

ULOGA PRIMALJE TIJEKOM PORODA I BABINJA

Ceković, Kristina

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

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:184:340927>

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 IZVANREDNI

Kristina Ceković

ULOGA PRIMALJE TIJEKOM PORODA I BABINJA

Završni rad

Rijeka, 2021.

UNIVERSITY OF RIJEKA FACULTY OF HEALTH STUDIES
UNDERGRADUATE STUDY OF MIDWIFERY

Kristina Ceković

THE ROLE OF THE MIDWIFE DURING CHILDBIRTH AND POSTPARTAL PERIOD

Final work

Rijeka, 2021.

Mentor rada: Angela Lovrić, prof. rehab., bacc. med. sestra

Pregledni rad obranjen je dana _____ na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci pred povjerenstvom u sastavu:

1. _____
2. _____
3. _____

Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	SVEUČILIŠTE U RIJECI - FZSRI
Studij	STUDIJ PRIMALJSTVA
Vrsta studentskog rada	ZAVRŠNI RAD
Ime i prezime studenta	KRISTINA CEKOVIĆ
JMBAG	

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	ULOGA PRIMALJE TIJEKOM PORODA I BABINJA
Ime i prezime mentora	ANGELA LOVRIĆ
Datum predaje rada	30.09.2021.
Identifikacijski br. podneska	1665241102
Datum provjere rada	04.10.2021.
Ime datoteke	
Veličina datoteke	961,62K
Broj znakova	70584
Broj riječi	11860
Broj stranica	49

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	12%
-----------------	-----

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	05.10.2021.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	DA
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

05.10.2021.

Potpis mentora

Angela Lovrić, prof.

SADRŽAJ

SAŽETAK	1
SUMMARY	2
1. UVOD	3
1.1. <i>Trudnoća i antenatalna skrb</i>	4
1.2. <i>Porodi u Republici Hrvatskoj</i>	5
1.3. <i>Trudnički tečaj i priprema za porod</i>	6
2. POROD	7
2.1. <i>Porodajni kanal, porodajni objekt i porodajne snage</i>	8
2.2. <i>Prvo porodno doba</i>	10
2.2.1. <i>Karditokografija</i>	11
2.2.2 <i>Prijem roditelje i uloga tijekom prvog porodnog doba</i>	12
2.3. <i>Drugo porodno doba</i>	14
2.3.1. <i>Uloga primalje tijekom drugog porodnog doba</i>	16
2.4. <i>Treće porodno doba</i>	19
2.5. <i>Četvrto porodno doba</i>	21
4. <i>Novorođenče</i>	22
2.6. <i>Carski rez</i>	24
2.7. <i>Alternativne metode poroda</i>	26
2.8. <i>Pratnja na porodu</i>	26
2.8.1. <i>Doula</i>	27
5. PUERPERIJ ILI BABINJE	28
4.1. <i>Dojenje</i>	29
4.1.2. <i>Položaji za dojenje</i>	31
6. <i>Uloga primalje tijekom puerperija/babinja</i>	36
5. ZAKLJUČAK	38
6. LITERATURA	40
7. ŽIVOTOPIS	45

SAŽETAK

Porod se definira kao niz fizioloških i mehaničkih zbivanja u tijelu roditelja koja dovode do poroda djeteta, te potom i posteljice, pupkovine i plodovih ovoja. Normalni porod predstavlja dovršetak trudnoće u gestacijskom razdoblju između 37. i 42. tjedna trudnoće, tj. donošenje na svijet zrelog djeteta sposobnog za samostalni život.

Zdravstvenu skrb tijekom poroda pružaju liječnik ginekolog/opstetričar i primalja. Gotovo sve odluke donosi liječnik, što ne umanjuje ulogu primalje u pružanju skrbi usmjerene na roditelja.

Nakon poroda nastupa razdoblje koje se naziva puerperij ili babinje, traje 6-8 tjedana. Glavne karakteristike puerperija su involucijski procesi i uspostavljanje dojenja. Primalja pruža zdravstvenu njegu majki i novorođenčetu.

Jedna od uloga primalje je educirati majku o dojenju, te ju podučiti dojenju i ispravnom stavljanju novorođenčeta na dojku.

Ključne riječi : porod, primalja, puerperij, dojenje

SUMMARY

Childbirth is defined as a series of physiological and mechanical events in the mother's body that lead to the birth of a child, and then the placenta, umbilical cord and fetal membranes. Normal childbirth is the completion of pregnancy in the gestational period between the 37th and 42nd week of pregnancy, ie the birth of a mature child capable of independent living.

Health care during childbirth is provided by a gynecologist / obstetrician and a midwife. Almost all decisions are made by the doctor, which does not diminish the role of the midwife in providing maternity-focused care.

After childbirth, a period called puerperium or midwifery occurs, lasting 6-8 weeks. The main characteristics of puerperium are involutionary processes and the establishment of breastfeeding. The midwife provides health care to the mother and newborn.

One of the roles of a midwife is to educate the mother about breastfeeding, and to teach her breastfeeding and the correct placement of the newborn on the breast.

Key words: childbirth, midwife, puerperium, breastfeeding

1. UVOD

Nadzor nad trudnicama i porodom liječnici ginekolozi/opstetričari su preuzeli od primalja, no nastavila se međusobna suradnja između njih i primalja, koja je i danas prisutna.

Primalje su danas daleko više educirane nego primalje koje su u prošlosti djelovale, a svoj posao izvršavaju prema kompetencijama koje im se dodijele prilikom završetka školovanja, a za isto im se odobrava zakonska licenca za rad. Djeluju u trudničkim i ginekološkim ambulantomama, ambulantomama za potpomognutu oplodnju, te na odjelima patologije trudnoće, neonatologije, odjelima za babinjače i novorođenčad, te u rađaoni. Premda su prisutne na mnogim radilištima gdje pružaju svoju skrb, porod i prvi dani po porodu su jedno od životnih razdoblja žene gdje su one „najbliže“ svojim klijenticama.

S obzirom da primalje i danas usko djeluju s liječnicima, dužne su provoditi intervencije koje nalaže liječnik, struka i situacija. Nadalje, dužne su prepoznati komplikacije i nepravilnosti određenih stanja, ista rješavati u skladu s kompetencijama ili obavijestiti liječnika.

Primaljska skrb se pruža na temelju stečenih znanja i vještina, a primarno je da je uvijek maksimalno usmjerena na ženu i njene potrebe.

Nakon poroda nastupa period puerperija ili babinja, a tijekom prvih dana majčinstva žene su suočene s novim izazovom – dojenje i briga o novorođenčetu. U tom razdoblju je važno da se majka zajedno s novorođenčecom osjeća sigurno i zbrinuto. Potrebno je provoditi postupke kojima se sprječava razvoj komplikacija, a pritom pružati individualnu skrb i podršku.

1.1. Trudnoća i antenatalna skrb

Trudnoća se definira kao fiziološko stanje u reproduktivnoj dobi žene koje odgovara anatomskim i funkcionalnim osobinama ženinog organizma. Računajući od prvog dana zadnje menstruacije normalna trudnoća traje 40 tjedana, 9 kalendarskih mjeseci, 10 lunarnih mjeseci, odnosno 280 dana (1).

U sklopu antenatalne skrbi se provode mjere i postupci sa svrhom smanjenja perinatalnog i maternalnog mortaliteta i morbiditeta.

Preporuka je da žena dođe na pregled čim posumnja da je trudna, pritom se naglašava važnost prvog pregleda radi daljnje točnosti gestacijske starosti, izračunavanja termina poroda i provođenja svih daljnjih pretraga i preventivnih mjera. Trudnoća je podijeljena u 3 tromjesečja. Prvo tromjesečje obuhvaća razdoblje od 1. do 13. tjedna trudnoće, drugo tromjesečje od 14. do 26. tjedna trudnoće, te treće tromjesečje od 27. do 40. tjedna trudnoće. Kroz trudnoću bi svaka žena trebala obaviti 9 osjeta ginekologu i minimalno 3 ultrazvučna pregleda. Prvi pregled najčešće slijedi nakon izostanka menstruacije i pozitivnog testa na trudnoću. Nerijetko su prisutni i drugi znakovi trudnoće poput mučnine, poremećaja teka, napetih dojki itd. Od samog početka trudnoće odvijaju se fizičke i psihičke promjene pod utjecajem hormona koje se nastavljaju i nakon poroda. Prilikom prvog posjeta ginekologu uzima se osobna, obiteljska i ginekološka anamneza, s naglaskom na podatke o nasljednim i kroničnim bolestima, te prethodnim trudnoćama i porodima. Osim redovnih ginekoloških i ultrazvučnih pregleda izvode se i laboratorijske pretrage; kao što su kompletna krvna slika, krvna grupa i Rh faktor, testovi imunizacije, određivanje glukoze u krvi, OGTT, urinokultura, te cervikalni brisevi i papa test. U laboratorijske pretrage su uključena i testiranja na zarazne bolesti poput hepatitisa i sifilisa. Prilikom svakog pregleda mjeri se krvni tlak i težina, te određuju proteini u urinu, ovisno o tjednima trudnoće mjeri se udaljenost fundus simfiza, izvodi se amnioskopija i kardiotokografija. Sve ostale i dodatne pretrage kao što su invazivne i neinvazivne metode prenatalne dijagnostike obavljaju se prema smjernicama i indikacijama struke, te u dogovoru s roditeljima. (1,2). Redovitim kontrolama kroz trudnoću se prati stanje trudnice i ploda, dijagnosticira se razvoj patoloških stanja i sprječavaju nepovoljni ishodi za majku i novorođenče. A dalje se s istim ciljem provodi skrb u porodu i periodu babinja.

Partalna skrb podrazumijeva zdravstvenu skrb tijekom poroda u odabranom rodilištu, a pruža je multidisciplinarni tim zdravstvenih djelatnika – ginekolog, primalja, neonatolog, medicinski tehničari, anesteziolog. Post partalna skrb uključuje njegu nakon poroda koja započinje već u rodilištu, a potom se nastavlja i nakon odlaska doma. Provode ju patronažne medicinske sestre.

Napredak u medicini, te antenatalnoj, partalnoj i post partalnoj zaštiti je rezultirao smanjenjem maternalnog i perinatalnog morbiditeta i mortaliteta.

1.2. Porodi u Republici Hrvatskoj

Prema statističkim podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo 2020. godine je bilo ukupno 35 658 poroda i ukupno 36 310 rođene djece. Nakon što se od ukupnog broja rođenih oduzmu mrtvorodeni kojih je bilo 144 broj živorođene djece iznosi 36 166 (3). Godinu prije je zabilježen nešto veći broj poroda 35 985 sa ukupno 36 635 rođenih. Od ukupnog broja rođenih je bilo 164 mrtvorodene djece, što znači da je broj živorođenih 36 471 (4). U oba razdoblja je zabilježeno kako je najveći broj poroda zabilježen u roditelja između 30 – 34 godine starosti (3,4). 2018. godine je broj živorođenih iznosio 37 277, dok je 2017 godine ukupni broj bio 36 581 (5). Perinatalni mortalitet se kreće oko 6,1/1000, do 6,7/1000, pritom su uzeti u obzir porodi nakon navršena 22 tjedna trudnoće. Najveći udio perinatalnih smrti nastupi radi komplikacija povezanih s preranim rođenjem. Računanjem perinatalnog mortaliteta prema preporukama svjetske zdravstvene organizacije (nakon navršenih 28 tjedana trudnoće) perinatalni mortalitet je ispod 4/1000.

2020. godine su umrle dvije žene radi komplikacija u trudnoći, porodu i babinju, 2019. godine su također zabilježene dvije maternalne smrti U 2018. i 2017 godini nije zabilježen nijedan smrtni slučaj.

Što se tiče antenatalnih pregleda u trudnoći, najveći je udio trudnica s optimalnim brojem pregleda (9 ili više od 9 pregleda) (3-5).

Godina	Broj poroda	Broj rođene djece	Perinatalni mortalitet (≥ 22)	Maternalni mortalitet
2020	35 568	36 310	6,4/1000	5,5/100 000
2019	35 985	36 635	6,7/1000	5,5/100 000
2018	36 752	37 436	6,7/1000	0
2017	36 101	36 730	6,1/1000	0

Tablica 1. Prikaz broja rođenih, perinatalnog i maternalnog mortaliteta

1.3. Trudnički tečaj i priprema za porod

Trudnički tečaj bi trebao biti strukturiran na način da roditelji saznaju dovoljan broj informacija o trudnoći, zaštiti zdravlja trudnice, početku i tijeku poroda, boravku u rodilištu, dojenju, prehrani i njezi novorođenčeta i roditeljstvu, te pravnim propisima vezanim uz roditeljstvo (6). Danas se trudnički tečajevi organiziraju u sklopu domova zdravlja, rodilišta, te drugih zdravstvenih i nezdravstvenih ustanova.

Na tečaju bi sve informacije trebale bit usmjerene smanjivanju straha i izgradnji pozitivnih stavova o porodu, dojenju i roditeljstvu. Poželjno je da su oba roditelja prisutna na tečaju, kako bi se budući otac informirao o tome na koji način može pružit podršku ženi tijekom trudnoće, poroda, kao i u periodu nakon poroda. Kroz tečaj je potrebno provest edukaciju o tehnikama disanja i relaksacije, a znanje partnera o istom omogućuje njegovu podršku tijekom trudova i poticanje roditelje na primjenu tehnike (7).

Kako bi se roditeljka pripremila za porod poželjno je da prođe psihofizičku pripremu tijekom trudnoće. Psihička priprema se odnosi na postizanje emocionalne prilagodbe na porod, a zavisi o nizu okolnosti i čimbenika poput emocionalne stabilnosti i općeg zadovoljstva, o kvaliteti bračnog odnosa, motivaciji za djetetom i roditeljstvom, komplikacijama tijekom trudnoće, prethodnim vlastitim ili tuđim iskustvima (8).

Fizička priprema podrazumijeva izvođenje lagane tjelovježbe tijekom trudnoće. Redovitim vježbanjem će se održavati kondicija i tijelo će se pripremiti za porod, a doprinijet će i bržem oporavku nakon poroda (9).

Potrebno je pružiti informacije o njezi novorođenčeta, kao i njegovim osnovnim potrebama za toplinom, udobnosti i hranom. Dojenje je neizostavni dio tečaja, dobrim predznanjem se lakše donosi odluka o dojenju, te se lakše savladavaju moguće poteškoće.

Prema istraživanju udruge Roda iz 2019 godine 57,6% trudnica je pohađalo trudnički tečaj, od kojih je njih 38,4% pohađalo u tijeku trenutne trudnoće, dok je 19,2% tečaj pohađalo u prethodnoj trudnoći. Prema tome 42,4% žena nije nikada pohađalo tečaj, koje u većini smatraju kako im trudnički tečaj nije potreban (10).

U Hrvatskoj bi svim trudnicama i njihovim partnerima trebali bit dostupni trudnički tečajevi, te je na iste poželjno poticati svaki par kako bi se pripremili za važan životni period.

2. POROD

Porod se definira kao niz fizioloških i mehaničkih zbivanja u tijelu roditelja koja dovode do poroda djeteta, te potom i posteljice, pupkovine i plodovih ovoja. Normalni porod predstavlja dovršetak trudnoće u gestacijskom razdoblju između 37. i 42. tjedna trudnoće, tj. donošenje na svijet zrelog djeteta sposobnog za samostalni život. Porod može nastupiti i u razdoblju od 22. do 37. tjedna trudnoće pa se takav porod naziva prijevremenim, a dijete se naziva nedonošče. Ukoliko se porod odvije nakon 42. tjedna trudnoće naziva se kasnim porodom (2).

Osim spontanog poroda postoji i inducirani porod, kao i porod carskim rezom koji su unazad nekoliko godina u značajnom porastu.

Spontani porod započinje pojavom regularnih trudova ili pucanjem plodovih ovoja prije pojave trudova, što se događa u otprilike 10% terminskih trudnoća. U žena koje rađaju prvi put može trajati otprilike 12 – 18 sati, dok u višerotki traje znatno kraće (2). Međutim o trajanju poroda je nezahvalno diskutirati, latentna faza u žena koje rađaju prvi put može trajati znatno dulje i sa sporim promjenama na vratu i ušću maternice, a na isto roditelja vrlo često nisu pripremljene.

Ako spontano ne krenu trudovi, tada se oni izazivaju i stimuliraju što se naziva induciranim porodom. Trudovi i sazrijevanje vrata maternice se također potiče ukoliko porod započne pucanjem vodenjaka uz izostanak trudova (2).

Porodna bol (trudovi) je jedinstveni prirodni dio poroda, a često se opisuje kao najjačom mogućom boli, pritom je velik broj žena ne može usporediti s nijednom drugom vrstom boli. Sadrži visceralnu i somatsku komponentu. Visceralna bol nastaje uslijed širenja ušća maternice i donjeg uterino segmenta; dok se somatska bol javlja prilikom prolaska djeteta kroz porodni kanal (11). Na doživljaj boli može utjecati strah od poroda i majčinstva, kao i pozadinski motivi i značenje navedenog. Iako se strah u određenoj mjeri smatra normalnim tijekom osjetljivog razdoblja trudnoće, poroda i prijelaza na majčinstvo; prekomjerno gomilanje straha može utjecati na suočavanje s boli, kao i čitav doživljaj poroda. Na suočavanje s boli utječe i trenutno psihičko stanje, te neko prethodno proživljeno bolno iskustvo; u višerotki je to najčešće prethodni porod. Okruženje u kojem se roditelj nalazi, kao i odnos osoblja također može utjecati na percepciju i suočavanje s boli (12)

Za ublažavanje boli tijekom poroda mogu se koristiti farmakološke i nefarmakološke metode. Epiduralna analgezija je najučinkovitija metoda uklanjanja boli, danas se sve više koristi. Osim epiduralne analgezije u farmakološke metode se ubrajaju i opioidni analgetici i inhalacijski plin

dušikov oksidul (11). Neke od nefarmakoloških metode za ublažavanje porodne boli su kretanje, muzikoterapija, korištenje pilates lopte, te primjena tehnika disanja i opuštanja (13). Porod se može ubrzati ili se može pustiti da napreduje prirodnim tokom bez primjene lijekova. Aktivno vođenje poroda uključuje prokidanje vodenjaka, primjenu infuzije oksitocina (5 ij Syntocinona + 500 ml NaCl ili 500 ml 5% Glukoza), epiduralnu analgeziju, izvođenje epiziotomije i aktivno vođenje trećeg porodnog doba. Faktori koji utječu na tok i ishod vaginalnog poroda su porođajne snage, porođajni kanal i porođajni objekt. Proces poroda se dijeli na četiri porodna doba (2).

2.1. Porođajni kanal, porođajni objekt i porođajne snage

Porođajni kanal čine koštani i meki dio. Zdjelica čini koštani dio kanala, dok meki dio kanala sačinjavaju donji uterini segment, vrat maternice, rodnica i mišićno dno zdjelice koje se pod utjecajem trudova rasteže i prilagođava vodećoj česti.

Zdjelica je građena od dvije ilijačne kosti, križne, sjedne i dvije stidne kosti koje su povezane simfizom, a lineom terminalis je podijeljena na veliku i malu zdjelicu. Mala zdjelica je izuzetno važna pri porodu jer čini koštani dio porođajnog puta. Ulaz zdjelice je poprječno ovalan, sredina zdjelice je okrugla, a izlaz je uzdužno ovalan.

Unutarnje mjere zdjelice :

Conjugata vera obstetrica – 11cm, proteže se od gornjeg ruba simfize do promontorija

Dijametar transversa – 13,5 cm, najveći poprečni promjer ulaza u malu zdjelicu

Dijametar obliquus dextri/sinistri – 12,5 cm, lijevi i desni kosi promjer ulaza u malu zdjelicu

Dijametar recta – 11 cm, od donjeg ruba simfize do vrha trtične kosti

Dijametar transversa – 11 cm, poprečni promjer izlaza iz male zdjelice, između kvrga sjedne kosti (1).

Vanjske mjere zdjelice su distantia spinarum (26cm), distantia cristarum (29cm), distantia trochanterica (32 cm) i conjugata externa Baudeelocqui (20 cm).

U svrhu praćenja mehanizma poroda duž porodnog kanala postoje zamišljene linije – Hodgeove ravnine, kojima se prati napredovanje vodeće česti. Prva ravnina se proteže od gornjeg ruba simfize do promontorija i čini ulaz u zdjelicu. Druga ravnina spaja donji rub simfize do drugog sakralnog kralješka, najširi dio zdjelice. Treća linija je interspinalna linija, najuži dio zdjelice. Četvrta linije je usporedna s ostale tri linije, a proteže se od trtične kosti.

Svaka promjena oblika i dimenzija koštanog djela porodnog kanal utječe na tijek normalnog poroda i napredovanje vodeće česti niz porodni kanal. Meki dio porođajnog kanala sastoji se

od donjeg uterinog segmenta, vrata maternice, rodnice, vulve te mišićnog dna zdjelice. Dno zdjelice sastoji se od zdjelične fascije i dva mišićna sustava diaphragma pelvis i diaphragma urogenitale, te rektuma, rodnice i uretre što prolaze kroz njih (1,2).

Porodajni objekt čini dijete, a zatim posteljica sa ovojima. Dijete predstavlja prvo i drugo porodno doba kao porodajni objekt, a posteljica treće porodno doba.

Unutar maternice plod se može smjestiti na više načina. Praesentatio ili stav je odnos vodeće česti prema porodnom kanalu – glava ili zadak. Positio ili namještaj je odnos djetetovih leđa prema stjenki maternice, a mogu biti lijevo ili desno, te sprijeda ili straga; lijevi namještaj je dva puta češći od desnog. Položaj ili situs je odnos uzdužne djetetove osi prema uzdužnoj osi maternice; može biti uzdužni, kosi ili poprječni. Uzdužni položaj je najčešći te je on jedini koji je povoljan za vaginalni porod. Habitus ili držanje označava međusobni odnos pojedinih dijelova djetetova tijela – djetetova glava je flektirana na prsa, ručice na prsnom košu su prekrížene, a noge su dvostruko flektirane (u kukovima i koljenima), leđa su lagano svinuta. Ukoliko izostane fleksija glavice mogu nastati defleksijski stavovi poput tjemenog, čeonog i ličnog stava. Porod nije nemoguć, no svakako je otežan i za majku i za dijete (1).

Prilikom normalnog poroda vodeća čest je glava koja predstavlja najveći i najčvršći dio djeteta. Čeona, zatiljna, tjemene i temporalne kosti sačinjavaju kosti lubanje, a povezane su šavovima te su lagano pomične kako bi se mogle prilagoditi porodnom kanalu. Šavovi lubanje su sutura sagitalis ili uzdužni šav, sutura frontalis ili šav čeonih kostiju, sutura lamboidea – šav zatiljne kosti s tjemenim kostima i sutura coronaria – šav tjemenih kosti s čeonom. Šavovi omeđuju i dvije fontanele – veliku i malu. Fontanele se pipaju prateći uzdužni šav. Velika fontanela je omeđena sagitalnim, s dva koronarna šava i frontalnim šavom; palpira se kao mekani četverokut. Mala fontanela se se palpira kao trokut omeđen sagitalnim i lamboidnim šavima. Kroz porod se odvijaju i kretnje glave kroz porodni kanal. Na ulazu u zdjelicu sutura sagitalis je u poprječnom ili kosom promjeru zdjelice, nakon što uđe u zdjelicu nastavlja se unutarnja rotacija kako bi prošla kroz interspinalni prostor, te se potom sutura sagitalis postavi uzdužno. Fontanele su važne radi određivanja položaja glave i namještaja djeteta (2).

Porodajne snage - trudovi svojom pojavom, učestalošću i jačinom utječu na otvaranje ušća maternice, a potom i na spuštanje vodeće česti niz porodni kanal. Trud ima svoje 3 faze : stadium incrementi – uspon, stadium acmes – vrhunac truda, stadium decrementi – popuštanje truda. Na početku se javljaju u nepravilnom razmaku, većinom su nepravilne duljine kao i trajanja samog truda. Kroz određeno razdoblje se reguliraju pa se tako javljaju trudovi u više-manje jednakom intervalu, podjednake jačine i trajanja truda. U drugom porodnom dobu, tj.

prilikom spuštanje glavice uz snažne trudove je prisutan i nagon za tiskanjem. Kontrakcije se javljaju i tijekom trudnoće, kao i u babinju, no bitno se razlikuju od trudova tijekom poroda.

(1)

2.2. Prvo porodno doba

Prvo porodno doba ili tzv. doba otvaranja počinje pojavom regularnih trudova ili pucanjem plodovih ovoja (bez trudova). Regularnim trudovima se smatra prisutnost trudova u pravilnom razmaku, te podjednake duljine, jačine i trajanja. Podijeljeno je u dvije faze, latentnu i aktivnu fazu. Latentna faza je obilježena trudovima koji djeluju na skraćivanje i omekšavanje vrata maternice, uz nešto sporije otvaranje ušća maternice (2).

Skraćivanje i nestajanje vrata maternice i otvaranje ušća razlikuje se kod prvorotkinja i višerotkinja. Kod prvorotkinja prvo nestaje vrat maternice, a zatim se otvara ušće; dok se kod višerotkinja prilikom pojave trudova usporedno odvija skraćivanje vrata maternice i otvaranje ušća (1).

Friedman je definirao razdoblja poroda kao i njegov normalan tijek i napredak, pa se tako porod najčešće prati prema njegovom partogramu (2). Završetak latentne faze bi trebao predstavljat nalaz na ušću minimalno 4 cm. Vaginalni pregledi se obavljaju svaka 2 sata kako bi se utvrdilo napredovanje poroda i otvorenost ušća.

Ovisno o načinu početka i napredovanju poroda, a ponajviše o procjeni porodničara provode se intervencije poput amniotomije (prokidanje vodenjaka) i primjene infuzije oksitocina. Jedan od načina medikalizacije poroda je i primjena epiduralne analgezije. Epiduralna analgezija se većinom primjenjuje radi želje roditelje, kako bi se uklonila bol (2).

Bol i strah koreliraju tijekom poroda, jedno je povezano s drugim te se međusobno pojačavaju. Na taj način doprinose i sporijem napredovanju poroda. Primjenom epiduralne analgezije se postiže nekoliko dobrih učinaka poput uklanjanja boli, opuštanja roditelje i povoljnog utjecaja na otvaranje ušća maternice (2). Nadalje epiduralna analgezija poput svih ostalih postupaka nosi određen rizik za razvoj mogućih komplikacija. Ukoliko se prerano primjeni može prolongirat porod, samim time povećava potrebu za primjenom oksitocina, može dovest do pada krvnog tlaka majke koji utječe i na plod. Kao kasnije posljedica najčešće je pojava postpunkcijske glavobolje, retencije urina i bol na mjestu uboda (14).

Prvo porodno doba završava kada je ušće potpuno otvoreno. Kroz prvo i drugo porodno doba je potrebno nadzirati stanje ploda, učestalost i snagu trudova, kao i reakciju ploda na trudove. U tu svrhu se primjenjuje karditokografija.

2.2.1. Kardiotokografija

Kardiotokografija je metoda nadzora ploda koja je prihvaćena i rasprostranjena na globalnoj razini. Omogućuje istovremeno praćenje fetalnih otkucaja i aktivnosti maternice. Primjena kardiotokografije je prisutna desetljećima, a primarni cilj je smanjenje perinatalnog morbiditeta i mortaliteta. Tumačenje CTG zapisa je podložno individualnoj interpretaciji i procjeni, pa su tako prisutna i različita tumačenja istog zapisa. Kontinuirana kardiotokografija tijekom poroda se preporuča u situacijama kada postoji povećan rizik za nastanak fetalne hipoksije; primjerice intrauterini zastoj rasta ploda, mekonijalna plodova vode, visokorizična trudnoća, te primjena epiduralne analgezije. Ukoliko nema predstojećih faktora za kontinuirani CTG zapis, dovoljno je povremeno snimiti CTG, a u međuvremenu slušati KČS. Povremeno snimanje CTG zapisa treba biti dovoljno dugo kako bi se mogle procijeniti osnovne značajke CTG-a. Prati se temeljna srčana frekvencija, varijabilnost, akceleracije i deceleracije. Uočavanjem bilo kakve abnormalnosti, potreban je daljnji kontinuirani nadzor ploda kako bi se utvrdila njegova kondicija i odlučilo o daljnjim postupcima. Uporabom telemetrijskog CTG-a se omogućuje kretanje majke uz istovremeni kontinuirano praćenje stanja ploda (15).

Temeljna frekvencija označuje broj KČS s približno srednjom vrijednosti koja traje dulje vrijeme. Normalna frekvencija iznosi 110 – 160/min, odstupanja iznad 160 se nazivaju tahikardijom, a ispod 110 bradikardijom. Oscilacije ili varijabilnosti se nazivaju kratkotrajne periodične promjene amplitude unutar temeljne frekvencije, neovisno o trudovima. Silentni tip predstavlja oscilaciju amplitude manju od 5/min, suženi undulacijski – amplituda između 5-10/min, undulacijski između 10-25/min i saltatorni iznad 25/min. Promjene osnovne frekvencije se nazivaju akceleracije i deceleracije. Deceleracije su usporenja KČS, ako se jave tijekom truda nazivaju se DIP I, a ako se deceleracije pojave nakon truda nazivaju se DIP II. Postoji i DIP 0, sporadične deceleracije neovisne o trudu, usporenje traje do 30 sekundi, te varijabilne deceleracije koje se javljaju najčešće radi kompresije pupkovine (2).

2.2.2 Prijem roditelja i uloga tijekom prvog porođnog doba

Rodilja najčešće dolazi u rodilište u prvom porođnom dobu, nakon što pukne vodenjak ili se pojave trudovi. Upoznavanje s roditeljom je jedan od bitnih elemenata tijekom prijema koji doprinosi daljnjoj uspješnoj komunikaciji i stvaranju uzajamnog povjerenja. Prvo što primalja mora saznati od roditelje je osjeća li uredno fetalne pokrete i zatim auskultirati KČS; nakon toga slijede svi daljnji postupci. Prilikom razgovora primalja treba prikupiti informacije o ženinoj reproduktivskoj i osobnoj anamnezi, mogućim alergijama, te o tijeku sadašnje trudnoće i razlogu dolaska. Potrebno je utvrditi početak regularnih trudova, a ukoliko je roditelja došla radi pucanja vodenjaka točno vrijeme puknuća. Rodilji se izmjeri krvni tlak, puls, temperatura, provjere se proteini u urinu, provede se mjerenje zdjelice, opsega trbuha, udaljenost fundus simfiza i snimi se prijemni CTG zapis u trajanju od 20-30 minuta (1).

Osim anamneze i podataka o tijeku trudnoće, poželjno je roditelju upitati o njenim planovima za porod, kao i o pripremi koju je prošla tijekom trudnoće. Nakon što se roditelja rutinski obradi, primalja asistira pri pregledu roditelje koji obavlja opstetričar. Vaginalnim pregledom se utvrđuje otvorenost ušća i/ili otjecanje plodove vode, te na osnovu toga opstetričar utvrđuje hoće li se roditelja primiti u rađaonu (1).

Prije smještanja u rađaonu slijede postupci poput klizme i brijanja, a za iste je potreban pristanak roditelje. Rutinska primjena klistira kao i uklanjanje dlačica je oštro osuđivano od strane raznih udruga, a u unicefovom programu "Rodilište prijatelj majki" je također navedeno kako se rutinska primjena istog treba izbjegavati. Klizma ne doprinosi otvaranju ušća, kao ni smanjenju učestalosti infekcija majke i/ili novorođenčeta (16).

Prilikom smještanja roditelje u rađaonu otvara se venski put, koji također dovodi do "jaza" između raznih udruga i struke. Otvoren venski put je u pojedinim nepredvidivim situacijama od velike važnosti, što je svakako potrebno objasniti roditelji prije postavljanja intravenske kanile kako bi razumjela svrhu postavljanja (16).

Uz roditelju u rađaoni može biti prisutna pratnja po njenom vlastitom osobnom izboru, a najčešće je to suprug. Ukoliko roditelja ima plan poroda, potrebno ga je pročitati i maksimalno uzeti u obzir želje roditelje/roditelja (16).

Već prilikom prijema primalja može procijeniti koliko je i na koji način roditelja pripremljena na porod, kao i na najvažniju životnu ulogu koja slijedi nakon poroda. Ukoliko je izostala priprema roditelje za porod tijekom trudnoće prisutan je izražen strah i/ili neznanje; koje može potencijalno dovesti do negativnog iskustva poroda. Prisutnost primalje, znanje, razumijevanje, empatija i komunikacijske vještine potenciraju stvaranje pozitivnog iskustva poroda (17).

Rodilja radi straha postaje psihički napeta, što se očituje i fizičkom napetošću. Ukočenost mišića tijela dovodi i do grča ušća maternice, dakle nastupa mehanizam strah-grč-bol (1). Primalja bi roditelji trebala ponuditi više različitih tehnika disanja i opuštanja kako bi roditelja samostalno odabrala tehniku koja joj u određenom trenutku najbolje odgovara. Ne postoji jasni dokazi koji upućuju na to da tehnike disanja i opuštanja utječu na ublažavanje boli, međutim dokazi su niske kvalitete (18). Za razliku od porođičara, primalje su gotovo uvijek sklonije psihofizičkim metodama ublažavanja boli. Fokusiranim disanjem se može djelovati na ometanje prijenosa signala boli do mozga, a djeluje i na oslobađanje endorfina – prirodnog hormona za ublažavanje boli. Neke od tehnika disanja su plitko kratko dahtanje, dijafragmalno disanje, kombinacija dubokog udaha i plitkog ispuhivanja, te vokalizacija tijekom disanja. Disanje bi se trebalo izvoditi kontrolirano, idealno je svaku tehniku savladati još tijekom trudnoće. Ukoliko roditelja nema informacije o tehnikama disanja, primalja bi ju tijekom poroda trebala podučiti tehnikama disanja. Rodilja primjenjuje tehniku disanja koja joj najbolje odgovara i koju je najlakše izvoditi tijekom pojedine faze poroda (19,20). Više manje su u rodilištima ustaljene određene tehnike disanja kojima se podučavaju sve roditelje, što ukazuje na izostanak individualnog pristupa.

Masaža je metoda koja se inače koristi za opuštanje napetosti tijela i smirivanje. Istraživanja su pokazala kako masaža povoljno djeluje na ublažavanje boli i smanjenje anksioznosti i napetosti tijekom poroda (21). Rodilju može masirati primalja ili pratnja. Osim disanja i masaže roditelju se može uputiti na neke pozitivne vizualizacije; isto tako primalja može predložiti roditelji slušanje glazbe. Glazba može biti po izboru roditelje ili prethodno sastavljena kompilacija u tu svrhu. Saznanja o muzikoterapiji i njenom povoljnom utjecaju na fizičko i psihičko zdravlje je već odavno poznato, no rijetko se primjenjuje. Djeluje opuštajuće i smanjuje anksioznost, te pobuđuje ugodne i pozitivne senzacije; a povezuje se i s ublažavanjem postporođajne anksioznosti (22). Potrebno je omogućiti maksimalno intimnu atmosferu u rađaonici s prigušenim svjetlom kako bi se pospješilo oslobađanje opuštajućih hormona (21).

Neke roditelje imaju poriv za kretanjem tijekom poroda, dok neke više preferiraju ležanje. Ukoliko stanje roditelje dozvoljava kretanja (uredan CTG zapis, nema epiduralnu i dr.) potrebno je poticati roditelju da osluškuje svoje vlastito tijelo te da se kreće u skladu s njim. Primalja može predložiti položaje, kretanje ili korištenje pilates lopte. Korištenjem pilates lopte se može ublažiti bol, povećava se prostranost zdjelice što omogućuje bolje pozicioniranje i spuštavanje glavice niz porođni kanal, a i mišići zdjelice dna su opušteniji. Prilikom položaja na lopti je važno da su kukovi iznad koljena, u suprotnom se može potaknuti kontra efekt i produljiti porod (23). Tijekom prvog porođnog doba potrebno je redovito slušati KČS, te povremeno snimat CTG,

ukoliko liječnik ne odredi suprotno. KČS se mogu slušati Pinardovom slušalicom, fetalnim dopplerom ili CTG aparatom. Osim nadzora ploda, potrebno je vršiti i nadzor vitalnih funkcija majke – tlaka, temperatura i pulsa. Rodilja tijekom poroda može povremeno unositi tekućinu, a na isto ju je potrebno podsjećati. Važno je redovito prazniti mokraćni mjehur kako ne bi ometao trudove i spuštanje glavice, te stvarao dodatnu nelagodnost i bol (1).

Ukoliko primalja zamijeti nepravilnosti u srčanoj frekvenciji ploda prilikom slušanja objasniti će roditelji potrebu za daljnjim kontinuiranim CTG monitoringom. Ako se na CTG zapisu zabilježe pre patološke ili patološke promjene obavijestiti će liječnika.

Primalje će asistirati liječniku pri vaginalnom pregledu, a prethodno će obavijestiti roditelju i pripremiti ju za pregled. Ukoliko je roditelja suglasna izvode se daljnje intervencije poput prokidanja vodenjaka, uključivanja infuzije oksitocina, primjene epiduralne analgezije.

Prokidanjem vodenjaka, a posebno primjenom infuzije oksitocina trudovi postanu intenzivniji i češći što je roditelji potrebno objasniti, kao i njihovu svrhu - ubrzavanje i skraćivanje poroda radi nje i/ili djeteta. Ako roditelja iskaže želju za epiduralnom analgezijom, primalja će obavijestiti liječnika koji poziva anesteziološki tim. Ukoliko ne posjeduje znanje o učinku, prednostima i posljedicama epiduralne analgezije roditelji treba pružiti osnovne informacije.

Primalja kontinuirano prati CTG zapis, posebice nakon primjene epiduralne analgezije kada radi mogućeg pada tlaka majke posljedično može nastupiti fetalna bradikardija (2).

Nastupe li bilo kakve promjene na CTG zapisu treba obavijestiti liječnika. Premda neke promjene ne ukazuju odmah na patološka zbivanja liječnik mora biti obaviješten i upućen.

2.3. Drugo porodno doba

Drugo porodno doba je doba spuštanja vodeće česti i izгона djeteta, u prvotki traje oko dva sata, a u višerotki oko sat vremena. Prilikom spuštanja glavice se javljaju potresni trudovi/naponi, te pritisak trbušne preše koji omogućuju spuštanje djeteta niz porodni kanal, a potom i sami izgon djeteta (1).

Vrlo često se u toj fazi primjenjuje dirigirano tiskanje, prilikom kojeg se roditelju „učiti“ tehniku tiskanja i upućuje se na primjenu iste kako bi se proces ubrzao. Navedeno podrazumijeva da će se roditelja postaviti u položaj na leđima, noge su flektirane, a rukama se drži za hvatače. Prilikom dolaska truda duboko udahne, drži dah, glavu prisloni na prsa i snažno tiska prema dolje (1). Opisana tehnika se naziva Valsalva manevar, za koji postoji sve više dokaza da nema značajne dobrobiti za majku i za novorođenče. Dugotrajno zadržavanje daha, pri čemu se zatvara glotis i povećava abdominalni tlak može utjecati na opskrbu fetusa kisikom. Tehnika se često

primjenjuje u rodilištima, a da se pritom ne uzimaju u obzir njene posljedice. Neke posljedice preranog dirigitiranog tiskanja su nepotrebno umaranje roditelje, ometanje normalne rotacije i prirodnog spuštavanja vodeće česti (24). Od svih posljedica, najznačajnija je ona psihološka koja se najmanje spominje; a to je osjećaj roditelje da nije dovoljno dobro napravila ono što se od nje traži. Isto tako prilikom primjene dirigitiranog tiskanje, posebno onog prijevremenog uz dilataciju porodnog kanala postoje veće šanse za ozljede međice kao i za povećanim izvođenjem epiziotomije (24).

Osim vaginalnim pregledima, glavica se u drugom porodnom dobu može napipati i izvana, tada se primjenjuje Schwarzenbachov hvat (pritisak prstima na predio između krstačne kosti i anusa) ili De Leejev hvat (pritisak prstima sa strane velike stidne usna) (1).

Kao što je već spomenuto, prilikom poroda djeteta mogu nastat ozljede međice ili se međica ureže; tj. napravi se epiziotomija. Epiziotomija je naziv za kirurški vaginoperinealni rez kojim se proširi introitus rodnice, skraćuje se koljeno porodnog kanala i omogućuje se brži i lakši izlaz vodeće česti. Epiziotomija se ovisno o procjeni, kao i o stavu ustanove urezuje mediolateralno, lateralno ili medijalno (1). Svrha epiziotomije, kao i njene stvarne indikacije se kontinuirano istražuju. Stopa od 10% epiziotomija se smatra prihvatljivom i zadovoljavajućom, a to je preporuka od strane svjetske zdravstvene organizacije (25).

Epiziotomija se izvodi prema individualnoj procjeni od strane porodničara ili primalje, a kao indikacije prednjače akutna fetalna hipoksija, čvrsta (rigidna) međica, dovršenje poroda vakum ekstrakcijom i porod zatkom (2,17). Ako se epiziotomija ureže u vrhuncu naponu, te glavica izađe netom nakon urezivanja roditelja neće ni osjetiti rez. Isto tako, pravovremenim urezivanjem epiziotomije se sprječava obilnije krvarenje, jer glavica vrši hemostazu kompresijom na krvne žile mišićnog dna. Preranim urezivanjem međice krvarenje je obilnije, a dilatacijom međice nakon reza se odiže vaginalne epitel od mišićne fascije što rezultira težim i dugotrajnijim šivanjem, te predstavlja veći rizik za nastanak hematoma kao i dehiscencije rane (1). Epiziotomijom se sprječavaju i moguće veće ozljede međice, analnog sfinktera i rektuma. Ozljede međice se dijele u četiri stupnja:

I stupanj – minimalne ozljede kože i sluznice rodnice, bez ozljeda mišića.

II stupanj - zahvaćeni su površinski i duboki perinealni mišići.

III stupanj – zahvaćeni su unutarnji ili vanjski mišići analnog sfinktera, a dijele se još na 3 stupnja. 3A – manje od 50% mišićnih niti vanjskog analnog sfinktera. 3B – više od 50% mišićnih niti vanjskog nalanog sfinktera. 3C – razdor unutrašnjeg analnog sfinktera uz kompletan razdor vanjskog sfinketra

IV stupanj – zahvaćeni su svi mišići i oštećena je mukoza rektuma (2).

Naime istraživanja su potvrdila kako je medijalna epiziotomija povezana s češćim ozljedama analnog sfinktera, dok su kod mediolateralne epiziotomije takve ozljede manje česte. S obzirom da se i dalje preispituju njene prednosti kao i nedostaci, epiziotomija nipošto ne bi smjela predstavljat rutinski postupak (26). Nakon poroda novorođenče se polaže odmah majci na trbuh, obriše ga se i utopli. Pupkovina se podvezuje i prereže nakon što prestane pulsirat, a potom je novorođenče potrebno izvagati i izmjeriti, te staviti identifikacijske brojeve majci i novorođenčetu (2).

2.3.1. Uloga primalje tijekom drugog porodnog doba

Drugo porodno doba predstavlja najstresniji period za novorođenče i majku. Rodilja osjeća napone, te se zamjećuju sve popratne pojave uslijed toga – uočavaju se promjene u disanju i vokalizaciji i vidljivi su nevoljni i spontani naponi trbuha (1). Preporuka je izbjegavanje prijevremenog aktivnog tiskanje, pošto nisu uočeni benefiti istog (osim u iznimnim situacijama). Spontano tiskanje rodilje nema previše nepovoljan utjecaj na novorođenče, te istovremeno omogućuje bolju pripremu mišićnog dna zdjelice, što pak rezultira manjim brojem razdora međice i izvođenjem epiziotomije (25). Važno je rodilju usmjeravat i podsjećat na pravilno disanje, te na opuštanje mišićnog dna kako ne bi kočila spuštanje glavice. Nakon što glavica savlada otpor mišića međica je izbočena, anus je dilatiran a glavica se ne uvlači nakon truda. Primalja će podučit rodilju tehnici aktivnog tiskanja. Rodilja se smjesti u položaj za rađanje (najčešće polu ležeći) te se uz aktivno (ili spontano) tiskanje rodilje porodi prvo glavica, prednje rame, stražnje rame te potom i trup novorođenčeta. Tehnike porađanja, kao i tehnike čuvanja međice ili izvođenja epiziotomije se razlikuju među ustanovama. U većini rodilišta se izvodi čuvanje međice pritiskom desne ruke na međicu i laganim pritiskom lijeve ruke na djetetovu glavicu kako bi se spriječio njen nagli izlazak. Naime, postoji i “hands off” tehnika u kojoj se ne štiti međica niti se pridržava glava kako bi se usporio njen izlazak, a rodilja lagano, spontano i dozirano tiska, susprežući se od pretjerano snažnog tiskanja. Nakon poroda glavice ramena se također rađaju spontano. Primalja ima spremne ruke kako bi mogla reagirat ukoliko primijeti da bi moglo doći do brze ekspulzije glavice i djeteta (27).

Epiziotomija će se urezat ukoliko se procijeni jasna indikacija za urezivanjem.

Nakon što se novorođenče porodi potrebno ga je položiti majci na trbuh, osušiti ga i utoplit. Ako ne postoji jasna indikacija, pupkovina se ne bi trebala podvezivati odmah nakon poroda no stavovi i prakse su različiti. Prema preporuci unicefa kontakt koža na kožu se ne bi trebao

prekidat radi mjerenja i vaganja novorođenčeta, međutim takva praksa je izuzetno rijetka u rodilištima, ili je gotovo nema.

Prije presijecanja pupkovine primalja stavi dva peana na pupkovinu (kod introitusa rodnice i otprilike 10 cm od djeteta), a potom stavi plastičnu stezaljku 4 cm od novorođenčeta i prereže pupkovinu. Pupkovinu može prerezat i pratnja.

Novorođenče se po porodu ocjenjuje prema Apgarovoj u prvoj i petoj minuti života (2). Nakon poroda je važno pregledati dijete s ciljem uočavanja kongenitalnih anomalija, eventualnih ozljeda ili nekih drugih nepravilnosti. Ukoliko se isto uoči primalja je dužna obavijestiti liječnika, po potrebi i neonatologa koji dalje informiraju roditelje. Novorođenče se izvaže i izmjeri, učini se opskrba pupka i zaštita očiju. Primalja osuši i utopli novorođenče, stavi ga na majku u “žablji položaj” – leži potrbuške, noge su flektirane a glavica se nalazi u razini majčinih prsa, okrenuta na stranu (16). Primalja provjerava s liječnikom, a potom i s majkom brojeve na identifikacijskim narukvicama novorođenčeta i majke, koje stavi majki i novorođenčetu uz izričitu uputu kako se ne smiju skidati do odlaska iz rodilišta (1).

Tijekom poroda pod djelovanjem trudova i prolaskom glave kroz porodni kanal može nastati caput succedaneum – porodna otekline (1). Roditeljima je potrebno objasniti kako je to normalna pojava i da će kroz narednih dan, dva nestati.

Premda će primalja cijelo vrijeme nadzirati majku i novorođenče, potrebno je uputiti roditelju da promatra novorođenče i njegovo ponašanje. Važno je spomenuti da za vrijeme kontakta “koža na kožu” novorođenče prolazi 9 instinktivnih faza, te da ga se u tom periodu ne smije ometati. Vrlo često se plač protumači kao da novorođenčetu nešto ne odgovara pa ga se bespotrebno odize od majke ili ga se pokušava namjestiti na prsa (16).

	0 bodova	1 bod	2 boda
Srčana frekvencija	Nema srčane akcije	Usporena <100	>100
Pokreti disanja	Nema	Površni, nepravilni	Dobri, plač
Mišićni tonus	Mlohav	Slabi usporeni pokreti	Živahni pokreti
Refleksi na podražaj	Bez reakcije	Grimase	Krepki plač, kašalj, kihanje
Boja	Blijeda, plava	Trup ružičast Ekstremiteti plavi	Ružičasta

Tablica 2. Prikaz Apgar sustava bodovanja

Za vrijeme čitavog poroda primalja treba održavat dobru komunikaciju, pružat emocionalnu i psihičku podršku roditelji, bodrit je, dat roditelji do znanja kako se sjajno nosi s porođnom boli, te kako sve odlično radi (17). Održavanjem dobre komunikacije, empatijom i individualnim pristupom doprinosi se stvaranju pozitivnog iskustva poroda. Primalja surađuje sa ženom, a pritom joj ne smije nametati svoja vlastita uvjerenja niti stavove (17).

2.4. Treće porodno doba

Porodom djeteta završava drugo porodno doba, te nastupa doba posteljice ili treće porodno doba. Praćeno je manje intenzivnim trudovima kojima je svrha odljuštenje posteljice. Pri središnjem ljuštenju posteljice - prema Schultzeu stvara se središnji retroplacentarni hematoma te se potom odiže sredina posteljice, koje se potom odljušti i pojavi u introitusu rodnice fetalnom stranom. Rubnim načinom - prema Duncanu posteljice se ljušti rubnim dijelom, te je tijekom ljuštenja prisutno kontinuirano lagano krvarenje (1).

Prije samog poroda posteljica potrebno je utvrditi i provjeriti znakove odljuštenja. Ako se posteljica odljuštila i pala u donji uterini segment, maternica će se lagano izdignut 2-3 poprečna prsta desno. Ukoliko se roditeljica žali na pritisak na debelo crijevo radi se o Kleinovom znaku. Ahlfeldov znak će pokazati da se traka ili pean (postavljen na pupkovinu ispred introitusa rodnice) spustio za 10 cm od vulve. Kustnerovim znakom će se pritiskom iznad simfize provjeriti Ahlfeldov znak, a ukoliko i nije postavljena tračica, jasno će se vidjeti uvlačenje pupkovine; ili se neće uvlačiti ukoliko je posteljica odljuštena. Dodirom dna (fundusa) maternice se može uočiti kako se dodir (pomicanje) ne prenosi na pupkovinu, te se taj znak naziva Strassmanov znak (2).

Nakon što se ustanovi da je posteljica odljuštena, može se poroditi. Roditeljica može potisnuti i samostalno poroditi posteljicu, a može se primijeniti Credeov hvat uz potisak roditeljice ili „cord traction“ (1,2). Ako zaostanu plodovi ovojni, posteljicu lagano rotiramo u jednom smjeru kako bi se odljuštili. Ukoliko se plodovi potpuno odvoje od posteljice i ukazuju se u introitusu rodnice može se primijeniti instrument, npr. pean kojim će se rotirajućim pokretima izvući plodovi ovojni (1).

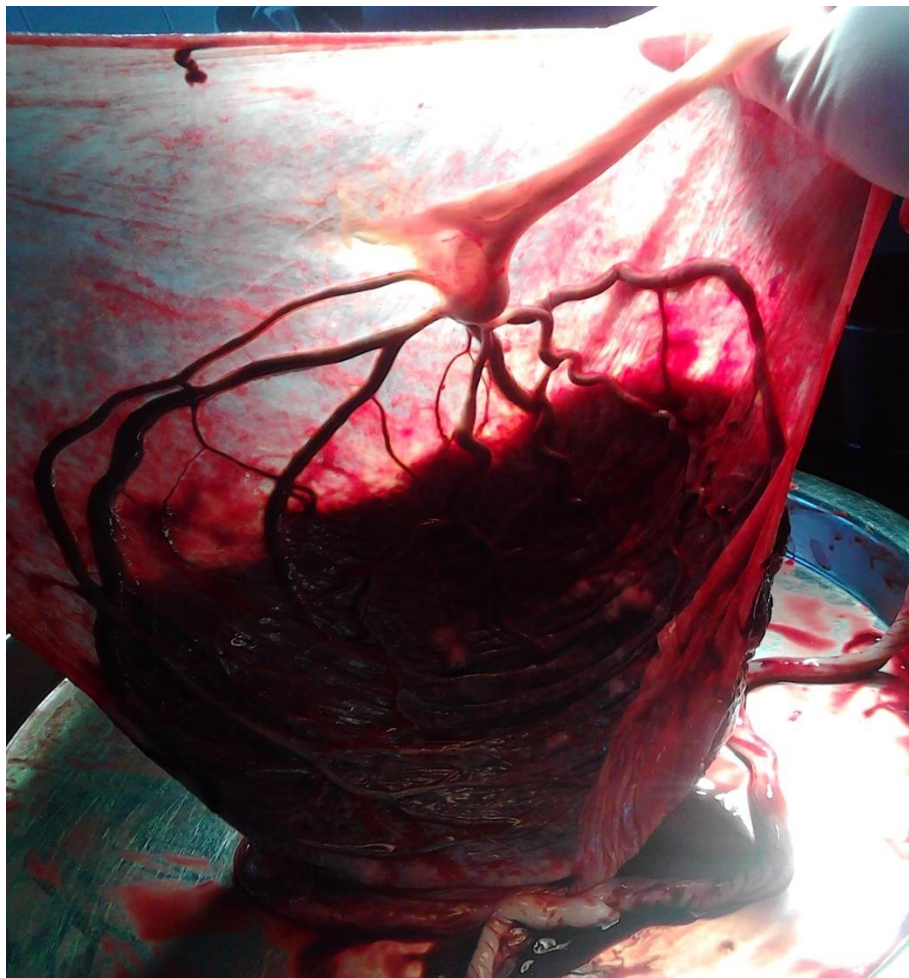
Kada se posteljica porodi potrebno ju je detaljno pregledati kako bi se isključila mogućnost zaostalog komadića posteljice, kao i moguće posteljice „privjeska“ – placente succenturiate. Pregledavaju se kotiledoni, te plodovi ovojni, insercija pupkovine i njena duljina (1).

Danas se treće porodno doba vodi aktivno, primjenjuju se uterotonici (najčešće 5 i.j Syntocinona) kako bi se posteljica što prije odljuštila i kako bi se smanjio gubitak krvi, primjenjuju se netom nakon poroda djeteta.

U situacijama kada se posteljica ne odljušti, ili nedostaje dio posteljičnog tkiva pristupa se manualnom uklanjanju zaostale posteljice ili posteljičnog tkiva (2).

Uloga primalje tijekom trećeg porodnog doba :

- primijenit uterotonik iv ili im radi smanjenja krvarenja i bržeg ljuštenja posteljice (po završetku izgona djeteta)
- kontrolirat krvarenje
- provjerit mokraćni mjehur – po potrebi ispraznit mjehur kateterom
- provjerit znakove odljuštenja posteljice
- polagano bez snažnih povlačenja porodit posteljicu uz tiskanje roditelje
- prikazat posteljicu liječniku
- psihofizički pripremit roditelju za manualno uklanjanje posteljice ili posteljičnog tkiva ukoliko je zaostalo
- po porodu posteljice kontrolirat krvarenje i kontrahiranost uterusa



Slika 1. Prikaz posteljice

Izvor: privatni album

2.5. Četvrto porodno doba

Četvrto porodno doba nastupa nakon poroda posteljice a traje 2 sata, predstavlja prijelazno razdoblje prema babinju. Tijekom tog razdoblja se saniraju eventualne ozljede porodnog kanala ili epiziotomija. Praćeno je kontrakcijama, a odvija se miotamponada i trombotamponada – stezanje i zatvaranje lumena krvnih žila i stvaranje tromba na otvoru krvnih žila (1).

Uloga primalje tijekom četvrtog porodnog doba:

- asistirat liječniku prilikom šivanja ureza ili razdora međice
- educirat majku o higijeni i daljnjem zbrinjavanjem rane
- kontrolirat visinu fundusa, kontrahiranost maternice, krvarenje i izgled međice
- pratit stanje majke i novorođenčeta
- objasniti roditeljima normalno ponašanje novorođenčeta (primitivni refleksi, period spavanja)
- pomoć pri uspostavljanju prvog dojenja nakon što prođe 60 minuta kontakta „koža na kožu“
- educirati o prednostima i važnosti dojenja

4. Novorođenče

U maternici je plod okružen mrakom, nalazi se u plodovoj vodi koja mu omogućuje gotovo bestežinsko stanje, temperatura je optimalna i bez većih oscilacija. Prilikom poroda čitavo tijelo novorođenčeta bude izloženo brojnim mehaničkim djelovanjima, poput pritisaka, rastezanja i savijanja. Nakon izlaska je suočeno s prvim udahom, prilagodbom na svjetlo i na novu temperaturu. Novorođenče se po porodu kontinuirano prilagođava ekstrauterinim uvjetima života, a neke funkcije se prilagođavaju mjesecima.

Otprilike oko 90% novorođenčadi je pri rođenju težine između 2,5 i 4,1 kg, a duljine između 46 i 54 cm. Fiziološki pad od 7-10% nastupa prvih nakon poroda, a uzrokovan je izbacivanjem mekonija i urina, te manjim unosom tekućine u odnosu na gubitke. U razdoblju od 10 do 14 dana novorođenče se vrati na porodnu težinu. Fiziološki pad može biti manji i kraćeg trajanja ukoliko novorođenče što prije počne sisat. Na kraju prvog mjeseca težina novorođenčeta bi trebala biti 10 – 20% veća od porodne.

Prvih dana života novorođenčetu se može ljuštiti koža, dok se kod nekih može pojaviti eritem ili makulozni osip. Od promjena na koži mogu se još zamijetiti i milie (nakupine loja u izvodnim kanalima žlijezdi) koje nastaju pod utjecajem majčinih hormona.

Uslijed djelovanja hormona nastaje hipertrofija sisica kod oba spola.

Trećeg dana života se pojavljuje fiziološka žutica, u gotovo trećine novorođenčadi, nestaje za nekoliko dana. U dojene djece se javlja žutica produljena trajanja (laktacijska).

Mekonij je prva stolica novorođenčeta – crno zelena, ljepljiva, bez mirisa, a nastupi obično kroz 12 sati od poroda, a nerijetko nastupi i nakon poroda. Novorođenče mokri neposredno po porodu, a nakon toga može proći dulje razdoblje bez mokrenja.

U novorođenčeta je izražen primitivni refleks traženja i sisanja koji se uočava već nakon nekoliko minuta od poroda. (novorođenče će reagirati pokretima sisanja na svaki predmet koji mu se stavi u usta).

Donošeno zdravo novorođenče je prilikom mirnog i budnog stanja u totalnoj fleksiji, pretjerana mlohavost, kao i grčevito uvijanje predstavlja patološki znak (28).

Novorođenčetu je dolazak na svijet izrazito stresan, a kontakt „koža na kožu“ olakšava prilagodbu novorođenčeta. Ostvarenje kontakta „koža na kožu“ povoljno utječe na novorođenče i majku. Novorođenče se kolonizira majčinih bakterijama, stabiliziraju su vitalne funkcije kao i razina glukoze u krvi (29).

Kako se veza između majke i djeteta razvija još tijekom trudnoće, ovaj period predstavlja jedinstveni nastavak privrženosti, pozitivno djeluje na emocionalno stanje roditelja.

Novorođenče tijekom tog razdoblja koordinira svih pet osjetila - vid, sluh, miris, okus i dodir. Instinktivno ponašanje novorođenčeta može se promatrati kroz 9 stadija ili faza. Prva faza je porođajni plač koji se javlja odmah nakon rođenja. Pluća se šire, a novorođenče udiše zrak. Praćeno je s motoričkim pokretima djeteta. Potom slijedi druga faza koja se naziva faza opuštanja, novorođenče je opušteno i nema značajnih pokreta. Nakon 2-3 minute nastupa faza buđenja, novorođenče pokreće glavu i ramena, povremeno otvara oči i usta. Potom slijedi aktivna faza s intenzivnijim kretanjama ekstremiteta, odguravanjem stopalima, podizanjem i okretanjem glavice. Peta faza se naziva faza odmora, a može nastupiti bilo kada unutar 60 min nakon poroda. Šesta faza nastupa otprilike 30 min nakon poroda, novorođenče se približava prema bradavici, te se nastavlja sedma faza – faza upoznavanja. Faza upoznavanja se odnosi na upoznavanje novorođenčeta s dojkom lizanjem, masiranjem i dodirivanjem. Motoričke kretnje su intenzivnije i više koordinirane. Započinje 40 – 45 minuta nakon poroda. Otprilike 60 minuta nakon poroda novorođenče prihvaća dojku i siše. Nakon toga slijedi faza spavanja.

Sve faze, osim druge koja se pripisuje stresu prolaska kroz porodni kanal; povezane su s fetalnim ponašanjem u maternici (30).

2.6. Carski rez

Carski rez je najčešća instrumentalno manualna operacija u porodništvu kojom se dijete vadi iz maternice otvaranjem trbušna šupljine i incizijom maternice. Može se izvoditi u regionalnoj ili općoj anesteziji. Carskom rezu se pristupa kada za njega postoje jasne indikacije, bilo prije samog početka poroda ili u tijeku poroda. Neke od indikacija za carski rez su sužena zdjelica, placenta praevia, abrupcija posteljice, ruptura uterusa, kefalopelvina disproporcija, distocija, položaj zatkom ili poprječni položaj djeteta, abnormalni stavovi djetetove glavice, vitalna ugroženost majke ili novorođenčeta, eklampsija, fetalna hipoksija itd. Poput svake operacije i zahvata, carski rez također nosi i određene komplikacije, primjerice obilno krvarenje, infekcija, oštećenje okolnih tkiva i organa, duboka venska tromboza i dr. (31). S carskim rezom se povezuje i kasnije otežano uspostavljanje dojenja, što predstavlja dodatni stres za majku i novorođenče. Nadalje, kao moguće dugoročne posljedice za djecu rođenu carskim rezom se spominju astma, dijabetes melitus tip I, alergije, pretilost i smanjene kognitivne funkcije (32). Osim jasno indiciranih carskih rezove, postoji i carski rez na zahtjev majke, koji se oštro osuđuje od strane struke s obzirom na ionako veliki porast njegova izvođenja radi medicinskih indikacija.

Kao razlog od strane majke se često navodi strah od poroda, koji je osim u prvorođenci zamijećen i kod višerođenci. Prethodno negativno iskustvo majke navodi se kao najčešći razlog straha od budućeg poroda (33).

Tijekom vaginalnog poroda mogu nastupiti komplikacije ili stanja koja ugrožavaju stanje majke i/ili novorođenčeta poput asfiksije, abrupcije posteljice, prolapsa pupkovine i ruptur maternice što zahtjeva hitno dovršenje poroda.

Porod carskim rezom vrlo često predstavlja spasonosno rješenje za majku i/ili novorođenče; osim u takvim hitnim situacijama prije njegovog izvođenja bi se trebale utvrditi jasne indikacije.

Stopa carskih rezova u svijetu kontinuirano raste zadnjih desetljeća. 2020. godine je u Hrvatskoj carskim rezom dovršeno 9.472 trudnoća, što čini 26,6% ukupnog broja poroda (3).

Uloga primalje:

- psihofizički pripremit roditelju za zahvat (ukratko objasniti tijek operacije, ukloniti dlačice suprapubičnog područja)
- primijeniti ordiniranu premedikaciju (antibiotik, iv kristaloidne otopine)
- primiti novorođenče u op. sali te učiniti prvu opskrbu novorođenčeta
- provjeriti s liječnikom, a potom i s majkom (ukoliko nije u općoj anesteziji) brojeve na identifikacijskim narukvicama novorođenčeta i majke, postaviti narukvice uz izričitu uputu kako se ne smiju skidati do odlaska iz rodilišta
- roditelje informirati o mjerama djeteta
- uspostaviti kontakt koža na kožu s ocem djeteta za vrijeme boravka majke u op. sali
- po dolasku iz op. sale kontrolirati vitalne funkcije majke, kontrolirati krvarenje, visinu fundusa, kontraktilnost maternice i op. ranu
- obavijestiti liječnika u slučaju slabe kontraktilnosti uterusa, obilnije krvarenja, svježeg obilnog krvarenja iz područja reza
- primijeniti ordiniranu terapiju (iv analgetici i kristaloidnih otopina)
- evidentirati unos tekućine (per os i intravenozno) i iznos tekućine
- isprazniti mokraćni mjehur kateterom ukoliko se babinjača ne može samostalno pomokriti
- uputiti babinjaču o daljnjem zbrinjavanju rane kao i o metodama olakšavanja boli i zatezanja prilikom kretanja/kašljanja/kihanja („pridržavanje“, lagano pritiskanje reza radi ublažavanja boli i izbjegavanja nelagodnog osjećaja)
- uspostaviti kontakt koža na kožu novorođenčeta s majkom ukoliko se dobro osjeća
- pomoć pri uspostavljanju prvog dojenja

2.7. Alternativne metode poroda

Sukladno mogućnostima rođilišta i ispunjenim preduvjetima rođilja može roditi na stolčicu, u vodi ili odabrat neki drugi položaj za rađanje kao što je čučajući, koljeno-lakatni, bočni ili stojeći. Porod na stolčicu i ostali položaji mimo ležećeg su povezani s redukcijom epiziotomija, efektivnijim trudovima i kraćim trajanjem drugog porodnog doba. Također je zamijećena bolja oksigenacija majke, no uočen je subjektivno veći gubitak krvi. Prvi porod na stolčicu u Hrvatskoj je obavljen u Osijeku 2002. godine (2).

Porod u vodi (kadi) je moguć samo ukoliko se radi o posve urednoj terminskoj trudnoći i spontanom početku poroda koji je urednog tijeka. Temperatura vode ne smije biti iznad 37 stupnjeva radi hipertermije majke i novorođenčeta. Stanje ploda se kontinuirano prati telemetrijskim CTG-om. Porodom u vodi se novorođenčetu omogućuje nježniji dolazak na svijet, a rođilji se ublažava bol i osjeća se ugodnije. Porod u vodi ostavlja pozitivan dojam na roditelje. U Hrvatskoj je prvi porod u kadi je obavljen u Rijeci 2003. godine (2).

2.8. Pratinja na porodu

Pratinja na porodu može povoljno utjecati na emocionalnu i psihološku dobrobit rođilje, a najčešće je pratinja na porodu otac djeteta. Prisustvo partnera dovodi do smanjenja anksioznosti, boljem podnošenju boli i doprinosi pozitivnom iskustvu poroda. Međutim, postavljene su i neke sumnje u dobrobit prisustva partnera, posebno ukoliko ne želi biti na porodu, već je "prisiljen", nije aktivno uključen, već je pasivan. Tada njegova napetost, nervoza i tjeskoba mogu nepovoljno utjecati na doživljaj i tijek poroda. Partneri najčešće strahuju se neće znati nositi sa situacijom, te da će se uspaničiti ili da će ih uznemiriti ženina bol. Potrebno ih je aktivno uključiti u proces poroda, kako se ne bi osjećali beskorisnima (34).

Iako se promovira prisutnost partnera na porodu, ne treba se zanemariti činjenica o motivima za prisustvo na porodu i o njihovom nepovoljnom utjecaju na rođilju. Michel Odent je prisutnost partnera na porodu povezao s povećanjem dovršenja poroda carskim rezom. Kazao je kako prisustvo partnera pojačava anksioznost žene prilikom čega se ometa djelovanje oksitocina i napredak poroda (35).

Prema istraživanju udruge “Roda” 2019. godine je 61,9% žena imalo pratnju bliske osobe pri porodu, a od žena koje nisu imale pratnju na porodu njih 46% je izjavilo kako nisu željele pratnju (10).

Posljednjih godina u Hrvatskoj je popularizirana prisutnost doula na porodu.

2.8.1. Doula

Doule su u svijetu odavno prepoznate kao važna podrška ženi tijekom poroda. Osim kroz sami porod doula pruža potporu ženi i njenoj obitelji u trudnoći i periodu nakon poroda. Doula pruža emocionalnu i fizičku potporu roditelji tijekom trudnoća, ne izvodi nikakve medicinske tehničke postupke tijekom skrbi; ne donosi odluke umjesto roditelje i ne komunicira u ime roditelje sa zdravstvenim osobljem. Doule prolaze obuku kojom dobivaju Dona international certifikat (36). Neke studije su pokazale kako kontinuirana prisutnost doule može povoljno utjecati na tijek i ishod poroda, kao i na doživljaj poroda (37).

5. PUERPERIJ ILI BABINJE

Nakon poroda nastupa razdoblje koje se naziva puerperij ili babinje, a žena se u tom periodu naziva puerperom ili babinjačom. Traje 6-8 tjedana, te ja kao i trudnoća obilježeno brojnim psihičkim i fizičkim promjenama. Promjene prvenstveno uključuju povratak organa na prijašnju veličinu i funkciju, te endokrine promijene koje nastaju gubitkom posteljice te početkom laktacije. Glavne karakteristike procesa puerperija su: proces zacjeljivanja rane, involucijski procesi, uspostavljanje ovarijske funkcije te uspostavljanje laktacije odnosno dojenja. Najizraženiji involucijski proces se događa u maternici. Nakon poroda maternica, odnosno fundus ili dno maternice se nalazi u visini pupka kod višereotki, a kod prvoroćki između simfize i pupka, otprilike 2 poprječna prsta ispod pupka. Nakon toga se svakim danom postepeno za jedan poprječni prst spušta, a 10. do 14. dan se u potpunosti vrati u malu zdjelicu. Kroz period babinja se luči sekret maternice – lohije. Lohije se dijele na krvave lohije koje traju od 1. do 6. dana, smeđe koje se javljaju od 7. do 14. dana te prljavo žute i sivo bijele lohije koje traju sve do kraja trećeg tjedna babinja (1). Cervikalni kanal se u potpunosti formira oko 10. dana nakon poroda, no izgled vanjskog ušća ne poprima izgled kao prije poroda. Nakon poroda vanjsko ušće nije okruglog oblika, već poprima poprečno ovalni oblik. Oporavak, tj povratak tonusa mišićnog dna traje nešto dulje, rodnica se nikada ne vrati na prvobitno stanje prije poroda. Stjenka rodnice je nakon poroda stanjena, suha i osjetljiva, posljedično radi manjka estrogena; koji je na nižim razinama tijekom dojenja. Pojava prve menstruacije ovisi o dojenju, ukoliko majka ne doji menstruacija se javlja krajem babinja (38).

Rana od epiziotomije, ozljeda međice ili carskog reza može narušiti mobilnost babinjače radi boli i zatezanja, preporuča se uzimanje analgetika po potrebi. Ukoliko se pravilno provodi higijena zacjeljuje bez poteškoća. Prvih dana po porodu se pojačano izlučuje urin, posljedično radi gubljenja hormona trudnoće koji su uzrokovali nakupljanje izvanstanične tekućine. Prva spontana stolica nakon poroda nastupa najkasnije treći dan po porodu. Ukoliko ne nastupi spontano potrebno je primijeniti laksativno sredstvo (1). Po porodu se zna pojaviti retencija urina koja je češća nakon primjene epiduralne analgezije, a može se javiti i radi pritiska na mokraćnu cijev tijekom poroda, edema ili jednostavno smanjenog tonusa mokraćnog mjehura nastalog još tijekom trudnoće. Tijekom trudnoće krv majke je hiperkoagulabilna, što se nastavlja i tijekom babinja pa postoji povišen rizik nastanka duboke venske tromboze i plućne embolije. U periodu od 4 – 8 tjedana se promjene vraćaju na stanje prije trudnoće.

U razdoblju babinja se djelomično ili potpuno povlači tamna pigmentacija, edemi splašnjavaju, strije postaju manje vidljive. Opuštenost ligamenata i mišića nastala još u trudnoći se tijekom babinja vraća u normalu, ojačavanju će pridonijeti izvođenje lagane tjelovježbe (38).

Razdoblje babinja je obilježeno i oscilacijama u raspoloženju i emocijama. Takvo stanje se definira kao “baby blues”. Obično nastaje uslijed hormonalnog balansa, ili kao odgovor na novonastalu nepoznatu situaciju. Promjene u ponašanju i raspoloženju su prihvatljive i nije potrebna intervencija ukoliko završava unutar 2 tjedna od poroda. Obilježeno je plačljivošću, osjećajem tuge, razdražljivošću i manjkom koncentracije (39). Nakon što majka i novorođenče napuste rodilište njihov nadzor nastavljaju patronažne sestre.

Jedno od najvažnijih obilježje babinja je dojenje.

4.1. Dojenje

Dojke se još za vrijeme trudnoće pripremaju za dojenje. Pod utjecajem hormona koje luči posteljica, estrogena i progesterona dolazi do proliferacije žljezdanog tkiva dojke i strome, granjanja kanalića, razvoja sustava režnjića i alveola. Za vrijeme trudnoće počinje se odvijati i sekretorna faza, pa se tako već nakon 16. tjedna trudnoće može izlučiti tek nekoliko neznatnih mililitara kolostruma, posebice pred kraj trudnoće. Naime, progesteron i estrogen dovode do fizičkog razvoja dojke u žlijezdu koja luči mlijeko, međutim istovremeno sprječavaju njegovo lučenje tijekom trudnoće. Nakon što se porodi posteljica, padnu razina estrogena i progesterona, a znatno poraste razina prolaktina što dovodi do daljnjeg obilnijeg lučenja mlijeka. Tijekom perioda dojenja na stvaranje i otpuštanje mlijeka djeluju prolaktin i oksitocin, a za održavanje dojenja i količine mlijeka je najvažnije redovito pražnjenje dojki (40).

Dojenje je najprirodniji način prehrane novorođenčadi i dojenčadi. Majčino mlijeko je u potpunosti prilagođeno djetetovim potrebama, te je kao takvo idealno za prehranu do 6 mjeseci starosti, a preporuka je i dulje uz uvođenje ostalih namirnica. Prvo majčino mlijeko naziva se kolostrum, izlučuje se kroz prvih 5 dana, njegova imunološka funkcija je veća nego hranjiva. Drugi do treći dan od poroda se javlja punoća u prsima radi naviranja veće količine mlijeka. Nakon kolostruma se izlučuje prijelazno mlijeko, otprilike u razdoblju od 7. do 14 dana, te se potom počinje lučiti zrelo mlijeko (41). Sastav majčina mlijeka se mijenja tijekom razdoblja dojenja, čak i tijekom jednog dojenja; što je značajka zrelog mlijeka. Zrelo mlijeko na početku podoja sadrži više vode i ugljikohidrata, a privođenjem podoja pri kraju povećava se udio masti koje zasićuju dijete (42).

Dojenje predstavlja čitav niz prednosti za novorođenče i majku. Prvenstveno majčino mlijeko je idealno prilagođeno djetetu za njegov rast i razvoj, pruža imunološku zaštitu, manja je učestalost bolesti probavnog, mokraćnog i dišnog sustava, manja pojavnost karijesa. Dojenjem se kod majke smanjuje mogućnost nastanka raka dojke i jajnika, pridonosi bržem oporavku nakon poroda i gubitku tjelesne težine. Između ostalog pospješuje vezanost majke i novorođenčeta, te je potpuno besplatno i uvijek dostupno (43).

Kontakt “koža na kožu” barem 60 minuta nakon poroda i stalni boravak majke s novorođenčetom - “rooming in” povoljno djeluju na uspostavu i daljnji tijek dojenja, povećava šanse za nastavak dojenja nakon izlaska iz rodilišta (41).

Kako bi se povećala stopa dojenja pokrenuta je inicijativa “Rodilište prijatelj djece”, a tu titulu danas imaju sva rodilišta u Hrvatskoj.

Međutim iako se ovi postupci vjerojatno provode u gotovo svim hrvatskim rodilištima, po izlasku iz rodilišta prema podacima HZJZ-a 2017. godine je dojeno 82,7% djece, a broj pada na 71,7% između trećeg i četvrtog mjeseca života. U razdoblju između 6 i 11 mjeseci postotak dojene djece iznosi 10,7%. UNICEF-o istraživanje je pokazalo da svaka treća majka odustane od dojenja prije navršena dva mjeseca starosti, trećina majki doji djecu nakon navršena tri mjeseca, a većina prestane dojiti u periodu između tri i četiri mjeseca (44).

Dio navedenih podataka odgovara tzv. kritičnim razdobljima za dojenje.

Kroz period dojenja postoje tzv. kritična razdoblja koja igraju ulogu u nastavku dojenja, koji ustvari odgovaraju prethodnim podacima. Prije svega prvo kritično razdoblje je trudnoća. Već tijekom trudnoće majke odlučuju hoće li dojiti ili ne, što ukazuje na važnost trudničkih tečajeva i edukacije roditelja. Iduće razdoblje je nakon poroda kada je najvažnija zadaća uspostava dojenja, prvenstveno provođenja kontakta “koža na kožu”, te ostvarenje prvog podoja u rađaoni. Dijete bi trebalo stalno biti uz majke tijekom boravka u bolnici, a zdravstveni djelatnici trebaju podučiti majku dojenju. U periodu između 7 i 14 dana se stvara dojam da mlijeka nema dovoljno, a uz izostanak podrške dolazi do prekida dojenja. Iduće takvo razdoblje nastupa između 6 i 8 tjedana, te između 4 i 6 mjeseci starosti jer dijete postane iznenada nezadovoljno i traži češće podoje. Nakon 12 mjeseci starosti majke odustaju najčešće radi povratka na posao (45).

4.1.2. Položaji za dojenje

Prije svakog dojenja, posebno na početku, važno je da su majka i novorođenče u udobnom položaju. Kako bi dojenje, tj. sisanje djeteta bilo efikasno i svrhovito važno je da pravilno primi dojku. Nadalje to znači da obuhvati cijelu bradavicu, veći dio areole posebno s donje strane, da brada bude prislonjena uz dojku, donja usna izvrnuta, a nos slobodan.

U rodilištu gotovo sve majke doje u ležećem položaju na boku, što je tada u toj situaciji najjednostavniji položaj. Kako bi ženi bilo što udobnije može staviti jedan jastuk između koljena, a novorođenče se također može podbočiti jastukom.



Slika 2. Ležeći položaj na boku

<http://www.cuvarkuca.hr/preporuka/položaji-za-dojenje/>

Pri položaju koljevke se dijete drži u naručju, no pritom ruka mora biti rasterećena, tj oslonjena na jastuk. Ako dijete siše na desnoj dojci, položeno je na desnu ruku i obrnuto. Leđa također moraju imat dobar oslonac kako bi se izbjegli bolovi, nije potrebno savijanje prema naprijed ni prema nazad (osim prilikom snažnog refleksa otpuštanja mlijeka). Dijete mora biti cijelom ravninom okrenuto prema majci, a ne samo glava.



Slika 3. Položaj koljevke

<http://www.cuvarkuca.hr/preporuka/polozaji-za-dojenje/>

Unakrsni hvat se također izvodi u položaju kolijevke, jedino su uloge ruku zamijenjene. Dijete siše na desnoj dojci, glava se pridržiava lijevom rukom a dojka desnom kako bi se lakše namjestilo dijete i pridržiavala dojka, lakši je uvid u prihvat dojke.



Slika 4. Unakrsni hvat

<https://www.mamanatural.com/breastfeeding-positions/>

Biološki položaj tijekom podoja koristan je kod carskog reza i uvučenih bradavica. Žena je smještena udobno u poluležeći položaj, ruke su joj poduprte jastucima te je dijete cijelim prednjim dijelom tijela u dodiru s majkom. Gravitacija drži dijete te su ženi ruke slobodne što znači da nema dodatnog umaranja i naprezanja (41,43).



Slika 5. Biološki položaj

<https://www2.hse.ie/wellbeing/child-health/getting-breastfeeding-off-to-a-good-start/positioning-and-attachment.html>

Položaj nogometne lopte sličan unakrsnom hvatu, dijete se nalazi bočno od majke na jastuku – „pod rukom“, nos mora bit u ravnini bradavice. U ovom položaju se lakše stječe uvid u pravilan prihvat dojke. Povoljan položaj za bolje pražnjenje dojki, tj. kanalića s vanjske strane. Također je povoljan položaj za majke s većim prsima, za dojenje prijevremeno rođene djece i za majke koje su rodile carskim rezom.



Slika 6. Položaj nogometne lopte

<https://www.mamanatural.com/breastfeeding-positions/>

6. Uloga primalje tijekom puerperija/babinja

Hospitalizacija nakon poroda, ukoliko je sve u redu s majkom i novorođenčetom obično traje 2-3 dana. Žene su u tom razdoblju posebno osjetljive, a često imaju i puno pitanja. Primalja mora pokazat razumijevanje, te strpljivo odgovarati na sva pitanja i pristupiti svakoj ženi individualno.

Babinjaču je potrebno što prije mobilizirati, prvenstveno radi sprječavanja tromboze. Kod nekih žena se tek nakon poroda pojave edemi nogu, iako su oni normalna pojava potrebno ih je pratiti i uočavati druga odstupanja koja mogu ukazivati na postojanje duboke venske tromboze poput crvenila, boli, uočljiva razlika u otečenosti lijeve i desne noge (20). Prvi ustanak na toalet i tuširanje mora biti u pratnji primalje, a pritom je potrebno ženi osigurati maksimalnu privatnost. Prilikom mokrenja se može javiti refleksni grč radi osjećaja pečenja i boli, što izaziva zaustavljanje mokrenja. Kako bi se to olakšalo, babinjači se može ponuditi da mokrenje obavi tijekom tuširanja mlakom vodom (1). Uputiti babinjaču o važnosti redovitog i pravilnog provođenja higijene perianalnog područja, te o važnosti redovitog i čestog mijenjanja predložaka. Naglasiti kako je važno da svaki put dobro opere ruke nakon mijenjanja predložaka. Ako je međica šivana, otečena i bolna za ublažavanje se mogu koristiti hladni oblozi (20).

Ukoliko se babinjača žali na izrazito jaku bol potrebno je pregledati područje međice. Analgetici se primjenjuju po potrebi, ukoliko se bol smanji/ukloni majka će lakše brinuti o djetetu. Vitalne funkcije se provjeravaju 1-2 puta dnevno (20).

Primalja pruža njegu i novorođenčetu. Ovisno o praksi ustanove novorođenče se kupava samo po prijemu u dječju sobu, ili se kupava svaki dan. Vaganje se provodi svakodnevno kako bi se pratilo pad i prirast na težini. Prema nalogu neonatologa primalja vadi novorođenčetu krv za laboratorijske pretrage. Uočavanjem promjena poput izrazitog tremora, pojave konvulzija, cijanoze, nepravilnosti disanja primalja mora odmah obavijestiti neonatologa.

Ukoliko majka želi/zahtijeva može biti prisutna prilikom svih postupaka. U prematanju i presvlačenju novorođenčadi bi majke trebale sudjelovati. Primalja će svakoj ženi pokazati kako si novorođenče premata, skida i oblači, a kasnije majka može samostalno prematati svoje novorođenče. Premda se najčešće objašnjenja daju nakon što nastupi određena situacija, korisnije je neke stvari spomenuti prije poput primjerice kristala urata, obilnog vaginalnog iscjetka, moguće produljene žutice nakon odlaska doma i sl. Prije otpusta doma je potrebno dati upute o daljnjoj njezi pupka. S obzirom da se preporuke o njezi pupka razlikuju dovoljno je samo naglasiti da pupak mora biti suh i van pelene.

Prilikom razgovora s babinjačom se može zaključiti koliko je educirana i koliko zna o dojenju, te koliko je spremna dojiti. Žene su često iscrpljene nakon poroda, pa im dojenje već u prvim danima predstavlja izazov. Već tijekom prvih dana je često pitanje zašto je dijete stalno na prsima, da li je dijete gladno i slično. Potrebno je majkama objasniti kako novorođenče ne traži uvijek i nužno samo hranu, već bliskost i kontakt. Količina kolostruma je mala, luči se otprilike 2-20 ml, no upravo je takav i želudac od novorođenčeta; što je korisno i demonstrirati ženama kako bi stekle uvid u male kapacitete želuca novorođenčeta. Ukazati im na činjenicu da je upravo to količina koju dijete treba, a dobiva ju prilikom češćih podoja. Korisno je prilikom razgovora skrenuti razgovor u pozitivan smjer, pa se tako može pohvaliti često dojenje koje će povećati daljnju produkciju mlijeka. Primalja će pomoći majci da se namjestiti u udoban i njoj prihvatljiv položaj za dojenje. Kod dojenja važan je pravilan hvat, novorođenče bi trebalo biti priljubljeno uz majku, usta široko otvorena prilikom hvata, potom brada dodiruje dojke, donja usnica je izvrnuta a nos slobodan. Majka ne smije osjećati bol, moguće samo laganu nelagodu prilikom prvih pokreta sisanja, dijete je smireno na dojci, tijekom sisanja se ne čuje mljackanje. Kako bi se majka bolje snašla kroz daljnje dojenje potrebno ju je upoznat sa znakovima gladi poput otvaranja usta, stavljanja šaka u usta, rastezanja, nemir djeteta i okretanje glave. Plač je kasni znak gladi, dijete je prije stavljanja na prsa potrebno malo umiriti (41).

Pomoć pri dojenju ne znači "staviti majci dijete na prsa". Potrebno je žene educirati, promatrati kako stavljaju novorođenče na prsa, slušati njihova pitanja i mišljenja, te ih podučavati (46).

Potrebno je objasniti ženi kako je pravilan hvat važan za učinkovito pražnjenje dojke, sprječavanje oštećenja bradavica, te kako bi dijete posisalo masno mlijeko koje se počinje izlučivati s odmicanjem podoja.

Iako će se u rodilištu dojenje uspostaviti i činiti će se kao da je sve u redu, problemi nastaju tek kasnije, a velik broj žena odustane od dojenja radi izostanka podrške okoline, straha da mlijeko nije dovoljno dobro ili da ga nema dovoljno, te radi pojave kolika.

Pri odlasku iz bolnice majku uputiti da se priključi grupi za potporu dojenja, a ukoliko nastanu problemi prilikom dojenja ili će joj samo trebati podrška može se javiti rodom SOS telefonu. Ukoliko majka ne želi ili ne može dojiti potrebno ju je educirati o pripremi formule i pravilnom hranjenju djeteta bočicom (47).

Majke često imaju osjećaj krivnje zbog neuspješnog dojenja, nekad se srame priznati da ne žele dojiti, da im to predstavlja opterećenje i slično. Primalje osim uobičajenih postupaka ne smiju zanemariti i vezu između majke i novorođenčeta, koje prije svega nije ovisna o dojenju. Ženama je potrebno dati do znanja kako će sa svojim djetetom razviti snažnu bliskost i emocionalnu vezu i ukoliko će ga zadovoljno i smireno hraniti na bočicu (48).

5. ZAKLJUČAK

Porod često iziskuje provođenje intervencije, a uvijek će se iste preispitivati, njihova valjanost i štetnost, opravdanost ili rutina. Mišljenja se razlikuju, upravo kao i svaki porod. Primalja treba provoditi sve intervencije koje nalaže liječnik i struka, a koje su u skladu s njenim kompetencijama. Također mora na vrijeme uočavati i prepoznavati moguće komplikacije, te ukoliko ne može samostalno djelovati dužna je obavijestiti liječnika. Za razliku od liječnika primalje su uvijek sklonije fiziološkom porodu, kao i primjeni ne farmakoloških metoda za ublažavanje boli. Međutim, danas velik broj primalja potiče sve roditelje na primjenu jedne ustaljene tehnike disanja – najčešće ubrzano plitko disanje; bez mogućnosti primjene neke druge tehnike opuštajućeg disanja. Takav stav jasno ukazuje na manjak individualnog pristupa, kao i vlastite potrebe za nadograđivanjem i primjenom druge metode. Primjena preranog dirigiranog tiskanja je isto jedna od intervencija koja se izvodi čim žena osjeti nagon za tiskanjem, a posljedično utječe na opskrbu djeteta kisikom koje se ionako nalazi u nezahvalnom položaju. Kako takvo dirigirano tiskanje najčešće utječe na promjene u srčanoj frekvenciji ploda izvode se druge daljnje intervencije poput prijevremenog urezivanja međice. Prijevremeno urezivanje međice potom povećava gubitak krvi jer glavica nije čvrsto nasjela na međicu i izvršila kompresiju. Jedan krivi potez za sobom nosi više posljedica.

Premda uvijek postoje situacije kada je zaista neophodno što prije poroditi dijete pa se onda sve navedeno primjenjuje, potrebno je razmotriti praksu prijevremenog tiskanja kada za to ne postoji jasan razlog. Navedeno ne ukazuje nužno na manjak znanja i sposobnosti, već prije ukazuje na manjak strpljenja kao i potrebe za promišljanjem i preispitivanjem vlastitih postupaka.

Primalja bi tijekom poroda trebala usmjeriti pažnju na roditelju, što ne znači preuzeti ulogu promatrača i nadzornika. Mirnim, tihim, empatičnim pristupom, te verbalnom i neverbalnom komunikacijom stvoriti osjećaj sigurnosti i povjerenja.

Dalje je takav način komunikacije važan i nakon poroda, posebno u prvim danima majčinstva kada su žene izuzetno osjetljive.

Žene je važno educirati o dojenju, položajima dojenja, kao i o njegovim benefitima kako bi potaknuli majke da doje, a onda ih i podučili dojenju.

Unicefovo istraživanje iz 2017. godine pokazalo da 82,7 % žena doji po izlasku iz rodilišta, no velik broj žena prestane dojit u kasnijem razdoblju, a svaka treća ne doji do kraja drugog

mjeseca. Što ukazuje na očiti manjak podrške, a nije povezano direktno s osobljem u rodilištu. Posve je kriva percepcija ako majka doji u rodilištu da će se dojenje i nastaviti. Već u rodilištu bi trebalo žene uputiti da potraže podršku nakon dolaska doma, posebno ukoliko izostane podrška od obitelji.

Primalja bi trebala svakoj ženi objasniti kako je dojenje vještina koja se uči, te da je posve normalno da ju ne savladaju svi odmah. Žene ne treba samo zasipati znanjem i teorijom, već im jednostavno ponekad treba pružiti savjet i podršku.

Naposljetku, svakoj ženi je potreban individualan pristup, kako se ne bi osjećala kao još jedna žena u gomili; ni tijekom poroda ni tijekom boravka u rodilištu.

Naša odgovornost je da svaka žena odlazi zadovoljna iz rodilišta kao zdrava majka sa zdravim novorođenččetom.

6. LITERATURA

1. Pecigoš – Kljuković K, Zdravstvena njega trudnice, roditelje i babinjače. ŠK, Zagreb 2005.
2. Habek D. Ginekologija i porodništvo za visoke zdravstvene studije. Medicinska naklada, Zagreb 2013
3. Rodin U, Cerovečki I, Jezdić D. Porodi u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj 2020. godine. HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO, 2021. [Datum pristupa 16.9.2021] Dostupno na : https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2021/07/PORODI_2020.pdf
4. Rodin U, Cerovečki I, Jezdić D. Porodi u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj 2019. godine. HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO, 2020. [Datum pristupa 16.9.2021] Dostupno na : https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2020/07/Porodi_2019.pdf
5. Rodin U, Cerovečki I, Draušnik Ž, Jezdić D. Porodi u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj 2018. godine. HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO, 2019. [Datum pristupa 16.9.2021] Dostupno na : https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2019/07/Porodi_2018.pdf
6. Stanojević M., Priručnik za predavače na trudničkim tečajevima, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske, Ured UNICEF-a za Hrvatsku, Zagreb (2010.).
7. Riedmann, G, Glob. libr. women's med. Education for Childbirth Preparation for Parenthood, 2008.
8. Welch, L, Miller, L, Glob. libr. women's med., Emotional and Educational Components of Pregnancy, 2008.
9. Shrock, P, Glob. libr. women's med., Exercise and Physical Activity During Pregnancy, 2021.
10. Roditelji u akciji - Roda, 2020. Iskustva trudnica, roditelja i babinjača u zdravstvenom sustavu u Hrvatskoj 2018. i 2019. godine. Zagreb: Roditelji u akciji – Roda
11. Labor S, Maguire S. The Pain of Labour. Rev Pain. 2008;2(2):15-19. [Datum pristupa 17.9.2021] Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4589939/>
12. Goldkuhl L. et al. The influence and meaning of the birth environment for nulliparous women at a hospital-based labour ward in Sweden: An ethnographic study, Women and Birth, 2021. [Datum pristupa 17.9.2021] Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.07.005>.
13. Boateng, E.A., Kumi, L.O. & Diji, A.K.A. Nurses and midwives' experiences of using non-pharmacological interventions for labour pain management: a qualitative study in Ghana. BMC Pregnancy Childbirth 19.
14. Aune I. et al. Epidurals during normal labour and birth — Midwives' attitudes and experiences, Women and Birth, 2021.

15. German Society of Gynecology and Obstetrics (DGGG); Maternal Fetal Medicine Study Group (AGMFM); German Society of Prenatal Medicine and Obstetrics (DGPGM); German Society of Perinatal Medicine (DGPM). S1-Guideline on the Use of CTG During Pregnancy and Labor: Long version - AWMF Registry No. 015/036. Geburtshilfe Frauenheilkd. [Datum pristupa 17.9.2021] Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4812878/>
16. Stanojević M. Rodilište prijatelj majki i djece. Priručnik za zdravstvene i nezdravstvene djelatnike rodilišta, 2020. Unicef Hrvatska.
17. Hildingsson I et al. A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth- birth outcome and women's experiences of intrapartum care, Sexual & Reproductive Healthcare, 2019.
18. Evidence based birth : <https://evidencebasedbirth.com/breathing-for-pain-relief-during-labor/>
19. Smith CA et al. Relaxation techniques for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2018. [Datum pristupa 12.9.2021] Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6494625/>
20. Medforth J. et al. Oxford Handbook of Midwifery. Third edition. 2017.
21. Evidence based birth : <https://evidencebasedbirth.com/massage-for-pain-relief-during-labor/>
22. Lin HH et al. Effect of music interventions on anxiety during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PeerJ. 2019. [Datum pristupa 12.9.2021] Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6525590/>
23. Audit & Guideline Midwife. Using a Birthing Ball during Pregnancy and for Labour. [Datum pristupa 16.9.2021] Dostupno na: <https://www.sthk.nhs.uk/media/.leaflets/60795437eed0f2.81485321.pdf>
24. Genç Koyucu R, Demirci N. Effects of pushing techniques during the second stage of labor: A randomized controlled trial, Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology, 2017. [Datum pristupa 17.9.2021] Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2017.02.005>.
25. Melo I, Katz L, Coutinho I, Amorim MM. Selective episiotomy vs. implementation of a non episiotomy protocol: a randomized clinical trial. Reprod Health. 2014. [Datum pristupa 18.9.2021] Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4142063/>
26. Stedenfeldt M, Pirhonen J, Blix E, Wilsgaard T, Vonen B, Øian P. Episiotomy characteristics and risks for obstetric anal sphincter injuries: a case-control study. *BJOG*. 2012. [Datum pristupa 18.9.2021] Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3489037/>

27. Pavel N., Petročnik P. Sprečavanje ozljeda međice i zaštita međice u porođaju. Zbornik radova sa stručnog skupa : Vratimo porođaj ženama – fiziologija trudnoće
28. Mardešić D. I suradnici. Pedijatrija, osmo dopunjeno izdanje. ŠK 2013.
29. Widström AM et al. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. Acta Paediatr. 2019. [Datum pristupa 18.9.2021] Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6949952/>
30. Brimdyr K et al. The nine stages of skin-to-skin: practical guidelines and insights from four countries. Matern Child Nutr. 2020. [Datum pristupa 18.9.2021] Dostupno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/action/showCitFormats?doi=10.1111%2Fmcn.13042>
31. Habek D i suradnici. Porodničke operacije. Medicinska naklada Zagreb, 2009.
32. Stinson LF, Payne MS, Keelan JA. A Critical Review of the Bacterial Baptism Hypothesis and the Impact of Cesarean Delivery on the Infant Microbiome. Front Med (Lausanne). 2018. [Datum pristupa 18.9.2021] Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5945806/>
33. Eide KT, Morken NH, Bærøe K. Maternal reasons for requesting planned cesarean section in Norway: a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth. 2019. [Datum pristupa 18.9.2021] Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6440101/>
34. Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019
35. Jomeen J. Fathers in the birth room: choice or coercion? Help or hindrance? Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2017. [Datum pristupa 18.9.2021] Dostupno na: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02646838.2017.1361124>
36. Hrvatska udruga doula. Dostupno na : <https://doula.hr/>
37. Gruber KJ, Cupito SH, Dobson CF. Impact of doulas on healthy birth outcomes. J Perinat Educ. 2013.
38. Wray S et al, Glob. libr. women's med. Physiology of the Puerperium and Lactation. [Datum pristupa 18.9.2021] Dostupno na: <https://www.glowm.com/article/heading/vol-15--the-puerperium--physiology-of-the-puerperium-and-lactation/id/415293>
39. Balaram K, Marwaha R. Postpartum Blues. StatPearls 2021. [Datum pristupa 18.9.2021] Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554>
40. Pillay J, Davis TJ. Physiology, Lactation. StatPearls. 2021.[Datum pristupa 18.9.2021] Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499981/>
41. Armano G i suradnici. Priručnik za dojenje. Grad Zagreb, 2018

42. Krešić G i sur. Majčino mlijeko: sastav masnih kiselina i prehrana dojilja. 2013
43. Dieterich CM et al. Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatr Clin North Am.* 2013. [Datum pristupa 20.9.2021] Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3508512/>
44. <https://www.unicef.org/croatia/rodilista-prijatelji-djece>
45. Pavičić Bošnjak A. Priručnik za voditeljice grupa za potporu dojenja. Unicef 2014.
46. Bäckström, C.A., Wahn, E.I.H. & Ekström, A.C. Two sides of breastfeeding support: experiences of women and midwives. *Int Breastfeed Journal.* 2010
47. Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Geneva: World Health Organization; 2009. Session 7, HELPING WITH A BREASTFEED - STEP 5.
48. Hairston, I.S., et al. Mother-infant bonding is not associated with feeding type: a community study sample. *BMC Pregnancy Childbirth.*

Popis slika

Slika 1. Prikaz posteljice Izvor: privatni album

Slika 2. Ležeći položaj za boku (Izvor: <http://www.cuvarkuca.hr/preporuka/polozaji-za-dojenje/>)

Slika 3. Položaj kolijevke (Izvor:<http://www.cuvarkuca.hr/preporuka/polozaji-za-dojenje/>)

Slika 4. Unakrsni hvat (Izvor: <https://www.mamanatural.com/breastfeeding-positions/>)

Slika 5. Biološki položaj (Izvor: <https://www2.hse.ie/wellbeing/child-health/getting-breastfeeding-off-to-a-good-start/positioning-and-attachment.html>)

Slika 6. Položaj nogometne lopte (Izvor: <https://www.mamanatural.com/breastfeeding-positions/>)

Popis tablica

Tablica 1. Prikaz broja rođenih, perinatalnog i maternalnog mortaliteta

Tablica 2. Prikaz Apgar sustava bodovanja

Popis kratica

OGTT – oralni glukoza tolerans test

CTG – cardiotocography

KČS – kucaji čedinjeg srca

7. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i prezime: Kristina Ceković

Datum i mjesto rođenja: 13.09.1990., Sisak

OBRAZOVANJE

2018.-2021. - Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci,

Preddiplomski stručni studij primaljstvo

2005.- 2009. - Škola za primalje, Zagreb

1997.- 2005 - Osnovna škola Sela

RADNO ISKUSTVO

2009.-2010. - KBC Sestre Milosrdnice (pripravnički staž)

2011.-2018. – KBC Sestre Milosrdnice

2018. – KBC Rijeka