

# PREGLED PRIMALJSTVA KROZ 20. STOLJEĆE

---

Zatezalo, Sanja

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:883748>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-18**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI  
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ  
PRIMALJSTVO

**Sanja Zatezalo**

**PREGLED PRIMALJSTVA KROZ 20. STOLJEĆE**

**Završni rad**

Rijeka, 2018.

SVEUČILIŠTE U RIJECI  
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ  
PRIMALJSTVO

**Sanja Zatezalo**

**PREGLED PRIMALJSTVA KROZ 20. STOLJEĆE**

**Završni rad**

Rijeka, 2018.

Mentor rada: Miljenko Manestar, mr. sc.

Završni rad obranjen je dana: \_\_\_\_\_ u/na \_\_\_\_\_,

Pred povjerenstvom u sastavu:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

TURNITIN

## ***Zahvala i posveta***

*Veliko hvala mojem mentoru, mr.sc. Miljenku Manestru, na pomoći, ukazanom razumijevanju i strpljivosti prilikom izrade ovog rada.*

*Hvala svim profesorima i mentorima koji su me tijekom studiranja usmjeravali prema znanju i ljubavi prema primaljstvu.*

*Hvala svim mojim prijateljima koji su bezuvjetno pomogli i sve učinili zabavnijim.*

*I na kraju, veliko hvala mojoj obitelji kojoj posvećujem ovaj rad jer bez njih ne bih uspjela.*

## **SADRŽAJ**

SAŽETAK.....	1
SUMMARY .....	2
1. UVOD .....	3
2. RAZRADA RADA .....	6
2.1. TRUDNOĆA.....	6
2.1.1. TRUDNOĆA KROZ POVIJEST .....	8
2.2. POROD.....	11
2.2.1. POROD KROZ POVIJEST .....	15
2.3. BABINJE.....	22
2.3.1. BABINJE KROZ POVIJEST .....	23
2.4. REANIMACIJA NOVOROĐENČETA .....	27
2.4.1. REANIMACIJA NOVOROĐENČETA KROZ POVIJEST .....	30
3.ZAKLJUČAK .....	33
4.LITERATURA.....	34
5. PRILOZI.....	35
6. KRATKI ŽIVOTOPIS .....	36





## SAŽETAK

Najstarija medicinska struka, primaljstvo, kao i pomoć ženi prilikom poroda staro je kao i čovječanstvo. Neškolovane ali iskusne žene svoje su umijeće prenosile sa generacije na generaciju mlađim primaljama pa je nerijetko ovo zanimanje ostajalao u obiteljima. Pohađajući tečajeve, a kasnije i škole i fakultete primalje su ovo cijenjeno zanimanje usavršile do onoga što nam je danas poznato. O trudnoći, porodu, babinju i reanimaciji novorođenčeta mnogo toga znamo danas a svjesni smo još one količine koju ne znamo. Prije kojih sto godina osnovne stvari iz medicine su bile jednake onima danas poznatima, a pristup prema trudnici, roditelji, babinjači kao i briga primalje o novorođenčetu i majci, ali i njezine odgovornosti i zadaće bitno su se promjenile. Od samog odnosa između okoline prema roditelji u kojoj se ona nalazi a u koju primalja dolazi, do odnosa okoline i roditelje prema primalji i njezinom poslu možemo uočiti bitne razlike od onih koje danas smatramo uobičajenim. Velike razlike možemo uvidjeti kako u planiranju trudnoće tako i u utvrđivanju i dijagnostici što možemo zahvaliti modernizaciji opreme. Modernizacijom opreme kao i školovanjem primalja postignuta je zavidna razina brige o cjelokupnoj trudnoći, porodu i babinju, brige primalje o novorođenčetu i majci. Premještanjem samog poroda u rodilište i prekidanjem obavljanja poroda u kući porodništvo napreduje do onoga što danas imamo.

Ključne riječi: primaljstvo, povijest, 20.stoljeće, trudnoća, porod, babinje, reanimacija.

## SUMMARY

The oldest medical profession , the midwife, as well as the help of a women at birth is old as humankind. Uneducated but experienced women passed their skills from generation to generation younger midwives, so often this job remained in their families. Attending the courses, and later in the schools and faculties, the midwivies have perfected this esteemed interest to what is known to us today. About pregnancy, childbirth and newborn reanimation we know much today, but we are aware of the other quantities we do not know. One hundred years ago, the basic things in medicine were the same as today known, and access to pregnant women, to women in labor and purperae, as well as midwife care of mother and child, but also her responsibilities and duties are changed significantly. From the relationship between the environment to the women in labor in which she is found, and to which the midwife comes, to the relationship between the environment and the woman to midwife and her work, we can see significant differences from what we consider to be commonplace today. Big differences can be seen in planning pregnancy as well as defining an diagnosing what we can thank for the modernization od equipment as well as the education of midwives has reached an enviable level of concern for full pregnancy, birth and puerperae, caring for the newborn and the mother. By relocating the birth to the maternity hospital and by ceasing to do the birth in the house, the obstetric advances to what we have today.

Keywords: history, 20th century, midwifery, pregnancy, birth, newborn, reanimation.

# 1. UVOD

Primaljstvo je jedna od najstarijih zdravstvenih struka. Kroz povijest primalje su zvane babicama, a one su obično bile seoske žene voljne nesebično pomagati drugima. Priučene su poslu kroz praksu, od starijih babica ili rjeđe od liječnika. U povijest ovog zvanja stoljećima je nadograđivano iskustvo i vještine mnogobrojnih primalja, a kasnije njihovim zalaganjima i zalaganjima liječnika svojim redovnim školovanjem pridonose boljem radu i kvalitetnijem statusu struke. Prateći povijesni razvoj društva i zdravstva jasno je vidljivo da su broj primalja i briga o roditeljima nedvojbeno bili jedan od vidljivih pokazatelja razvojnog stupnja određene sredine pa čak i naroda.

U staroj Grčkoj je poziv primalje bio opće prihvaćen pa je tako poznato da je Sokratova majka Fenarete bila poznata primalja u cijeloj Ateni.

U mnogim Hipokratovim tekstovima su pronađeni dijelovi o trudnoći, spominje znakove i dijagnostiku trudnoće, pa čak i unutarnji pregled. U spisima je vidljivo da je poznao i patologiju trudnoće i poroda, eklampsiju, prsnuće vodenjaka, ispalu pupkovinu, omatanje pupkovine oko djeteta te neke nepravilne položaje i stavove djeteta. Opisuje embriotomiju ukoliko porod ne ide te se zalaže da okret na glavicu. Hipokrat spominje i habitualni abortus te njegove uzroke.

Aleksandrijska škola predstavlja vrhunac razvitka antičkog porodništva. Njoj je pripadao i poznati porodničar Soran iz Efeza. Djelovao je u Rimu i većina njegovih spisa je sačuvana, a u kojima govori o ženskim bolestima i porodništvu.

Primalje u Rimu su imale veliko poštovanje. Osim obavljanja poroda one su još i liječile medikamentima te njegovale roditelje i djecu, a na sudu su se pojavljivale kao vještaci. U spisima iz tog doba pronađen je opis u kojem piše da primalja treba biti umjerena, mirna, hladnokrvna, trezvena a ne smije biti praznovjerna i brljava te ne smije izvoditi pobačaje za honorar i mora njegovati svoje ruke.

Ni Soran ni Hipokrat ne spominju carski rez.

U srednjem vijeku vodeći u medicini bili su arapi, a najpoznatiji od njih je bio liječnik Avicena.

U Dubrovniku je 1432. godine osnovano sirotište za napuštenu djecu koje se ubrzo pretvara u rodilište za nezakonitu djecu gdje je trudnica mogla doći i prijaviti se pod šifrom, roditi te dijete ostaviti na odgajanju.

U Zagrebu se 1454. godine spominje primalja Elizabeta Škrobotica a godinu kasnije i primalja Kuša. U to doba primalje su bile neškolovane i nepismene žene koje su znanje stjecale kroz iskustvo. Primaljstvo u tom vremenu nije bilo nimalo bezopasan posao što nam govore podaci o tome da su primalje često osuđivane kao vještice ako u porodu nešto krene po zlu ili se rodi malformirano dijete.

U Parizu 1598. godine osniva se prva europska škola za primalje pod nazivom Hôtel-Dieu koju je vodila primalja Louise Bourgeois koja je napisala i nekoliko primaljskih udžbenika.

U 18.st. u Hrvatskoj tečajeve za primalje je održavao varaždinski liječnik Ivan Krstitelj Lalangue. Izdao je i prvi primaljski udžbenik na hrvatskom jeziku za sve žene koje se žele baviti primaljstvom pod nazivom Kratek navuk ot meštrie pupkorezne na kajkavskom narječju.

Carica Marija Terezija 1770. godine izdaje zakon o javnom zdravstvu u kojem su regulirani kvalifikacija, izobrazba i rad primalje. Tim zakonom je propisano da svaka primalja polaže ispit pred županijskim liječnikom, zatim dobija dozvolu za rad od županije. Prije nego dobiju dozvolu primalje su morale položiti slijedeću zakletvu:

*»Ja ..... zaklinjem se živim Bogom i obećajem, da ću dužnost svoju kod svakog poroda savjestno i pomno, pa bez ikakova primisalja vršiti, ter da mi neće nakanom nigda biti, komu štetu nanieti; obećajem, da ću kojoj rodilji pozvana, bogatoj ili ubogoj, svakoj bez razlike, pak u jednakoj mjeri, primaljsku pomoć po mojem najboljem znanju pružiti; da je neću ostaviti ili zanemariti; da ću svu marljivost, opreznost, skrb i napor uložiti, da se majka, a uza nju djetesce, uzdrži;- obećajem napokon, da ću se svjestno svega držati, što mi naputak propisuje. Tako mi Bog pomogao.«*

Najstarija hrvatska škola za primalje osnovana je u Rijeci 1786. godine a vodio ju je riječki kirurg Jakob Cosmini. Održala se samo godinu dana zbog nedovoljne potpore države.

1821. godine u Zadru s radom počinje škola za primalje i to u trenutku kada je u cijeloj Dalmaciji postojala samo jedna izučena primalja. 1918. Talijani ukidaju školu okupacijom Dalmacije, te ponovo počinje s radom tek 1948. godine.

U Zagrebu je posredovanjem bana Ivana Mažuranića i cara Franje Josipa 1876.godine otvoreno Kraljevsko primaljsko učilište. Primaljsko učilište je s radom funkcioniralo u sklopu Opće i javne bolnice sestara milosrdnica gdje je i otvoreno rodilište u svrhu uvježbavanja učenica iste škole. U početku je tečaj trajao pet mjeseci a kroz vrijeme se razvio u četverogodišnju školu.

Školovane primalje postepeno su mijenjale tragičnu situaciju u hrvatskom porodništvu, a posebice nakon što je ravnateljem 1905.godine proglašen dr.Franjo Durst.

Kontinuitet školovanja primalja od 110 godina u toj školi je prekinut 1987., ali zbog nedostatka kadra u struci četiri godine kasnije škola opet kreće s radom(1,6).

## 2. RAZRADA RADA

### 2.1. TRUDNOĆA

Trudnoća ili gestacija je razdoblje u ženinu životu gdje se jajašce oplodeno u jajovodu ugnijezdi u sekrecijski promijenjeni endometrij te tamo raste i razvija se. Fiziološka trudnoća traje 280 dana ili 40 tjedana. Fiziološka trudnoća završava rođenjem novorođenčeta i sekundina, najranije u 37.tjednu trudnoće a najkasnije u 40. tjednu trudnoće. Novorođenče rođeno u tom razdoblju nazivamo donošeno dijete, a porod terminskim. Osim toga razlikujemo i rani spontani pobačaj do 16.tjedna trudnoće, te kasni do 22.tjedna trudnoće. Prijevremeni porod možemo podijeliti na rani, od 22. do 32.tjedna trudnoće, i kasni, od 32. do 37.tjedna trudnoće. Nakon 42.tjedna trudnoće porod nazivamo poslijeterminskim.

Današnje utvrđivanje trudnoće bitno se razlikuje onome sa početka prošlog stoljeća, što možemo zahvaliti modernoj tehnologiji kao što je ultrazvuk. Danas sa sigurnošću možemo potvrditi i ranu trudnoću ultrazvučnom vizualizacijom ploda, gestacijske ili žumanjačne vrećice, objektivizacijom embriokardije na ultrazvuku. Nesigurni znakovi trudnoće su jutarnje mučnine, povraćanje, napete dojke, opstipacija, umor, napetost. Za određivanje termina danas uglavnom koristimo Naegellovo pravilo u ciklusu koji traje 28 dana, procjenu fetalne biometrije prema normogramima u ranoj trudnoći ili trudničkim kolutom s datumima odnosno gravidariumom.

Promjene na genitalnim organima tijekom trudnoće su tipična plavkasto ljubičasta boja rodnice i stidnice zbog jače prokrvljenosti i dilatacije krvnih žila, tj. Labhardt-Chadwickov znak, pojačana lubrikacija i bjelkasti iscjedak. Maternica je mišićni organ, njezin kontrakcijski dio u trudnoći biva relaksiran a distrakcijski kontrahiran, odnosno vrat maternice je zatvoren. U dojkama proliferira tubularni epitel, mliječne žlijezde se povećavaju, stvaraju se prolaktinski receptori. U trudnoći su dojke napete, nerijetko i osjetljive a ponekad i blago bolne. Krajem trudnoće iz njih se može istisnuti mliječno žućkasta tekućina, tj. kolostrum, nekada opisana kao *surutkasta tvar*(2,3,7).

Pupkovina je privremeni organ od vitalne važnosti, koji povezuje dijete i posteljicu. Pupkovina je građena od krvnih žila, dvije arterije i jedne vene te Warthonove sluzi i amnijske membrane koja ih omata. Krajem 4. tjedna trudnoće nastaje primitivna pupkovina iz žumanjačnog kanala i cirkulacijskog tračka. Wharthonova sluz je potporno tkivo te se sastoji od mukopolisaharida i kolagena s mezenhimskim stanicama. Normalna duljina pupkovine pred terminski porođaj

iznosi 50-80 cm, a može biti i kratka, manje od 30 cm, te duga, više od 80 cm. Kod duge pupkovine i aktivnog fetusa postoji mogućnost stvaranja jednog ili više pravih čvorova što dovodi plod u opasnost od hipoksije te opstrukcije umbilikalne cirkulacije. Razlikujemo još i lažne čvorove pupkovine koji su građeni od nakupine Warthonove sluzi ili venskih varikoziteta i oni ne utječu na fetus(2).

Posteljica je privremeni reproduksijski organ od vitalne važnosti građen od majčinih i fetalnih sastavnica. Funkcije posteljice jesu respiracijska, nutritivna te hormonska. Majčin dio je građen od bazalne ploče, septe posteljice i interviloznih prostora. Posteljnični režnjevi ili kotiledoni su građeni od lobulusa, ima ih 15-20. Njihova funkcija je prijenos krvi iz majčinog krvotoka u uteroplacentarnu cirkulaciju. Fetalna strana posteljice građena je od korijske ploče odnosno od korijskih resica, prekrivena epitelom amnija i korijem. Na fetalnoj strani se nalazi hvatište pupkovine. Posteljica je okruglastog oblika. Termenska posteljica ima kapacitet krvi od oko 500 ml, teži oko 500 g a veličine je 15-20 cm, debljine oko 3 cm.

Plodova voda nalazi se u amniskoj šupljini, a sastoji se od vode i otopljenih organskih i anorganskih soli. Oko 12.tjedna volumen plodne vode je oko 50 ml, u 20. tjednu iznosi oko 400 ml, a oko 34. tjedna postiže svoj maksimalni volumen od oko 1800 ml, zatim se produkcija smanjuje do porođaja kada iznosi oko 1000 ml. Plodova voda se eliminira gutanjem fetusa ili kroz fetalne membrane. Možemo razlikovati oligohidramnij, kada je količina plodove vode procijenjena ispod normalne, ili polihidramnij, kada je količina plodove vode procijenjena na više od normalne. Danas se količina plodove vode prati ultrazvukom, mjeri se količina plodove vode u četiri maternična kvadranta te se izračunava indeks plodove vode odnosno AFI (2,7).

### 2.1.1. TRUDNOĆA KROZ POVIJEST

Početak 20. stoljeća o trudnoći se mnogo toga znalo što znamo i danas. Početkom trudnoće se smatrala oplodnja jajne stanice, ali većina žena nije znala da je trudna sve dok im se trbuh ne poveća, dok ne osjete prve pokrete djeteta ili ako im nekoliko menstruacija za redom ne izostane.

Trudnoća je opisana kao stanje u kojem se žena nalazi od dana začeća do odvajanja oplođenog jajeta. Trudnoća traje 280 dana ili 40 tjedana. Govori se i o 10 lunarnih mjeseci što je objašnjeno tako da u vrijeme kada bi žena trebala dobiti 10. menstruaciju kod trudnice dolazi do poroda. Pobačajem ili *pometnućem* se smatrao svaki porod izvršen prije 28. tjedna trudnoće. Prijevremeni porod se smatrao između 29. i 38. tjedna trudnoće, *pravodobni porod* je bio onaj koji se dogodi u 39. ili 40. tjednu trudnoće, a kasni porod sve poslije 40. tjedna.

Nekada su sigurni znakovi trudnoće bili oni kada se uhom preko trbušne stijenke čuju otkucaji, kada se osjete prvi pokreti fetusa ili tek onda kada se osjeti dijelovi ploda preko prednje trbušne stijenke. U nesigurne znakove se ubrajalo izostanak menstruacije, povećanje maternice i promjena boje sluznice i kože. Puno nesigurniji način određivanja termina a češće korišten u prošlosti je bio onaj da kada je žena prvi puta osjetila kretanje ploda, tome danu se pridoda 4 kalendarska mjeseca i dobije se datum termina. Još se koristila i metoda određivanja gestacije prema veličini i položaju maternice(3).

Promjene na genitalnim organima početkom 20. stoljeća su objašnjene tako da maternica u trudnoći omekša te se njezini *zidovi rasklamaju* tako da oplođeno jajašce ulaskom u materničnu šupljinu može naći *zgodno zemljište za rast, male i velike sramne sklopke oteku* tj. male i velike stidne usne.

Građa jajne stanice se opisuje kao kokošje jaje te se smatralo da se sastoji od žumanjka, bjelanjka i ljuske kao što je ona kokošja. Implatacija oplođene jajne stanice u stijenku maternice nazivala se *zabijanje*, plodovi ovoji su opisani poput janjeće kože a vodenjak kao košuljica jajeta, odnosno ploda(3).

Građa pupkovine je bila poznata djelomično, znalo se da se sastoji od krvnih žila i neke tvari koja se nazivala *pupkovna drhtalica*.



Krajem 4. tjedna trudnoće nastaje primitivna pupkovina iz žumanjačnog kanala i cirkulacijskog tračka. Ta primitivna pupkovina se u prošlosti opisivala kao *konopčić na kojem plod visi*, a smatralo se da nastaje tako što se plod spustio i izvukao dio posteljice za sobom.

Građa posteljice je bila poznata djelomično, a posteljica se opisivala kao *spužvasta tvorina* čija je zadaća brinuti se o rastu ploda, boja maternalne strane kao boja školskih tablica od grafita, a svrha kao za čovjeka organi probave i disanja.

Početakom 20. stoljeća sve što su primalje znale o plodovoj vodi je bilo to da je u početku trudnoće bistra, a kasnije kada se pomiješa sa *plodnom mašću*, odnosno vernixom i postaje mutna tekućina, te da je pred kraj trudnoće ima oko  $\frac{3}{4}$  L.

Početakom i sredinom 20. st. postojala su i određena pravila i preporuke kojih se trudnica trebala pridržavati a koje nije dobivala od liječnika ili primlje kao što je to danas, već od seoskih žena, majke, svekrve ili čak i supruga.

- U posljednim tjednima zabraniti spolne odnose  
Zbog straha od pobačaja i *zavlačenja klica* u rodnice, vjerovalo se da to je jedan od uzroka smrti babinjače
- Svakodnevno piti kiselo mlijeko, a žestoka pića nisu zabranjena, čak su i dozvoljena ali u manjim količinama
- Zabranjeno je šivanje šivaćim strojem
- Preporučeno je kupanje svakih 14 dana tijekom trudnoće, a pred kraj može i češće, svakih 5 dana i to je najbolje da ne traje duže od 15 minuta
- Konzumiranje više povrća kao što je špinat, blitva, radić kako bi se spriječilo padanje u nesvijest  
Ako se to ne postigne prehranom trudnica bi trebala potražiti primalju da joj primjeni klizmu obične vode
- Spavanje pored otvorenog prozora zbog velike potrebe za kisikom(3,4)

Mnogo praznovjernih pravila su također bila povezana s trudnoćom:

- Trudna žena ne smije ići na raskrižje
- Trudna žena ne smije hodati po mraku niti po pepelu
- Trudna žena ne smije jesti zečje meso  
Zbog straha da dijete ne bi spavalo s otvorenim očima kao zec
- Trudna žena nije smjela vidjeti mrtvacu da ne bi rodila mrtvo dijete

- Ako je žena htjela da joj dijete ima crne oči morala je gledati u dimnjak
- Ako je htjela da joj porod bude lakši trebala je puštati jaje ispod košulje(4)

Premda se nije znalo mnogo o zbivanja s plodom kroz trudnoću otprilike se znala masa i duljina kroz mjesec.

Tablica 1. Duljina i masa embrija i fetusa prema lunarnim mjesecima (3)

Lunarni mjesec trudnoće	Duljina	Masa
1.	1 cm	1 g
2.	4 cm	5 g
3.	9 cm	25 g
4.	16 cm	250 g
5.	25 cm	500 g
6.	30 cm	1000 g
7.	35 cm	1500 g
8.	40 cm	2000 g
9.	45 cm	2500 g
10.	50 cm	3000 g

Izvor: D.Habek, Ginekologija i porodništvo za visoke zdravstvene studije, Medicinska naklada, Zagreb 2013.

Ovi podaci se ne razlikuju bitno od onih koji su nam danas poznati i koje koristimo ali može se primjetiti da je pred kraj trudnoće snižna masa fetusa. Danas prosječno novorođenče teži oko 3500g dok je tada prosječno novorođenče težilo 500g manje. To možemo objasniti siromaštvom i gladi koje je u to doba vladalo.

## 2.2. POROD

Fiziološki porod je završetak trudnoće koja završava spontanim rađanjem djeteta i sekundina, između 37. i 42. tjedna trudnoće.

Sastavnice koje određuju normalni tijek poroda su porođajni kanal, porođajne snage odnosno trudovi i porođajni subjekt ili dijete i sekundine.

Porođajni kanal možemo podijeliti na meki i koštani dio. Koštani dio se sastoji od kostiju zdjelice a meki dio čine gornji i donji maternični dio, rodnica i međica.

Na aktivnost maternice djeluju uterotropini koji povećavaju broj oksitocinskih receptora i povećavaju kontraktilnost miometrija, te uterotonini koji uzrokuju kontrakcije. Međusobno djelovanje višestukih biohumoralnih čimbenika dovodi do aktivacije poroda, početka trudova, skraćivanja i otvaranja ušća te prsnuća plodovih ovoja.

Porođajni subjekt ili dijete pred kraj trudnoće zauzima tipični položaj fetusa. Položaj fetusa je odnos njegovog tijela prema uzdužnoj osi maternice. Uzdužni položaj je fiziološki, a kosi i poprječni su patološki. Namještaj djeteta je odnos njegovih leđa prema stijenci maternice, leđa mogu biti sprijeda (dorzoanteriorni) ili straga, lijevo ili desno (dorzoposteriorni). Stav fetusa je odnos vodeće česti prema porođajnom kanalu, može biti stav glavicom ili zatkom, te rjeđe drugim dijelovima. Držanje djeteta je odnos sitnih česti djeteta prema njegovu trupu, odnosno u fiziološkim uvjetima tipični fetalni položaj.

Vođenje fiziološkog poroda temelji se na praćenju četiri porodna doba, tijekom kojih je važno uočiti promjene i odstupanja te na vrijeme intervenirati prema pravilima struke. Porod može biti vođen nemedikamentozno odnosno prirodno, ili aktivno tj. medikamentozno. Aktivno vođenje poroda uključuje ubrzanje poroda amnitomijom, infuziju oksitocina, spazmoanalgeziju, epiduralnu analgeziju, epiziotomiju kod indikacije, te aktivno vođenje trećeg porodnog doba(2,7).

Porod dijelimo na 4 porodna doba.

U prvo porodno doba svrstava se doba otvaranja, prsnuća plodovih ovoja i angažiranje glavice. Rodilje najčešće dolaze u rodilište tijekom prvog porodnog doba zbog prsnuća vodenjaka, trudova ili oboje. Utvrđuje se anamneza, vitalne funkcije, obavlja se orijentacijski pregled,

pelvimetrija te opstetrički pregled. Opstetričkim pregledom se utvrđuje pozicija, duljina te konzistencija cervikalnog kanala. Također se utvrđuje eventualna otvorenost ušća u centimetrima od 3 do 10, te se opisuje rub ušća koji može biti debeo, tanak, elastičan. Palpira se i zdjelična stijenka iznutra i određuje se dosegnutost promontorija, spine ishiadicae. Palpira se tonus maternice odnosno procjenjuju se jakost i regularnost trudova. Paplira se također i vodenjak koji može biti održan ili je prsnuo te količina i izgled plodove vode. Ako je vodenjak održan potrebno je obratiti pažnju na izgled rodničkog iscjetka koji može biti sukrvav, krvav, sluzav, vodenast. Palpira se predležeći dio te stav i namještaj, zatim angažiranost glavice u porodnom kanalu. Kardiotokografski se procjenjuje fetalna kondicija te se nastavlja povremeno ili kontinuirano, ovisno o situaciji, pratiti i nadzirati dijete. Prvo porodno doba završava se potpunim otvaranjem ušća, dobrim i uhodanim trudovima i prsnutim vodenjakom. Za prvoročke ovo doba traje oko 15 sati, a višerotke oko 10 sati.

Drugo porodno doba obilježava porod djeteta. Nakon spuštanja glavice ili drugog predležećeg dijela u dno zdjelice roditelj osjeti pritisak na stražnje crijevo. Kada se glavica prikaže u introitusu vagine roditelj treba tiskati koordinirano s trudovima. Desnim raširenim dlanom međica se pridržava i skuplja, a lijevom rukom drži se i postepeno olakšava defleksija glavice oko simfize. Zatim se porodi zatiljak, tjeme, čelo i na poslijetku lice djeteta. Ukoliko se primjeti da međici prijeto razdor učini se epiziotomija. Nakon rođenja glavice brišu se djetetova usta pa se pričekava sljedeći trud kako bi se izvela vanjska rotacija. Glavica se lagano pridržavajući povlači prema dolje da se porodi prednje rame do 1/3 nadlaktice, zatim se lagano držeći prema gore porodi stražnje rame i ostatak trupa. Novorođenče se polegne na majčin trbuh, briše lice, zatim usta, po potrebi se i aspiriraju, te s novorođenče utopli sterilnom toplom kompresom. Pupkovina se podvezuje sterilnom kopčicom i prereže. Novorođenče se važe i mjeri te dobiva identifikacijski broj jednak kao i roditelj. Primalja ili porodničar će po rođenju djeteta pregledati i ocijeniti njegovu vitalnost prema Apgar score. Partogramom se prate sastavnice tijekom aktivnog poroda kao što su: dilatacija ušća, spuštanje prevodeće česti. Grafičkim prikazom porođaja kroz latentu i aktivnu fazu prate se krivulje nomograma za prvoročke i višerotke. Tako se dobije uvid u brzinu i tijek poroda te u kojoj fazi se nalazi. Za prvoročke ovo doba traje do 2 sata, a za višerotke do 1 sat.

Treće porodno doba obilježava porod posteljice, plodovih ovoja i pupkovine. Treće porodno doba danas je vođeno aktivnim ordiniranjem uterotonika, uterostiptika ili njihove kombinacije. Uterotonici se daju u dozi od 2-5 UI oksitocina, npr. Sintocynon, uterostiptici u dozi od 0,2 mg metilergometrina ili metilergobrevina, npr. Methergin, Ergometrin, Ergotyl ili u kombinaciji

npr. Sintometrin. Učinak uterotonika traje 2-5 minuta, dok učinak uterostiptika traje i do 8 sati pa se preporučuje pogotovo kod višerotki ili roditelja s makrosomnom djecom. Aktivno vođenje trećeg porođnog doba značajno je smanjilo krvarenja i vremenski period trajanja. Ovi čimbenici su znatno produljivali i usporavali oporavak babinjače. Gubitak krvi sveden je na minimum ordiniranjem uterotonika ili uterostiptika nakon rođenja prednjeg ramena jer potiču kontrakcije maternice i porođaj sekundina. Nakon ordiniranog uterotonika ili uterostiptika čekaju se znakovi odljuštenja posteljice koji aktivnim vođenjem trećeg porođnog doba nastupaju vrlo brzo. Poznajemo sljedeće znakove:

- Küstnerov znak: dlanom se pritisne iznad simfize i prati kretanje pupkovine, ako se posteljica odljuštila pupkovina ne prati kretanje uterusa, ako se uvlači znači da se posteljica još nije odljuštila i potrebno je pričekati.
- Ahlfeldov znak: prati se kretanje hvataljke koja se postavila ispod stidnice nakon rođenja djeteta. Posteljicu smatramo odljuštenom kada se hvataljka spusti 10 cm prema dolje.
- Schröderov znak: kada se posteljica odljušti nalazi se u donjem uterinom segmentu a maternica se povuče prema desnom rebrenom luku te se kontrahira i postane tvrda.
- Kleinov znak: posteljica se odljuštila, spušta se prema rodnici te pritišće cervikalne i rektalne ganglije a roditelj osjeća jak pritisak na debelo crijevo.
- Strassmanov znak: posteljica se odljuštila kada se dodir materničnog tla se prenosi na pupkovinu.

Posteljica se porođa na način da se pupkovina omota oko prstiju desne ruke, lijevom se pridržava uterus, povlači se lagano prema dolje, kada se ukaže u introitusu mijenja se smjer povlačenja, sada se povlači prema gore, zatim se posteljica uhvati rukama i zarotira. Posteljica se nakon poroda izvaže i pregleda. Tapkanjem se uklanjaju koaguli krvi s maternalne strane te se rašire ovoji kako bi se bolje prikazala, zatim se pregledava fetalna strana i krve žile na toj strani.

Četvrto porođno doba započinje nakon poroda posteljice a ono je prijelazno razdoblje prema babinju. Traje dva sata te je to doba rekonvalescencije. U ovom porođnom dobu se pregledava meki porođajni put, zbrinjavaju se eventualni razdori međice, rodnice, vrata maternice te se šiva epiziotomija. Rodilji se stavi sterilna kompresa ili predložak zbog kontrole krvarenja a kontroliraju se i krvni tlak, tjelesna temperatura, puls i diureza. Posebna pažnja se treba obratiti

na tonus maternice te uočavanje mogućih nepravilnosti. Zadaća primalje je podučiti babinjaču tehnikama dojenja kao i važnosti kontakta koža na kožu(2,7).

## 2.2.1. POROD KROZ POVIJEST

Definicija poroda početkom 20. st. je ta da je porod onaj postupak po kojem plod i njegovi *nuzgredni dijelovi* izađu iz maternice. Podijeljen je na prirodni, odnosno vaginalni porod, i na umjetni koji je opisan kao porod kod kojeg je potrebna vještačka pomoć. Fiziološki porod prema tadašnjim standardima je bio onaj koji uslijedi u 39. ili 40. tjednu trudnoće. Porod prije 28. tjedna trudnoće se smatrao pobačajem, prijevremeni porod je bio onaj koji uslijedi između 29. i 38. tjedna trudnoće, a svaki porod poslije 40. tjedna je bio kasni porod(3,4).

Porod je podijeljen na tri porodna doba.

Prvo porodno doba je doba otvaranja, počinje kada nastanu prvi trudovi a završava kada se ušće maternice potpuno otvori.

Drugo porodno doba ili *doba istjerivanja* započinje kada je ušće maternice potpuno otvoreno i završava kada plod izađe.

Treće porodno doba ili *doba posteljice* počinje nakon rođenja djeteta a završava kada se porodi posteljica.

Vrijeme trajanja poroda je različito, od poroda koji traju nekoliko dana do poroda koji su gotovi u 30 minuta. Standardno je određeno da kod prvorođenke porod traje 17 sati i 30 minuta, za prvo porodno doba je predviđeno 15 sati, za drugo 2 sata i za treće pola sata. Za višerođenke prvo porodno doba traje 10 sati, drugo 1 sat i treće pola sata, što je 11 sati i 30 minuta za cijeli porod višerođenke.

Pravilni ili fiziološki porod je onaj pri kojem plod leži tako da mu je zatiljak sprijeda i tako se porodi, a da se tijekom cijelog poroda ništa ne poremeti.

Nepравilni porod je onaj prilikom kojeg je plod u nepravilnom položaju, kada se tijekom poroda nešto poremeti ili se dogode neočekivane situacije. Primalja je sama mogla obavljati prirodne porode a kada se pojavi neka nepravilnost njezina dužnost i obveza je bila zvati najbližeg liječnika ili kirurga.

Svaka primalja koja je išla obavljati porode u kuće roditelja sa sobom je imala kovčežić sa potrebnom opremom. Kovčeg je napravljen od željeznog materijala sa lanenim omotima i kožnim remenjkima za nošenje. Unutrašnjost kovčega je sadržavala:

- Irigator zapremnine od 1L, s prestenom za vješanje , i cijevi od 1,5m od kaučuka

Irigator može biti od lima, tvrdog kaučuka ili od stakla, ako je od lima izvana mora biti prevučen kositrom ili nikalom da se spriječi hrđanje

- Dvije cijevi za rodnicu od debelog stakla sa nekoliko komadića kaučuka za spajanje sa završetkom cijevi
- Dvije cjevčice za anus od tvrdog kaučuka, jedna za roditelja a jedna za novorođenče, sa dvije završne cijevi također od kaučuka

Cijev mora izrađena od dobrog kaučuka kako se ne bi brzo uništila jer se koristi višekratno i kod više roditelja

- Kateter od ugladenog srebra
- Dvije žičane četkice za čišćenje cijevi za rodnicu i kateter
- Škarice za rezanje pupkovine  
Zobljene na rubovima, premazane nikalom, rasklopive da se mogu dobro očistiti
- Nekoliko vrpca za pupkovinu  
Bijele boje, duljine 20 cm
- Škarice i turpija za nokte  
Turpija mora biti od čelika, s jedne strane tup vrh a s druge u obliku lopate
- Dvije četke za ruke  
Duge oko 10 cm, široke 4 cm, izrađene od vlakana korijenja ili životinjske dlake
- Komad bijelog sapuna
- 100g nerazrijeđenog lizola u staklenci na kojoj mora biti oznaka otrova i ljekarne koja ga je izdala
- Staklena menzura
- Staklenka sa 50g vazelina
- Staklenka sa 25g eterične tekućine (Hoffmanove kapljice)
- Staklenka sa 25g rastopljene cimetove korice u Hoffmanovim kapljicama
- Staklenka sa 10g crvenog kalija
- Jedan toplomjer za roditelja i jedan za kupelj
- 100g pročišćenog pamuka
- 1m nepromočnog platna
- Jedna bijela pregača  
Preporuča se bijela pregača s rukavima koja u potpunosti prekriva odjeću, ako nema takve može i obična pregača koja prekriva prednji dio tijela
- Jedan ručnik

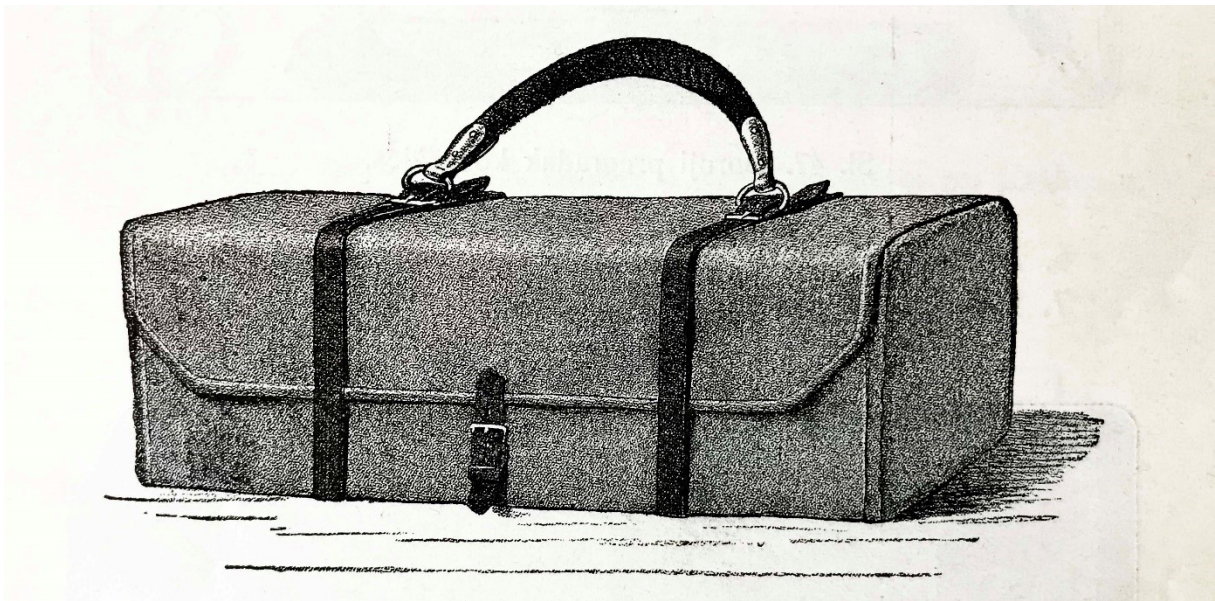


- Propisani dnevnik s olovkom
- Priručnik za primaljske škole

Primalji se dodatno preporuča da u kovčegu nosi i centimetar traku, dvije kapice za bradavice, sisaljku za vađenje mlijeka, sat (najbolje sa kazaljka ali može i pješčani), 100g alkohola za čišćenje, staklenu kapaljku od 5g sa 2% rastopljenom tekućinom *paklenog kamena*.

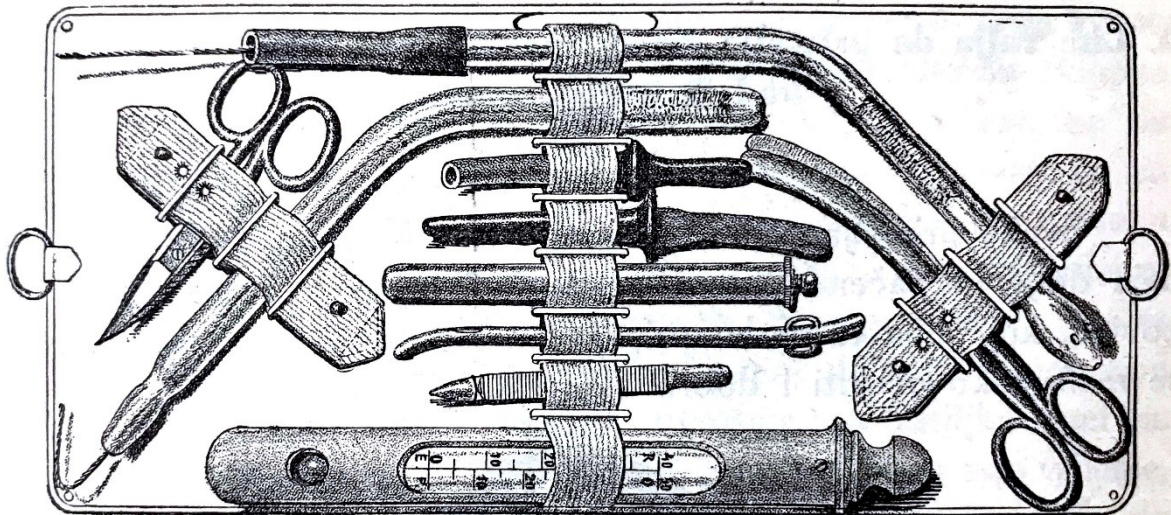
Sterilizacija samog kovčega se obavlja tako da se kovčeg isprazni, opere se četkom i sapunom te se napuni vodom i pusti na vatri da zavrije, nakon toga se voda isprazni i kovčeg se prebriše čistim ručnikom.

Primalja sve navedeno mora imati u točnom broju i dobrom stanju, sve potrošeno mora na vrijeme nadopuniti i pripremiti. Kovčeg ne smije ostaviti kod roditelja niti ga bilo kome posuditi, a u svome domu ga mora držati zatvorenog, sa svim predmetima unutra kako ne bi ništa izgubila i kako bi se odmah mogla odazvati na svaki poziv.

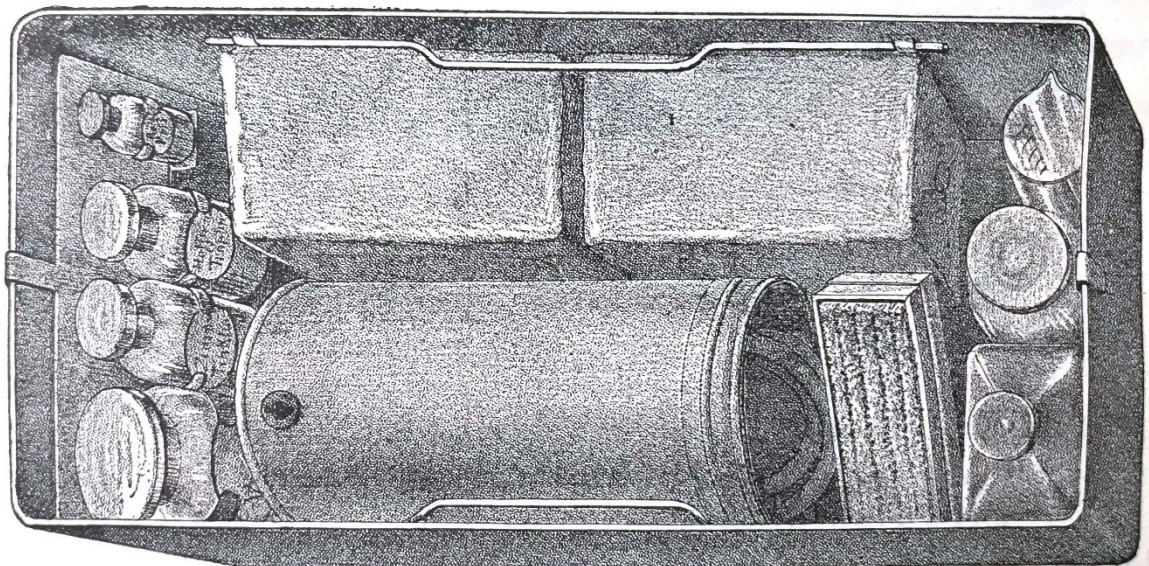


Slika 1. Zatvoreni kovčeg za porod u kući





Slika 2. Gornja pregrada kovčega



Slika 3. Donja pregrada kovčega

Zadaća primlje po dolasku u kuću roditelje je bila prikupiti podatke vezane uz trudnoću i prethodne porode ako ih je bilo, te steći povjerenje. Primalja je morala doznati koliko godina ima roditelja, datum zadnje menstruacije, datum kada je roditelja prvi put osjetila pokrete djeteta, kakvi su bili prethodni porodi ako ih je bilo, te je li roditelja bolovala od rahitisa. Nakon prikupljenih informacija primalja roditelji mjeri tjelesnu temperaturu i puls. Zatim radi vanjski pregled kako bi odredila položaj, stav i držanje djeteta.

Primalja dolaskom u roditeljnu kuću priprema prostoriju u kojoj će poroditi ženu. Ona mora udaljiti sve osobe i životinje iz prostorije, uključujući djecu. Porodu smiju prisustvovati samo suprug i majka roditelje ukoliko je roditelj u opasnosti ili je potrebna neka pomoć, ako je sve u redu i njima je zabranjen ulazak. Zimi prostorija treba biti dobro prozračena zatim ugrijana, na 19°C, ljeti prozori sobe mogu biti otvoreni ako je roditelj tiha. Nečisto rublje mora biti uklonjeno iz sobe i ako prilike to dozvoljavaju ne smije se kuhati u toj prostoriji. Primalja također mora brinuti o tome da u kući uvijek bude prokuhane vode. Treba pripremiti i noćnu posudu za obavljanje nužde s poklopcem. Za vrijeme dnevnog svjetla treba pripremiti svijeće ili petrolej lampu za noć.

Krevet na kojem će žena roditi bi trebao biti postavljen tako da mu se može prići sa uzdužnih strana. Ukoliko nema madraca na krevetu, slama na kojoj roditelj leži mora biti čvrsto nabijena kako se roditelj ne bi previše micala. Potrebno je pripremiti još desetak čistih, iskuhanih i ispeglanih platnenih krpa koje će služiti kao ulošci.

Sve dok je roditelj dopušteno ustajanje iz kreveta i odlazak na WC ona mora na sebi imati čistu spavaćicu ili košulju, suknju, čarape i kućne slape.

Zatraži li roditelj nešto za jelo ili piće primalja joj može dati kuhano mlijeko ili juhu, a ako se roditelj osjeća slabo, nemoćno i govori da će pasti u nesvijest primalja joj treba dati malo konjaka, vina ili rakije.

Primalja osim vanjskog pregleda radi i unutarnji pregled kojim saznaje izgled međice od prijašnjih poroda i njezinu rastezljivost, kako izgleda sluznica rodnice, osjeća li koji dio ploda, kakvog je oblika vanjsko ušće maternice, je li vodenjak održan te oblik zdjelice.

Primalja smije napraviti amniotomiju samo ukoliko se vodenjak u trudovima spušta sve do rodnice, ako je porod fiziološki i ako se plod drži pravilno, i to tako da prstima nakon što je dobro oprala ruke raspara opnu. Strogo je zabranjeno to raditi iglom ili škaricama.

Ako je vodeća čest koja leži sprijeda bila pomična iznad ulaza u zdjelicu, nakon prsnuća vodenjaka primalja mora pregledati osjeti li ručice, nožice ili pupkovinu.

Primalja tijekom poroda smije napraviti najviše dva unutrašnja pregleda koji ne smiju dugo trajati, u suprotnom se smatra da je primalja nesposobna, nestrpljiva i da ima veliko neznanje.

Primalja mora svako malo uhom preko trbušne stijenke slušati otkucaje djeteta, što postaje sve teže kada glava dublje ulazi u porodni kanal, kada leđa nisu okrenuta naprijed, kada se dijete pomiče pa se mjesto gdje se otkucaji najbolje čuju mijenja(3,4).

Čuvanju međice se pridavala velika pažnja kako bi se spriječili razori jer primalja nije radila epiziotomiju. Rodilja se najčešće postavlja u bočni položaj jer je primalji tako bilo lakše čuvati međicu. Na leđima su ležale rodilje koje nisu mogle ležati na boku i višerotke. Kod položaja na leđima ispod lumbalnog dijela kralježnice se postavi jastuk kako bi zdjelica bila izdignuta. Primalji je zabranjeno upotrebljavati bilo kakve masti za mazanje međice. Nekada se međica mazala salom, uljem ili masti. Čim je glavica izašla primalja i dalje čuva međicu u slučaju da ramena naglo izađu van. Rukom pipa gdje se nalazi pupkovina, ako je omotana oko vrata treba je gurnuti natrag ili potisnuti preko glave naprijed, ukoliko to ne može napraviti primalja ju mora prerezati. Nos i usta je potrebno očistiti od sadržaja kako bi plod mogao disati, zatim pokušati poroditi ostatak tijela. Ukoliko se plod nalazi u životnoj opasnosti primalja smije čekati 3 minute od poroda glavice, zatim u trudu jednom rukom pritišće trbušnu stijenk u gura zadak prema izlazu kako bi izašlo cijelo tijelo. Novorođenče se položi između majčinih nogu, trbuhom okrenuto prema majci. Oči novorođenčeta se čiste pamukom ili čistim komadom platna umočenim u prokuhanu vodu. Kada je primalja prerezala pupkovinu i podvezala te provjerila da ne krvari dijete je utoplila i položila sa strane gdje može pratiti disanje(3).

Dok čeka da se odljušti posteljica rodilju smješta u ležeći položaj s ispruženim i skupljenim nogama kako razdor međice ne bi bespotrebno bio izložen. Primalja porađa posteljicu, kada je već izašla u rođnicu, tako da je uhvati objema rukama i zavrti nekoliko puta. Ako je prošlo više od sat vremena a primalja nije uspjela poroditi posteljicu dužna je zvati liječnika(3).

Nakon poroda posteljice primalja valja urediti ženu. Treba joj donijeti toplu vodu da se umije, obući je u čistu spavaćicu, staviti komad čistog steriliziranog pamuka za praćenje krvarenja, promjeniti joj čistu posteljinu ili je premjesiti u drugi čisti krevet. Nakon što je uredila babinjaču primalja se vraća kod novorođenčeta i pregledava je li pravilno razvijeno. Dijete čisti vazelinom i kupa u vodi zagrijanoj na 35°C, kupanje traje 5 minuta a treba paziti da dijete u vodi ne uđe u oči i da nije prevuća. Zatim briše novorođenče toplim ručnikom i ponovo zamata pupkovinu u sterilni komad pamuka. Novorođenče se oblači u košuljicu, široko povija u tetra pelene, ispod njega se stavi komad platna od kaučuka, zamota toplim pokrivačem i stavi u kolijevku. U kolijevku se još stavi bočica za grijanje postelje napunjena toplom vodom ili ugrijanim pijeskom, potrebno je paziti da je dobro zatvorena da se novorođenče ne opeče(4).

Do 1959. godine primalje diljem Hrvatske su samostalno obavljale porode u izvanbolničkim uvjetima, a rijeđe u bolnicama. U to vrijeme započinje novi trend u zaštiti materinstva.

Sazrijeva ideja o kontinuiranoj i jedinstvenoj antenatalnoj i postnatalnoj fiziologiji i patologiji ploda, prihvaća se pojam perinatalne medicine. S gledišta sadašnjosti ovo primitivno primaljstvo kojem su svjedočile naše prabake i bake se do danas razvilo u porodništvo. Porodničari preuzimaju cjelokupni nadzor nad roditeljama, porod se premješta u za to predviđene ustanove, primalje više nisu samostalne u obavljanju poroda i cjelokupne skrbi za roditelja a s druge strane drastično se poboljšavaju uvjeti za roditelja i novorođenčete, smanjuje se stopa smrtnosti roditelja, babinjača i novorođenčadi. Porodi prestaju biti povezani sa nadrealnim, manje su traumatični za roditelje, a primalje se u narodu prestaju povezivati sa vješticearenjem i magijom. Danas je nezamisliv porod bez dostupnosti kardiotokografije, pH metrije, spazmoanalgezije, epiduralne analgezije, epiziotomije itd., dok su se nekada primalje kao i roditelje nosile sa svim komplikacijama bez pomoći ovih suvremenih metoda(6).

### 2.3. BABINJE

Puerperij ili babinje je vrijeme od 6 tjedana u kojem se promjene uzrokovane trudnoćom i porodom vraćaju u prijašnje stanje. Četiri glavne promjene koje karakteriziraju puerperij su involucija maternice, lohije, laktacija i amenoreja.

Glavni hormon u babinju je oksitocin, a glavni podražaj sisanje. Oksitocin djeluje na kontrakcije mioepitelnih stanica alveola mliječnih žlijezda i izaziva ritmičke kontrakcije miometrija te se tako izbacuju lohije i smanjuje veličina maternice. Involucija se događa zbog kontrakcija maternice i kontrakcija izazvanih dojenjem. Izlučivanje prolaktina uzrokuje inhibiciju ovulacije pa tako nastaje sekundarna fiziološka amenoreja. Lohije se sastoje od eritrocita, granulocita, fagocita, limfocita, bakterija, epitelnih stanica. Lohije dijelimo na krvave (cruenta) u 1.tjednu, crvene (rubra) krajem prvog i u 2.tjednu, smeđe (fusca) krajem 2. tjedna, žute (flava) krajem 3. tjedna, bijele (alba) krajem 4.tjedna i bistre (serosa) krajem 6. tjedna. Kolostrum je prvo majčino mlijeko koje se može istisnuti iz dojke već krajem trudnoće ili nakon poroda a prava laktacija počinje nakon drugog do šestog dana poslije poroda. Primaljska skrb kod fiziološkog babinja u rodilištu usmjerena je na kontrolu vitalnih funkcija, praćenje diureze i stolice, kontrole involucije maternice, lohija, dojki i laktacije te psihičkog stanja babinjače. Primalja mora dati upute o higijeni spolovila i dojki, te važnosti ranog ustajanja iz kreveta zbog prevencije tromboze i tromboflebitisa. Potrebno je usmjeriti brigu i pažnju dojenju, podučiti babinjaču položaje i tehniku dojenja i napomenuti važnost majčinog mlijeka za novorođenče(2).



### 2.3.1. BABINJE KROZ POVIJEST

Babinje početkom 20.st.se opisuje kao stanje u kojem se žena nalazi 6 tjedana poslije poroda, žena se naziva babinjača a bitno je napomenuti da to nije bolest, ali žena je slabije otporna pa joj prijete veća opasnost od zaraze i babinje groznice. Maternica se svaki dan smanjuje i unutrašnja rana se čisti što se naziva babinje pranje. Lohije su opisane tako da su prva dva dana krvave, zatim gnjojne sa sukvricom, nakon sedmog dana bjelkasto vodenaste a poslije 4 do 6 tjedana sasvim nestaju. Zadaća primalje nakon što je uredila ženu poslije poroda je da barem 3 sata ostane u njezinoj kući. Ako se babinjači spava primalja ju treba pustiti da se odmori ali svako malo treba provjeravati kontrahilnost maternice(3).

Babinjača mora ležati najmanje 7 dana po porodu, a ako je moguće preporuča se 14 dana. U krevetu jede, doji, obavlja nuždu na noćnoj posudi. Prva dva dana treba ležati mirno samo mijenjajući položaje, treći dan može lagano gibati nogama i okretati se na bok, šesti dan može ležati u povišenom položaju i prilikom jela sjediti u krevetu, deveti dan može polagano ustati samo dok se umije i provjetri krevet. Ova pravila vrijede za žene koje su imale normalan porod, a one kod kojih su nastale neke komplikacije moraju u postelji biti i duže. Dugotrajno ležanje u krevetu je bilo preporučeno zbog straha od prolapsa maternice, pojačanog krvarenja i endometritisa(4).

Primalja 9 dana nakon poroda po dva puta dnevno obilazi novorođenče i babinjaču u njezinoj kući. U prostoriji u kojoj borave babinjača i novorođenče primalja mora zahtijevati urednost. Ako je moguće najbolje je da su majka i dijete sami u sobi. Prostoriju treba redovito provjetravati, ali treba paziti da babinjača ne bude izložena propuhu. U prostoriji primalja mora zabraniti pušenje, pranje ili sušenje odjeće, a pogotovo dječije, i kuhanje. Poželjno je da prostorija nema zastore kako bi majka i dijete bili što više izloženi svjetlu. Kada babinjača spava nitko je ne smije uznemiravati, jer ako se često prekida san oporavak traje duže. Babinjači ne treba pričati stvari koje je uznemiruju, rasteretiti je brige za gospodarstvo, i zabraniti bilo kakve posjete prije devetog dana. Zadaća primalje kod posjeta babinjači je mjerenje tjelesne temperature i pulsa dva puta dnevno. Ako je tjelesna temperatura veća od 38°C i puls veći od 100 primalja je dužna pozvati liječnika da pregleda babinjaču i utvrdi o čemu se radi. Svako jutro primalja prati involuciju maternice, mijenja platno i prati krvarenje i lohije. Primalja svakodnevno pere genitalno područje babinjače, ispod gluteusa postavi noćnu posudu, polijeva čistom vodom a pere pamukom koji se smije samo jednom upotrijebiti. Nikada ne smije koristiti

spužvu, a nije poželjno ni rastvarati stidne usne. Ona primalja koja to radi je nevješta i puna ne znanja(3,4,6).

Primalja kateterizira ženu dva puta dnevno ukoliko žena ne može mokriti, a ako nije imala stolicu trećeg dana po porodu primalja će napraviti klizmu mlake vode. Klizmu će primjenjivati svakog dana sve dok babinjača samostalno ne bude imala stolicu. Primalji je zabranjeno davati bilo kakve lijekove ili biljke za čišćenje ako nisu propisane od strane liječnika.

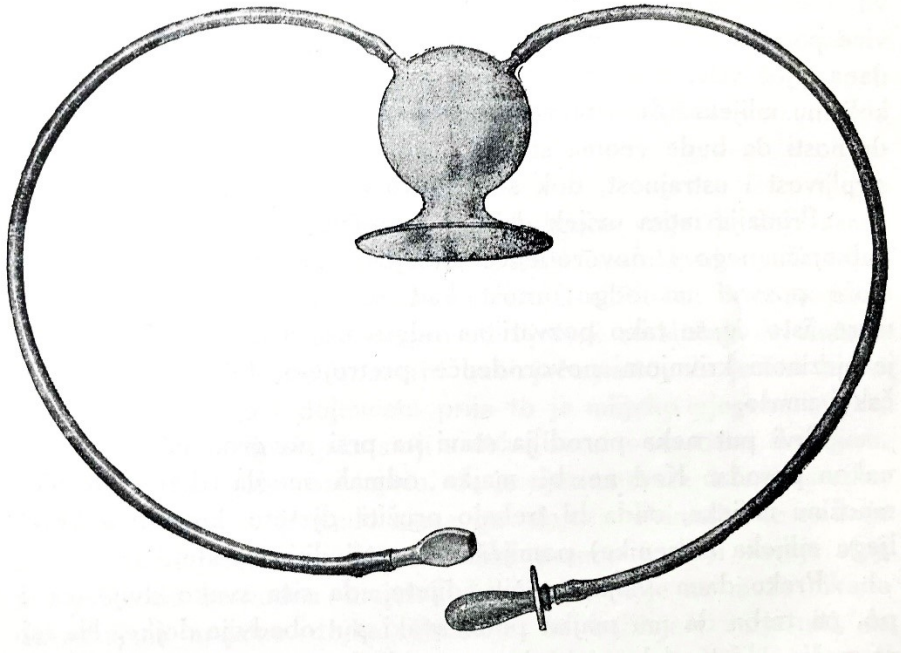
Preporuča se babinjači na trbuh staviti oblog, složeni ručnik namočen u hladnu vodu i ocijeđen. Kako se oblog ne bi micao oko trbuha se poveže još jedan ručnik koji se s prednje stranje učvrsti iglama sigurnosnicama. Takav oblog se zove Priessnitzov oblog i njegova svrha je bolja vazokonstrikcija.

Prvih nekoliko dana babinja primalja mora ženu uputiti u prehranu. Prva tri dana babinjača jede juhu od piletine ili govedine tri puta dnevno, od četvrtog dana se juhi može dodati gris ili rezanci, i može piti kuhano mlijeko nekoliko puta na dan, zatim u prehranu može dodati i dvopek. Nakon sedmog dana može jesti pečenu ili kuhanu piletinu te kuhano voće, nakon jedanaestog dana može jesti pečenu teletinu, blitvu, pire krumpir, varivo, a nakon četrnaestog dana se može hraniti kao i prije. Nakon jedanaestog dana od pića osim kuhanog mlijeka babinjača može piti pola litre do litru piva dnevno.

Dojenje je ženama nametnuto kao njihova „sveta dužnost“ te svaka zdrava i sposobna majka treba dojiti svoje dijete. Dojenje je zabranjeno anemičnim ženama, mentalno oboljelim i ženama koje boluju od epilepsije. Žena koja je zaražena sifilisom mora dobiti liječničko odobrenje za dojenje. Zadaća primalje je da ženi objasni kako najviše doječadi umire od adaptiranog mlijeka, da trećina doječadi umre od crijevnih ili želučanih bolesti uzrokovanih adaptiranim mlijekom, te da djeca hranjena umjetnim mlijekom neće nikada napredovati kao djeca hranjena na prsima. Babinjača dijete stavlja na prsa prvi put 6 sati nakon poroda. Preporuča se da dijete doji svaka 2 sata po 20 minuta, 10 minuta na jednoj dojci zatim 10 minuta na drugoj dojci. Ako dojenče spava kada je vrijeme za hranjenje majka ga treba probuditi i staviti ga na prsa. Ovakav raspored hranjenja je prilagođen majci kako bi se dijete preko noći budilo samo jednom(3,4).

Dojenče se hrani pomoću sisaljke za mlijeko u slučaju kada su bradavice uvučene, kada dojenče nije savladalo pravilan hvat bradavice i drugo. Sisaljka se sastoji od staklene kapice koja se stavi na bradavicu, majka kroz jednu cijev isisa mlijeko koje se skupi staklenu spremnicu iz koje onda dijete kroz drugu cijev siše mlijeko.





Slika 4. Sisaljka za mlijeko

Preporuke su bile da se dijete doji do 7. mjeseca starosti, kada mu izbiju prvi zubi, a obavezno prekidanje dojenja je bilo kada žena ostane ponovno trudna.

Ako majka nije sposobna sama dojiti svoje dijete ona ima mogućnost da druga dojilja doji njezino dijete. O njezinoj sposobnosti odlučuje liječnik, primalja ju preporučuje ženi a ona mora ispunjavati slijedeće kriterije:

- Starosna dob- između 20 i 30 godina, jer se žene ispod 20 godina smatraju neozbiljnima, a preko 30 prestarima
- Drugorotka- najbolja je ona koja je drugi puta rodila i prvo dijete sama dojila. Potrebno je pregledati njezinu djecu jesu li potpuno zdrava i razvijena.
- Obiteljska anamneza- njezini roditelji moraju biti zdravi, a ne smije imati naglu narav
- Fizički izgled- mora biti čvrste tjelesne građe, bez oštećenja na koži. Ne smije imati nikakve čireve i rane na genitalnom području
- Mora imati zdrave zube
- Dojke- dojke trebaju biti velike i pune mlijeka, koža na dojčkama elastična i prošarana žilama
- Bradavice- moraju stršati, ne smiju biti uvučene ili ravne, a kada se stisnu mlijeko mora prsnuti iz njih

Babinjača je plaćala dojilju pa su je mogle priuštiti žene samo žene boljeg financijskog stanja(3).

Poboljšanjem uvjeta u kojima žena danas rađa većina ovih pravila i preporuka otišla su u zaborav te se danas smatraju primitivnim, zaostalim i štetnim za babinjaču i novorođenče. Ustajanje iz kreveta se izvršava uz pomoć primalje već kod prvog obavljanja nužde unutar nekoliko sati od poroda. Babinjača po odlasku kući iz rodilišta sama uz pomoć partnera brine o sebi i novorođenčetu, a u posjet joj po potrebi prvih tjedan ili dva dana dolazi patronažna sestra koja nadgleda brigu o novorođenčetu, prati stanje babinjače te razjašnjava eventualne nedoumice oko njege ili dojenja. Primalja i patronažna sestra babinjači će pokazati tehniku dojenja, uputiti je u prednosti i pogodnosti dojenja ali to je isključivo odluka majke te joj nitko ne smije nametati to kao njezinu obavezu i dužnost što u prošlosti nije bio uvijek slučaj(6).

## 2.4. REANIMACIJA NOVOROĐENČETA

Reanimacija novorođenčeta je skup mjera i postupaka i primjene lijekova čiji je cilj uspostava vitalnih funkcija.

Reanimacijski postupak sadrži 4 faze prema abecedi:

- **A-airway** (oslobađanje gornjih dišnih puteva)
- **B-breathing** (uspostava normalnog disanja)
- **C-circulation** (uspostava normalne cirkulacije)
- **D-drugs** (primjena lijekova)

Potrebna oprema:

- Reanimacijski stol
- Izvor kisika
- Mjerač protoka (flowmetar) za doziranje količine kisika
- Balon za reanimaciju zapremnine 60 ml
- Maske za ventilaciju
- Laringoskop
- McGill kliješta ili metalni vodič za tubus
- Endotrahealni tubusi veličine 2.0, 2.5, 3.0, 3.5, 4.0 mm
- Stetoskop
- Aspiracijski kateteri 4,5,6,8, 10 Fr
- Aspirator i set za aspiraciju
- Šator za kisik (Hood)
- Pulsni oksimetar
- Umbilikalni kateteri veličine 6 i 8 G
- Šprice, igle, baby sistem, intravenske kanile

Postupak reanimacije novorođenčeta:

**Airway** (oslobađanje gornjih dišnih puteva)

Reanimaciju valja obavljati u prostoriji koja ima adekvatnu vlažnost, temperaturu i osvjetljenje. Novorođenče se smjesti na reanimacijski stol te se pažljivo briše od amnionske

tekućine i zagrijava toplim prekrivačem. Aspiriraju se usta zatim nos aspiracijskim kateterom te stimulira disanje (laganim trljanjem stopala i leđa).

### **Breathing (uspostava normalnog disanja)**

Ukoliko novorođenče diše, srčana frekvencija je veća od 100/min a i dalje je cijanotično potrebno je primijeniti kisik pomoću maske koja se prisloni na lice. Za dužu upotrebu kisika koristi se ventilator sa grijačem i ovlaživačem kisika.

Ukoliko nakon primjenjenih mjera novorođenče ne diše ili diše agonalno i srčana frekvencija ne prelazi 100/min primjenjuje se ventilacija pozitivnim tlakom. Potrebna je maska koja dobro prijanya na lice i ambu balon za reanimaciju. Ventilacija se provodi frekvencijom 40-60 upuha u minuti s protokom kisika 5-6L. Pritisak na balon se vrši sa palcem, kažiprstom i srednjim prstom, ne cijelom šakom. Efikasnost ventilacije vidljiva je odizanjem prsnog koša a nakon 30 sekundi ventilacije se evaluira srčana frekvencija.

Ukoliko novorođenče ne diše ili diše agonalno i srčana frekvencija je manja od 80/min započinje se endotrahealna intubacija. Potrebno je izabrati odgovarajući tubus, glava djeteta se stavi u neutralni položaj tako što se ispod ramena djeteta postavi podloga od oko 2 cm debljine. Neonatolog postavlja laringoskop i potisne jezik, nakon što prikaže glasnice plasira tubus u larinks. Tubus se spoji s balonom koji je povezan s izvorom kisika i započinje ventilacija. Ako se prsni koš simetrično odiže znači da je tubus pravilno postavljen. Položaj tubusa se dodatno može provjeriti rendgenom.

### **Circulation (uspostava normalne cirkulacije)**

Ukoliko je nakon ventilacije tijekom 30 sekundi srčana frekvencija manja od 60 i ne raste primenjuje se kompresija prsnog koša. Kompresija prsnog koša se izvodi na donjoj trećini prsne kosti, ispod zamišljene linije koja povezuje bradavice. Kompresije se vrše spojenim kažiprstom i srednjim prstom ili se obadvjema rukama obavije prsni koš i kompresije se vrše palčevima. Svaka kompresija se treba izvršiti tako da se prsna kost potisne 1-2 cm. Frekvencija je 90 kompresija u minuti a obustavlja se kada srčana akcija dostigne 100/min.

### **Drugs (primjena lijekova)**

Lijekovi se primjenjuju kada je nakon svih poduzetih mjera srčana aktivnost manja od 60/min ili se ne može zabilježiti a postignuta je odgovarajuća ventilacija pluća. Lijekovi se primjenjuju venskim putem, prefirefno kroz intravensku kanilu a najsigurniji način primjene je kroz umbilikalnu venu ukoliko je moguće. Lijekovi koje primjenjujemo su adrenalin i bikarbonati.

Adrenalin povećava protok krvi kroz koronarne arterije i dotok kisika. Preporučena početna doza je 0.01 mg/kg u razrjeđenju 1:10 000. Ponavljane doze su 0.01-0.03 mg/kg svake 3 minute. Bikarbonati se daju tijekom dugotrajne reanimacije u dozi 1 mmol/kg . Dodatno se može primjeniti fiziološka otopina i otopina glukoze. Nalokson se primjenjuje kod novorođenčeta na koje su djelovali majčini opijati. Terapijska doza je 0.1mg/kg iv.

S mjerama oživljavanja se prestaje kada je dijete rođeno bez srčane akcije i kada je srčana akcija odsutna nakon 10 minuta reanimacije(5).

### 2.4.1. REANIMACIJA NOVOROĐENČETA KROZ POVIJEST

Početak 20. st. indikacija za reanimaciju je bila odsutnost disanja kod novorođenčeta, sa ili bez prisutne srčane akcije. Primalja je morala pozvati liječnika a dok on ne dođe ona je započinjala reanimaciju. Primalja provjerava pupkovinu, ukoliko pupkovina pulsira preporuka je da pričekaju jer se smatra da to čekanje najčešće bude dovoljno da novorođenče počne samostalno disati. Pupkovinu koja je prestala pulsirati primalja reže i podvezuje, zatim briše lice novorođenčeta od amnionske tekućine. Ako ni tada novorođenče nije počelo samostalno disati primalja ga uzima za noge i podiže u zrak da visi naopačke kako bi plodna voda lakše izašla iz nosa, usta i dušnika. Dodatno ga može potapšati po leđima kako bi okret bio učinkovitiji(3,5).

Ukoliko ova metoda nije bila učinkovita slijedeći korak koji primalja poduzima je da stavi novorođenče u kupku temperature 37°C kako bi nadoknadila izgubljenu toplinu djeteta. Dok je dijete u kupki potrebno je trljati leđa i prsa kao stimulaciju disanja.

Ne uspije li ovaj način primalja započinje sa tzv. umjetnim disanjem. Ispod vrata se stavi smotani ručnik kako bi gornji dio tijela bio u ravnini a zdjelica se stavi u povišen položaj. Naizmjenice se zdjelica spušta i podiže kako bi se trbušna šupljina smanjila i potisnula ošit koji će onda smanjiti prsnu šupljinu, zatim se spuštanjem zdjelice prsna šupljina iznenada poveća i ispunjava zrakom. Ovaj postupak je potrebno ponoviti najmanje 10 puta zatim novorođenče ponovno staviti u vruću kupku.

Dodatni postupak koji primalja može primjeniti je da postavi novorođenče u ravni ležeći položaj na leđa, uzme ga za laktove i ispružene ih podiže a savijene ih spušta i njima pritišće prsni koš. Podizanjem ruku će pobuditi inspirij a spuštanjem ekspirij. Postupak se ponavlja najmanje 10 puta zatim se novorođenče stavlja u vruću kupku.

Kao posljedni pokušaj reanimacije primalja izvodi mahanje po Schultzeu. Novorođenče uhvati tako da joj je okrenuto leđima i visi, kažiprstima za pazušne jame, palčevi ostanu na prsima a ostali prsti su na leđima. Glavu drži čvrsto među zapešćima tako da vrat ostane ispružen a grkljan i dušnik otvoreni kako bi zrak mogao prolaziti. Pri prvom mahanju uzbrdo novorođenče se savije uslijed čega mu ošit bude uzbrdo potisnut a prsna šupljina smanjena. Pri prvom mahanju nizbrdo novorođenče se ispruži, ošit se spusti a prsna šupljina proširi. Uslijed toga zrak prođe kroz usta i nos u grkljan i dušnik što se često puta događa uz neki šum. Mahanje

nizbrdo znači prvo udisanje, a slijedeće mahanje uzbrdo prvo izdisanje. Podizanje uzbrdo i spuštanje nizbrdo je potrebno ponoviti 10 puta zatim ponoviti vruću kupku. Ne počne li novorođenče samostalno disati potrebno je nastaviti s mahanjem po Shultzeu i naizmjenice sa vrućim kupkama sve dok je prisutna srčana akcija. Često puta su ovi postupci trajali i duže od sat vremena(3,4).



Slika 5. Mahanje po Shultzeu, mahanje nizbrdo



Slika 6. Mahanje po Shultzeu, mahanje uzbrdo

Ako novorođenče počne disati potrebno ga je poviti u tople pelene te pratiti vitalne funkcije.

Ukoliko je primalja ustanovila da nema srčane akcije mora paziti na novorođenče narednih 2 sata zbog straha od pogrešne procjene primalje(3,4).



### **3.ZAKLJUČAK**

Primalje kroz cijelu povijest čovječanstva imaju izuzetno važnu ulogu u pružanju pomoći i potpore trudnicama, roditeljama i babinjama. U prošlosti su najčešće bile prisutne samo na porodu i tijekom babinja a danas kroz planiranje trudnoće, cijelu trudnoću, porod i babinje. Primalje su svojom skrbi, savjetima i pomoći sa ženama stvarale odnose pune povjerenja i komunikacije. Unaprijeđenje primaljske struke vidljivo je iz mnogih aspekata kao što je uvođenje redovnog srednjoškolskog i studijskog obrazovanja umjesto tečajeva koje su nekada pohađale primalje. Unaprijeđenje cjelokupne medicine kroz povijest a posebice porodništva uvelike se odrazilo i na fiziologiju kao i na sami tijek trudnoće, poroda i babinja ali i na ukupni doživljaj svih ovih procesa od strane same žene i njezinog partnera. Velika pažnja se danas posvećuje ženim osjećajima i željama i pokušava se stvoriti što bolji ukupni doživljaj poroda kao nečega prirodnog, intimnog i jedinstvenog za svaku ženu.

## 4.LITERATURA

1. [http://www.hupp.hr/content\\_detaljnije.aspx?G1=6&G2=0&G3=0&G4=0&ID=41](http://www.hupp.hr/content_detaljnije.aspx?G1=6&G2=0&G3=0&G4=0&ID=41)  
(08.05.2018. u 14:50h)
2. D.Habek, Ginekologija i porodništvo za visoke zdravstvene studije, Medicinska naklada, Zagreb 2013.
3. L.Piskaček, Udžbenik za učenice primaljskoga tečaja i priručna knjiga za primalje, Schönfeld & Co, Zadar 1911.
4. D.Chloupek i suradnici, Knjiga za svaku ženu, Sloga, Zagreb 1957.
5. M.Lukavac-Tešin, Reanimacija novorođenčadi, Protokoli u neonatologiji, dostupno na: <http://www.neonatologija.rs/files/rad02-KON-2.pdf> (15.06.2018. u 17:25h)
6. D.Švaljug, Porodaj u kući u Hrvatskoj: od zakonskih okvira do tajnovitih porođaja, Zbornik radova s međunarodnog simpozija, Osijek 2017.
7. A.Dražančić, Porodništvo, Školska knjiga, Zagreb 1994.

## 5. PRILOZI

### Prilog A: Popis ilustracija

#### Slike

Slika 1: Zatvoreni kovčeg za porod u kući.....	16
Slika 2: Gornja pregrada kovčega.....	17
Slika 3: Donja pregrada kovčega.....	17
Slika 4: Sisaljka za mlijeko.....	24
Slika 5: Mahanje po Shultzeu, mahanje nizbrdo.....	30
Slika 6: Mahanje po Shultzeu, mahanje uzbrdo.....	31

#### Prilog B: Tablice

Tablica 1: Duljina i masa embrija i fetusa prema lunarnim mjesecima.....	10
--	----

## 6. KRATKI ŽIVOTOPIS

### OSOBNI PODACI

Ime i prezime: Sanja Zatezalo

Datum i mjesto rođenja: 15.11.1995., Ogulin, Republika Hrvatska

Adresa: Proce 19, 47 300 Ogulin

Mobitel: 099/5032350

E-mail: [sanjazatezalo1511@gmail.com](mailto:sanjazatezalo1511@gmail.com)

### OBRAZOVANJE I POSTIGNUĆA

2015.-2018.- Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci

2010.-2015.- Medicinska škola u Rijeci

2002.-2010.- Osnovna škola Ivane Brlić Mažuranić, Ogulin

### VJEŠTINE

Vozačka dozvola: B kategorija

Rad na računalu: aktivno korištenje računala

Strani jezici: aktivno korištenje engleskog jezika u govoru i pismu