iscrpljenosti i depresije, što u konačnici rezultira manjim postotkom uspješnog dojenja kod žene koja je imala epiziotomiju.

1.4 INICIJATIVA „RODILIŠTA PRIJATELJ DJECE“

SZO i UNICEF pokrenuli su 1991. godine inicijativu “Rodilišta - prijatelji djece” u cilju zaštite, podrške i promicanja dojenja. Inicijativa je pokrenuta u sklopu programa promicanja dojenja pod nazivom „ 10 koraka do uspješnog dojenja“ (Grgurić 1994).
Trend smanjenja broja dojene djece i sve ranije uvođenje formule u prehranu novorođenčadi dovela je do toga da su stručnjaci počeli upozoravati na brojne štetne posljedice na zdravlje djece koje uzrokuje takva praksa (Grugurić et al. 2007).
Zahvaljujući UNICEF-u i Ministarstvu zdravlja, program promicanja dojenja pod nazivom „10 koraka do uspješnog dojenja“ kroz inicijativu „Rodilišta - prijatelj djece“ pokrenut je u Hrvatskoj 1993. godine. Prije početka ovog programa u svim hrvatskim rodilištima uobičajena praksa je bila da se po porođaju majka i dijete odvajaju. Dijete bi odnijeli u dječju sobu i tek bi ga nakon 12-24 sata vratili majci na prvi podoj, koji je vremenski bio ograničen na pola sata.
Danas sva hrvatska rodilišta imaju mogućnost“rooming-ina“, što podrazumijeva 24-satni zajednički boravak majke i djeteta po porodu, a to i uvjetuje naziv rodilištu „Rodilište - prijatelj djece“.
Danas sva hrvatska rodilišta nose naziv „Rodilišta - prijatelj djece“, što znači da ispunjavaju kriterije „ 10 koraka do uspješnog dojenja“. Rodilište KB “Merkur“ svoju titulu „Rodilišta - prijatelja djece“ ponosno nosi od 2009. godine.
Uspješna implementacija navedenog program u svakodnevnu praksu zdravstvenih djelatnika koji skrbe za trudnicu, rodilju i babinjaču rezultirala je povećanom stopom isključivo dojene djece u rodilištu, kao i povećanom stopom dojene djece u prvih šest mjeseci života.
Dojenje je prirodan, fiziološki proces pri čemu ne smijemo zaboraviti da brojni postupci tijekom trudnoće i porođaja mogu utjecati na uspostavu dojenja. Edukacijom trudnice o fiziološkim procesima trudnoće, porođaj0a i dojenja te skrb tijekom porođaja u kojem se intervencije ne primjenjuju rutinski, pomažu uspostavi dojenja.

Smjernice SZO - Odjel reproduktivnog zdravlja i istraživanja pod nazivom Skrb tijekom normalnog porođaja govore o intervencijama koje se u porođaju ne bi smjele rutinski primjenjivati (klistir, brijanje, infuzija u porodu, ležeći položaj, primjena oksitocina, epiziotomija). Upravo su to postupci koji mogu spriječiti rani kontakt majke i djeteta te ranu uspostavu dojenja. Stoga je nužno sve postupke koji otežavaju rani kontakt koža na kožu koristiti samo kad su nužni i medicinski opravdani, a nikako kao rutinske postupke.
Kroz program promicanja dojenja i provođenje kriterija inicijative „Rodilišta – prijatelj djece“ primalje kao primarni zaštitnici prirodnih procesa u porođaju sve više postaju svjesne kako razni postupci i podrška koju žena ima tijekom porođaja uvelike utječu, kako na uspostavu dojenja, tako i na emocionalno povezivanje majke i djeteta te na psihičku stabilnost žene nakon porođaja.

1.5 INICIJATIVA „RODILIŠTA - PRIJATELJI MAJKI I DJECE“

Do početka 2016. godine sva rodilišta u Republici Hrvatskoj dobila su titulu „Rodilišta – prijatelj djece“.
U procesu ocjenjivanja rodilišta za ostvarivanje naziva „Rodilišta – prijatelj djece“, u upitniku koji se ispunjava za samoocjenu, mogao se ispuniti i dio Upitnika koji se odnosi na ostvarivanje kriterija u smislu „Rodilišta – prijatelj majki“. Iako je većina rodilišta ispunila i taj dio, ni jedno rodilište nije podnijelo zahtjev za ocjenom u tom pogledu.
2015. godine, u stručnom časopisu „International Journal og Gynecology and Obstetrics“ objavljene su Smjernice Međunarodnog udruženja ginekologa i porodničara (FIGO) za provođenje inicijative „Rodilišta - prijatelji majki i djece“ (FIGO 2014).

FIGO smatra kako sve žene imaju pravo na pozitivno iskustvo tijekom rađanja uz suosjećajnu skrb koju pruža osposobljeno i stručno osoblje uvjereno u jedinstvenost svake žene pojedinačno, svake obitelji i svakog novorođenčeta koji zato zaslužuju individualiziranu i dostojanstvenu skrb. Objavljeni dokazi o kršenju ljudskih prava žena tijekom rađanja su šokantni i uznemirujući, ali također mogu biti poticajni za djelovanje sa ciljem smanjenja njihovog kršenja.

Profesionalne udruge i rodilišta trebali bi pružati najvišu kvalitetu skrbi koja se temelji na dokazima te poštivati nepovredivo pravo svake žene na dostojanstvo, privatnost, informiranost, potporu, farmakološke i nefarmakološke metode ublažavanja boli te odabir jednog ili više pratitelja tijekom rađanja, bez zlostavljanja, iznude novca ili ovisnosti kvalitete pružene o dobi, bračnom statusu, zaraženosti HIV-om, financijskom statusu, etničkom porijeklu i drugim čimbenicima (FIGO 2014).

Vlada Republike Hrvatske 28. travnja 2014. donijela je Program za zaštitu i promicanje dojenja od 2015. do 2016. godine u kojem se u točki 4.3.2. traži: Izrada kriterija za implementaciju i provođenje pilot projekta „Rodilište- prijatelj majki".

Predstavnici Rodilište „KB Merkur" dio su radne skupine za izradu kriterija za implementaciju i provođenje projekta „Rodilište-prijatelj majki i djece".

Slično inicijativi „Rodilišta – prijatelj djece", za dobivanje certifikata „Rodilišta- prijatelj majke i djeteta" potrebno je zadovoljiti određene kriterije koji se odnose na porođaj, sam čin rađanja i postpartalni tijek.
Budući da smo jedino rodilište u Republici Hrvatskoj u kojem godišnji broj porođaja raste i u 2016.godini, unatoč činjenici da cjelokupni natalitet pada, nadamo se da ćemo biti među prvima koji će dobiti titulu „Rodilišta - prijatelj majki i djece".

Prema FIGO smjernicama izrađen je Upitnik za samoprocjenu „Rodilišta – prijatelj majki i djece", u tablici ispod navedeno je deset kriterija za procjenu rodilišta (FIGO 2014).

Tablica 1

Sažetak kriterija i pokazatelja prema FIGO-u potrebnih za procjenu prilagodbe rodilišta potrebama majke i novorođenčeta

Kriteriji	**Pokazatelji**
Ženama u porođaju omogućiti samostalan odabir željenog položaja za rađanje te hranu i piće	Pisana pravila i postojanje njihove provedbe tijekom skrbi

Nediskriminatorna politika prema ženama zaraženima HIV-om, planiranju obitelji, uslugama za mlade, etničkim manjinama itd.	Provedba smjernica za žene zaražene HIV-om, planiranje obitelji i usluge za mlade
Privatnost tijekom porođaja/rađanja	Postoje zavjese, zidovi itd.
Odabir partnera pri porođaju	Smještaj za partnere, uključujući postojanje tradicionalne primalje*
Skrb prilagođena pojedinim kulturama	Obuke, plakati, postupci, neposredno promatranje skrbi
Ne postoji fizičko, verbalno, emocionalno ili financijsko zlostavljanje	Pisana pravila, vidljiva Povelja o ljudskim pravima, nije zabilježeno zlostavljanje, upitnici pri otpustu za majke/obitelji/partnere
Dostupna ili besplatna skrb za trudnice	Troškovi su jasno istaknuti i u skladu s nacionalnim smjernicama
Nema rutinskih postupaka	Zahvati sadržani u protokolima i tijekom izravnog promatranja temelje se na dokazima
Nefarmakološke i farmakološke metode ublažavanja boli	Obuka o ublažavanju boli, izravno opažanje primjene metoda ublažavanja boli
Kontakt "koža na kožu" u skrbi o majci i djetetu te dojenje	Protokoli/pravila o zajedničkoj skrbi za majku i dijete, dojenje je odmah moguće, promatranje skrbi

* često starija žena, poštovana u svojoj zajednici, s ili bez formalnog obrazovanja i obuke o pružanju zdravstvene zaštite

2. HIPOTEZA

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

3. CILJ RADA

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

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

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

4. ISPITANICE I METODE

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

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

Analizirane su i uspoređene dvije skupine ispitanica.

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

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

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

Provedena je deskriptivna analiza podataka te su testirane razlike između skupina korištenjem

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

Rezultati istraživanja prikazani su u tablicama.

5. REZULTATI

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

U 2015. godini u KB "Merkur" ukupni broj porođaja bio je 1526, od toga je odabrano njih 99 porođaja kod prvorotki bez pridružene patologije i komplikacija tijekom trudnoće. Svi analizirani porođaji završili su rodničkim putem.

DESKRIPTIVNA STATISTIKA

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

Analizirane numeričke varijable su tjelesna težina, tjelesna dužina, duljina trajanja porođaja, duljina boravka i tjelesna težina kod otpusta. Rezultati su navedeni u niže navedenim tablicama 2. i 3.

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

	1993. godina					**2015. godina**					
	n	min	max	mean	SD	n	min	max	Mean	SD	p
Tjelesna težina (g)	105	2750	4550	3517	350	99	2740	4220	3348	310	<0.0008
Tjelesna duljina (cm)	105	48	56	51	2	99	48	55	51	1	0.07
Tjelesna težina pri otpustu (g)	103	2650	4460	3401	360	99	2620	4440	3235	330	<0.001
Duljina boravka (dani)	103	3	10	5	1	99	2	14	4	2	<0.001
Duljina porođaja (sati)	105	1	22	6	4	99	1	19	6	3	0.342

Mean- prosječna vrijednost. SD- standardna devijacija

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

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

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

Statističkom analizom utvrđena je značajna razlika u broju učinjenih epiziotomija u promatranom razdoblju, što je i bio primarni cilj ovog rada (z=6.5513, p=0) (tablica 3).

Tablica 3. usporedba učinjenih epiziotomija u 1993. i 2015. godini

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

Kao sekundarni ciljevi istraživanja, koji su promatrani u ovom istraživanju, definirani su epiduralna analgezija, infuzija oksiticina, amniotomija i insrumentalno dovršenje porođaja uz vakum ekstrakciju.

1. EPIDURALNA ANALGEZIJA

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

Uz pouzdanost od 95% možemo zaključiti da se tijekom 2015. godine pri porođajima u značajno većoj mjeri koristila epiduralna analgezija nego tijekom 1993. godine.

2. INFUZIJA OKSITOCINA

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

Usporedbom primjene infuzije oksitocina utvrđeno je da postoji značajna razlika (uz značajnost od 95%) između 1993. i 2015. godine kada je u pitanju udio porođaja kod kojih je korištena infuzija oksitocina. Pri tome je veća zastupljenost korištenja dripa tijekom 2015. u odnosu na 1993. godinu.

3. AMNIOTOMIJA

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

Nema statistički značajne razlike u udjelu porođaja kod kojih je izvedena amniotomija tijekom 2015. u odnosu na 1993. godinu.

4. INSTRUMENTALNO DOVRŠENJE POROĐAJA(VAKUM)

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

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

6. RASPRAVA

Ovo je retrospektivno istraživanje u kojem je potvrđena značajna razlika u pristupu zdravstvenih djelatnika prema nekim postupcima, u porođaju prije i nakon uvođenja inicijative „Rodilišta- prijatelj djece“. Ponajviše se radi o primjeni epiziotomije kod normalnog porođaja, što je i bio primarni cilj istraživanja.

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

Iako je postotak epiziotomija koje su izvedene 2015. godine u KB “Merkur“ daleko veći od onog koje preporučuje SZO (10 do 20%) ili pak preporuke svjetskih perinatalnih udruga koje smatraju da postotak epiziotomije ne bi smio prelaziti 30% u tercijarnim centrima u kojima se zbrinjava veći broj patoloških trudnoća i porođaja (Prka & Habek 2011) vidljivo je da je u KB “Merkur“ došlo do statistički značajnog smanjenja broja epiziotomija kod prvorotki u normalnom, niskorizičnom vaginalnom porođaju u odnosu na 1993. godinu kada se epiziotomija izvodila rutinski kod svih prvorotki.

Gdje vidimo uzročno-posljedični odnos inicijative i smanjenja broja epiziotomija? U priručniku za provođenje inicijative „Rodilište – prijatelj djece“ u 5. lekciji, koja se odnosi na postupke pri porođaju i dojenju vezano uz 4. korak od „deset koraka prema uspješnom dojenju“, navedeni su postupci koji tijekom trudova i porođaja mogu pomoći majkama da uspostave dojenje 30 minuta po porodu. Ti postupci uključuju emocionalnu potporu, laganu hranu i tekućinu na početku porođaja, slobodu kretanja tijekom trudova te rani kontakt između majke i djeteta „koža na kožu“. Poznato je da postupci kojima se može omesti i spriječiti rani kontakt između majke i djeteta uključuje nedostatak podrške, zabranu uzimanja hrane i tekućine na početku porođaja, ograničavanje slobode kretanja tijekom trudova i prvog porođajnog doba te epiziotomiju. “ (Grgurić et al. 2007).

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

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

Ključni element za podizanje svijesti o dobrobiti fizioloških procesa tijekom porođaja je kontinuirana edukacija. Osim što je važno za adekvatno nadziranje u porođaju i za pravovaljano uočavanje komplikacija, važno je jer se kritičnom i opravdanom upotrebom intervencija i postupaka tijekom porođaja postiže veće povjerenje u zdravstvene djelatnike i bolničke protokole. Svjedoci smo sve većeg broja žena koje na porođaj dolaze s unaprijed pisanim planom porođaja i upravo to u određenoj mjeri pokazuje nepovjerenje u zdravstveno osoblje.

Da bi ženama na porođaju mogli biti istinski partneri, trebamo znati i razumjeti što se događa u njezinom tijelu, biti svjesni da svaka, i najmanja intervencija, može poremetiti fiziološki slijed zbivanja. Porođaj je najvažniji događaj u životu svake žene koji nužno ostavlja trag na njeno psihološko i fizičko stanje. Svakodnevnim usvajanjem znanja trebali bi moć usmjeriti prema podržavanju fizioloških procesa u porođaju, a dobrom procjenom intervencije upotrebljavati samo kad imamo opravdan razlog za to. Na taj način omogućit ćemo ženama da porođaj dožive kao najljepši događaj u životu, a ne kao iskustvo koje želi što prije zaboraviti.

Nit vodilja svim zdravstvenim djelatnicima koji skrbe o rodilji trebalo bi biti kontinuirano razmišljanje da svi postupci koje primjenjujemo tijekom trudova i porođaja imaju učinak na majku i dijete. Smjernice za provođenje inicijative „Rodilišta – prijatelj djece“ naglašavaju da je potrebno izbjegavati invazivne postupke tijekom porođaja, a epiziotomija je jedan od njih te da za njihovu primjenu mora postojati opravdani medicinski razlog.

Upravo zato možemo reći da je inicijativa „Rodilište – prijatelj djece“ imala utjecaj na pristup zdravstvenih djelatnika prema porođaju u Kliničkoj bolnici „Merkur“. Promijenili smo trendove pa su nam i rezultati drugačiji.

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

FIGO smatra kako sve žene imaju pravo na pozitivno iskustvo rađanja i suosjećajnu skrb osposobljenog i stručnog osoblja koje prepoznaje jedinstvenost svake žene, obitelji i novorođenčeta te im pruža dostojanstvenu individualiziranu skrb (FIGO 2014). Ženinom pozitivnom iskustvu porođaja doprinosi pružanje farmakoloških i nefarmakoloških načina za olakšanje porođajne boli, prilagođeno individualnim potrebama svake žene u porođaju.

U našim nastojanjima da ženama koje dolaze roditi u naše rodilište pružimo što pozitivnije iskustvo rađanja, bio je potreban dugi niz godina. Uz materijalne i organizacijske promjene te povećanjem ljudskih resursa, inicijativa „Rodilišta – prijatelj djece“ pomogla nam je u senzibilizaciji i osviještenosti o potrebi što bezbolnijeg porođaja. Inicijativa naglašava humanizaciju porođaja pa je to dovelo do organizacijskih promjena u našem rodilištu tako da danas, za razliku od analizirane 1993. godine, imamo dežurnog anesteziologa 24 sata, što je sasvim sigurno doprinijelo daleko većem broju primijenjene epiduralne analgezije u porođaju.

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

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

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

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

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

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

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

7. ZAKLJUČAK

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

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

8. ZAHVALE

Ovaj rad nastao je zahvaljujući stručnoj pomoći, vodstvu, strpljenju i potpori mog mentora prof.dr.sc. Ratka Matijevića, kojem između ostalog zahvaljujem na jačanju samopouzdanja i ohrabrenjima poput: „Sve možeš!“.

Zahvaljujem kolegici i prijateljici Sonji Kočiš Čovran jer kako kažu sve je lakše kad nisi sam, a imati nju kraj sebe znači da nisi sam čak i kad je nema u blizini.

Zahvaljujem svima koji su vjerovali i pomogli mi da na bilo koji način realiziram i pretvorim svoje ideje i razmišljanja u rečenice te konkretan rad i djelo.

Beskrajno zahvaljujem svojoj obitelji, roditeljima koji su mi nesebično bili na raspolaganju tijekom mog studiranja i pomogli mi u razvijanju mojih kvaliteta, suprugu koji je bio moj stup vjere i onda kad me bura kovitlala te mojim najdražima, Ivi, Filipu i Jakovu na iskazanoj ljubavi i entuzijazmu, ali i na tehničkoj, informatičkoj i logističkoj potpori.

9. LITERATURA

1. World Health Organisation. Maternal and Newborn health/Safe Matherhood Unit. Care in normal birth: a practical guide. WHO/FRH/MSM/96.24, Geneva, World Health Organisation 1996.

2. Dražančić A i suradnici (1999) Porodništvo. Zagreb, Školska knjiga.

3. Smyth RMD, Markham C, Dowswell T (2013) Amniotomija za skraćivanje spontanog porođaja. Cochrane. Dostupno na: http://www.cochrane.org/hr/CD006167/amniotomija-za-skracivanje-spontanog-poroda Pregledano 30. kolovoza 2016. godine.

4. Wagner M (2007) Pripremite se za porođaj. Lekenik, Ostvarenje.

5. Coalition for Improving Maternity Services (CIMS) (2015) Mother Friendly Childbirth Iniciative. Dostupno na: http://www.motherfriendly.org/MFCI/steps.html. Pregledano 31. kolovoza 2016.

6. Hingson, AR i suradnici (1943) Current Biography.

7. Šulhof-Karaman Lj (1977) Epiduralna analgezija. Perinatalna medicina. Zagreb, Medicinska naklada.

8. Robinson JN (2015) Approach to episiotomy. Up to date. Dostpuno na: www.uptpdate.com UpToDate®.Pregledano 30. kolovoza 2016.

9. Habek D i surdanici (2009) Porodničke operacije. Zagreb, Medicinska naklada.

10. Grgurić J (1994) Dojenje-priručnik za zdravstvne djelatnike, Zagreb, Graf-His.

11. Grgurić J, Pavičić Bošnjak A, Stanojević M, Zakanj Z (2007) Priručnik za provođenje inicijative "Rodilišta prijatelj dojenju". UNICEF- Ured za Hrvatsku, Kratis, Zagreb.

12. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2014) Rodilište priajtelj majki i djece. Dostupno na: http://www.roda.hr/media/attachments/udruga/dokumenti/medjunarodni/int_tip/FIGO_MBFHI_smjernice.pdf. Pregledano 31. kolovoza 2016. godine.

13. Northrup C (2005) Mudrost majčinstva: Majke i kćeri. Zagreb, Biovega.

15. Prka M, Habek D (2011) Epiziotomija- nove spoznaje. Gynaecol Perinatol 20:134–139.

16. Marton I, Habek D (2012) Praćenje porasta broja instrumentalno dovršenih vaginalnih poroda u Klinici za ginekologiju i porodništvo KB "Sveti Duh". Medicina fluminensis 48:1 91-95.

10. ŽIVOTOPIS

Biserka Matok-Glavaš

Voćarska 43, Brckovljani, 10 370 Dugo Selo

mob: 091 2763 207 Email. bibamg@net.hr

Rođena sam 4. kolovoza 1968. godine u Zagrebu. Osnovnu školu pohađala sam u Dugom Selu, a srednju u Zagrebu i stekla zvanje medicinska sestra – primalja. U listopadu iste godine zaposlila sam se u KB "Merkur", gdje radim i danas te sam 1988. godine položila stručni ispit. 2007. godine upisala sam stručni studij primaljstva na Medicinskom fakultetu u Rijeci, koji sam 2011. godine uspješno završila i stekla naziv stručna prvostupnica primaljstva. S obrazovanjem nastavljam 2014. godine kada sam upisala diplomski sveučilišni studij Sestrinstva na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, gdje sam redovita studentica.

U listopadu 2013. godine odslušala sam seminar za pripremu i provođenje audita prema normi ISO 19011, položila ispit i dobila Certifikat za Internog auditora kvalitete.

Aktivna sam članica Hrvatske komore primalja, gdje od 2009. godine obavljam dužnost predsjednice Povjerenstva za stručni nadzor i kontrolu kvalitete. Članica sam organizacijskog odbora svih simpozija Hrvatske udruge za promicanje primaljstva primalja od 2009. godine. Jedna sam od suautora prvog priručnika za žene „Moja trudnoća" koju su pisale hrvatske primalje.

Sudjelovala sam na mnogobrojnim edukacijama, seminarima i konferencijama iz područja primaljstva.