Partalna skrb i važnost u provedbi kontakta koža na kožu

Tomić, Jelena

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:365769

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

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

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository



Sveučilište
Sjever

Završni rad br.815/SS/2016

Partalna skrb i važnost u provedbi kontakta koža na kožu

Jelena Tomić, 4850/601

Varaždin, lipanj 2017.godine

Sažetak

Porod predstavlja završetak trudnoće, različito se odvija kod svake žene, stoga se u partalnoj skrbi individualno pristupa svakoj rodiji. Svaki porod ide svojim tijekom, pri čemu su uz rodilju liječnici, neonatolozi, medicinske sestre i primalje koji svojim stručnom znanjem, vještinama i iskustvom pomažu budućoj majci prilikom i nakon poroda. Svi imaju svoju ulogu u ostvarivanju što boljih uvjeta te pomoći u važnom činu za svaku rodilju. Pozitivna komunikacija, ozračje, partnerstvo i suradnja dovode do boljih rezultata. Medicinska sestra svojim pristupom, empatijom, profesijom, odgovornošću i stručnim znanjem olakšava rodilji bolove, ali i pruža utjehu u iščekivanju poroda. Potpora koju medicinska sestra daje u tim trenucima je od iznimne važnosti za stvaranje odnosa povjerenja i suradnje same rodilje. Edukacijom, poticanjem i provedbom kontakta "koža na kožu" majke i djeteta, medicinska sestra pomaže u ostvarivanju prvog kontakta majke i djeteta nakon poroda, koji ima utjecaja na laktaciju te daljnji rast i razvoj djeteta. Tijekom izrade rada provedeno je istraživanje koje je obuhvatilo uzorak od 1409 žena. Cilj istraživanja bio je dobiti informacije o tijeku i načinu završetka poroda, informiranosti trudnica i rodilja, zastupljenosti pratnje i podrške u porodu, učestalosti korištenja lijekova u porodu, doživljaja o porodu i kontaktu „koža na kožu“ te kvalitete provedbe samog kontakta. Rezultati su pokazali da je najčešći tijek poroda bio vaginalni, da sama informiranost pozitivno raste kao i pratnja i podrška u porodu. Također se pokazalo da se u sve većem broju za ublažavanjem boli prakticira tehnika opuštanja i disanja, te je dobiven uvid u ulogu i važnost podrške u porodu. Više od polovice ispitanih majki (68%) smatra da je prvi kontakt „koža na kožu“ s djetetom važan i da potiče daljnju laktaciju.

Ključne riječi: porod, podrška, kontakt "koža na kožu", medicinska sestra

Abstract

The birth is the end of pregnancy, it is different in every woman, so she is individually approachable to each parent in parental care. Every childbirth goes in it's own course, where doctors, neonatologists, nurses and midwives who, with their expertise, skills and experience, assist the future mother during and after childbirth. Everyone has a role in achieving the best conditions and helping in an important act for every parent. Positive communication, atmosphere, partnership and co-operation bring better results. With her approach, empathy, profession, responsibility, and professional knowledge, her nurse facilitates childbearing pain, but also provides consolation in her expectation of childbirth. The support that a nurse gives at these moments is of utmost importance for creating a relationship of trust and co-operation with the woman in labor. By educating, encouraging and implementing the contact of "mother skin and skin" to the skin, the nurse helps to achieve the first contact between mother and child after childbirth, which has an impact on lactation and further growth and development of the child. During the work, a study was carried out that included a sample of 1409 women. The aim of the research was to get information on the course and method of termination of childbirth, pregnancy and maternity information, attendance and delivery support, frequency of use of medication in delivery, birth and skin contact and quality of the contact itself. The results showed that the most common course of labor was vaginal, that information itself increased positively, as well as escort and support at birth. It has also been shown that the pain relieving pain is increasingly practiced by realxing and breathing techniques, and has gained insights into the role and importance of birth support. More than half of the examined mothers (68%) believe that the first contact of skin with the child is important and stimulates further lactation.

Keywords: birth, support, contact "skin to skin", nurse

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR–42000 Varaždin

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za biomedicinske znanosti

PRISTUPNIK: Jelena Rogović | MATIČNI BROJ: 4850/601

DATUM: 20.09.2016. | KOLEGIJ: Zdravstvena njega majke i novorođenčeta

NASLOV RADA: Partalna skrb i važnost u provedbi kontakta koža na kožu

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: Peripartal care and importance of "skin to skin" contact

MENTOR: Ivana Živoder,dipl.med.techn. | ZVANJE: predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA:

1. Andreja Bogdan, prof., predsjednik
2. Ivana Živoder,dipl.med.techn., mentor
3. Vesna Sertić, dipl.med.techn., član
4. Jurica Veronek, mag.med.techn., zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ: 815/SS/2016

OPIS:

Partalna skrb podrazumijeva skrb o rodilji i djetetu tijekom porodnih doba, poroda te ranom postporođajnom dobu. Svrha i cilj partalne skrbi jest uredan porod i rađanje zdravog novorođenčeta. Porod je najvažnije razdoblje za buduću majku i dijete, stoga je od velike važnosti da medicinska sestra svojim znanjem, sposobnošću, kompetencijama i ovlastima koje ima pomaže budućoj majci i djetetu kako bi što prirodnije, ugodnije i bezbolnije prošli kroz ovaj period. Medicinska sestra konstantnom brigom i nadzorom rodilje i djeteta stvara odnos povjerenja te tako pomaže u stabilnosti i zadovoljstvu rodilje tijekom poroda te stvaranju lijepog iskustva. Od velike je važnosti rana uspostava kontakta majke i djeteta odmah nakon poroda radi sto bržeg oporavka, emocionalne povezanosti i uspostave dojenja.

U radu je potrebno:
- definirati i objasniti partalnu skrb
- opisati ulogu medicinske sestre u partalnoj skrbi
- opisati pripremu rodilje za prihvat novorođenčeta
- definirati važnost kontakta koža na kožu
- prikazati rezultate ankete o iskustvu kontakta koža na kožu
- citirati korištenu literaturu

ZADATAK URUČEN: 21.11.2016 | POTPIS MENTORA

REPUBLIKA HRVATSKA
SVEUČILIŠTE SJEVER
KOPRIVNICA

Sveučilište
Sjever

SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Jelena Tomić (*ime i prezime*) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Parcijalna sterilnost i važnost u provedbi kontrakta kažnjavanja (*upisati naslov*) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Tomić Jelena
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Jelena Tomić (*ime i prezime*) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Parcijalna sterilnost i važnost u provedbi kontrakta kažnjavanja (*upisati naslov*) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Tomić Jelena
(vlastoručni potpis)



Sveučilište
Sjever

Završni rad br.815/SS/2016

Partalna skrb i važnost u provedbi kontakta koža na kožu

Jelena Tomić, 4850/601

Varaždin, lipanj 2017.godine

Sveučilište Sjever

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 815/SS/2016

Partalna skrb i važnost u provedbi kontakta koža na kožu

Student

Jelena Tomić,4850/601

Mentor

Ivana Živoder, dipl.med.techn.

Varaždin, lipanj 2017.godine

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR-42000 Varaždin

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za biomedicinske znanosti

PRISTUPNIK: Jelena Rogović | MATIČNI BROJ: 4850/601

DATUM: 20.09.2016 | KOLEGIJ: Zdravstvena njega majke i novorođenčeta

NASLOV RADA: Partalna skrb i važnost u provedbi kontakta koža na kožu

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: Peripartal care and importance of "skin to skin" contact

MENTOR: Ivana Živoder,dipl.med.techn | ZVANJE: predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA:
1. Andreja Bogdan, prof., predsjednik
2. Ivana Živoder,dipl.med.techn., mentor
3. Vesna Sertić, dipl.med.techn., član
4. Jurica Veronek, mag.med.techn., zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ: 815/SS/2016

OPIS:

Partalna skrb podrazumijeva skrb o rodilji i djetetu tijekom porodnih doba, poroda te ranom postporođajnom dobu. Svrha i cilj partalne skrbi jest uredan porod i rađanje zdravog novorođenčeta. Porod je najvažnije razdoblje za buduću majku i dijete, stoga je od velike važnosti da medicinska sestra svojim znanjem, sposobnošću, kompetencijama i ovlastima koje ima pomaže budućoj majci i djetetu kako bi što prirodnije, ugodnije i bezbolnije prošli kroz ovaj period. Medicinska sestra konstantnom brigom i nadzorom rodilje i djeteta stvara odnos povjerenja te tako pomaže u stabilnosti i zadovoljstvu rodilje tijekom poroda te stvaranju lijepog iskustva. Od velike je važnosti rana uspostava kontakta majke i djeteta odmah nakon poroda radi sto bržeg oporavka, emocionalne povezanosti i uspostave dojenja.

U radu je potrebno:
- definirati i objasniti partalnu skrb
- opisati ulogu medicinske sestre u partalnoj skrbi
- opisati pripremu rodilje za prihvat novorođenčeta
- definirati važnost kontakta koža na kožu
- prikazati rezultate ankete o iskustvu kontakta koža na kožu
- citirati korištenu literaturu

ZADATAK URUČEN: 21.11.2016

REPUBLIKA HRVATSKA
SVEUČILIŠTE SJEVER

POTPIS MENTORA:

Predgovor

Zahvaljujem svojoj mentorici dipl.med.techn. Ivani Živoder na ukazanom povjerenju, strpljenju, savjetima i podršci tijekom izrade završnog rada, također hvala i cijenjenim članovima Povjerenstva Sveučilišta Sjever. Zahvalu upućujem svim profesorima koji su sudjelovali u mojoj edukaciji te na znanju kojeg su nam s velikom ljubavlju i strpljenjem prenijeli. Hvala svim sudionicima ankete na pomoći i izdvojenom vremenu za ispunjavanje iste. Najveće hvala mom sinu, suprugu, obitelji i prijateljima na velikoj podršci, pomoći razumijevanju i puno strpljenja u ovim godinama studiranja.

Sažetak

Porod predstavlja završetak trudnoće, različito se odvija kod svake žene, stoga se u partalnoj skrbi individualno pristupa svakoj rodiji. Svaki porod ide svojim tijekom, pri čemu su uz rodilju liječnici, neonatolozi, medicinske sestre i primalje koji svojim stručnom znanjem, vještinama i iskustvom pomažu budućoj majci prilikom i nakon poroda. Svi imaju svoju ulogu u ostvarivanju što boljih uvjeta te pomoći u važnom činu za svaku rodilju. Pozitivna komunikacija, ozračje, partnerstvo i suradnja dovode do boljih rezultata. Medicinska sestra svojim pristupom, empatijom, profesijom, odgovornošću i stručnim znanjem olakšava rodilji bolove, ali i pruža utjehu u iščekivanju poroda. Potpora koju medicinska sestra daje u tim trenucima je od iznimne važnosti za stvaranje odnosa povjerenja i suradnje same rodilje. Edukacijom, poticanjem i provedbom kontakta "koža na kožu" majke i djeteta, medicinska sestra pomaže u ostvarivanju prvog kontakta majke i djeteta nakon poroda, koji ima utjecaja na laktaciju te daljnji rast i razvoj djeteta. Tijekom izrade rada provedeno je istraživanje koje je obuhvatilo uzorak od 1409 žena. Cilj istraživanja bio je dobiti informacije o tijeku i načinu završetka poroda, informiranosti trudnica i rodilja, zastupljenosti pratnje i podrške u porodu, učestalosti korištenja lijekova u porodu, doživljaja o porodu i kontaktu „koža na kožu“ te kvalitete provedbe samog kontakta. Rezultati su pokazali da je najčešći tijek poroda bio vaginalni, da sama informiranost pozitivno raste kao i pratnja i podrška u porodu. Također se pokazalo da se u sve većem broju za ublažavanjem boli prakticira tehnika opuštanja i disanja, te je dobiven uvid u ulogu i važnost podrške u porodu. Više od polovice ispitanih majki (68% N=958) smatra da je prvi kontakt „koža na kožu“ s djetetom važan i da potiče daljnju laktaciju.

Ključne riječi: porod, podrška, kontakt "koža na kožu", medicinska sestra

Popis korištenih kratica

SZO - Svjetska zdravstvena organizacija

UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund

KČS - kucajevi čedinjeg srca

CTG - kardiotokografija

SpO2 - postotak zasićenja hemoglobina kisikom

pH - stupanj acidoze

Sadržaj

1. Uvod 1

2. Anatomija ženskog spolnog sustava 3

2.1. Vanjski spolni organi 3

2.2. Unutarnji spolni organi 3

3. Fiziologija poroda 5

3.1. Prvo porodno doba 5

3.2. Drugo porodno doba 6

3.3. Treće porodno doba 6

3.4. Četvrto porodno doba 6

4. Normalni porođaj 7

4.1. Porođajni objekt 7

4.1.1. Položaj (situs) 8

4.1.2. Namještaj (positio) 9

4.1.3. Stav (praesentatio) 9

4.1.4. Držanje (habitus) 9

4.2.Porođajni kanal 9

4.3. Porodne snage 12

4.3.1. Mehanizam porođaja 13

4.4. Položaji za rađanje 14

4.4.1. Porođaj u vodi 15

5. Medicinsko dijagnostički i terapijski postpuci tijekom poroda 17

5.1. Amniotomija 17

5.2. Epiziotomija 17

5.3. Infuzija oksitocinom 18

5.4. Analgezija i anestezija 18

5.5. Carski rez 19

6. Partalna skrb 20
6.1. Metoda relaksacije u trudnoći i za vrijeme poroda 20
6.1.1. Disanje 20
6.1.2. Vježbe za porod 21
6.1.3. Vježbe mišića zdjelice 21
6.1.4. Vježbe donjih ekstremiteta-za cirkulaciju 22
6.1.5. Relaksirajući položaji tijela 22
6.1.6. Nefarmakološko tretiranje boli 23
6.2. Važnost podrške tijekom poroda 24
6.3. Prednosti ranog povezivanja majke i novorođenčeta 24
6.3.1. Rooming-in i važnost kontakta "koža na kožu" u prvih sat vremena 25
6.3.2. Edukacija o dojenju - pretpostavka uspješnog dojenja 26
7. Istraživanje 27
7.1. Cilj istraživanja 27
7.2. Metode rada i ispitanici 27
7.3. Hipoteze istraživanja 28
7.4. Rezultati istraživanja 28
8. Rasprava 38
9. Zaključak 42
10. Literatura 44
11. Popis tablica i slika 45
12. Prilozi 47

1. Uvod

Porod je važno razdoblje, predstavlja završetak trudnoće, ali i početak novog razdoblja u životu žene. Stoga je od velike važnosti za ženu da ima emocionalnu potporu supruga ili druge odabrane pratnje, a isto tako i educirano osoblje koje joj pomaže svojim stručnim znanjem i vještinama. Kontakt „koža na kožu“ pomaže majci i djetetu da se povežu i smanje stres prijelaza djeteta u vanjski svijet. Stvaranjem emocionalne veze pri prvom kontaktu, prvom pogledu i dodiru omogućuje se bolje sazrijevanje djeteta, uspostava dojenja te se smanjuje novorođenačka i dojenačka smrtnost. Majka postaje svjesnija da je rodila novi život te postaje sigurnija i spremnija za prihvat djeteta. Kao sto je svaka žena jedinstvena tako se i porodi razlikuju, važan je pravi pristup uz potporu i stručno znanje osoblja, pratiti napredak poroda te uz razne metode olakšati rodilji kako bi zajedno surađivali i donosili odluke o sljedećim koracima i postupcima u porodu, a sve u cilju boljeg završetka za majku i dijete.

Inicijativa "Rodilišta- prijatelji djece" u Republici Hrvatskoj je pokrenuta 1991.godine u suradnji s UNICEF-om i SZO -om s jednim važnim ciljem, a to je humanizacija rodilišta i podrška pri dojenju. Hrvatska se 2014. godine istaknula kao jedna od šest zemalja s najvećim brojem rodilišta s tom prestižnom titulom, čak 31 rodilište dobilo je titulu do 2016. godine te se broj dojene djece povećao na čak 95% uz zajednički boravak "rooming in"[1].

Nakon uspješne prve titule počeo je pilot program "Rodilište –prijatelj majki i djece" kojeg također pokreće UNICEF u suradnji s Ministarstvom zdravstva, a njegov cilj je prilagođavanje rodilišta potrebama majki, poboljšanje komunikacije između rodilja i osoblja, informiranost i partnerstvo. Republika Hrvatska je među prvima u svijetu u toj inicijativi. Program se sastoji od edukacije ginekologa, neonatologa, primalja i medicinskih sestara u četiri hrvatska rodilišta: Klinički bolnički centar Rijeka, Klinička bolnica Merkur, Klinička bolnica Sveti duh i Opća bolnica Zabok. Jedan od važnih kriterija koje treba ispuniti u toj inicijativi je daljnje promicanje u provedbi kontakta "koža na kožu" majke i djeteta neposredno nakon poroda te aktivno podupiranje češćeg držanja i dojenja djece [2].

Načinom kojim roditelji i novorođenče započnu odnos određuje način daljnjeg razvoja privrženosti. Aktivnim sudjelovanjem majke u porodu, njezinom edukacijom o porodu i djetetu uvelike se pridonosi boljoj spremnosti na prihvaćanje novorođenog djeteta i ostvarivanje kontakta.

Traumatski porođaj i nepotrebno odvajanje djeteta od majke u prvim trenucima nakon porođaja nipošto nije dobar početak roditeljstva, a energija za prvi kontakt troši se na oporavak. Razdoblje nakon poroda, prvih par dana, tjedana i mjeseci je osjetljivo razdoblje te majka i dijete trebaju biti zajedno. Razvojem rane bliskosti potiče se razvoj urođene privrženosti djeteta kao i majčina intuitivna i biološka skrb nad djetetom. Rana bliskost je upravo ono rano vrijeme nakon poroda kada su djetetove potrebe najizraženije kao i majčin zaštitnički nagon. Proces zaljubljivanja, osjećaji bliskosti i privrženosti majke u svoje dijete započeti su davno prije poroda no nastavljaju se još dugo nakon poroda. Sam dodir majke i djeteta nastavlja se i dalje te je vrlo važan prilikom nošenja, uspavljivanja djeteta, dodira prilikom hranjenja. Nošena djeca manje plaču te su manje nemirna, sretnija su i zadovoljnija, a time se pospješuje bolji razvoj i napredovanje. Potreba za bliskosti preko dana nastavlja se i u noćnim satima, većina roditelja u svijetu spava sa svojom djecom, noćna bliskost je samo jedna od faza u razvoju djeteta, mada to razdoblje traje kratko, blagodati učinka noćne bliskosti bit će u djeteta prisutne do kraja života [3].

Prvi dodir označuje dobar početak s novorođenčetom. Započinje čak i u samom porodu, kod nekih majki koje instinktivno pružaju ruke prema dolje i polažu na glavu djeteta dok izranja iz porodnog kanala, kao da je to nešto što moraju napraviti te tako usmjeriti svoje napore u tiskanje. Također poticanje očeva da dodirnu glavu djeteta ili čak pridrže prilikom trenutka izlaska, pomaže da se osjećaju djelom aktivnog sudjelovanja u porodu. Polaganjem djeteta „koža na kožu“, trbuhom na trbuh, a glavicom između grudiju te pokrivanjem toplim ručnikom pomaže mu smiriti se, jer je upravo prošlo kroz zastrašujuće iskustvo prolaska uskim porodnim kanalom. U sigurnosti majčinog zagrljaja, popraćeno majčinim otkucajima srca te ritmom disanja i već poznatim majčinim glasom upravo je ono što je djetetu tim prvim trenucima od neizmjerne važnosti za osjećaj sigurnosti. Prvi dodir i zagrljaj ne samo da ima psihološku vrijednost, već pomaže u svladavanju pothlađenosti kojem su sklona sva novorođena djeca, a ležeći golo na golim majčinim prsima i trbuhu pomaže u regulaciji topline svog tijela, to je prirodni prijenos topline s majke na novorođenče. Nakon poroda kada se stručno osoblje uvjeri u dobro zdravlje majke i djeteta, treba ostaviti obitelj na samo da uživaju u prvim intimnim trenucima sa svojim djetetom, i ne bi trebalo biti prekinuto nepotrebnim postupcima [3].

2. Anatomija ženskog spolnog sustava

2.1. Vanjski spolni organi

Stidnica (lat.vulva) je vanjski spolni organ žene. Nalazi se ispod luka preponskih kostiju i između bedara. Stidnica obuhvaća stidni brežuljak, velike i male usne, dražicu i predvorje rodnice. U predvorju rodnice (lat. vestibulum) se nalaze mokraćna cijev, izvodni kanali i Bartholinove žlijeze (lat. glandulae Bartholini). To su sluzne žlijezde koje omogućuju vlažnost predvorja i stidnice te poništavaju kiselost mokraće. Međica (lat. perineum) je spojište između velikih stidnih usana i anusa. Međica je građena od tri sloja tkiva koja čine vezivno, mišićno i masno tkivo. Svi ovi slojevi daju joj potrebnu elastičnost i rastezljivost kada je potrebno. Prosječna širina međice je 3-4 cm, dok pri porođaju može dosegnuti širinu od 10 cm. Međica se pri jakom pritisku kao što je porođaj, širi između dviju sjednih kvrga (lat. tuber ossis ischii). Kod nerotkinja izgled međice je normalan te je ona postavljena visoko, dok je kod višerotki izgledmeđice nepravilan te je ona smještena nisko. Dojka (lat. mamma) parni organ, smješten je na prednjoj torakalnoj stijenci. Prema opskrbi krvi može se podijeliti na medijalni, lateralni i duboki dio. Dojka je građena od dvije osnovne tvari, vezivnog tkiva (lat. stome) i mliječne žlijezde (lat. glandulae mammariae). Mliječne žlijezde imaju izvodne kanale koji su postavljeni oko bradavice. Vanjsku površinu dojke čini pigmentirana areola (lat. areola mammae) gdje se nalaze izvodni kanalići. Na prednjoj strani dojke nalazi se bradavica (lat. mamila) na kojoj se nalaze otvori za 15 do 20 mliječnih kanalića (lat. ductus lactiferi) [4].

2.2. Unutarnji spolni organi

Prvi unutarnji ženski spolni organ je rodnica (lat. vagina). Rodnica je spljoštena cijev duga oko 10 cm i široka oko 3-4 cm. Građena je od tri sloja koje čine sluznica rodnice, vezivni i mišićni sloj. Rodnica ima svoju prirodnu floru koja se sastoji od Denderleinovih bacila (lat. Bacillus vaginalis flora). Njihova je zadaća da održavaju kiselu okolinu unutar rodnice (pH 4). Unutrašnjost sluznice rodnice je rastezljiva i glatka kako bi dijete lako prošlo bez ozljeda. Žene koji nikada nisu rodile imaju nabor, odnosno sluznica rodnice je naborana.

Maternica (lat. uterus) je šuplji unutarnji organ promjenjive veličine. To je neparni organ koji ima oblik spljoštene kruške. Nalazi se u sredini male zdjelice, između mokraćnog mjehura i rektuma. Duljina maternice kod odrasle žene iznosi 7-8 cm, a težina oko 50 grama. Njezina duljina i visina najviše se mijenjaju tijekom poroda, tada doseže 5-6 puta veću dužinu i postaje dvadeset puta teža. Osnovni dijelovi maternice su tijelo (lat.corpus), spojni dio (lat. isthmus), donji uterini segmet, dno (lat. fundus) i vrat maternice (lat. cervix).

Stijenka maternice se sastoji od tri sloja. Prvi i najdublji sloj je endometrij koji obavija šupljinu sluznice. Tu se nalaze žlijezde koje pospješuju regeneraciju epitela maternice nakon svake menstruacije. Srednji sloj (miometrij) sastoji se od mišićnih vlakana. Prema funkciji maternicu dijelimo na gornji uterini segmet (kontrakcijski dio) i donji uterini segment (distrakcijski dio). Kontrakcijom se zatvaraju krvne žile koje obavijaju mišićna vlakna. Na taj način se sprječavaju veći gubici krvi nakon poroda. Treći sloj se nalazi na površini te se još naziva i peritonealna prevlaka (lat. peritoneum). Svojim donjim dijelom vrat maternice (lat. cervix uteri) ulazi u rodnicu. Duljina vrata maternice je 3 cm. Oblik i položaj maternice je asimetričan. Stražnja strana maternice je ispupčena, a prednja ravna. Sve zajedno omogućuje maternici da ispuni svoju osnovnu funkciju tijekom trudnoće. Omogućuje prihvaćanje, implantaciju, zaštitu i prehranu ploda. Jajovod (lat. tuba uterina) je parni cjevasti organ u žena, neravna oblika i spaja jajnike i maternicu. Jajovod omogućuje oplođenje jajnoj stanici da se nakon ovulacije primi za materište. Jajovod je građen od sluznice (lat. tunica mucosa), mišićnog sloja (lat. tunica muscularis) i seroznog sloja (lat. tunica serosa). Jajnik (lat. ovarium) je spolna žlijezda bademastog oblika smještena s lijeve i desne strane maternice. Oblik jajnika ovisi o dobi žene. Kod djevojčica su jajnici maleni i glatke površine dok su u odraslih žena duži i deblji. Dužina jajnika u odrasle žene iznosti 4 cm, a širina 3 cm. Glavna funkcija jajnika je razvoj jajnih stanica i folikusa te stvaranje hormona. Jajnik se sastoji od moždine (lat. medulla) koja je središnji dio, te sadrži krvne i limfne žile. Drugi dio je kora (lat. cortex) koja čini površinu jajnika gdje je vezivna potpora. Do puberteta se broj jajašca sa 2.000,00 smanji na 300.000. Kroz život žene od prvog pa sve do zadnjeg menstrualnog krvarenja, ukupno sazrije 400 jajašca. Jajovod prihvaća izbačeno jajašce nakon ovulacije, odnosno izbacivanje folikula i jajne stanice [4].

3. Fiziologija poroda

Fiziološki porod počinje spontano, niskorizičan je na početku te kroz cijelo svoje trajanje, sve do izgona. Dijete je rođeno spontano, u stavu glavicom, između navršenog 37.og i 42.og tjedna trudnoće s porođajnom masom od 10. do 90. centile za dob i spol. U fiziološkom se porođaju dijete rađa dorzoanteriornim okcipitalnim stavom [5].

Početak poroda označavaju trudovi ili prsnuće vodenjaka. Prvi trudovi traju najmanje jednu minutu i javljaju se u pravilnim vremenskim razmacima, u početku svakih 15 minuta, a zatim u sve kraćim razmacima. Stoga se uvijek savjetuje trudnici da pričeka nekoliko sati, prateći trajanje i regularnost trudova, i tek se onda odluči za dolazak u rodilište. Vodenjak može prsnuti samostalno ili za vrijeme trudova. Svaka sumnja na prsnuće vodenjaka znak je da se odmah krene u bolnicu. Trajanje normalna poroda razlikuje se ovisno o tome je li riječ o prvorotkinji ili višerotkinji. Prvorotkinje rađaju u vremenskom razmaku 12 do 18 sati, a višerotkinje znatno brže. Dolaskom u rađaonicu dežurni liječnik - ginekolog pregledava rodilju, te odlučuje o daljnjem postupku i načinu vođenja poroda. Nakon prijema u rađaonicu pristupa se toaleti spolovila i prema potrebi davanju klizme. Za vrijeme poroda iznimno je važno stalno praćenje stanja majke i djeteta. Rodiljama se redovito mjeri krvni tlak, puls i provodi nadoknada tekućine. Nerijetko rodilje povraćaju, najčešće za prvog porodnog doba, što je neželjeni učinak analgetika koji se koristi za smanjenje boli. Važno je istaknuti i da mokraćni mjehur za vrijeme poroda ne smije biti pun jer sprječava trudove [6]. Porođaj se dijeli na četiri porodna doba.

3.1. Prvo porodno doba

Prvo porodno doba počinje prvim trudovima, koji dovode do nestajanja cerviksa ili prsnuća vodenjaka. U početku poroda trudovi su rijetki, slabi i kratkotrajni. Prvo porodno doba završava kada je ušće maternice potpuno otvoreno 10 cm. Postupno trudovi postaju jači i češći, pa su za kraj prvog porodnog doba tipična 3-4 truda u 10 minuta. Osim pravilnih i koordiniranih trudova za otvaranje ušća maternice važna je i funkcija donjeg uterinog segmenta vodenjaka i vodećeg dijela fetusa. Donji uterini segment je elastična veza između trupa i vrata maternice. Kada je ušće posve otvoreno, trudovi sve snažnije pritišću na vodenjak i on tada prsne.

Prsnućem vodenjaka istječe plodna voda, njezina količina i izgled od velikog su značaja u svakom porodu. Time počinje drugo porodno doba i završava prvo porodno doba [5].

3.2. Drugo porodno doba

To je doba istiskivanja djeteta. Počinje kada je ušće potpuno otvoreno 10 cm, a vodenjak je prsnuo. Trudovi su češći i snažniji nego ranije. To su pravi i potresni trudovi. Za drugo porodno doba prvorotkinje potrebno je 1-2 sata. Drugo porodno doba u višerotkinja traje 30-40 minuta, a nerijetko se dovršava za 5-10 minuta. Prsnućem vodenjaka glavica se spusti niže i pritišće sve jače dno zdjelice, time se potiče refleksno tiskanje trbušnih mišića i ošita. Povišenjem intraabdominalnog tlaka pojačava se učinak trudova 2-3 puta [5].

3.3. Treće porodno doba

Na početku trećeg porodnog doba, nakon izlaska djeteta i plodove vode, fundus uterusa je u razini pupka jer se maternica zbog pritiska naglo smanji. To je posljedica retrakcije muskulature mišića. Nakon 5 do 10 minuta rodilja osjeti stezanje maternice koje predstavlja kontrakcije muskulature maternice. Posljedica toga je smanjenje insercijske površine posteljice pa se neelastična posteljica odiže u svom središnjem dijelu. Zbog toga se raskinu uteroplacentarne krvne žile i iz njih počinje krvarenje u retroplacentarni prostor. Krv se skuplja u prostoru između stijenke maternice i posteljice te se tako stvara retroplacentarni hematom [7].

3.4. Četvrto porodno doba

Četvrto porodno doba počinje izlaskom placente, a predstavlja prijelaznu fazu poroda prema puerperiju. Traje otprilike dva sata i u to se vrijeme zatvaraju raskidane krvne žile i smanjuje krvarenje [5].

4. Normalni porođaj

Tijekom aktivnog porođaja, dilataciju ušća maternice i spuštanje predležeče česti prati se partogramom. Tako je moguće jasnije i preciznije grafičkim prikazom kroz latentnu i aktivnu fazu zaključiti napredovanje poroda te ubrzanje ili spori tijek porođaja, u svim fazama te uputiti na porodničke postupke poput oksitocinske stimulacije, amnijotomije, epiduralne analgezije ili analgosedacije. Partogram služi preciznijem određivanju porodničarskih postupaka te ima važnu organizacijsku, edukacijsku i istraživačku vrijednost [8].Najpoznatiji je Fredimanov partogram koji predočava grafički prikaz porođaja. Ima dvije krivulje:

- Latentna faza Freidmanove krivulje - predstavlja nestajanje cerviksa i dilataciju do 2 cm, te se na nju nastavlja druga linija;
- Aktivna faza Freidmanove krivulje- koju čini kratkotrajno ubrzanje dilatacije te faza maksimalne dilatacije, te se nastavlja faza deceleracije s potpunom dilatacijom maternicnog ušća [8].

Prvim pregledom rodilje dobiva se uvid u početak i napredovanje porođaja, nalaz se upisuje u partogram koji se počinje koristiti kada je dosegnuta dilatacija od 2 cm uz trudove. Partogram završava porođajem te nagib krivulje treba ležati usporedno s graničnom krivuljom partograma. Blaži nagib može upozoriti na protrahirani porođaj. Svako odstupanje od krivulja nazivaju se distocije, te se prema partogramu utvrđuju dva glavna odstupanja, a to su produljeni ili prenagli porođaj [8]. Za normalni tijek i ishod porođaja, tri su osnovna čimbenika: dijete (kao porođajni objekt), porođajni kanal i porođajne snage- trudovi [9].

4.1. Porođajni objekt

Pod nazivom porođajni objekt podrazumijeva se fetus i placenta s ovojima. Ono utječe na sam ishod porođaja svojom veličinom, položajem, namještajem, stavom i držanjem. Pri normalnom položaju uzdužna os fetusa poklapa se s uzdužnom osi majke, dok je vodeći dio fetusa glava [9].Stoga je neophodno za promatranje tijeka porođaja poznavanje anatomije djetetove glave kao vodećeg dijela u odnosu na porodni kanal te napredovanju poroda. Na fetalnoj glavi tako palpiramo dvije fontanele, a to su velika fontanela (fontanela magma) i mala fontanela (fontanela parva) [8].

Lubanju čine lubanjske kosti i to, dvije tjemene kosti (os parietale), dvije čeone kosti (os frontale), dvije sljepoočne kosti (os temporale) i zatiljna kost (os ocipitale) [9].Kosti nisu razvijene u potpunosti niti sraštene, već su međusobno spojene fibroznim membranama koje u porodu omogućuju pomicanje i preklapanje kostiju čime se mijenja odnosno, konfigurira oblik glave. Zbog svoje nedovoljne čvrstoće i savitljivosti omogućuju vodećoj česti - glavi da se prilagodi porođajnom kanalu. Konfigurabilnost glave je naziv za sposobnost pomicanja kostiju glave jednoj prema drugoj ili jedne preko druge kako bi se prilagodila porođajnom kanalu [9].Lubanjski šavovi koji spajaju kosti su temeljni pokazatelji napredovanja glavice u porođaju, oni su:

- Sutura sagitalis ili parietalis- uzdužni tjemeni šav;
- Sutura frontalis- čeoni šav;
- Sutura coronaria- šav čeonih i tjemenih kostiju;
- Sutura lambdoidea- spoj tjemenih kostiju sa zatiljnom kosti [8].

Na glavi fetusa nalaze se promjeri koji upućuju na aktualnost u porodu na temelju stava glavice nad ulazom u zdjelicu, oni nam pomažu odrediti konfiguraciju glavice i moguće nepravilnosti. Promjeri fetalne glave su:

- Diameter suboccipitobregmatica 9,5 cm;
- Diameter frontoocipitalis 12 cm;
- Diameter mentoocipitalis 13.5 cm;
- Diameter bitemporalis 8 cm;
- Diameter biparietalis 9,5 cm [8].

Odnos promjera fetalne glave i zdjeličnih promjera je temeljni čimbenik normalnog napredovanja porođaja. Glavica fleksijom ulazi u porođajni kanal preklapajući lubanjske kosti preko šavova te utiskuje u zdjelište, tako nerijetko dolazi do fiziološke porođajne otekline Caput succedaneum koji je normalna pojava nakon rođenja [8].Pred porođaj određuje se u kojem je položaju, namještaju, stavu i držanju dijete.

4.1.1. Položaj (situs)

Položaj je odnos djetetovog tijela prema uzdužnoj osi maternice i razlikujemo:

- Uzdužni položaj - situs longitudinalis;
- Kosi položaj- situs obliquus;

- Poprečni položaj- situs transversus[8].

4.1.2. Namještaj (positio)

Namještaj je odnos djetetovih leđa prema stijenci maternice i razlikujemo:

- Positio dorsoanterior- leđa sprijeda- Lijevo Ia i Desno IIa;
- Positio dorsoposterior- leđa straga- Lijevo Ib i Desno IIb;
- Positio dorsosuperior- leđima gore;
- Positio dorsoinferior- leđima dolje [8].

4.1.3. Stav (praesentatio)

Stav je odnos vodećeg dijela djetetovog tijela prema porođajnom kanalu, razlikujemo:

- Praesentatio capitic – stav glavom: occipitalis, parietalis, frontalis facialis;
- Praesentatio podalica, pelvina- stav zatkom. Pelvina simplex, pelvina completa, pelvina incompleta,genuum completa, pedaria incomplete [8].

4.1.4. Držanje (habitus)

Držanje je odnos sitnih dijelova djetetova tijela prema trupu djeteta. Tipično fetalno držanje je: sklupčani plod sa kralježnicom savijenom u luku, flektiranom glavicom, bradom na prsištu, sklopljenim ručicama, nogama savijenim u koljenima i kukovima, prekriženim nožicama privučenim uz trbuh.[8] Angažiranost glavice u zdjelici:

- -4 glavica nad ulazom u zdjelicu pokretna;
- -3 glavica fiksirana nad ulazom u zdjelicu;
- -2 glavica malim segmentom u zdjelici;
- -1 glavica srednjim segmentom u zdjelici;
- 0 glavica u interspinalnoj ravnini- velikim segmentom u zdjelici;
- +1 glavica prošla interspinalnu ravninu;
- +2 glavica na dnu zdjelišta;
- +3 glavica na međici [8].

4.2. Porođajni kanal

Porođajni kanal je put kojim tijekom poroda prolazi porođajni objekt- dijete, a sastoji se od mekog i koštanog dijela. Mekani dio porodnog kanala čini donji uterini segment, vrat maternice, rodnica vulva i mišići dna zdjelice.

Vrat maternice je kratak, no važan dio mekog porodnog kanala, dok je vagina najdulji dio. U prvom porodnom dobu dolazi do otvaranja unutrašnjeg materničnog ušća pa zbog toga dolazi do nestajanja cerviksa. Dno male zdjelice čine koža potkožno vezivno tkivo, zdjelična fascija i dva mišićna sustava koji čine dvije ploče:

- Diaphragma pelvis – čine je musculus levator anni, musculus sphincter ani externus i musculus coccygeus;
- Diaphragma urogenitale je trokutasta mišićna pregrada koja se veže za stidni luki rektum, a čine ju musculus bulbocavernosus, musculus ischiocavernosus, musculi transverzi perinei profundi et superficiali [9].

Mišići levatori čine otvor Hiatus levatorius koji ima dva dijela, a to su hiatus urogenitalis (za rodnicu i mokraćnu cijev) i hiatus analis (otvor kroz koji prolazi rectum). U dubljem sloju dijafragme nastavlja se musculus sphyncter urethrae i u njemu se nalaze Bartholinove žlijezde dok je drugi sloj površinski i čini međicu – perineum [8].

Koštani dio zdjelice čine četiri kosti koje su međusobno spojene zglobovima i vezama, dvije zdjelične kosti (ossa coxae), križna kost (os sacrum), stidna kost (os pubis) i trtična kost (os coccygis) [9]. Dijelimo ju na veliku zdjelicu- pelvis major i malu zdjelicu – pelvis minor, granica koja ih razdvaja zove se linea terminalis koja je zamišljena linija koja se kreće od promontorija po unutrašnjosti zdjelice prema simfizi [9]. Koštani dio porodnog kanala je mala zdjelica, te o njezinom obliku, pravilnim promjerima i volumenu ovisi sam tijek i ishod poroñaja. Ona je najčvršći dio porodnog kanala, te je izvana i iznutra obložena mišićima i vezivnim tkivom. Zdjelica je zatvoren i slabo pomičan koštani prsten, ulaz u zdjelicu je eliptičkog oblika s poprečnim duljim promjerom i opsegom ulaza oko 42 cm. Promjeri male zdjelice su:

- Conjugata vera obstetrica,- najkraći i najvažniji promjer ulaza u malu zdjelicu, ona spaja stražnju plohu simfize s najizbočenijom točkom promontorija i iznosi 11 cm;
- Diameter transverza - Najduži promjer ulaza je poprečni i iznosi 13,5 cm;
- Diameter obliqua prima- spaja desni sakroilijačni zglob s lijevom iliopektinealnom eminencijom iznosi oko 12,5 cm;
- Diameter obliqua secunda- spaja lijevi sakroilijačni zglob s desnom iliopektinealnom eminancijom iznosi oko 12,5 cm [8].

Prema izlazu postaju sve kraći poprečni promjeri, a sve veći uzdužni promjeri. Stoga kažemo da je izlaz uzdužno ovalan, a sredina okrugla. Opseg izlaza iznosi oko 32 cm. Tako razlikujemo:

- Poprečni promjer izlaza- spaja tubere sjednih kosti i iznosi 10,5-11 cm;
- Uzdužni promjer izlaza-spaja donji rub simfize i vrh ossis coccygis te iznosi 11 cm, no budući da je trtična kost pomična, promjer se može i povećati za 2-3 cm;
- Poprečni promjer interspinalana crta koja iznosi 10-10,5 cm [9].

U porodništvu se za orijentaciju primjenjuju četiri konvergirajuće ravnine:

- Gornji otvor ili ulaz zdjelice;
- Sredina zdjelice;
- Tjesnac zdjelice;
- Donji otvor ili izlaz zdjelice[9].

Tjesnac zdjelice (augustio pelvis) je najniže mjesto zdjelice, između sredine zdjelice i izlaza zdjelice omeđen donjim rubom preponske kosti, vrhom križne i objema spinama sjedne kosti. Kroz sredinu svih promjera zdjelice prolazi zdjelična os, a naziva se crtom prolaznicom koja je svojim konkavitetom zavijena ventralno,a to je najviše izraženo u području tjesnaca koji se naziva još i koljenom zdjelice.[9]. Prema praćenju mehanizma porođaja te napredovanju vodeće česti u porodu, zamišljene su četiri paralelne porođajne ravnine koje se nazivaju Hodgeovim porodnim ravninama te se pomoću njih prati napredovanje vodeće česti u porodnom kanalu. Hodgeove ravnine su:

- Prva Hodgeova ravnina- čini ulaz u zdjelicu, a označuje ga gornji rub simfize i vrh promontorija;
- Druga Hodgeova ravnina- prolazi od donjeg ruba simfize do drugog sakralnog kralješka koji je ujedino i najšire dno zdjelice;
- Treća Hodgeova ravnina naziva se još i interspinalna linija, najuži dio zdjelice, spaja spine ischiadicae do S3-S4 kralješka;
- Četvrta Hodgeova ravnina- dno zdjelice do vrha trtične kosti [8].

4.3. Porodne snage

Maternica se već tijekom trudnoće priprema za porođaj. Za pravilan nastanak i za održavanje trudova potrebna je kontraktilnost mišićnog tkiva. Trudovi se označuju kao ritmičko stezanje maternice, a stanje između trudova kao odmor. Svaki trud ima tri stadija:

- stadium incrementi- u kojem se kontrakcije pojačavaju sve više do uspona te tamo zadrže neko vrijeme;
- stadium acmes - vrhunac truda;
- stadium decrementi- trudovi popuštaju, nastaje odmor u kojem se mišićje oporavlja[9].

Trudovi se razlikuju prema vremenu pojave i prema učinku. Možemo ih utvrditi palpacijom uterusa. Pod rukom osjetimo uterus kako postaje tvrđe konzistencijekoja nakon nekog vremena ili kraće popušta, te se pojavi opet nakon duljeg ili kraćeg odmora [9].Razlikujemo nekoliko vrsta trudova, a to su:

- *Dolores in graviditate*- trudovi u trudnoći, pojavljuju se pred kraj trudnoće te su slabog intenziteta, rijetki i dolaze u duljim ili kraćim nepravilnim razmacima, nisu bolni te ih trudnica ne osjeća. Dolazi do premještanja mišićnih snopova u smjeru corpusa i fundusa uterusa, a donji segment i cerviks postaju tanji [9]. Razlikujemo dvije vrste kontrakcija, Alvarezove kontrakcije (lokalne kontrakcije više frekvencije i niske jakosti 10-15 mmHg) i Braxton-Hicksove kontrakcije (neregularne, sporadične, rijetke kontrakcije jače osjetljivosti) [8].
- *Dolores presagientes*- prethodni trudovi nekoordinirane kontrakcije. Posljednja 3-4 tjedna prije porođaja;[8].
- *Dolores preparantes*- privremene kontrakcije posljednjih dana prije poroda, mogu se pojavljivati svakih 5-10 minuta s višesatnim stankama i biti bolni [8]. Dovode do odljupljivanja donjeg pola plodovih ovoja te oblikovanja vodenjaka, širenje cervikalnog kanala i skračivanja cerviksa. Širenje cervikalnog kanala i skraćivanje cerviksa kod prvorotkinja ide od unutrašnjeg ušća prema vanjskom, a kod višerotkinja od vanjskog prema unutarnjem ušću [9].
- *Dolores parturientum*- regularne kontrakcije svakih 10 minuta, a potom 2-3 minute s intenzitetom do 40-50 mmHg koje pridonose otvaranju materničnog ušća. Kod prvorotkinja traju oko 12 sati, a višerotkinja2-8 sati [8].

- *Dolores ad partum sic dicti*- pravi porođajni trudovi. To su regularne jake kontrakcije nakon otvaranja maternicnog ušća. Pojavljuju se svake 2-3 minute i dosežu 60 mmHg. Kod prvorotkinja traju oko 50 minuta, a kod višerotkinja 20 minuta [8].
- *Dolores conquassantes*- pravi potresni trudovi tiskanja su regularne i jake kontrakcije s refleksnim naponom na tiskanje s intenzitetom do 200 mmHg svake 2-3 minute [8]. Dolaze kada se glava pokaže i rađa preko međice, učinak je pojačan naponima i refleksnim tiskanjem rodilje, a pojavljuju se kada je glava ispod interspinalne ravnine i pritišće na rektum [9].
- *Dolores placentarum*- trudovi treće porođajne dobi. To su kontrakcije koje pomažu porađanju sekundina i traju 10 minuta nakon porađanja djeteta [8].
- *Dolores in puerperio*- trudovi u babinju, lokalne kontrakcije koje pomažu u involuciji maternice [8].

Normalni porođaj je prisutnost regularnih kontrakcija maternice, praćen progresivnom dilatacijom, nestajanjem cerviksa i spuštanjem fetusa [9].

4.3.1. Mehanizam porođaja

Mehanizam porođaja je izraz kojim se označuju kretnje djetetove glavice tijekom prolaska kroz porođajni kanal. Dijete se prilagođava svojim kretanjem kroz porođajni put, te se kreće linijom najmanjeg otpora. Kralježnica djeteta u vratnom djelu se može flektirati naprijed i nazad, a u torakalnom i lumbalnom prema lateralno i nazad. Te radnje omogućuju savijanje i osiguravaju prilagodbu djetetovog oblika porođajnom kanalu. Stav djetetove glave nad ulazom u porođajni kanal je indiferentan što znači da se nalazi u srednjem položaju između fleksije i defleksije sa suturom sagittalis u poprečnom promjeru. Prilikom prvih trudova zbog povišenja intrauterinog tlaka i otpora koji pruža porođajni kanal, prva kretnja glave je fleksija. Tako se zbog fleksije okcipitalni dio glave spušta najniže i prvi ulazi u zdjelicu te mu je točka vodilja mala fontanela i najmanji promjer glave. Kako prolazi kroz zdjelicu, glava radi sljedeće radnje te se rotira tako da najmanjim promjerom glave prolazi kroz najveći promjer zdjelice. Te se suturom sagittalis postavlja iz poprečnog u kosi promjer, a pri izlasku u uzdužni promjer izlaza zdjelice. Malom fontanelom kao točkom vodiljom prolazi kroz zdjeličnu os. Zbog velikog otpora mišića dna zdjelice i zbog trudova, glava pri izlasku zauzima stav maksimalne fleksije. Zatiljak na mjestu hipomohliona koji je granica kose i vrata na zatiljku, postaje potporanj te se nalazi ispod simfize.

Tada da bi se glava porodila, mora se ispružiti i deflektirati, a pri tome se upire o rub simfize i preko međice se u defleksiji rađa čelo, lice i brada. Kada se porodi glava, lice se okrene prema jednom od bedararodilje ovisno o namještaju. Kretnje su vanjska rotacija, pri čemu se rotiraju ramena koja su također prolazila iste kretnje kao i glava kroz porodni kanal i iz poprečnog promjera prolaze biakromijalnim promjerom te lateralnom fleksijom. Ramena se porađaju tako da se prvo porodi prednje rame ispod simfize sve do gornje trećine nadlaktice i oslanja na donji rub simfize, zatim se rađa drugo rame ili stražnje rame, nakon čega slijedi porod preostalog dijela tijela, trupa zdjelice i nožice [9]. Tijekom porođaja te uspješnosti vaginalnog porođaja kretnje koje fetus čini svojom glavom i ramenima su od velikog značaja, te kretnje su sljedeće:

- *Angažiranost*- angažiranje glavice nad ulazom u zdjelicu znači spuštanje velikog poprečnog promjera Diametar biparietalis ispod razine ulaza u zdjelicu pri čemu se suturom sagittalis postavlja u poprečni promjer ulaza u malu zdjelicu.
- *Fleksija*- fleksijom glavice i s pomoću kontrakcija ulazi u zdjelicu najmanjim opsegom ili malim kosim promjerom diameter suboccipitobregmatica te točkom vodiljom malom fontanelom.
- *Unutarnja rotacija*- glavica nailazi na prepreke u obliku suženja te se suturom sagittalis iz poprečnog promjera ulaza zdjelice okreće u kosi promjer, te prolazi kroz interspinalnu liniju i postavlja u uzdužni antero-posteriorni promjer gdje se zatiljak okreće prema i ispod simfize.
- *Defleksija glavice*- prilikom poroda hipomohliona i otporom o rub simfize glavica čini radnje defleksije pri kojima se rađa tjeme, čelo, lice i brada.
- *Vanjska rotacija*- to je još i pasivan okret glavice kojom ona sama prati rotaciju ramena u porođajnom kanalu [9].

4.4. Položaji za rađanje

Tijekom povijesti najčešći položaji za rađanje bili su čučeći, klečeći, sjedeći i polusjedeći, sve do u slučaju kirurško-porodničkih intervencija kada je rodilja bila u leđnom položaju za rađanje. Danas se služimo sljedećim položajima: ležeći leđni položaj na postelji, ležeći bočni položaj, uspravni stojeći, sjedeći na stolčiću za rađanje, čučeći, te koljeno-lakatni položaj. Tijekom svih ovih položaja nisu isključene metode suvremenog peripartalnog nadzora i zahvata poput kardiotokografije, praćenje vitalnih funkcija, epiduralne analgezije, spazmoanalgezije, oksitocinske stimulacije ili potrebe izvođenja epiziotomije.

U usporedbi ležećeg položaja s uspravnim i bočnim je povezano kraće trajanje drugog porodnog doba (u prosjeku za 5 minuta), manjim dijelom asistiranja, redukcija epiziotomije, majčin acido-bazni status - veći SpO2 i pH nego u ležećem, efektivniji trudovi, manji porast razdora drugog stupnja, povećana procjena za rizikom od gubitka krvi za više od 500 ml, smanjenje boli trudova manjim djelom poremećaja KČS-a [8].

U Republici Hrvatskoj je rezolucijom "za zaštitu materinstva i djece i humanije rađanje" 2003. godine, dogovoreno omogućavanje rodiljama slobodu kretanja i izbora položaja za vrijeme poroda, osim u slučaju potrebe za intervencijom i sprječavanje komplikacija. Prvi porod na stolčiću bio je u Kliničkoj bolnici Osijek u prosincu 2002. godine [8].

Prednosti određenih položaja za rađanje:

- Čučeći - prednosti gravitacije, otvara zdjelicu, zahtjeva manje potiskivanja, pomaže okretanju i spuštanju djeteta;
- Uspravno sjedenje- rađanje na stolčiću, dobar položaj za odmor, koristi prednosti gravitacije, čvršća podloga za odupiranje prilikom tiskanja. Dobro za masiranje leđa rodilji;
- Koljeno-lakatni položaj- može pomoći u olakšavanju bolova i pomaže u rotaciji glavice iz dorzoposteriornog položaja;
- Bočni položaj- dobar za odmor, može pomoći u usporavanju prebrzog porođaja i nastanku razderotina, gravitacijski neutralno [10].

4.4.1. Porođaj u vodi

Prvi porođaj dokumentiran je u Francuskoj 1803.godine, dok su u Republici Hrvatskoj bili 2003.godine u Rijeci i Osijeku. Za porođaj u vodi se smatra kako ima pozitivan učinak na dojam o porođaju kod rodilje te uz poznate balneološke prednosti vode. Tako se rodilja osjeća ugodnije, osjeća slabije trudove te sam porođaj podnosi lakše. Dok se djetetu omogućuje postupan prelazak iz maternice u toplu vodu, te na hladan zrak. Kod zrelog novorođenčeta zaštitni refleks ronjenja ili "diving refleks" je najizraženiji, tako da podraživanjem receptora vodom na koži lica, oko usta i nosa, zatvaranjem glotisa uzrokuje apneju u ekspiriju te na taj način sprječava ulazak u vode u pluća. Nakon prvog kontakta sa zrakom taj refleks se gubi. Dok kod intrauterine asfiksije i prijevremenog porođaja stimulacija respiracije je snažnija od refleksa ronjenja te tako može doći do aspiracije vode u dišne puteve.

Stoga je porod u vodi moguć samo za nekomplicirane spontane vaginalne jednoplodne porode uz obavezni pismeni pristanak rodilje. Zbog opasnosti od hipoksije potreban je kontinuiran CTG-e nadzor, te rodilja može biti u vodi tijekom prvog i drugog porodnog doba. Kada za porod u vodi je ergonomski oblikovana i temperatura ne smije biti viša od 37 stupnja Celzijusa radi opasnosti od preopterećenja krvotoka majke i djeteta hipertermijom. Nakon poroda dijete se položi majci na trbuh pri čemu je glava vani, a tijelo prekriva voda. Pupkovina se reže nakon prestanka pulsacija. Treće porodno doba se također obavlja u kadi, a majčin gubitak krvi se procjenjuje prema obojanošću vode u kadi i potonulih krvnih ugrušaka [8]. Preduvjet za rađanje u vodi:

- Normalni porođaji- donešeni jednoplodni u stavu glavom;
- Stalna skrb osoblja;
- Stalna raspoloživost pomoćnog osoblja za prijenos kade kod eventualnih problema;
- Jednaki nadzor kao i kod normalnog "suhog" porođaja, odnosno poroda van kade [8].

Kontraindikacije za porod u kadi su: porođaj zatkom, višeplodna trudnoća, prijevremeni porođaj, patološki tijek porođaja, sumnja na korioamnionitis, infekcije, epiduralna anestezija i fetalna makrosomija [8].

5. Medicinsko dijagnostički i terapijski postpuci tijekom poroda

Za vrijeme poroda, a prema odredbi liječnika ginekologa potrebno je učiniti neke od medicinsko dijagnostičkih i/ili terapijskih postupaka kako bi se prevenirale komplikacije tijekom poroda.

5.1.Amniotomija

Amniotomija je postupak otvaranja vodenjaka kojim se ubrzavaju i pojačavaju trudovi te se smanjuje duljina trajanja poroda. Kod amniotomije se može odrediti boja amnionske tekućine koja može ukazivati na neke komplikacije. Promjena boje amnionske tekućine može ukazivati da fetus u nekom trenutku nema dovoljno kisika. Daljnjim razvitkom problema uslijed smanjenog dotoka kisika sadržaj se iz crijeva isprazni u amnionsku tekućinu. Kada se crijeva isprazne u amnionsku tekućinu daju joj patološku žutu, smeđu ili zelenu boju. Još jedan od razloga provođenja postupka amniotomije je električni monitoring i ubrzanje poroda kod nestabilnog i ugroženog fetusa [11].

5.2. Epiziotomija

Epiziotomija je postupak ureza međice koji se koristi u svrhu zaštite mekog porođajnog kanala. Ovim zahvatom se sprječavaju kasnije moguće komplikacije i ruptura međice, skraćuje se drugo porođajno doba, te se djetetu omogućuje lakši prolaz kod patoloških poroda. Postoje tri stupnja razdora međice. U prvom dolazi do razdora kože i potkožja, drugi je razdor muskulature i dna, u trećem razdoru dolazi do totalnog oštećenja mišića i rektuma [4]. Rez na međici se izvodi kako bi se olakšao porod i prolaz djeteta povećanjem vaginalnog otvora. Rez može biti po sredini, s lijeve ili desne strane. Postupak epiziotomije izvodi se prije zadnje kontrakcije, tada je perineum maksimalno rastegnut zbog pritiska djetetove glave. Kod takvog velikog pritiska djetetove glave tijekom kontrakcija perineum je relativno neosjetljiv tako da sam rez većina žena ne osjeća. Epiziotomijom se dijete pošteđuje nekoliko posljednjih kontrakcija te će se brže roditi i štiti perineum od ozbiljnih ozljeda kao što je prolaps uterusa. Epiziotomija je jedan od najčešćih postupaka koji se danas izvodi tijekom poroda [4].

5.3. Infuzija oksitocinom

Najčešće se oksitocin daje kada žena tijekom trudova nije uspostavila normalnu hormonalnu ravnotežu u kojoj ne izlučuje dovoljnu količinu hormona oksitocina koji je zadužen za trudove. Neke žene jednostavno nemaju dovoljno jake trudove da bi rodile samostalno. Primjenjuje se u situacijama kada je život majke ili djeteta ugrožen i potrebno je što prije poroditi dijete. Syntocinon je sintetički oblik hormona oksitocina. Davanje hormona oksitocina je postupak umjetnog izazivanja ili pojačavanja trudova. Najčešće se daje intravenoznim putem. Postupak davanja hormona oksitocina određuje liječnik (ginekolog) [11].

5.4. Analgezija i anestezija

Smanjenjem boli, napetosti i straha u porođaju uz prisutnost bliske osobe znatno se mijenja cjelokupni doživljaj porođaja koji se skraćuje te je bolji perinealni ishod. Rodilja ima pravo na odabir o načinu suzbijanja boli uzimajući u obzir psihoprofil, prepartalnu pripremu te mogućnost od kontraindikacija za izabrani način.

Tehnike suzbijanja boli su:

- Spazmoliza - u obliku injekcija koji se rjeđe primjenjuje zbog manjka analgetskog učinka, te se rabe kod bolje angažiranosti predležećeg dijela u zdjelicu i kod veće dilatacije ušća maternice, primjerice > 8 cm te u slučaju kada se opoidni analgetici više ne smiju davati.
- Spazmoanalgezija opoidnim analgetikom petantinom- „Dolantin“- ima odlično spazmolitičko djelovanje uz blagu sedaciju te jaki analgetički učinak. Najbolji učinak uz otvorenost ušća>4 cm. Zbog vremena poluraspada pentanina koje je oko 3 sata (2-4),te je potrebno voditi brigu da porođaj ne završi u tom vremenu radi depresivnog učinka na respiraciju djeteta zbog dijaplacentarnig prolaza. Preporučuje se pred kraj drugog porodnog doba ordinirati antidot opoida Naloxon.
- Kontinuirana epiduralna analgezija- ima odličan analgetički i spazmolitički učinak, posebno u slučaju distocije. Koristi se pri porođaju u stavu glavom, zatkom, višeplodnoj trudnoći i porodničkim operacijama uključujući i carski rez.

Izvodi se tako da se injicira lokalni anestetik ili mješavina lokalnog anestetika, sa opoidima u epiduralni prostor tijekom prvog porodnog doba. Moguće komplikacije su postpunkcijska glavobolja, hematom ili neuspjela analgezija.

- Kontraindikacije su: porod u kadi- vodi, poremećaj koagulacije, primjena heparina, lokalne infekcije i tetovaže [8].

5.5. Carski rez

Carski rez je operacijski postupak koji se izvodi kada je nemoguć prirodan način poroda. Postoje komplikacije tijekom trudnoće kada je neizbježno korištenje carskog reza kao što su, nepravilan položaj djeteta (frontalno s čelom ili transverzalan položaj), ispadanja pupčane vrpce prije poroda ili placenta previa. Bilo koji neočekivan ishod koji ugrožava život djeteta može rezultirati carskim rezom [8].

6. Partalna skrb

Prvi korak u cjelokupnom zbrinjavanju trudnoće je edukacija svih zdravstvenih djelatnika. Potreban je dugoročan plan edukacije mladeži u vezi planiranja obitelji, kontracepcije, spolnih bolesti i raznim drugim pravilima spolnog ponašanja. Edukaciju je potrebno provoditi na svim razinama zdravstvene zaštite. Medicinska sestra je stručna osoba koja educira cjelokupnu populaciju o pravilnom zdravstvenom ponašanju. Zdravstvena njega trudnice obuhvaća cjelokupnu perinatalnu zaštitu u koji spada antenatalna skrb, partalna i postpartalna skrb. Perinatalna skrb trudnice obuhvaća: zdravstveni odgoj trudnice, pregled trudnice, praćenje rizične trudnoće, stručnu pomoć pri porođaju, prevenciju senzibilizacije kod Rh-negativnih majki, kontrolni pregled i zdravstveni odgoj babičnjače [12].

Partalna skrb trudnice obuhvaća svu stručnu pomoć medicinske sestre u koju spadaju sve intervencije i postupci koje medicinska sestra provodi u rodilištu, u kući i na putu do rodilišta.

6.1. Metoda relaksacije u trudnoći i za vrijeme poroda

6.1.1. Disanje

Zbog povećane potrebe za kisikom u trudnoći, a posebice u porodu, važno je znati pravilno disati, kako bi se tijelo što manje umaralo, a što više i bolje opskrbilo kisikom. Opuštanjem i pravilnom tehnikom disanja pomažemo tijelu da štedi kisik koji se troši radom mišića. Mišićne kontrakcije su posebno za vrijeme poroda intenzivnije što je u organizmu manje kisika. Pri tome pomažu dva tipa disanja u kontroli ravnomjernog unosa i potrošnje te omogućavaju nesmetanu mišićnu aktivnost [13].

- Prsno disanje - obilježava polako i duboko disanje na nos i izdisaj na usta koji mora biti produženi. Kontrola disanja se provodi tako da se pri udisaju prati širenje i podizanje grudnoga koša i ramenog obruča, a pri izdisaju spuštanje [13].
- Trbušno disanje: obilježava prvo duboki izdah, zatim udah na nos pri čemu se zrak usmjerava u trbuh, čime se trbuh vidljivo diže, a kod izdaha spušta. Ovakvo disanje opušta zdjelične organe te opskrbljuje tijelo nužno potrebnim kisikom [13].

Pomoću određenih tehnika disanja u samom porodu skreće se pozornost s boli i usmjerava na pravilno disanje, čime se bol, odnosno kontrakcije maternice lakše podnose[13].

6.1.2. Vježbe za porod

Nakon poroda oslabe mišići zdjelice te je vrlo važno raditi vježbe koje će spriječiti inkontinenciju nakon poroda zbog oslabljenih i istegnutih zdjeličnih mišića, Te su vježbe nazvane Kegelovim vježbama, no postoje i mnoge druge varijacije.

- Zategnuti vaginalne i analne mišiće kao da se želi zaustaviti isticanje mokraće te zadržati 10-ak sekundi i ponoviti vježbu 10-ak puta. Također je vježba vrlo učinkovita za izvođenje prilikom kihanja i kašljanja.
- Vježba leptir za jačanje leđnih mišića, mišića zdjelice te fleksibilnost zglobova zdjelice. Izvodi se tako da u turskom sijedu, ravnih leđa, noge se u koljenima povlače gore-dolje.
- Čučnjevi opuštaju zdjelično dno, što je vrlo značajno u porodu. Vježba se izvodi tako da primajući se za stolicu ili stol lagano koliko tijelo dopušta iz stojećeg stava, spuštati se u čučanj. Ponoviti par puta s dugim pauzama.
- Jačanje bedrenih mišića i održavanje ravnoteže- izvodi se tako da se nasloni uza zid s lagano razmaknutim nogama u ravnini ramena i pri tome lagano kliziti uza zid do položaja identičnom sjedu na stolici. Zadržati tako par sekundi i vratiti u početni položaj, ponoviti par puta s dužim pauzama [13].

6.1.3. Vježbe mišića zdjelice

- Ležeći na leđima s jastukom pod glavom i ispod koljena, lagano odizati jednu nogu i pri tome udisaj na usta, a pri spuštanju noge izdisaj na usta.
- Ležeći na leđima, savijenim nogama u koljenima, staviti jastučić ili balon između koljena i lagano pritiskati.
- Ležeći na leđima ispruženih nogu, lagano odizati noge i povlačiti ih u stranu naizmjenice.
- Ležeći na leđima lagano stiskati mišiće stražnjice. Ova se vježba može izvoditi i pri savijenim koljenima odižući zdjelicu gore i pri tome stiskati mišiće stražnjice [13].

6.1.4. Vježbe donjih ekstremiteta-za cirkulaciju

- Pri stajanju uz pridržavanje za stolicu, odizati se na prste i pete naizmjenice;
- Pri hodanju hodati na prstima;

- Pri ležanju ili sjedenju kružiti stopalima u području zglobova u oba smjera i povlačiti stopala odnosno .prste prema sebi i od sebe;
- Ležeći na boku odizati gornju nogu [13].

6.1.5. Relaksirajući položaji tijela

Pri relaksaciji tijela bitni su položaji, kako bi relaksacija imala utjecaja na tijelo i bila uspješna. Razlikujemo tri osnovna položaja:

- Ležeći na leđima s jastukom pod glavom i/ili koljenima;
- Ležeći na boku- noge savijene u koljenima, donja ruka ispružena prema van dok gornjom rukom pridržavamo jastuk ispod glave;
- Sjedeći položaj- sjedeći u ugodnoj stolici ili naslonjaču, ruke pri tom opuštene uz tijelo, a noge blago razmaknute [13].

Nakon odabira jednog od relaksirajućih položaja, zatvoriti oči te se pokušati koncentrirati na neku ugodnu misao uz primjenu tehnike disanja. Vježbe relaksacije bi bilo dobro ponavljati dva puta dnevno po 10-15 minuta uz individualnu prilagodbu. Cilj ovih vježbi je postizanje kontrole disanja i kontrole tijela za vrijeme poroda. U početku porođajnih kontrakcija slabijeg intenziteta uz jedan od relaksirajućih položaja, trebalo bi se usmjeriti na pravilno polagano disanje. Pri jačim trudovima početi s dubokim abdominalnim disanjem, a dok su trudovi neizdrživi trebalo bi duboko izdahnuti pa udahnuti i nastaviti disati kratko i površno prsno disanje sve do kraja truda, a u pauzi nastaviti s dubokim trbušnim disanjem. Uz tjelesnu aktivnost, pravilan položaj relaksacije i uz pravilnu tehniku disanja lakše se podnosi sam porod i bol kontrakcija maternice, stoga bi bilo poželjno i od iznimne važnosti vježbe uvesti u svakodnevnicu buduće majke kao psihofizičku pripremu za trudnoću i porod. Svaka je trudnoća i porod specifičan, tijelo nam samo daje doznanja ako nešto nije u redu te nas upozorava kada treba usporiti, s obzirom na to svaka bi se trudnica trebala individualno uz osluškivanje svog tijela prilagoditi i izabrati aktivnosti i rekreaciju koja joj najbolje odgovara[13].

6.1.6. Nefarmakološko tretiranje boli

Bol svojom jačinom potiče lučenje adrenalina u organizmu koji povećava izdržljivost te time potiče lučenje endorfina, hormona protiv stresa koji ujedino i ublažava bol. Na sve to utječu uvjerenja, osobni ciljevi, prethodna iskustva, očekivanja boli i rađanja. Vrlo je bitno prethodno mentalno, psihički i fizički se pripremiti na bol i na sam porođaj i na taj način će se lakše prebroditi prirodna nelagoda, jer brige i stresovi stvaraju napetost.

Bol u porodu je kao glasnik koji navješćuje napredovanje poroda i pomaže porod privesti kraju, pri samoj boli rodilja zauzima položaj koji joj u tom trenu odgovara kako bi si olakšala prevladati do sljedeće boli, truda. Ako bi se bol prekinula to može utjecati i na sam tijek poroda, da uspori ili čak i zaustavi, nekome je od pomoći, a nekome ipak nije. Prag boli je kod svakog različit, pa tako i spremnost da se izdrži bol. S obzirom da bol obavještava rodilju i osoblje o tijeku porođaja bilo bi preporučljivo da se bol pokuša podnijeti. Bol treba shvatiti kao normalni povratni mehanizam koji regulira normalni tijek porođaja [10]. Sloboda kretanja, prisutnost partnera i sigurnost u stručnost osoblja, voda, kontra pritisak i masaža su puno sigurnije metode u reguliranju boli:

- Kretanje: hodanje, ples, skakutanje na pilates lopti, čučanje, naginjanje na krevet, spuštanje na ruke i koljena, to su samo neki od položaja slobodnog kretanja uz prisutnost partnera i osoblja, koji se mogu koristiti u oblažavanju boli.
- Kontra pritisak: tijekom truda primijeniti pritisak na leđa ili pritisnuti s obje strane bokova, što može biti olakšanje za rodilju. Stoga je međusobna komunikacija važna.
- Primjena toplih i hladnih obloga: toplinski jastučići, navlaženi ručnici, hladni gel paketići.
- Voda: stimulacija tuširanjem ili uranjanjem u kadu jer voda opušta i umanjuje djelovanje gravitacije.
- Dodir i masaža: suosjećanje i ohrabrenje, slabija ili jača masaža, kružni pritisak.
- Vizualizacija: vizualizirajući vlastiti porod, faze porođaja i kako se sve prolazi s lakoćom je tehnika opuštanja i zamišljanja uz koncentraciju na disanje te se rodilja na taj način može nositi s porodom jer ga je već zamišljajući prošla.
- Glazba i audioanalgezija. Uključuje umirujuće zvukove tijekom kontrakcija, stvara poseban ugođaj i novu dimenziju cijelom prostoru.
- Meditacija i molitva: tiho ponavljanje riječi ili zvuka usmjeravajući se na udisaj i izdisaj. Ideja je pozornost usmjeriti na jednu stvar, a time isključiti sve ostalo. Pomaže dubokoj relaksaciji, bistrini i zahtjeva vježbanje unaprijed, prije termina poroda [10].
-

6.2. Važnost podrške tijekom poroda

Porođaj je važan životni događaj te emocionalno i duhovno iskustvo, stoga je bitno da rodilju u bolnicu prati osoba za podršku.

Može biti suprug, partner, majka, prijateljica ili rođakinja. Neprestana individualna podrška je važan element u porođajnoj njezi od kojeg ima koristi, a ne nedostataka.

Smanjuje se ili uklanja potreba za lijekovima protiv bolova, smanjuje trauma međice, potreba za rezanjem međice, i smanjuje se vjerojatnost za upotrebu vakuma i izvedbe carskog reza. Tako žena odabire osobu od povjerenja kao pratitelja koji obuhvaća sljedeće radnje: pomaže rodilji da se osjeća fizički udobno, pruža emocionalnu podršku- smirujući dodir, riječi pohvale i ohrabrenja, obavještava i pomaže rodilji u izražavanju želja. To su sve faktori koji povećavaju zadovoljstvo i pozitivno iskustvo porođaja, smanjuje se napetost i time se poboljšava djetetovo blagostanje nakon porođaja koje pridonosi majci i djetetu ranom povezivanju u kontaktu "koža na kožu" [10].

6.3. Prednosti ranog povezivanja majke i novorođenčeta

Rano povezivanje pomaže uspostavljanju uspješnosti dojenja, razvijanje vitalne i emocionalne veze između majke i djeteta. Dodir i bliski kontakt pomažu u dobivanju djeteta na težini, brže sazrijevanje. Također i nošenje djeteta smanjuje periode plakanja u prva tri mjeseca života. Boravak u istoj sobi "rooming in" ima sljedeće prednosti:

- Optimalno za kontakt;
- Majka upoznaje djetetove rane signale, potrebe i rutinu;
- Može ranije otkriti simptome problema;
- Dijete manje plače jer osjeća prisutnost majke;
- Često dojenje;
- Otac djeteta i njegova blizina može smiriti dijete, a time također razvijaju kontakt povezanosti;
- Majka se osjeća pripremljenom i sposobnom za prihvaćanje i osjećaju sigurnosti za dijete [10].

Mnoga istraživanja u velikim sveučilišnim bolnicama diljem svijeta pokazala su da polaganjem novorođenčadi i posebice nedonoščadi gole na golu majčinu kožu, kontakt "koža na kožu" između grudiju, rezultira manjom smrtnošću djece, manjim brojem upala, boljim disanjem, stabilnošću temperature i bržim rastom i napredovanjem djece. Ta metoda se naziva još i njegom klokana [10].

U prvim satima nakon poroda, pogotovo važnost prvog sata nakon poroda je iznimno ključna za majku i dijete, te je najpoželjnije da se ne razdvajaju. Dva ključna elementa za njihovo povezivanje u rodilištima su kontakt "koža na kožu" i prvi podoj-pola sata od rođenja [10].

6.3.1. Rooming-in i važnost kontakta "koža na kožu" u prvih sat vremena

Rooming-in je 24- satni boravak majke i djeteta uz maksimalno jedan sat odvojenosti, i to zbog medicinskih zahvata. Jedan od ciljeva rooming-ina rana je uspostava dojenja. Kontakom kože majke i djeteta pojačava se proizvodnja mlijeka i uspostavlja ranija laktacija. Bolje se uspostavlja refleks otpuštanja mlijeka, dijete se hrani po želji. Što je više dojenja, veći je protok i više mlijeka. Neprestani kontakt majke i djeteta omogućava bolji psihomotorni, emotivni i društveni razvoj djeteta. Kontakt "koža na kožu" i rano dojenje kolostrumom smanjuje mortalitet u prvom mjesecu djetetova života. Povezano je i s povećanjem broja majki koje doje te s duljim dojenjem, što unapređuje zdravlje i smanjuje mortalitet [14].

Majčino mlijeko najbolja je hrana za dojenče. Potpuno je prilagođeno djetetovim potrebama jer sadržava više od 200 sastojaka, među kojima su i mnogobrojne obrambene tvari koje štite dijete od upala i bolesti. Sastav majčina mlijeka jedinstven je i neponovljiv te se ne može postići nikakvim termičkim postupcima. Mnoga znanstvena istraživanja dokazala su da dojenje pozitivno utječe na zdravlje majke i djeteta. Ono je najbolji i najekonomičniji način djetetove prehrane te najbolji načn sprječavanja bolesti i promicanja zdravlja. Posljednjih desetljeća kampanja međunarodnih organizacija, kao što su Svjetska zdravstvena organizacija i UNICEF usmjerene su na primjenu prirodne prehrane s ciljem osiguravanja zdravlja djeteta i majke [14].

6.3.2. Edukacija o dojenju - pretpostavka uspješnog dojenja

Dojenje je vještina zahvaljujući kojoj je ljudski rod opstao u evolucijskom lancu. Sve do prije šezdesetak godina ta je vještina prenošena vrlo uspješno u obitelji s majke na kćer, ali promjenom stila i načina života, raspadom višegeneracijskih obitelji te početkom proizvodnje zamjena za majčino mlijeko, zahvaljujući tehnološkom napretku, zanemarila se vještina dojenja na račun umjetne prehrane.

To je uzrokovalo dalekosežne društvene, gospodarske, kulturološke, okolišne, medicinske i druge posljedice, koje znanost ni društva ne mogu posve sagledati. Svjetska zdravstvena organizacija shvatila je da je dojenje vještina koju je ljudski rod pomalo zaboravio, a promjene u organizaciji zdravstvenog sustava, u sklopu kojeg se rađa mnogo djece, još su oslabile taj vrlo osjetljiv i složen proces.

Stoga je odlučeno da je vještinu dojenja potrebno početi podučavati, a najvažniji učenici trebali bi biti zdravstveni i nezdravstveni djelatnici u sustavu zdravstva ili izvan njega ako su povezani sa skrbi za trudnicu, rodilju, babinjaču i novorođenče. Istodobno se pokazalo da je prirodan događaj kao što je porođaj postao previše medikaliziran te su uvedeni mnogi nepotrebni postupci koji su ometali prirodne procese dolaska čovjeka na svijet, što je imalo neposredne posljedice na zdravlje žene. Zato se javila inicijativa razvoja bolnica prijateljski naklonjenih majkama, kojim je za uspješno dojenje potrebna informacija o dojenju, stjecanje određenih vještina, stručna pomoć i potpora zdravstvenih djelatnika i osposobljenih laika, te potpora u obitelji i među prijateljima [15].

7. Istraživanje

7.1. Cilj istraživanja

Ciljevi istraživanja bili su:

- doznati informiranost rodilja i majki o tečajevima za trudnice i slobodi kretanja za vrijeme poroda,
- zastupljenost pratnje za vrijeme poroda, te podršku članova medicinskog tima,
- doznati da li su ispitanice za vrijeme poroda primale lijekove za pojačavanje trudova, protiv bolova, te da li je rađena epiziotomija,
- istražiti način poroda (vaginalni porod, carski rez),
- istražiti kako pacijentice proživljavaju porode,
- istražiti kvalitetu u provedbi kontakta "koža na kožu" u prvim satima nakon poroda, te jesu li i u kojoj mjeri buduće majke educirane i informirane o važnosti prvog kontakta.

7.2. Metode rada i ispitanici

Istraživanje o važnosti o provedbi kontakta "koža na kožu" provedeno je online, na društvenoj mreži Facebook u vremenskom periodu od 14 dana. Istraživanje je provedeno putem online pisane ankete na spomenutoj društvenoj mreži, a anketa je objavljena u više Facebook grupa koje se odnose na rodilje i majke. Dozvolu za postavljanje online ankete odobrili su administratori grupa, a ispunjavanje je bilo potpuno anonimno i dobrovoljno. Anketa je bila sastavljena od 18 pitanja zatvorenog tipa. Ukupan broj ispitanica koji su sudjelovali u anketiranju je 1409 [N=1409]. U istraživanju su sudjelovale ispitanice koje su rodile u vremenskom razdoblju od 2005. do 2017. godine u rodilištima na području Republike Hrvatske. Prije ispunjavanja ankete, u opisu su navedene upute za ispunjavanje, te svrha i cilj provedbe ispitivanja. Vrijeme potrebno da se ispuni anketa bilo je 5-10 minuta. U obradi i analizi podataka koristio se software Microsoft Office Excel. Koristeći se metodama deskriptivne statistike, podaci su se statistički obrađivali uz uporabu $\mathbf{x}^2$testa značajnosti. Numerički podaci opisani su aritmetičkom sredinom.

7.3. Hipoteze istraživanja

Hipoteza 1 - Fizička provedba kontakta "koža na kožu" od strane medicinskog osoblja neposredno nakon poroda veća je u odnosu na edukaciju trudnica od strane medicinskog osoblja o kontaktu "koža na kažu" za vrijeme trudnoće.

Hipoteza 2 - Očekujemo da veći dio ispitanica smatra kontakt "koža na kožu" vrlo važnim za uspostavu dojenja te uspješnost daljnjeg dojenja.

7.4. Rezultati istraživanja

Grafički prikaz rezultata ankete: "Partalna skrb i važnost u provedbi kontakta koža na kožu". Prikaz rezultata dobivenih istraživanjem je trostupanjski, i to:

1. na svako pitanje ispitanici su imali više ponuđenih odgovora;
2. odgovori na svako pitanje prikazani su u grafičkom obliku te prikaz podataka u tablici;
3. poslije svakog grafikona i tablice opisana je analiza dobivenih rezultata.

Pitanje 1: Vaša dob?

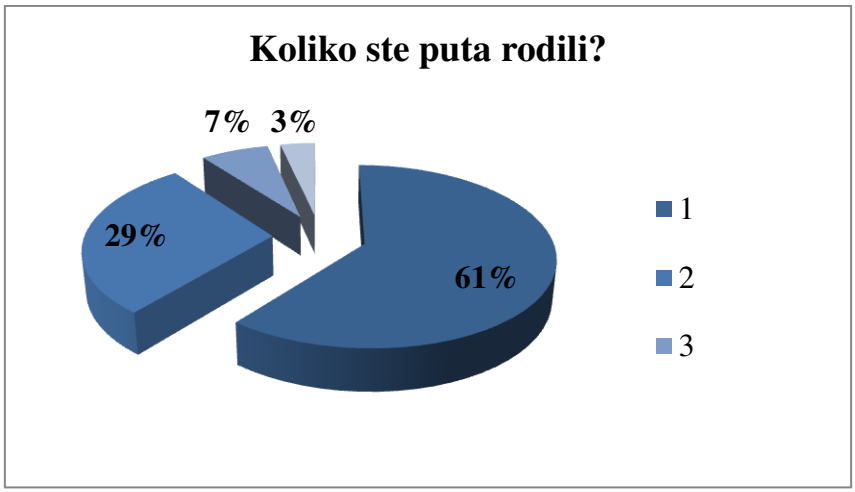
< 18 godina	**0%**
18 - 25 godina	20%(281)
26 - 35 godina	64%(901)
36 i više godina	16%(225)

Tablica 7.4.1. *Prikaz dobi ispitanika*

Izvor: autor

Od ukupnog broja ispitanica 20% (281) je u dobi od 18 do 25 godina, 64%(901) u dobi od 26 do 35 godina, a 16% (225)u dobi od 36 i više godina.

Pitanje 2: Koliko ste puta rodili?

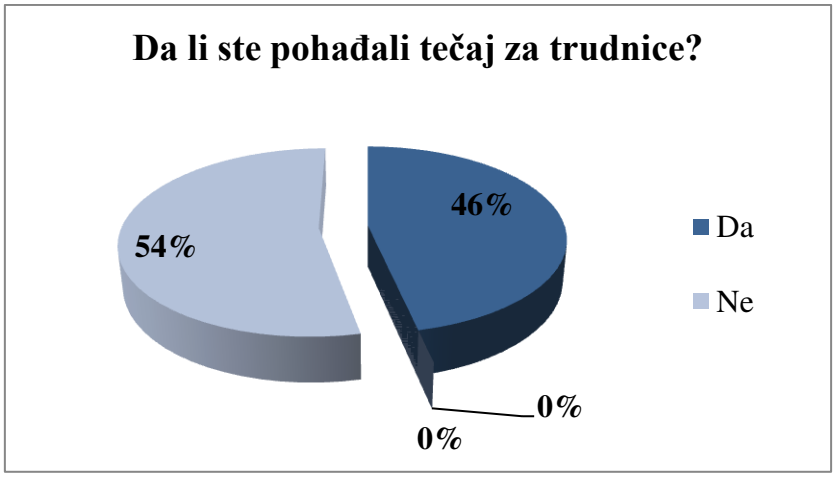


Grafikon 7.4.2. *Broj poroda ispitanica*

Izvor:autor

Od 1409 ispitanica, 61% (859) ih je rodilo jednom, 29%(408) dva puta, 7%(99) tri puta i 3% (42) ispitanica rodilo je četiri ili više puta.

Pitanje 3: Da li ste pohađali tečaj za trudnice?

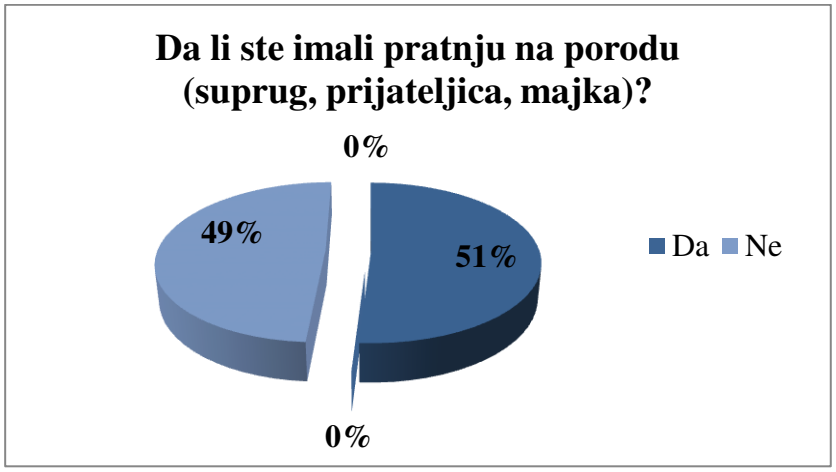


Grafikon 7.4.3. *Prikaz pohađanja trudničkog tečaja za vrijeme trudnoće*

Izvor:autor

Od ukupnog broja ispitanica, 46%(648) je pohađalo trudnički tečaj, a 54%(760) ga nije pohađalo.

Pitanje 4: Da li ste imali pratnju na porodu (suprug, prijateljica,mama)?



Grafikon 7.4.4. *Prisutnost pratnje za vrijeme poroda*

Izvor:autor

Od ukupnog broja ispitanica, 51%(718) je imalo pratnju i podršku za vrijeme poroda od strane najbližeg člana obitelji, a 49%(690) nije imalo pratnju za vrijeme poroda.

Pitanje 5: Molim Vas navedite način poroda kojim ste rodili

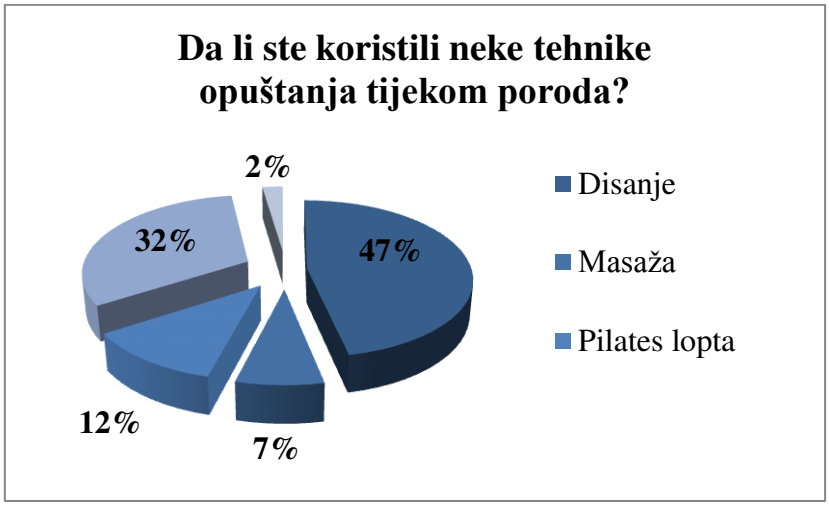
Molim Vas navedite način poroda kojim ste rodili.	
Vaginalni porod	77%(1084)
Porod carskim rezom	20%(281)
Porod na stolčiću	2%(28)
Porod u kadi/bazenu	1%(14)

Tablica 7.4.5. *Način poroda*

Izvor:autor

Iz dobivenih podataka može se vidjeti da je klasični vaginalni porod i dalje na prvom mjestu 77%(1084), zatim porod carskim rezom 20%(281), porod na stolčiću 2%(28), dok je porod u kadi ili bazenu samo u 1% (14) slučajeva.

Pitanje 6: Da li ste koristili neke tehnike opuštanja tijekom poroda?

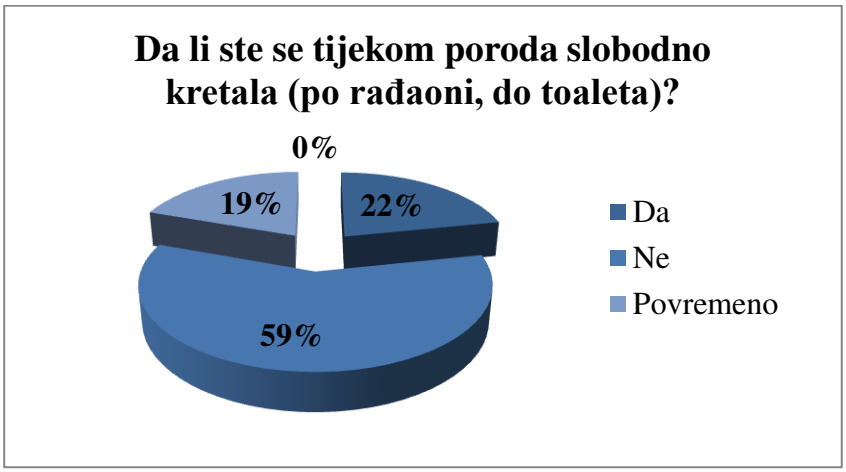


Grafikon 7.4.6. *Tehnike opuštanja za vrijeme poroda*

Izvor: autor

Od ukupnog broja ispitanica (1409), 47%(662) je za vrijeme poroda koristilo disanje kao jednu od metoda relaksacije, 7%(99) je koristilo masažu, 12%(169) pilates loptu, 2% (28) nešto drugo. 32% (450) ispitanica nije koristilo ništa za opuštanje tijekom poroda.

Pitanje 7: Da li ste se tijekom poroda slobodno kretala (po rađaoni, do toaleta)?

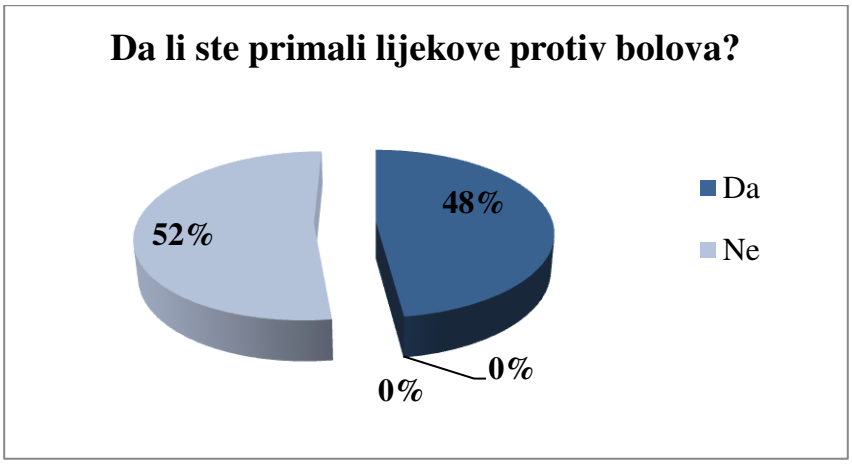


Grafikon 7.4.7. *Slobodno kretanje tijekom poroda*

Izvor: autor

Tijekom poroda slobodno kretanje trudnica po rađaoni ili do toaleta dozvoljeno je bilo 22%(310) ispitanica, 58%(817) ispitanica se nije smjelo ili moglo kretati za vrijeme poroda, a 20% (282) ih se povremeno kretalo za vrijeme poroda.

Pitanje 8: Da li ste primali lijekove protiv bolova?



Grafikon 7.4.8. *Primjena analgezije*

Izvor: autor

Od ukupnog broja ispitanica, 48%(676) ih je primilo lijekove protiv bolova, a 52%(733) ispitanica nije primilo lijekove protiv bolova.

Pitanje 9: Da li ste primali lijekove za pojačavanje trudova (drip)?

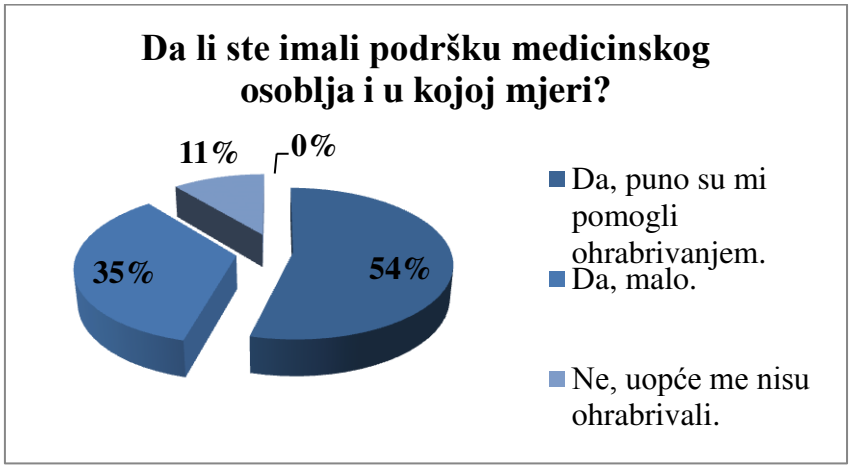


Grafikon 7.4.9. *Prikaz primjene lijekova za pojačavanje trudova tijekom poroda*

Izvor: autor

Od ukupnog broja ispitanica (N=1409), 67%(944) ispitanica je primalo lijekove za pojačavanje trudova, dok 33% (465) nije.

Pitanje 10: Da li ste imali podršku medicinskog osoblja i u kojoj mjeri?

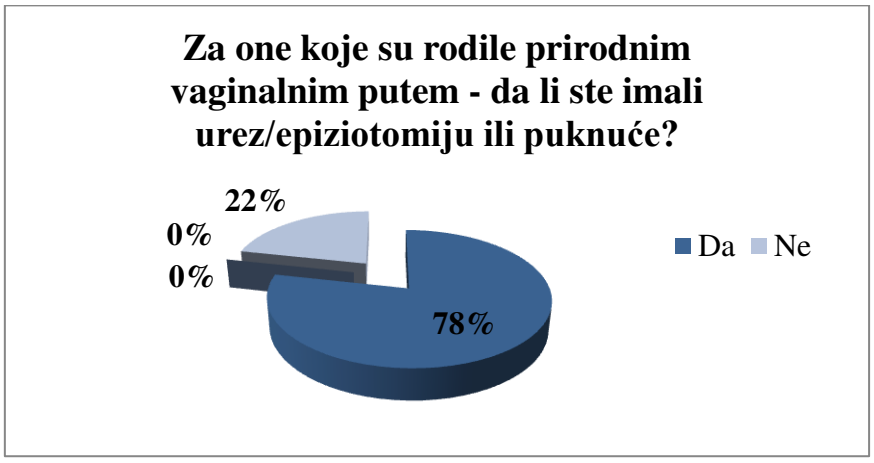


Grafikon 7.4.10. *Prikaz podrške medicinskog tima za vrijeme poroda*

Izvor: autor

Od ukupnog broja ispitanica (N=1409), 54% (761) navodi da im je medicinski tim puno pomogao podrškom, 35%(493) navodi da im je medicinski tim malo pomogao, a 11% (154) ispitanica se izjasnilo da im medicinski tim nije uopće bio podrška.

Pitanje 11: Za one koje su rodile prirodnim vaginalnim putem - Da li ste imali urez/epiziotomiju ili puknuće?



Grafikon 7.4.11. *Prikaz koliko je ispitanica za vrijeme vaginalnog poroda imalo urez/epiziotomiju ili puknuće*

Izvor: autor

Od ukupnog broja ispitanica koje su rodile prirodnim vaginalnim putem (N=1143), 78%(1099) ispitanica je imalo puknuće međice ili se radila epiziotomija, a 22%(310) nije imalo puknuće međice niti se radila epiziotomija.

Pitanje 12: Da li ste ostvarili prvi kontakt "koža na kožu" s djetetom odmah nakon poroda?



Grafikon 7.4.12. *Prikaz koliko je ispitanica ostvarilo prvi kontakt "koža na kožu" s djetetom odmah nakon poroda*

Izvor:autor

Od ukupnog broja ispitanica (N=1409), 72%(1014) ispitanica je imalo prvi kontakt s djetetom odmah nakon poroda, a 28%(395) ispitanica tvrdi da nisu ostvarile pravo na prvi kontakt s djetetom "koža na kožu".

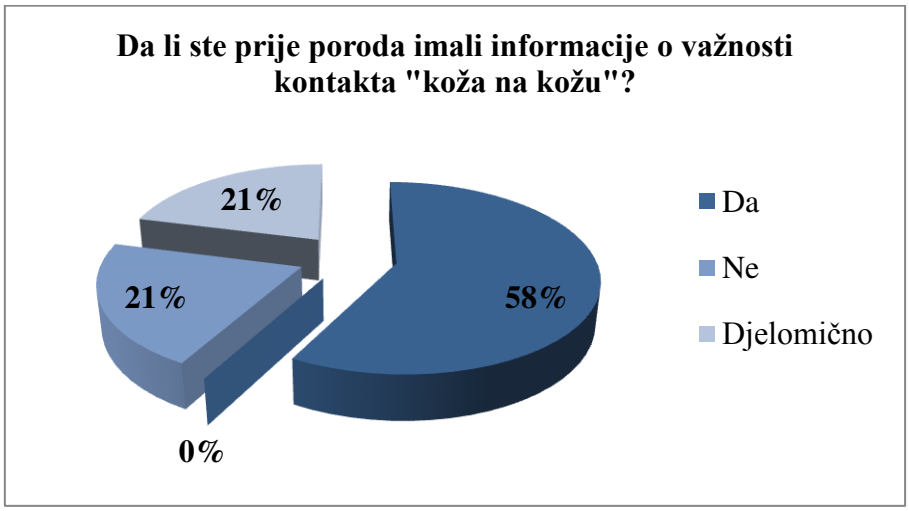
Pitanje 13: Ako niste - koji je uzrok tome?

Ako niste ostvarili prvi kontakt sa djetetom - koji je uzrok tome?	
Rodila sam na carski rez	60%(845)
Odmah su mi šivali urez/epiziotomiju	26%(366)
Komplikacije	14%(197)

Tablica 7.4.13. *Prikaz uzrok zbog kojeg majka nije mogla ostvariti prvi kontakt s djetetom "koža na kožu" odmah nakon poroda*

Od ukupnog broja ispitanica koje nisu ostvarile pravo na prvi kontakt s djetetom odmah nakon poroda 60% (845)je rodilo na carski rez, 26%(366) navodi da su ih odmah šivali (mjesto epiziotomije), a 14% (197) navodi komplikacije.

Pitanje 14: Da li ste prije poroda imali informacije o važnosti kontakta "koža na kožu"?



Grafikon 7.4.14. *Prikaz koliko su ispitanice imale informacije o važnosti prvog kontakta s djetetom nakon poroda*

Izvor: autor

Od ukupnog broja ispitanica (N=1409), 58%(817) navodi da su imale informacije prije poroda, 21% (296) nije imalo informacije prije poroda o važnosti prvog kontakta "koža na kožu" s djetetom, te 21%(296) navodi da su imale djelomično informacija.

Pitanje 15: Informacije o važnosti kontakta "koža na kožu" ste dobili od?

Informacije o važnosti kontakta "koža na kožu" ste dobili od:	
Liječnika	7%(99)
Medicinske sestre	15%(211)
Internet, časopis	65%(916)
Udruge	5%(70)

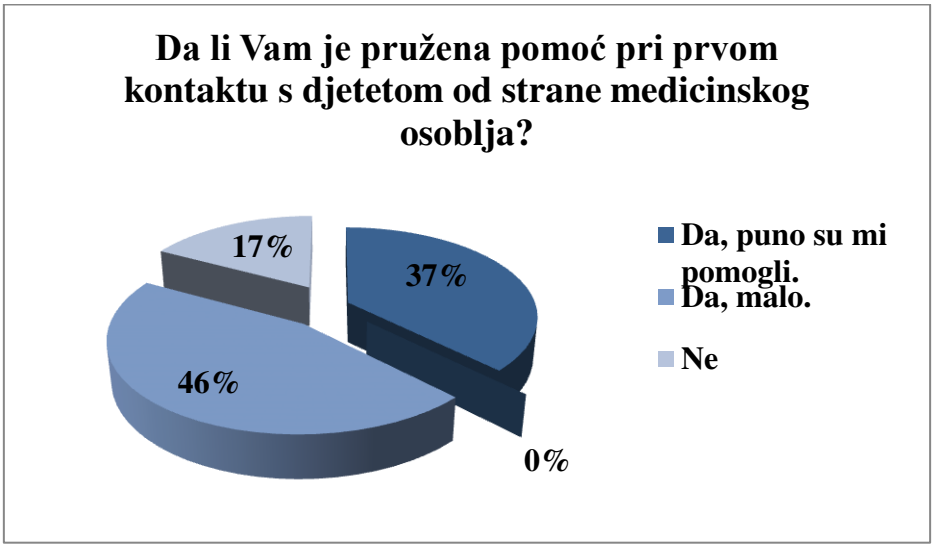
Obitelj, prijateljice	8%(113)

Tablica 7.4.15. *Prikaz od koga su ispitanice dobile najviše informacija o važnosti kontakta "koža na kožu".*

Izvor: autor

Od ukupnog broja ispitanica (N=1409), 7%(99) je informacije dobilo od liječnika, 15%(211) od medicinske sestre, 5% (70) od udruga, 8%(113) od obitelji ili prijateljice, a najviše su se ispitanice same informirale putem Interneta ili časopisa 65%(916).

Pitanje 16: Da li Vam je pružena pomoć pri prvom kontaktu s djetetom od strane medicinskog osoblja?



Grafikon 7.4.16. *Prikaz u kojoj mjeri je ispitanicama pružena pomoć pri prvom kontaktu s djetetom od strane medicinskog osoblja*

Izvor: autor

Od ukupnog broja ispitanica (N=1409), 37%(521) navodi da im je medicinsko osoblje puno pomoglo, 46% (648) navodi da im je medicinski tim malo pomogao, a 17% (240) navodi da im medicinski tim uopće nije pomogao.

Pitanje 17: Za one koje su rodile na carski rez - Kada ste ostvarili prvi kontakt s djetetom?

Za one koje su rodile na carski rez - Kada ste ostvarili prvi kontakt s djetetom?

Već u operacijskoj sali, dali su mi da ga poljubim i odnijeli.	40%(563)
Donijeli su mi dijete 1h nakon poroda.	15%(211)
Dobila sam dijete odmah kad su me doveli na odjel babinjača.	12%(169)
Dobila sam dijete tek na odjelu babinjača nakon par sati (5-6h ili više).	33%(466)

Tablica 7.4.17. *Prikaz kada su ispitanice ostvarile prvi kontakt s djetetom nakon carskog reza*

Izvor:autor

Od ukupnog broja ispitanica, njih 335 rodilo je carskim rezom. 40%(563) navodi da su otvarile prvi kontakt s djetetom već u operacijskoj sali, 15%(211) navodi da su im donijeli dijete 1h nakon poroda, 12%(169) navodi da su dijete dobile odmah kad su ih doveli na odjel babinjača, a 33%(466) navodi da su dijete dobile tek na odjelu babinjača par sati nakon poroda.

Pitanje 18: Smatrate li da se prvim ranim kontaktom uspostavlja bolja ponuda - potražnja (dojenje, punjenje dojki mlijekom)?

Smatrate li da se prvim ranim kontaktom uspostavlja bolja ponuda - potražnja (dojenje, punjenje dojki mlijekom)?	
Da, potpuno sam sigurna da je pomoglo.	68%(958)
Ne, nisam imala prvi kontakt pa mi je svejedno mlijeko naišlo.	21%(296)
Ne, nisam imala prvi kontakt i kasnije mi nije naišlo mlijeko.	11%(155)

Tablica 7.4.18. *Prikaz koliko majke smatraju da je važan prvi rani kontakt s djetetom za dojenje*

Izvor: autor

Od ukupnog broja ispitanika (N=1409), 68% (958) navodi "da, potpuno sam sigurna da je pomoglo", 21% (296) navodi da nisu imale prvi kontakt pa im je mlijeko svejedno naišlo, a 11% (155) navodi da nisu imale prvi kontakt i da kasnije mlijeko nije naišlo.

8. Rasprava

Rezultati provedenog istraživanja pokazuju da je 60%(845) ispitanica rodilo jednom, što je usporedivo s kineskom politikom jednog djeteta samo što je u Kini nametnuta "politika jednog djeteta" od strane države, a u Republici Hrvatskoj je to postao trend. S obzirom na postotak, možemo zaključiti da je rezultat takvog postotka prosječna života dob ispitanica (31 godina) i da se većina ispitanica odlučila za trudnoću bliže tridesetim godinama života kada su već stekle egzistencijalnu sigurnost. 29%(408) ispitanica je rodilo dva puta, 7%(99) tri puta, a samo 3% (42) četiri i više puta. Uzmemo li u obzir da se radi o anketi koja je bila online dostupna na društvenoj mreži, ispitanice iz cijele države su mogle ispuniti anketu i samim time možemo reći da u Republici Hrvatskoj vlada negativan trend planiranja obitelji i rađanja. Postoje brojni razlozi zbog kojih su ispitanice rodile samo jednom, a može se postaviti pitanje za daljnja istraživanja, da li će ispitanice planirati još koju trudnoću.

Od ukupnog broja ispitanica, čak 54%(761) nije pohađalo trudnički tečaj. Ovim podatkom možemo zaključiti da više od 50%(704) ispitanica i njihovih muževa nije bilo uključeno u pravilno informiranje o samoj trudnoći, promjenama na tijelu trudnice i razvoju trudnoće. Tečaj pruža i informacije o prepoznavanju problema i poteškoća koje prate trudnoću te o njihovu sprečavanju ili liječenju, informacije o suradnji majke i oca u brizi za novog člana obitelji te o podršci oca majci, osim psihičke pripreme za porođaj provode se vježbe disanja i opuštanja, priprema za dolazak novorođenčeta i priprema stvari za odlazak u rodilište, te mnoge druge važne informacije. Nažalost, u više od 50%(704) ispitanica nije prepoznat interes za važnost edukacije za vrijeme trudnoće i prije poroda.

Usporedimo li prethodno pitanje s ovim gdje, od ukupnog broja ispitanica, 51%(718) navodi da su u pratnji na porodu imale supruga, majku ili prijateljicu, a 49%(690) navodi da nisu imale nikoga u pratnji za vrijeme poroda. Poznato je da bez pohađanja tečaja za trudnice nitko osim same trudnice ne može prisustvovati porodu. Možemo zaključiti da ovi podaci nisu stabilni u odnosu na prethodno pitanje, gdje je ukupno 46% (648)ispitanica pohađalo tečaj za trudnice.

Prirodni vaginalni porod i dalje je na prvom mjestu sa 77%(1084), porod carskim rezom 20%(281), porod na stolčiću 2%(28) i samo 1%(14) porod u kadi/bazenu. U medijima i na raznim stranicama Interneta nude brojne mogućnosti rađanja, pa tako i porod kod kuće, u kadi/bazenu i slično. Vaginalni porod i dalje je broj jedan ukoliko trudnoća prolazi bez

komplikacija i položaj djeteta je odgovarajući te tijekom poroda ne nastupe neke hitne situacije, trudnoća se planira dovršiti vaginalnim putem. Možemo zaključiti da se i dalje prakticira prirodni način poroda kao broj jedan po načinu završavanja trudnoće.

Kao tehniku opuštanja, 47%(662) ispitanica koristilo je disanje, 7%(99) masažu, 12%(169) pilates loptu, 2%(28) nešto drugo, dok 32%(450) nije koristilo ništa kao tehniku opuštanja. Iz ovoga zaključujemo da je visoki postotak od 32%(450) rezultat neznanja i nedostatak edukacije i informiranosti o važnosti tehnika relaksacije za vrijeme trudova i samog procesa poroda. Nešto malo manje od 50%(704) ispitanica koristilo je vježbe disanja koje su uobičajena metoda relaksacije i u svakodnevnom životu.

Slobodno kretanje po rađaoni i do toaleta imalo je dozvoljeno samo 22%(310) ispitanica, 20%(281) ispitanica moglo je šetati povremeno, a 58%(817) ispitanica nije imalo dozvoljeno šetanje. O slobodi kretanja po rađaonici odlučuje liječnik ginekolog i primalja koja je uz trudnicu za vrijeme poroda. Brojni su razlozi ovakvih podataka, od komplikacija trudnoće do planiranog carskog reza.

Od ukupnog broja ispitanica (N=1409), 52%(733) ispitanica primalo je lijekove protiv bolova, a 48%(676) ispitanica nije tražilo niti primalo lijekove protiv bolova. Rezultate bi mogli smatrati očekivanim postotkom u primjeni analgezije za vrijeme poroda. Primjena lijekova protiv bolova ovisi o pragu boli rodilje, o procjeni ginekologa, o napredovanju poroda, redovito uz infuziju oksitocina, drip i o medicinski opravdanoj situaciji u tijeku poroda.

Lijekove za pojačavanje trudova primilo je 67%(944) ispitanica, a 33%(465) ispitanica nije primilo lijekove za pojačavanje trudova. Drip je naziv za infuziju hormona oksitocina u fiziološkoj otopini koji se daje za stimulaciju trudova ako se ne javljaju prirodno, ako su neredoviti, spori i ako nisu jednakog intenziteta. Lijekovi za pojačavanje trudova ulaze u skup tehnika za inducirani porod, ali se sam porod odvija vaginalnim putem. Dobiveni rezultati upućuju na visok postotak situacija u kojima su ispitanice bile podvrgnute primjeni lijekova za pojačavanje trudova.

Za vrijeme trudova i samog poroda, podršku medicinskog osoblja imalo je više od 80% (1127) ispitanica, dok ih 11%(155) nije imalo nikakvu pomoć i podršku od strane medicinskog tima. Ovaj maleni postotak od 11%(155) možemo svrstati u proces poroda carskim rezom koji se odvija u sali kada rodilja nije u budnom stanju ili u onaj maleni broj

rodilja koje ne surađuju za vrijeme poroda iz brojnih razloga, a najčešći razlog je nedostatak edukacije o porodu i onome što će se događati u rađaoni.

Od ukupnog broja ispitanica koje su rodile prirodnim vaginalnim putem (N=1143), 78% (1099) je imalo urez/puknuće ili je rađena epiziotomija međice. Ovaj visoki postotak (78%) možemo opravdati preventivnim epiziotomijama kako bi se spriječilo pucanje međice, kao prevencija prolapsa uterusa, stres inkontinencije i ostalo.

Prvi kontakt "koža na kožu" s djetetom odmah nakon poroda ostvarilo je ukupno 72%(1014) ispitanica, a 28%(395) ispitanica nije ostvarilo to pravo. Postotak od 28% je relativno stabilan u odnosu na visokih 72%(1014) ostvarenog prava odmah nakon poroda. S 28%(395) možemo zaključiti da je to rezultat vjerojatno poroda carkim rezom ili neke druge komplikacije. Uzrok nemogućnosti prvog kontakta s djetetom po porodu, 60%(845) porod carskim rezom, 28%(395) šivanje epiziotomije odmah, 14%(197) komplikacije. Od ukupnog broja ispitanica (N=1409), 423 ispitanica nije ostavilo pravo na kontakt s djetetom "koža na kožu" odmah nakon poroda.

O važnosti kontakta "koža na kožu" informacije je imalo samo 58% (817) ispitanica, 21% (299) je imalo djelomično i 21%(299) nije imalo nikakve informacije o važnosti kontakta "koža na kožu" odmah nakon poroda. Ponovno se ovdje može zaključiti da se radi o nedovoljnoj informiranosti trudnica, jer u doba moderne tehnologije pomalo je nevjerojatno da se o osnovnim stvarima ne informira dovoljno. Ispitanice navode da su najviše informacija o važnosti kontakta "koža na kožu" pronašle na Internetu ili časopisu 65%(916), od medicinskih sestara 15%(211), liječnika svega 7%,(99) prijateljice 8%,(113) udruge 5%(70). Ovi podaci su zabrinjavajući iz razloga što ovime dobivamo uvid u nedovoljno razvijenu komunikaciju i edukaciju koja je usmjerena na trudnicu za vrijeme trudnoće u obavljanju redovitih ginekoloških pregleda. Razlog tome može biti fokus za razvoj djeteta, obavljanju popratnih pretraga i pripreme za porod, a zapostavlja se važnost informiranja od strane liječnika i medicinske sestre o važnosti dojenja i kontakta "koža na kožu".

Ukupno 82%(1155) ispitanica navodi da im je u rodilištu bila pružena podrška i pomoć pri dojenju i prvom kontaktu s djetetom, dok 18%(255) navodi da im nije bila pružena pomoć i podrška. Pozitivan podatak od 82%(1155) upućuje da su medicinske sestre na odjelima za babinjače aktivne u poticanju prvog kontakta i dojenja, što je iznimno važno za babinjaču koja je rodila prvi puta. Osjećaj sigurnosti, oslonac na medicinsku sestru i podrška u prvim

trenucima nakon poroda su najvažniji, jer se tada babinjača osjeća sigurno i smireno te je i edukacija lakša.

Ispitanice koje su rodile carskim rezom, navode da su prvi kontakt s djetetom ostvarile već u operacijskoj sali 40% (563), sat vremena nakon poroda 15%(211), odmah po dolasku na odjel babinjača 12%(169), te na odjelu babinjača nakon par sati 33%(465).

Razlozi ovakvih podataka mogu biti mnogobrojni, a jedan od najčešćih jest budnost majke nakon anestezije. Sigurnije je majci donijeti dijete kada je u punom budnom stanju, nego kada se tek budi iz anestezije i nije pri punom budnom stanju. No, odluke o donošenju djeteta majci donosi liječnik i medicinska sestra.

Na pitanje "Smatrate li da se prvim ranim kontaktom uspostavlja bolja ponuda - potražnja (dojenje, punjenje dojki mlijekom)?", 68%(958) ispitanica navodi da su potpuno sigurne da im je to pomoglo, 21%(299) navodi da nisu imale prvi kontakt pa im je mlijeko svejedno naišlo, dok 11%(155) navodi da nisu imale prvi kontakt s djetetom i da im kasnije nije naišlo mlijeko. No, prvi djetetov dodir dojke stimulira izlučivanje hormona oksitocina koji omogućuje otpuštanje mlijeka i pojačava osjećaj ljubavi za dijete. Brojni su razlozi dobrobiti prvog kontakta majke i djeteta, ali sve ovisi o tijeku poroda i situaciji odmah nakon poroda. Dosadašnja istraživanja pokazuju da su kontakt “koža na kožu” nakon poroda i rani prvi podoj povezani s duljim isključivim dojenjem i duljim sveukupnim trajanjem dojenja, što rezultira prosječno boljim zdravljem djece i smanjenom smrtnošću djece u kasnijoj dobi. Svjetska zdravstvena organizacija i UNICEF preporučuju da se djeca isključivo doje u prvih 6 mjeseci života, te da nastave dojiti uz primjerenu dohranu do druge godine ili dulje, koliko god to majka i dijete žele. [14]

Potvrđena je hipoteza kojom se očekivala veća provedba u kontaktu “koža na kožu” od same informiranosti o važnosti kontakta, što potvrđuje podatak da je prvi kontakt odmah nakon poroda ostvarilo 72% (1014) ispitanica, a 58%(817) ispitanica je bilo informirano o važnosti kontakta „koža na kožu“ prije poroda.

Potvrđena je i sljedeća hipoteza kojom se očekivalo da će veći dio ispitanica prvi kontakt smatrati iznimno važnim za uspostavljanje dojenja te uspješno daljnje dojenje. Ovu hipotezu potvrđuje podatak od 68%(958) kojim ispitanice navode da im je prvi kontakt s djetetom sigurno pomogao da uspostave dojenje i uspješno dalje doje.

9. Zaključak

Temeljem provednog istraživanja u izradi završnog rada može se zaključiti da u Republici Hrvatskoj i dalje vlada "trend" jednog djeteta u obitelji, što potvrđuje podatak za više od 60% (845) jednorotki. Obiteljski život i obiteljske zajednice drastično su se promijenile iz tradicionalne obitelji u suvremenu obitelj. Osim "trenda jednog djeteta", može se zaključiti da je većina trudnoća danas neplanirano. Prema dobivenim podacima više od 50%(704) ispitanica nije pohađalo trudnički tečaj niti je imalo pratnju za vrijeme poroda. Podaci su to koji nam mogu ukazivati na manjak podrške i prije samog poroda, odnosno za vrijeme trudnoće. Međutim, očevi ili netko od najbližih članova obitelji ili prijatelja treba i mora sudjelovati. Iznimno je važna suradnja i podrška partnera, obitelji i prijatelja trudnici za vrijeme trudnoće. Prisutnost i podrška partnera kroz trudnoću i za vrijeme poroda svakako pozitivno utječe na buduću majku i dijete.

Rezultati dobiveni ovim istraživanjem ukazuju da se prirodni vaginalni porod nalazi na prvom mjestu načina poroda (77%(1084). Dobiveni podatak je pozitivan rezultat, jer iz toga možemo zaključiti da je od ukupnog broja ispitanica bilo minimalno komplikacija tijekom poroda ili planiranih poroda carskim rezom. Kao tehnike opuštanja za vrijeme poroda najčešće se koristi vježbe disanja i masaža. Iznimno je važno potvrditi podatak da je više od 80% (1127) ispitanica imalo podršku medicinskog tima za vrijeme poroda. Podrška od strane medicinskog osoblja za vrijeme poroda odnose se ne samo na porođaj nego i na emocionalno, psihički i fizičko zdravlje majke i djeteta. Svjetska i hrvatska znanstvena istraživanja pokazuju da su porođaji na kojima žene imaju pratnju i podršku brži, lakši i bezbolniji.

Provedenim istraživanjem, može se zaključiti da je kontakt "koža na kožu" prihvaćen pozitivno i da se više prakticira u bolnicama, nego što se o njegovoj važnosti i samoj izvedbi govori u javnosti. Podatak od ukupno 72%(1014) ostvarenih prvih kontakata "koža na kožu" u prvim minutama ukazuje na upornost medicinskih sestara i primalja u rodilištima diljem naše države na promicanje i važnost prvog kontakta "koža na kožu". Mali, ali važan postotak (20%(281) ispitanica rodilo je carskim rezom te im nije omogućen kontakt "koža na kožu" nakon poroda. Sigurno je da se liječnici i medicinske sestre i u sali trude da se dogodi kontakt "koža na kožu" i nakon carskog reza. Dijete se odmah po porodu smješta na majčina prsa, a liječnici nastavljaju porod privoditi kraju, što potvrđuje podatak od 40%(563) ispitanica koje su potvrdile da su imale prvi kontakt unatoč porodu carskim rezom.

Svaka trudnica koja ide na carski rez, može i ima pravo naglasiti liječniku da ostvari kontakt "koža na kožu" odmah po porodu. Također, može se potvrditi podatak da su današnje trudnice i majke sklonije edukaciji i informiranosti putem medija i Interneta, nego li konzultacija kod liječnika ili medicinske sestre, što potvrđuje podatak od 65% (916) informiranosti putem Interneta i časopisa.

Može se zaključiti da je suradnja medicinskog tima i rodilja pozitivna, te da je oživjela svijest o važnosti prvog kontakta "koža na kožu" odmah po porodu. Prvi sat nakon poroda izuzetno je važan za majku i dijete. Kroz prvi podoj, uspostavlja se prvi i najvažniji kontakt majke i djeteta. Osim zdravstvenih prednosti koje dijete dobiva prvim mlijekom, ono ulazi u ovaj svijet, slušajući otkucaje srca majke koji su ga pratili svih devet kalendarskih mjeseci do poroda.

U Varaždinu_____2017. Jelena Tomić

10. Literatura

[1]http://www.unicef.hr/programska_aktivnost/rodilista-prijatelji djece/ dostupno: 16.05.2017.13.10h.

[2]http://www.unicef.hr/vijest/zapoceo-pilot-program-rodilista-prijatelji-majki-i-djece/dostupno: 16.05.2017.13.17h.

[3] W. Sears, M. Sears: Njega djeteta od rođenja do druge godine života, Mozaik knjiga, Zagreb, veljača 2016.

[4] N. Ljubojević: Ginekologija i porodništvo: udžbenik za studij sestrinstva, Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2005.

[5] A. Dražančić: Porodništvo, Školska knjiga, Zagreb, 1999.

[6] E. Sipirić: Uloga primalje kod fiziološkog porođaja, Primaljski vjesnik 9; 24; 2010.

[7] I.Kuvačić, A. Kurjak,J. Đelmiš: Porodništvo, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.

[8] D.Habek: Ginekologija i porodništvo za visoke zdravstvene studije; Medicinska naklada, Zagreb, 2013.

[9] J. Đelmiš, S. Orešković i sur.: Fetalna medicina i opstetricija, Medicinska naklada, Zagreb, 2014.

[10] M. Wagner, S. Gunning: Pripremite se za porođaj, izradite plan sigurnog ispunjavajućeg porođaja; Naklada Ostvarenje, Buševec, 2007.

[11] M. Odent: Preporod rađanja; Ostvarenje, Zagreb, 2000.

[12] Z. Mojsović: Sestrinstvo u zajednici, Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2007.

[13] Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti: Dobro je znati prije, za vrijeme i nakon poroda, Naklada 10 000, Zagreb, 2007.

[14] A.Pavičić - Bošnjak: Grupe za potporu dojenju; Priručnik za voditeljice grupa, Čakovec: Zrinski 2000.

[15] I.Pačar: Važnost medicinske sestre edukatora u promicanju dojenja, Sestrinski glasnik, 17 (2012) 16-23

11.Popis tablica i grafikona

Tablica 7.4.1. Prikaz dobi ispitanika. Izvor: autor.....28

Grafikon 7.4.2. Broj poroda ispitanica. Izvor:autor.....29

Grafikon 7.4.3. Prikaz pohađanja trudničkog tečaja za vrijeme trudnoće. Izvor:autor.....29

Grafikon 7.4.4. Prisutnost pratnje za vrijeme poroda. Izvor:autor.....30

Tablica 7.4.5. Način poroda. Izvor:autor.....30

Grafikon 7.4.6. Tehnike opuštanja za vrijeme poroda. Izvor: autor.....31

Grafikon 7.4.7. Slobodno kretanje tijekom poroda. Izvor: autor.....31

Grafikon 7.4.8. Primjena analgezije. Izvor: autor.....32

Grafikon 7.4.9. Prikaz primjene lijekova za pojačavanje trudova tijekom poroda. Izvor: autor..... 32

Grafikon 7.4.10. Prikaz podrške medicinskog tima za vrijeme poroda. Izvor: autor.....33

Grafikon 7.4.11. Prikaz koliko je ispitanica za vrijeme vaginalnog poroda imalo urez/epiziotomiju ili puknuće. Izvor: autor.....33

Grafikon 7.4.12. Prikaz koliko je ispitanica ostvarilo prvi kontakt "koža na kožu" s djetetom odmah nakon poroda. Izvor:autor.....34

Tablica 7.4.13. Prikaz uzrok zbog kojeg majka nije mogla ostvariti prvi kontakt s djetetom "koža na kožu" odmah nakon poroda. Izvor: autor.....34

Grafikon 7.4.14. Prikaz koliko su ispitanice imale informacije o važnosti prvog kontakta s djetetom nakon poroda. Izvor: autor.....35

Tablica 7.4.15. Prikaz od koga su ispitanice dobile najviše informacija o važnosti kontakta "koža na kožu".Izvor: autor.....35

Grafikon 7.4.16. Prikaz u kojoj mjeri je ispitanicama pružena pomoć pri prvom kontaktu s djetetom od strane medicinskog osoblja. Izvor: autor.....36

Tablica 7.4.17. Prikaz kada su ispitanice ostvarile prvi kontakt s djetetom nakon carskog reza. Izvor:autor.....37

Tablica 7.4.18. Prikaz koliko majke smatraju da je važan prvi rani kontakt s djetetom za dojenje. Izvor: autor.....37

12. Prilozi

Prilog 1. Anketa

ANKETNI UPITNIK

Poštovani,

molim Vas da odvojite dio svog vremena i ispunite anketu. Anketa je anonimna i dobrovoljna, a provodi se isključivo u svrhu izrade završnog rada za studij Sestrinstva Sveučilišta Sjever. Sudjelovati mogu žene koje su rodile u vremenskom razdoblju od 2005. do 2016. godine. Molim Vas da budete što iskrenije u odgovorima. Hvala na odvojenom vremenu.

1. **Vaša dob?**

   a) < 18 godina
   b) 18-25 godina
   c) 26-35 godina
   d) 36 i više godina

2. **Koliko puta ste rodile?**

   a) 1
   b) 2
   c) 3
   d) 4 i više

3. **Da li ste pohađali tečaj za trudnice?**

   a) Da
   b) Ne

4. **Da li ste imale pratnju na porodu (suprug, prijateljica, mama)?**

   a) Da
   b) Ne

5. **Molim Vas navedite način poroda kojim ste rodile:**

   a) Prirodni vaginalni porod
   b) Carski rez
   c) Porod na stolčiću
   d) Porod u kadi-bazenu

6. **Da li ste koristile neke tehnike opuštanja tijekom poroda (moguće više odgovora):**
   a) Disanje
   b) Masaža
   c) Pilates lopta
   d) Ne, ništa nisam koristila
   e) Drugo.
7. **Da li ste se tijekom poroda slobodno kretale (po rađaoni, do toaleta)?**
   a) Da
   b) Ne
   c) Povremeno
8. **Da li ste primale lijekove protiv bolova?**
   a) Da
   b) Ne
9. **Da li ste primali lijekove za pojačavanje trudova (drip)?**
   a) Da
   b) Ne
10. **Da li ste imali podršku medicinskog osoblja i u kojoj mjeri?**
    a) Da, puno su mi pomogli ohrabrivanjem
    b) Da, malo
    c) Ne, uopće mi nisu ohrabrivali
11. **Za one koje su rodile prirodnim vaginalnim putem - da li ste imale urez/epiziotomiju ili puknuće?**
    a) Da
    b) Ne
12. **Da li ste ostvarili prvi kontakt "koža na kožu" sa djetetom odmah nakon poroda?**
    a) Da
    b) Ne
13. **Ako niste - koji je uzrok tome?**
    a) Rodila sam na carski rez
    b) Odmah su mi šivali urez/epiziotomiju/puknuće
    c) Komplikacije

14. Da li ste prije poroda imali informacije o važnosti kontakta "koža na kožu"?

a) Da

b) Ne

c) Djelomično

15. Informacije o važnosti kontakta "koža na kožu" ste dobili od:

a) Liječnika

b) Medicinske sestre

c) Internet, časopisi

d) Udruge

e) Obitelj; prijatelji

16. **Da li Vam je pružena pomoć pri prvom kontaktu s djetetom, od strane medicinskog osoblja**?

a) Da, puno su mi pomogli

b) Da, malo

c) Ne

17. Za one koje su rodile na carski rez - kada ste ostvarili prvi kontakt sa djetetom?

a) Već u operacijskoj sali, dali su mi da ga poljubim i odnijeli

b) Donijeli su mi dijete 1 h nakon carskog reza

c) Dobila sam dijete odmah kad su me doveli na odjel babinjača

d) Dobila sam dijete tek na odjelu babinjača nakon par sati (5-6h ili više)

18. Smatrate li da se prvim ranim kontaktom uspostavila bolja ponuda-potražnja (dojenje, punjenje dojki mlijekom)?

a) Da, potpuno sam sigurna da je pomoglo

b) Ne, nisam imala prvi kontakt pa mi je svejedno mlijeko naišlo

c) Ne, imala sam prvi kontakt i kasnije mi nije naišlo mlijeko