

Tehnike čuvanja medicine u Hrvatskoj

Zovak, Jelena

Master's thesis / Diplomski rad

2024

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:520349>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-10-06**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ
PRIMALJSTVO

Jelena Zovak

TEHNIKE ČUVANJA MEDICE U HRVATSKOJ: rad s istraživanjem

Diplomski rad

Rijeka, 2024.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
GRADUATE UNIVERSITY STUDY OF
MIDWIFERY

Jelena Zovak

PERINEAL PROTECTION TECHNIQUES IN CROATIA: research
Master thesis

Rijeka, 2024

Mentor rada: doc. dr. sc. Robert Doričić, mag. admin. sanit.

Diplomski rad obranjen je dana _____ na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, pred povjerenstvom u sastavu:

1. dr. sc. Toni Buterin, mag. sanit. ing.
2. Magdalena Kurbanović, univ. bacc. obs., mag. med. tehn.
3. doc. dr. sc. Robert Doričić, mag. admin. sanit.

Izveštće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	Fakultet zdravstvenih studija
Studij	Diplomski studij Primaljstvo
Vrsta studentskog rada	diplomski rad
Ime i prezime studenta	Jelena Zovak
JMBAG	346003481

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	TEHNIKE ČUVANJA MEDICE U HRVATSKOJ: rad s istraživanjem
Ime i prezime mentora	doc. dr. sc. Robert Doričić
Datum predaje rada	16. rujna 2024.
Identifikacijski br. podneska	2455583547
Datum provjere rada	16. 9. 2024.
Ime datoteke	Zovak.Tehnike čuvanja medicine.docx
Veličina datoteke	827.16K
Broj znakova	83753
Broj riječi	14470
Broj stranica	54

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	10%
-----------------	-----

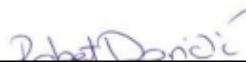
Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	16. rujna 2024.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

16. rujna 2024.

Potpis mentora



SAŽETAK

Tijekom vaginalnog porođaja mogu nastati različite ozljede porođajnog kanala te većina žena u porođaju zadobije neku vrstu ozljede. Ozljede porođajnog kanala mogu biti spontane ili namjerne te mogu uzrokovati kratkoročne ili dugoročne probleme roditelji. Različitim tehnikama čuvanja međice ozljede u porođaju mogu se smanjiti te na taj način reducirati negativne posljedice.

Cilj ovog istraživanja bio je istražiti tehnike koje se koriste za čuvanje međice u Republici Hrvatskoj. Istraživanje je kvalitativno, a podatci su prikupljeni metodom polustrukturiranog intervjua. U istraživanju je sudjelovalo 10 sudionica. Kriterij uključenja su bili da su sudionice zaposlene u javnim zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj te rade ili su radile u rađaonici u posljednjih pet godina, a ne kraće od dvije godine. Prikupljeni podatci analizirani su metodom tematske analize.

Kao odgovor na prvo istraživačko pitanje koje načine čuvanja međice opisuju primalje na području Republike Hrvatske dobivene su slijedeće teme: Manualne tehnike čuvanja međice za vrijeme porođaja glavice, tehnike čuvanja međice za vrijeme rotacije i porođaja ramena, masaža međice i primjena lubrikanta, položaji rađanja kao metoda čuvanja međice te komplementarne tehnike čuvanja međice.

Prilikom opisivanja razlika između korištenih načina čuvanja međice primalje navode kako na odluku o načinu čuvanja međice utječu različiti čimbenici kao što su izgled međice, stanje djeteta ili primjena različitih intervencija u porođaju. Na odluku i tehniku kojom će primalja čuvati međicu utječe i prisustvo liječnika i drugih primalja na porođaju, odnos roditelja-primalja te profesionalni razvoj primalje.

Ovo istraživanje prvo je kvalitativno istraživanje o tehnikama čuvanja međice na području Republike Hrvatske te je pružilo važan uvid u tehnike kojima se koriste primalje u Hrvatskoj.

Primalje bi trebale raditi na kontinuiranoj edukaciji i razvoju vještina zasnovanih na dokazima. Potrebno je donošenje smjernica o načinima čuvanja međice u Republici Hrvatskoj.

Ključne riječi: porođaj, primaljstvo, tehnike čuvanja međice

SUMMARY

Various injuries to the perineal tissues can occur during vaginal birth, and most women experience some form of trauma during labour. Perineal injuries can be caused either spontaneously or intentionally and can lead to short or long-term problems for women. Various perineal protection techniques can help to reduce perineal trauma and its negative consequences.

The main aim of this research was to investigate the techniques used for perineal protection in the Republic of Croatia. It is a qualitative study in which data were collected through semi-structured interviews. Ten participants took part in this research. The inclusion criteria were that the participants were employed in public health facilities in the Republic of Croatia and had worked or had worked in labour rooms for at least two years within the last five years. The collected data were analyzed using thematic analysis.

In response to the first research question „Which perineal protection methods are described by midwives in the Republic of Croatia?“, the following themes were identified: manual perineal protection methods used during birth of the fetal head, perineal protection methods used during rotation and birth of the shoulders, perineal massage and use of lubricants, birth positions as perineal protection methods and complementary perineal protection methods.

When describing the differences between perineal protection methods, midwives noted that the method used for perineal protection can be influenced by various factors, such as the appearance and quality of the perineum, the condition of the fetus or the use of various interventions during labour. The decision as to which method of perineal protection a midwife uses during labour is influenced by the presence of doctors and other midwives at the birth, the relationship between the woman and the midwife and the professional development of the midwife.

This research is the first qualitative study on perineal protection methods in the Republic of Croatia and provides important insights into the techniques used by midwives in Croatia.

Midwives should focus on continuous education and the development of evidence-based skills for perineal protection. National guidelines for perineal protection are needed in Croatia.

Key Words: birth, Midwifery, perineal protection techniques.

SADRŽAJ

SAŽETAK

SUMMARY

1. UVOD	1
1.1 <i>Međica: struktura i funkcija.....</i>	<i>1</i>
1.2 <i>Ozljede u porođaju</i>	<i>1</i>
1.3 <i>Povijesni pregled čuvanja međice.....</i>	<i>2</i>
1.4 <i>Manualne tehnike čuvanja međice</i>	<i>4</i>
1.4.1. <i>Modificirana Ritgenova tehnika.....</i>	<i>5</i>
1.4.2. <i>Bečka tehnika</i>	<i>5</i>
1.4.3. <i>Skandinavska (finska) tehnika.....</i>	<i>6</i>
1.5. <i>Ostale metode čuvanja međice.....</i>	<i>7</i>
1.6. <i>Epiziotomija</i>	<i>8</i>
1.7. <i>Smjernice za čuvanje međice</i>	<i>9</i>
1.8. <i>Paketi skrbi perinealne protekcije.....</i>	<i>10</i>
1.9. <i>Odabir teme i metodologije.....</i>	<i>11</i>
2. CILJEVI I HIPOTEZE.....	12
3. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE.....	13
3.1. <i>Ispitanici/materijali</i>	<i>13</i>
3.2. <i>Postupak i instrumentarij.....</i>	<i>13</i>
3.3. <i>Statistička obrada podataka.....</i>	<i>14</i>
3.4. <i>Etički aspekti istraživanja</i>	<i>15</i>
4. REZULTATI.....	17
4.1. <i>Sociodemografski podatci.....</i>	<i>17</i>
4.2. <i>Rezultati istraživanja</i>	<i>17</i>
4.2.1. <i>Koje načine čuvanja međice opisuju primalje na području Republike Hrvatske</i>	<i>17</i>

4.2.2. <i>Kako primalje na području Republike Hrvatske opisuju razlike između korištenih načina čuvanja međice?</i>	25
5. RASPRAVA	29
5.1. <i>Ograničenja istraživanja</i>	33
5.2. <i>Preporuke za daljnja istraživanja</i>	34
6. ZAKLJUČAK	35
PRIVITCI	41
Privitak A: Vodič za intervju	41
Privitak B: Odobrenje etičkog povjerenstva	42
Privitak C: poziv na sudjelovanje.....	43
Privitak D: Informirani pristanak	46
ŽIVOTOPIS	47

1. UVOD

1.1 Međica: struktura i funkcija

Međica, *perineum* je termin koji se koristi za strukture i tkiva koje su omeđene koštanim dijelom donjeg zdjeličnog otvora (*apertura pelvis inferior*). Dijamantnog je oblika te se dijeli na dvije trokutaste strukture koje odjeljuje zamišljena crta koja spaja prednje strane sjedinih kvrgi: *diaphragma pelvis* i *diaphragma urogenitale* (1). *Diaphragma pelvis* sačinjena je od tri mišića: *m. levator ani*, *m. coccygeus* i *m. sphincter ani externus*. *Diaphragma urogenitale* zatvara prednji dio dna male zdjelice a njene mišiće dijelimo na dvije skupine: duboke i površinske mišiće.

U duboke mišiće spadaju: *m. sphincter urethrae* i *m. transversus perinei profundus*. U površinsku skupinu mišića spadaju: *m. transversus perinei superficialis*, *m. bulbospongiosus* i *m. ischiocavernosus*. Osim mišića, međicu čini i vezivni dio, *centrum tendineum* (2).

Mišići dna male zdjelice pridržavaju organe u zdjeličnoj šupljini i zbog toga imaju važnu ulogu u mokrenju i defekaciji, seksualnim odnosima i porođaju.

Tijekom vaginalnog porođaja tkivo međice se rasteže i stanjuje kako bi omogućilo spuštanje djetetov glavice kroz porođajni kanal. Ozljede tih tkiva u porođaju mogu nastati spontano ili namjerno (3).

1.2 Ozljede u porođaju

Tijekom vaginalnog porođaja mogu nastati različite ozljede mekog porođajnog kanala te čak 85% žena u porođaju zadobije neku vrstu ozljede (4). Ozljede rodnice dijele se na prednje i stražnje. U prednje preinealne ozljede ubrajaju se ozljede malih i velikih usana, prednjeg zida vagine, klitorisa i uretre. Stražnje perinealne ozljede su ozljede stražnjeg svoda vagine, perinealnih mišića ili opstetričke ozljede analnog sfinktera (engl. *opstetric anal sphincter injuries* - OASI) (5). Da bi definirali razinu OASI-a najčešće se koristi klasifikacija po Sultanu (6) ili neka od novijih klasifikacija kao što je ona od Kraljevskog udruženja opstetričara i ginekologa (Royal College of Obstetricians and Gynaecologist - RCOG) (tablica 1) (7).

Tablica1: Razina OASI-a po RCOG klasifikaciji

Razdori međice I. stupnja	Ozljeda koja uključuje samo vaginalni epitel
Razdori međice II. stupnja	Ozljede koje uključuju i mišiće međice ali ne i analni sfinkter
Razdori međice III. Stupnja	Ozljede koje zahvaćaju i mišiće vanjskog ili unutarnjeg analnog sfinktera: 3A: < od 50% mišićnih niti vanjskog analnog sfinktera 3B: > od 50% mišićnih niti vanjskog analnog sfinktera 3C: razdor koji uključuje i unutarnji analni sfinkter
Razdori međice IV. stupnja	Ozljede koje uključuju i razdor analnog epitela

Ozljede porođajnog kanala koje nastaju tijekom porođaja mogu prema načinu nastajanja biti spontane ili namjerne te mogu uzrokovati kratkoročne ili dugoročne probleme roditelji. Najčešći kratkoročni problemi koji se javljaju kod ozljeda u porođaju su bol, gubitak krvi i poteškoće u kretanju nakon porođaja. Dugoročno, porođajne ozljede mogu utjecati na urinarnu i seksualnu funkciju te probleme sa stolicom (4).

Različiti čimbenici rizika mogu utjecati na perinealne ozljede u porođaju, a možemo ih podijeliti na maternalne, fetalne i čimbenike rizika vezane uz porođaj. Prvorotkinje i starije roditelje (iznad 35. godine) imaju povećan rizik od nastanka perinealnih ozljeda. U fetalne čimbenike rizika ubrajamo: porođajnu masu djeteta veću od 4000g i povećani opseg glavice djeteta. Faktori rizika vezani uz porođaj su: dorzoposteriorni zatiljačni stav glavicom, distocija ramena, produženo drugo porođajno doba i intervencije u porođaju kao što su epiduralna analgezija, indukcija porođaja, epiziotomija ili instrumentalno dovršenje porođaja (8).

1.3 Povijesni pregled čuvanja međice

Prve zapise koji se odnose na čuvanje međice pronalazimo u spisu koji je napisao Soran iz Efeza (98.-138. pr. Kr.) a u njemu opisuje način na koji su primalje čuvale međicu komadom tkanine tijekom porođaja glavice:

„...a prvo mora ublažiti bolove dodirrom tople ruke, a nakon toga natopiti komad tkanine toplim, slatkim maslinovim uljem i staviti ih na trbuh kao i na stidne usne i držati ih tako neko vrijeme, a mora staviti i mjehur napunjen toplim uljem pored“ (9).

U razdoblju nakon Sorana iz Efeza zapisi o čuvanju međice i primaljstvu općenito su vrlo oskudni. Tijekom razdoblja srednjeg vijeka (476.-1000. pr. Kr.) u Europi većinu zapisa uništila je Crkva te su se na taj način izgubile mnoge vrijedne spoznaje. Iznimka iz tog razdoblja

je bizantinsko primaljstvo. Postoje zapisi u kojima se opisuje primaljska skrb s naglaskom na čuvanje međice:

„Moramo primijeniti vrući oblog na stidnicu, trbuh i slabine, od lana, ili vode i meda, ili ulja i vode, i primjenjivati slične kupke“.

Tijekom 11. stoljeća prva medicinska škola iz Salerno u Italiji, objavljuje skup zapisa pod nazivom *Trotaula* u kojima se preporuča, kao i prema preporukama Sorana iz Efeza, da za vrijeme porođaja primalje tkaninom podupiru međicu. Također, u *Troatuli* su prvi puta detaljno opisani razdori međice i načini na koje se razdori zbrinjavaju (10).

Od 11. do 17 stoljeća ne postoje nikakvi zapisi koji se odnose na tehnike čuvanja međice.

Iako su povijesno primalje uvijek bile žene, skoro sve primaljske priručnike iz prethodnih razdoblja napisali su muškarci. U kratkom razdoblju prosvjetiteljstva u 16. stoljeću primalja Jane Sharp napisala je knjigu *„The Midwives Book: Or the Whole Art of Midwifery Discovered“* 1671. godine. U toj knjizi Jane Sharp opisuje žensko tijelo na drugačiji način od muških autora. Upozorava na *„nasilno izvlačenje djeteta“* i činjenicu da *„privatni dijelovi žene mogu biti razderani“*.

U istom vremenskom razdoblju kao Sharp, knjige o primaljstvu napisale su i primalje iz Francuske, Njemačke i Frizije. Njemačka primalja Justine Sigmund napisala je knjigu *„The court Midwife“* u kojoj daje praktične savjete primaljama kako čuvati međicu u porođaju:

„Nikako ne bi smjele rastezati ili dilatirati ništa svojim prstima. To je česta pogreška. To oštro razvlačenje oštećuje ženine genitalije i uzrokuje oticanje prije nego dijete dođe tako nisko i izađe. Bol koja nastaje zbog izlaska djeteta još je veća zbog otekline i ozljeda,..“

U 17. stoljeću primalje koje su pisale priručnike uglavnom se osvrću na pojavu „Muških primalja“ i opise kompliciranih porođaja te se vrlo malo može saznati o fiziološkim porodima koji su bili svakodnevna praksa (10).

Kao posljedica uključivanja sve većeg broja muškaraca u skrb u porođaju, u 18. stoljeću započinje kirurški model skrbi o međici (10). Pojavom „muških primalja“ češće se počinju i opisivati manualne tehnike čuvanja međice zbog sve veće pojave instrumenata za dovršavanje porođaja a samim time i većeg broja ozljeda međice koje nastaju prilikom takvih porođaja (3). Tijekom tog razdoblja započinje praksa rađanja u ležećem položaju kako bi međice postala vizualno dostupna i kako bi se mogle provoditi različite intervencije te koristiti instrumenti za dovršavanje porođaja. U tom razdoblju, točnije 1742. godine, prvi puta je opisana i epiziotomija – kirurški urez međice. Do kraja 19. stoljeća uvedeni su metalni držači za noge i remenja za vezanje žena u porođaju kako bi ostale u ležećem položaju.

Godine 1855. Ferdinand August Maria Franz von Ritgen dokumentira razne tehnike smanjenja perinealnih ozljeda u porođaju. Mnoge od manualnih tehnika koje se danas koriste za čuvanje međice i dalje nose njegovo ime, iako su s vremenom modificirane. Također, Ritgen prvi puta spominje porođaj djetetovih ramena kao značajan faktor razdora međice te preporuča rotaciju djeteta kako bi se ramena porađala jedno po jedno. Osim manualnih tehnika čuvanja međice, Ritgen preporuča i spontano, ne-dirigirano tiskanje, porođaj djetetove glavice između trudova i položaj za rađanje po ženinom izboru (3).

Pojavom pojmova asepsa i antiseptika prestaje biti „intimni“ dio tijela žene i postaje „operativno područje“. Takav način porođaja i skrbi o međici održava se sve do 70-ih godina 20. stoljeća kada se javlja pokret humanizacije porođaja odnosno „prirodnog porođaja“. Debata o tome da li međicu treba manualno čuvati ili ne nastavlja se i u 20. stoljeću te se 1998. godine provodi kontrolirano randomizirano istraživanje poznato kao HOOP (eng. *Hands on or poised*). Iako je glavni cilj HOOP studije bio utvrditi razinu perinealne boli 10 dana nakon porođaja, istraživanjem se utvrdila učestalost i razina perinealnih ozljeda u porođaju. Rezultati nisu pronašli statistički značajnu razliku između *Hands on* i *hands poised* pristupa (11).

Današnju skrb u porođaju, pa tako i onu o skrbi međice, možemo svesti na dva pristupa. Prvi pristup promoviraju uglavnom primalje i zasniva se na očuvanju ženske autonomije, podršci i potpori, a drugi je kirurški pristup koji u svakom trenutku očekuje patologiju te intervencije i kirurško zbrinjavanje vidi kao metode zaštite žene u porođaju (10).

1.4 Manualne tehnike čuvanja međice

Postoje različite smjernice kako i koje tehnike primalje trebaju koristiti kako bi sačuvale međicu od ozljeda u porođaju. Najčešće se spominju dvije metode: *hands on* tehnika u kojoj primalja aktivno pridržava međicu jednom rukom, a drugom rukom flektira djetetovu glavicu i kontrolira brzinu rađanja glavice i *hands poised* ili *hands off* tehnika kada primalja ne dodiruje međicu i djetetovu glavicu ali ima ruke u pripravnosti. Istraživanja su pokazala da ne postoji statistički značajna razlika između primjene *hands on* ili *hands off* tehnike u svrhu prevencije ozljeda međice (12).

U rutinskoj medicinskoj porođajnoj dokumentaciji ne navodi se detaljan način čuvanja međice što otežava utvrđivanje učinkovitosti različitih tehnika, te jesu li upotrebljavane zasebno ili kao skup različitih intervencija koje su doprinijele intaktnoj međici (13).

Primalje često mijenjaju tehnike čuvanja međice ovisno o situaciji, a tehnike koje primjenjuju ponekad se ne mogu točno svrstati u određenu skupinu jer svaka primalja s vremenom razvije određeni stil čuvanja međice koji je često kombinacije više različitih tehnika.

Potrebno je više istraživanja u kojima će primalje imati mogućnost točno opisati na koji način čuvaju međicu jer većina primalja ne zna točno imenovati hvatove i tehnike koje izvode.

Kleprlikova i suradnici su 2020. godine proveli istraživanje u 3 različite države, Češkoj, Sloveniji i Ujedinjenom Kraljevstvu u klinikama za ženske bolesti i porode gdje se zagovaraju manualne tehnike čuvanja međice (skandinavski i bečki tehnika). Istraživanje je pokazalo da je od 124 zaposlenika samo 5.6% (n=7) točno znalo opisati na koji način se izvodi određena tehnika (14).

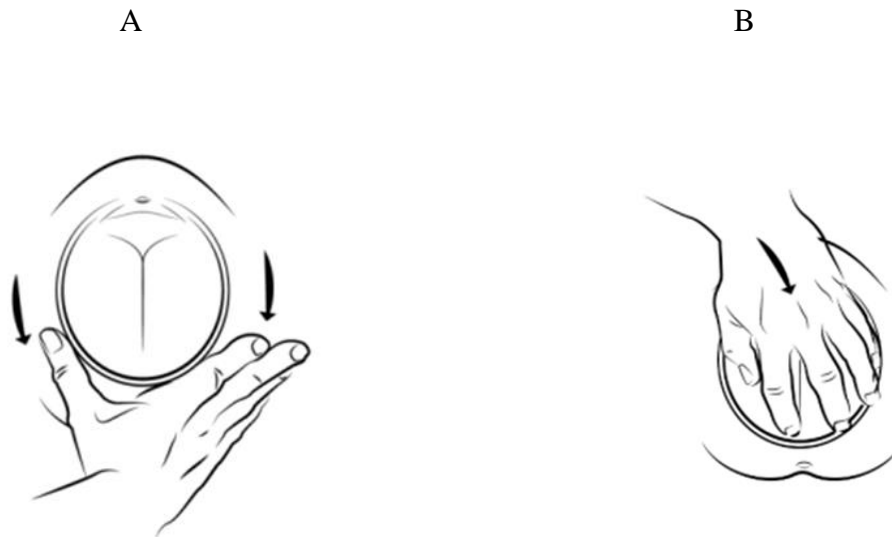
Dalje u radu opisan će se neke od najčešće korištenih manualnih tehnika čuvanja međice kao što su Ritgenova tehnika, finski hvat i bečki hvat.

1.4.1. Modificirana Ritgenova tehnika

Za provođenje modificirane Ritgenove tehnike roditelj mora ležati na leđima sa nogama raširenim u stranu koje može pridržavati ili nasloniti na nogare (litotomijski položaj). Kod primjene ove tehnike obje primaljine ruke djeluju aktivno i sinkrono. Glavica djeteta se pridržava lijevom rukom kako bi se pojačala fleksija i spriječila nagla defleksija glavice, dok je palac desne ruke ispružen duž desne strane velikih usana i međice s gazom koja prekriva anus, ali ostavlja vidljiv rub međice. Glavica djeteta se postupno pomiče preko međice odnosno deflektira savijanjem ispruženog kažiprsta i ostalih prstiju desne ruke koji se nalaze ispod bradice djeteta. Na taj način se međica skuplja i opušta sinkrono s trudom. Glavica djeteta porađa se između trudova, bez tiskanja roditelje koju se upućuje da normalno diše tijekom izvođenja tehnike, a isti postupak primjenjuje se i za porođaj ramena (15,16).

1.4.2. Bečka tehnika

Bečka tehnika čuvanja međice izvodi se tako da se dominantna ruka postavi na međicu tako da je dlan ispružen a palac i kažiprst te ruke postavljeni s obje strane vaginalnog otvora. Aproksimacijski pokreti palca i kažiprsta smanjuju napetost međice. Ostali prsti ruke zajedno s dlanom vrše pritisak na međicu za vrijeme rađanja djetetove glave. Za to vrijeme nedominantna ruka položena je na glavici djeteta za kontrolu brzine izlaska glavice. Nedominantna ruka u ovom slučaju služi za kontrolirano dopuštanje ekstenzije glavice a ne za održavanje njene fleksije (Slika 1) (14,16).

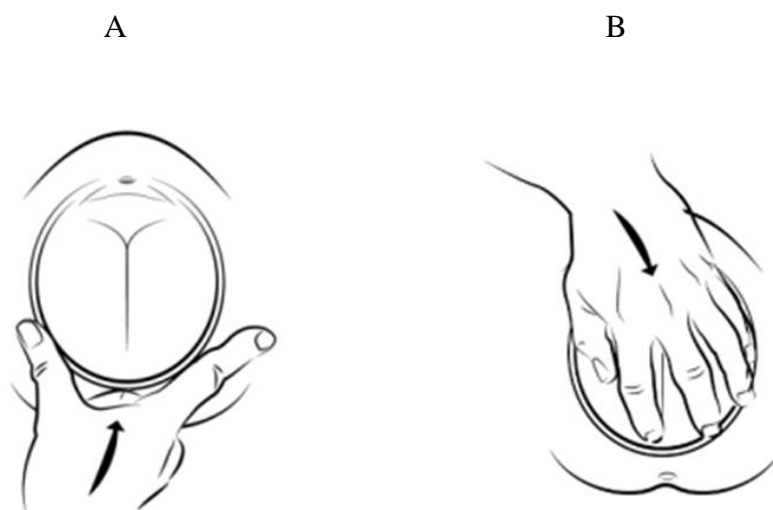


Slika 1: Bečka tehnika. Položaj dominantne ruke (A) i nedominantne ruke (B)

Izvor: Gillman LJ. The culture and context of minimising perineal injury during physiological birth : an ethnographic study. Kingston University London; 2021.

1.4.3. Skandinavska (finska) tehnika

Skandinavska (finska) tehnika čuvanja međice izvodi se tako da dominantna ruka postavi na međicu tako da su palac i kažiprst te ruke postavljeni s lateralnih strana vaginalnog otvora a ostala 3 prsa savijena su i pritišću međicu. Palac i kažiprst pokretima stiskanja i opuštanja drže međicu te smanjuju njezinu napetost. Treći savijeni prst se zatim postavlja ispod bradice djeteta te ju kontrolirano podiže i time deflektira glavicu. Za to vrijeme nedominantna ruka položena je na glavicu djeteta te pojačava fleksiju glavice i sprječava naglu defleksiju (Slika 2). Na isti način se porađa i stražnje rame. Tijekom primjene ove tehnike roditelja također ne tiska aktivno (14,16)



Slika 2: Finska tehnika. Položaj dominantne ruke (A) i nedominantne ruke (B)

Izvor: Gillman LJ. The culture and context of minimising perineal injury during physiological birth : an ethnographic study. Kingston University London; 2021.

1.5. Ostale metode čuvanja međice

Osim manualnih tehnika čuvanja međice koriste se i druge metode kao što su masaža međice i primjena lubrikanta, primjena toplih obloga na međicu, tehnike disanja i tiskanja te različiti položaji rađanja kako bi međica ostala intaktna.

Međica se može masirati za vrijeme trudnoće ili za vrijeme porođaja. Za vrijeme trudnoće masaža međice preporuča se s ciljem pripreme mekog porođajnog puta kako bi se smanjila napetost te povećala elastičnost međice. Antenatalna masaža međice dokazano smanjuje incidenciju perinealnih ozljeda i epiziotomija u porođaju, pogotovo kod prvorođkinja. Provođenje masaže preporuča se minimalno jednom do dva puta tjedno od 35. tjedna trudnoće nekoliko puta dnevno u trajanju do 10 minuta. Masažu može izvoditi sama trudnica ili duga osoba po njenom izboru, npr. partner. Masaža se izvodi tako da se raznim uljima ili gelovima po izboru trudnice lubricira rodnica, te se laganim pokretima prstiju masira međica u obliku slova „U“, od 3 do 9 sati intoritusne regije (16,17).

Masaža međice često se primjenjuje za vrijeme drugog porođajnog doba kao način čuvanja međice. Izvodi je primalja tako da stavi lubrikant u rodnicu te dva ispružena prsta, kažiprst i srednji prst, pomiče lijevo-desno radeći lagani pritisak na međicu. Postoje različite tehnike masaže međice pa tako neke primalje opisuju širenje samog ruba međice dok neke masiraju međicu tako da rade kružne pokrete na koži međice. Za razliku od antepartalne, dobrobiti intrapartalne masaže međice nisu do kraja potvrđene pa tako rezultati nekih istraživanja pokazuju da masaža međice za vrijeme drugog porođajnog doba smanjuje mogućnost ruptur međice (18,19) dok druga istraživanja navode kako intrapartalna masaža međice ne utječe na perinealne ozljede (20). Masaža međice smanjuje šansu za upotrebom epizotomije u porođaju (19,20).

Neke primalje primjenjuju tople obloge na međicu za vrijeme drugog porođajnog doba kao način čuvanja međice. Smatra se da topli oblozi djeluju tako da toplina pomaže pri dilataciji krvnih žila te se poboljšava protok krvi, a time i fleksibilnost i rastezljivost tkiva. Voda za obloge se priprema tako da se pomiješa 300ml proključale vode i 300ml hladne vode. Oblog se uroni u pripremljenu vodu između trudova, ocijedi te se prsloni na međicu za vrijeme trajanja truda. Između trudova oblog se ponovo uranja u vodu kako bi zadržao potrebnu toplinu. Vodu

treba mijenjati svakih 15 minuta kako bi se održala potrebna temperatura. Primjena toplih obloga ne može ni na koji način naštetiti trudnici ni djetetu u porođaju te se preporuča njena upotreba (21).

Cochraneov sustavni pregled pokazao je da masaža međice i upotreba toplih obloga mogu smanjiti rupture III. i IV. stupnja dok je utjecaj ove tehnika na ostale vrste ozljeda međice kao i na incidenciju epiziotomije nejasan (12).

Položaj za rađanje povezan je s zadovoljstvom žene porođajem i različitim intervencijama koje se primjenjuju ovisno o položaju. Većina žena rađa u ležećem ili poluležećem položaju te se oni smatraju tradicionalnim položajima rađanja dok se ostali položaji kao što je stajanje, čučanje, ležanje na boku, klečanje ili koljeno-lakatni položaj smatraju alternativnim te se rjeđe koriste. Istraživanja su pokazala kada roditelje mogu samostalno zauzimati položaje biraju alternativne položaje za rađanje.

Ležeći položaj je najrašireniji položaj za rađanje u svijetu. U tom položaju roditelj rađa na leđima, a postoje različite varijacije pa tako neke roditelje leže ravno na leđima, neke su blago uzdignute dok su neke u litotomijskom položaju. Litotomijski položaj je kada roditelj leži na leđima, sa raširenim koljenima koja su podignuta iznad kukova i stopalima podignutim u nogarima. Takav položaj preferiraju primalje i liječnici diljem svijeta zbog lakog pristupa međici i izvođenju određenih intervencija (22). Ležeći položaji na leđima povezani su s većom upotrebom epiziotomije i perinealnih ozljeda (23). Usprkos tome većina primalja ga i dalje koristi zbog lakše primjene manualnih tehnika čuvanja međice (22).

Ležeći položaj na boku povezan je s manjom upotrebom epiziotomije te većom šansom rađanja bez ozljeda međice (23).

Čučajući položaj često se smatra najprirodnijim položajem rađanja, no roditeljama je ponekad teško održati se u tom položaju duže vrijeme tijekom porođaja. Također, taj položaj povezan je s većim brojem perinealnih ozljeda, pogotovo kod prvorođkinja (22,23)

Rađanje u uspravnim položajima kao što su klečeći ili položaj koljeno-lakat smanjuje trajanje drugog porođajnog doba, osjećaj boli i povećava zadovoljstvo roditelje. Također, manja je vjerojatnost epiziotomije ako se primjenjuju ovi položaji rađanja, dok je vjerojatnost spontanih ruptura međice slična kao i u drugim položajima (23).

1.6.Epiziotomija

Epiziotomija je porodnička operacija urezivanja međice kojom se proširuje vaginalni otvor i na taj način ubrzava rađanje djeteta. Druga je najčešća operacija u porodništvu, nakon rezanja pupkovine (15).

Epiziotomiju je prvi puta opisao Sir Fielding Ould 1742. godine kao način ubrzavanja produljenog porođaja. Godine 1918. porodničar Pomery predložio je rutinsku uporabu epiziotomije kod svih prvorođkinja, a prihvaćanje postupka dodatno se povećalo kada je 1920., godine opstetričar De Lee počeo zagovarati epiziotomiju i forceps kao metode olakšavanja porođaja i zaštite djeteta od ozljeda povezanih s porođajem. Početkom 20. stoljeća epiziotomija je postala rutinski zahvat i svakodnevna klinička praksa (12).

Vjerovalo se da je epiziotomija metoda čuvanja međice od velikih razdora te je postala rutinski postupak u porođaju, a to vjerovanje održalo se do danas kod velikog broja zdravstvenih djelatnika.

Primjena epiziotomije u Hrvatskoj počinje u prvoj polovici 20. stoljeća. Tijekom 60-ih i 70-ih godina 20. stoljeća njena učestalost u hrvatskim rađaonicama dosegla je 90% (15).

S vremenom i razvojem medicine zasnovane na dokazima, shvatilo se da epiziotomija uzrokuje ozbiljne perinealne ozljede a ne prevenira ih, kako se smatralo ranije. Medijalna epiziotomija je veliki čimbenik rizika za rupturu međice III. i IV stupnja. Također, epiziotomija je povezana s većim rizikom od krvarenja, perinealnom boli nakon porođaja i prolapsom mišićne dna zdjelice.

Preporuka Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) je da broj epiziotomija ne prelazi 10% dok je posljednji Cochraneov pregledni rad pokazao da se broj epiziotomija kreće oko 28% u grupi zemalja koje imaju restriktivni pristup epiziotomiji (24).

1.7. Smjernice za čuvanje međice

Iako ne postoje objedinjene internacionalne smjernice o najučinkovitijim tehnikama čuvanja međice, mnoga velika svjetska udruženja perinatologa i primalja objavila su vlastite smjernice.

Pa tako Nacionalni institut za zdravlje i izvornost (*National Institute for Health and Excellence - NICE*) u smjernicama iz 2017. godine preporuča *Hands on* metode koje uključuju podupiranje međice i fleksiju glavice ili *hands poised* tehnike čuvanja međice tijekom koje se ne dodiruje međica niti glavice, ali su ruke primalje u pripravnosti te preporuča primjenu toplih obloga i masažu međice lubrikantom na bazi vode ako rodilji to odgovara (25).

Kraljevsko udruženje opstetričara i ginekologa (*Royal College of Obstetricians and Gynaecologist - RCOG*) preporuča primjenu toplih obloga za vrijeme drugog porođajnog doba kao i *hands on* tehnike čuvanja međice kako bi se smanjile ozbiljne perinealne ozljede.

Kraljevsko udruženje primalja (*Royal College of midwives - RCM*) u smjernicama iz 2018. godine također preporuča primjenu toplih obloga na međici za vrijeme drugog

porođajnog doba ukoliko ženi oblozi odgovaraju. RCM ne donosi nikakve preporuke o manualnim tehnikama čuvanja međice, ali naglašava da ako se koristi *Hands off* tehnika manja je vjerojatnost epiziotomije. Također, potiču kretanje žena u porođaju i izbor najugodnijeg položaja za rađanje.

SZO u smjernicama za intrapartalnu skrb iz 2018. godine također preporuča primjenu toplih obloga za vrijeme izгона kako bi se smanjila mogućnost ruptura III. i IV. stupnja. Za čuvanje međice ne navode određenu manualnu metodu koja se preporuča više od drugih. SZO preporuča masažu međice kao profilaksu velikih perinealnih ozljeda (26).

U istraživanju koje je provela Kurbanović o smjernicama za skrb o roditeljama tijekom fiziološkog porođaja utvrđeno je da u Hrvatskoj ne postoje pisane preporuke za čuvanje međice izdane od Hrvatskog ginekološkog društva, Hrvatskog društva za perinatalnu medicinu kao ni od strane Hrvatske komore primalja (27).

1.8. Paketi skrbi perinealne protekcije

U nekim zemljama postoje dogovoreni paketi skrbi (eng. *care bundle*) odnosno skup intervencija, temeljenih na dokazima, za definiranu populaciju pacijenata i postavka skrbi koje, kad se primjenjuju zajedno, rezultiraju znatno boljim rezultatima nego kad se primjenjuju pojedinačno (28).

Tako u Norveškoj postoji paket skrbi koji se odnosi na skrb o međici koji se sastoji od četiri intervencije: zatražiti od žene da ne tiska aktivno dok se glavica rađa, odabrati položaj za rađanje u kojem se međica može dobro vizualizirati, primijeniti finski (skandinavski) hvat prilikom rađanja glavice i ramena te izvoditi epiziotomiju samo kada je klinički indicirana (29).

U Švedskoj također pronalazimo paket skrbi za perinealnu protekciju koji se preporuča na regionalnoj razini. Za očuvanje međice preporučaju ostvariti dobru komunikaciju s ženom koja rađa, primjenjivati spontano tiskanje te ako je moguće zamoliti roditelju da prodiše posljednje trudove prije porođaja glavice. Preporuča se korištenje položaja za rađanje u kojem se međica može dobro vizualizirati, izbjegavanje položaja u kojima sakrum nije mobilan kao što su ležeći i sjedeći, a preporuka je koristiti položaj na boku ili koljeno-lakat položaj. Također preporuča se primjena toplih obloga, manualna perinealna protekcija za vrijeme porođaja glavice i ramena, te porođaj ramena u slijedećem trudu, odnosno porođaj glavice u jednom trudu a porođaj ramena u idućem (eng. *Two step birth*). Upotreba epiziotomije treba biti restriktivna a ne rutinska te se preporuča jedino u slučajevima sumnje na fetalnu asfiksiju (30).

U Australiji također postoji objavljen paket skrbi za perinealnu protekciju. On preporuča primjenu toplih obloga na međici u trenutku kada ju glavica rasteže, verbalno

poticanje na polagano kontrolirano rađanje glavice i ramena, pridržavanje međice s toplom kompresom dominantnom rukom, pojačavanje fleksije glavice nedominantnom rukom kao i čekanje spontane rotacije ramena, nastavak pridržavanja međice dok se ramena porađaju, predlaganje epiziotomije prvorotkinjama u slučaju instrumentalnog porođaja i predlaganje rektalnog pregleda svim ženama nakon porođaja (21).

1.9. Odabir teme i metodologije

Iz svega navedenog do sada može se zaključiti da nije moguće sa sigurnošću utvrditi učinkovitost određenih tehnika čuvanja međice u odnosu na ostale, te je li određena tehnika upotrebljavana sama ili kao dio skupa različitih intervencija koje su doprinijele očuvanju međice.

Pregledom literature pronađen je jedan rad koji spominje tehnike čuvanja međice na području Republike Hrvatske. Habek i suradnici proveli su istraživanje naziva „Šezdeset godina primjene modificirane manualne perinealne zaštite po Ritgenu“ (15). U tom radu analizira se upotreba manualne tehnike čuvanja međice po Ritgenu, te se ne opisuju se ostale tehnike čuvanja međice stoga nedostaju podaci o masaži međice, primjeni toplih obloga, položajima rađanja kao i o načinu tiskanja i disanja za vrijeme izгона.

Stoga je cilj ovog istraživanja utvrditi koje tehnike čuvanja međice koriste primalje u Hrvatskoj i kako se te tehnike razlikuju.

Korištena je kvalitativna metodologija zbog mogućnosti detaljne analize pojedinih tehnika koje primalje primjenjuju.

Podatci prikupljeni u ovom istraživanju pomoći će u boljem razumijevanju ove tematike, razvoju struke te će postaviti temelje provođenja budućih istraživanja o tehnikama čuvanja međice.

2. CILJEVI I HIPOTEZE

U ovom radu nadalje umjesto termina hipoteza koristit će se termin istraživačko pitanje s obzirom na to da se radi o kvalitativnom istraživanju.

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati tehnike koje se koriste za čuvanje međice u Republici Hrvatskoj. Tako su u ovom istraživanju detaljno opisani način na koji primalja čuva međicu kao što je primjerice položaj ruku, pokreti ruku, usmene upute ili neki drugi aspekt čuvanja međice.

Iz navedenog cilja proizlaze istraživačka pitanja:

- 1) Koje tehnike čuvanja međice opisuju primalje na području Republike Hrvatske?
- 2) Kako primalje na području Republike Hrvatske opisuju razlike između korištenih tehnika čuvanja međice?

3. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE

3.1. Ispitanici/materijali

U ovom diplomskom radu koristi se termin sudionici umjesto ispitanici obzirom da se radi o kvalitativnom istraživanju.

Ciljana populacija u ovom istraživanju su primalje koje su zaposlene u javnim zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj. Kriterij uključenja bio je da sudionice rade ili su radile u rađaonici u posljednjih pet godina, a ne kraće od dvije godine. Sve sudionice u ovom istraživanju se ženskog roda, ali različitih dobnih skupina te razina obrazovanja. Budući da je istraživanje bilo usmjereno na metode čuvanja međice na području Republike Hrvatske, uključene su sudionice iz različitih područja Republike Hrvatske kako bi se istražio što širi spektar iskustava.

Uzorkovanje je bilo namjerno. Do dijela sudionica se došlo direktnim kontaktom unutar profesionalne mreže putem prethodnih kontakata iz profesije primalja. Ostale sudionice su izabrane neprobabilističkom metodom snježne grude (engl. *Snowball method*). Ta metoda temelji se na uskom krugu sudionika koji upućuju istraživača na druge potencijalne sudionike i tako šire uzorak (31).

Broj sudionica u ovom istraživanju je 10, a veličina uzorka određena je teorijskim zasićenjem. Teorijsko zasićenje je postignuto kada se provođenjem dodatnih intervjua, odnosno prikupljanjem dodatnih podataka ne pojavljuju novi podatci značajni za istraživanje nego se mogu svrstati u postojeće kategorije (32).

3.2. Postupak i instrumentarij

Za ovo istraživanje koristila se kvalitativna metodologija, odnosno polustrukturirani intervju. U toj vrsti intervjua svakoj sudionici postavljena su unaprijed određena pitanja, no istraživač ima mogućnost postaviti dodatna pitanja ili potpitanja kako bi se stekao potpuniji uvid u temu i dobio odgovor na istraživačko pitanje (33).

Inicijalna skupina ispitanica kontaktirana je elektroničkom poštom ili telefonskim putem. Svaka od ispitanica je zamoljena da navede nekoliko drugih primalja koje poznaje a za koje smatra da odgovaraju kriterijima uključenja u istraživanje.

Od svake sudionice ovog istraživanja zatražena je privola za audiosnimanje, transkribiranje (pretvaranje audiozapisa u tekstualni zapis), analiziranje i prikaz podataka u znanstvenom radu, kroz informirani pristanak. Svi osobni podatci sudionica su uklonjeni.

Za ovo istraživanje izrađen je vodič za intervju i kratki sociodemografski upitnik (prilog A.). Vodič za intervju podijeljen je na dva dijela. Prvi dio sastoji se od pitanja koja se odnose na manualne tehnike čuvanja međice, a tema drugog dijela je primjena ostalih metoda čuvanja međice u porođaju. U sociodemografskom upitniku prikupljeni su sljedeći podatci sudionica: godine radnog staža, stupanj obrazovanja, razina ustanove u kojoj rade i mjesto rada.

Intervjui su se provodili od ožujka do kolovoza 2024. godine, a sudionice su same izabrale odgovarajuće vrijeme. Svaka sudionica bila je individualno intervjuirana. Dio intervjuja provodio se uživo, a dio intervjuja provodio se *online* putem video poziva. Za video pozive koristila se *MS Teams* ili *Zoom* aplikacija. Prosječno trajanje intervjuja je 27 minuta gdje je najkraći intervju trajao 19 minuta, a najduži 40 minuta.

Intervjue je provodila istraživačica, studentica druge godine diplomskog studija primaljstva radi istraživanja za potrebu izrade diplomskog rada. Istraživačica nije imala prethodnog iskustva u provođenju intervjuja. Uključenost i poznavanje teme istraživačice, koja je primalja s višegodišnjim radnim iskustvom u rađaonici, tokom provođenja intervjuja rezultiralo je boljem razumijevanju teme i vođenju intervjuja kako bi se dobili kvalitetniji podatci o metodama čuvanja međice. Nepristranost intervjuja teže je ostvariti ako se ispitivač i sudionik poznaju. Osobno poznavanje istraživačice i određenog broja sudionica u istraživanju uzeto je u obzir pri provođenju intervjuja. Ispitanicama je zajamčena anonimnost i objašnjeno kako sudjelovanje neće nikako utjecati na njihov poslovni i privatni život. Ispitivačica je tokom provođenja intervjuja ostala neutralna.

3.3. Statistička obrada podataka

Za obradu podataka u ovom kvalitativnom istraživanju koristila se metoda tematske analize. To je jedna od najčešćih metoda obrade podataka u kvalitativnim istraživanjima koja omogućava opis i dodatnu interpretaciju teme (34).

Za vrijeme intervjuja podatci su prikupljeni u audio obliku te naknadno transkribirani odnosno pretvoriti u tekst. Koristila se metoda verbalne transkripcije. Podatci su iščitani i pretvoreni u kodove (dijelove izjava koji predstavljaju odgovor na istraživačko pitanje). Kodiranje se provodilo ručno. Kodovi su se zatim grupirani u kategorije na temelju zajedničkih elemenata ili povezanosti. Nakon toga identificirane su teme, te su one interpretirane, a

interpretacija rezultata prikazana je kroz diplomski rad. Kodovi, kategorije i teme potkrijepljene su citatima sudionica u diplomskom radu.

Sociodemografski podatci prikazani su metodom deskriptivne statistike. Nominalne varijable poput razine obrazovanja, razine ustanove rada i mjesta rada prikazane su pomoću frekvencije i postotka. Omjerna varijabla, odnosno godine rada u rađaonici prikazana je pomoću aritmetičke sredine i standardne devijacije.

3.4. Etički aspekti istraživanja

U ovom istraživanju poštivana su načela autonomije, dobrobiti i nenanošenja štete.

Istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva Fakulteta zdravstvenih studija (Privitak B).

Sve sudionice unaprijed su dobile detaljne informacije o istraživanju te je dobivena njihova pisana suglasnost za sudjelovanje u istraživanju. Svaka sudionica dobila je Obavijest za ispitanike (Privitak C) gdje se nalaze detaljne informacije o istraživanju, te kontakt istraživačice u slučaju dodatnih pitanja i potpisala je Informirani pristanak (Privitak D). Informirani pristanak dijelu sudionica dan je osobno a dijelu poslan elektroničkom poštom, ovisno o načinu na koji se provodio intervju.

Sve sudionice bile su upoznate s činjenicom da se intervjui audio snimaju te koliko dugo će se čuvati audio snimke, a koliko dugo transkripti. Audio snimke su čuvane do završetka procesa transkripcije.

Povjerljivost podataka osigurana je tako da je svakoj sudionici dodijeljen slučajno izabran kodni broj (npr. P1) koji se koristiti u svim pohranjenim podacima, te su uklonjeni osobni podatci po kojima bi bilo moguće identificirati sudionice poput imena ili mjesta stanovanja. Svi prikupljeni podatci analizirani su grupno, tako da ih nije moguće povezati s nekom od sudionica osobno. Sudjelovanje u istraživanju je dobrovoljno, pa su sudionice mogle u bilo kojem trenutku i bez posljedica prije, za vrijeme ili nakon intervjua (a do završetka transkripcije intervjua) odustati od istraživanja. Nisu postojali nikakvi rizici za sudionice te odbijanje sudjelovanja u istraživanju nije moglo ni u kojem slučaju imati utjecaja na njih. Također, ne postoji nikakav osobni dobitak za sudionice koje su sudjelovala u istraživanju. Podatci dobiveni istraživanjem korišteni su isključivo za izradu znanstvenog rada.

Pristup osobnim podacima sudionica ima samo istraživačica. Snimke i transkripti intervjua čuvali su se u elektroničkom obliku, na sigurnom mjestu, zaštićeni lozinkom te su bili

dostupni samo istraživačici. Transkripti intervjua čuvali su se do kraja pisanja diplomskog rada te su nakon toga uništeni.

4. REZULTATI

4.1. Sociodemografski podatci

U ovom istraživanju sudjelovalo je 10 sudionica. Raspon godina radnog iskustva među sudionicama bio je od 5 do 38 godina, a prosječan broj godina radnog iskustva je 14.

Većina sudionica ima višu stručnu spremu (VŠS) te su prvostupnice primaljstva, njih 6. Dvije sudionice imaju srednju stručnu spremu, odnosno imaju titulu primalje, a dvije sudionice visoku stručnu spremu (VSS) te su magistre primaljstva.

Četiri sudionice rade u općoj bolnici, dvije u kliničkoj bolnici a četiri sudionice u kliničkom bolničkom centru.

Tri su sudionice iz Grada Zagreba, tri iz Istarske županije, dvije sudionice su iz Osječko-baranjske županije, jedna iz Primorsko-goranske županije te jedna iz Splitsko-dalmatinske županije.

4.2. Rezultati istraživanja

U ovom poglavlju prikazani su rezultati prikupljeni kroz intervjue. Prikupljeni podatci prikazani su kao odgovori na istraživačka pitanja kroz teme, kategorije i kodove. Izdvojeni su citati izjava sudionica koji opisuju podijeljene kategorije.

4.2.1. Koje načine čuvanja međice opisuju primalje na području Republike Hrvatske

Tablica 2. prikazuje prikupljene odgovore na prvo istraživačko pitanje koje je bilo usmjereno na tehnike koje primalje koriste za čuvanje međice. Kroz tematsku analizu prvog pitanja dobivene su slijedeće teme: Manualne tehnike čuvanja međice za vrijeme porođaja glavice, tehnike čuvanja međice za vrijeme rotacije i porođaja ramena, masaža međice i primjena lubrikanta, položaji rađanja kao metode čuvanja međice te komplementare tehnike čuvanja međice.

Tablica 2: Koje načine čuvanja međice opisuju primalje na području Republike Hrvatske?

Kod	Kategorija	Tema
Dominantna ruka na međici	Upotreba dominantne ruke na međici	

<p>Ispružen dlan na međici za vrijeme porođaja glavice Palac dominante ruke desno od introitusa, ostali prsti lijevo Palac desno od introitusa a dlan ispružen na međici s vrhovima prstiju prema anusu Rašireni prsti dlana na međici Palac i kažiprst lateralno od introitusa a treći, četvrti i peti prst savijeni na međici za vrijeme porođaja glavice Šaka na međici za vrijeme porođaja glavice Ruka položena tako da rub međice ostane vidljiv Gaza ispod dominantne ruke na međici</p>		
<p>Pritisak rukom na međicu za vrijeme porođaja „presvlačenje“ međice za vrijeme porođaja glavice Navlačenje međice prema gore Kontrola brzine rađanja glavice dominantnom rukom Defleksija glavice preko međice</p>	<p>Djelovanje dominantne ruke na međici</p>	<p>Manualne tehnike čuvanja međice za vrijeme porođaja glavice</p>
<p>Dva prsta na glavici djeteta Tri prsta na glavici djeteta Dlan na glavici djeteta</p>	<p>Upotreba nedominantne ruke</p>	
<p>Širenje labija nedominantnom rukom Pridržavanje glavice Potiskivanje glavice Fleksija glavice nedominantnom rukom Sprječavanje nagle defleksije</p>	<p>Djelovanje nedominantne ruke</p>	
<p>Bez dodira međice</p>	<p><i>Hands off</i> tehnika</p>	

Promatranje međice		
Individualni pristup Kombinacija različitih tehnika	Personalizirani pristup	
Ruka na međici Ruka na međici do kraja porođaja Ispružen dlan na međici Međica slobodna Palac i kažiprst lateralno od introitusa a treći, četvrti i peti prst savijeni na međici Ruka na međici samo za porod stražnjeg ramena	Stavljanje ruke na međicu za vrijeme rotacije djeteta i porođanja ramena	Tehnike čuvanja međice za vrijeme rotacije i porođaja ramena
Ispružen dlan jedne ruke na glavici djeteta Obje ruke oko vrata djeteta Oba dlana na glavici djeteta Bez diranja glavice rukama za vrijeme porođanja ramena	Stavljanje ruku na glavicu djeteta za vrijeme porođanja ramena	
Prvo porođaj prednjeg ramena Porođaj prednjeg ramena do prve trećine nadlaktice Porođaj prednjeg ramena do druge trećine nadlaktice Porođaj prednje ručice Prvo porođaj stražnjeg ramena Porođaj ramena u istom trudu kao i glavica Porođaj ramena u idućem trudu Spontani porođaj ramena	Primjena tehnika porođanja ramena	
Masaža s dva prsta u rodnici Rastezanje međice Kružni pokreti po koži međice Međica između dva prsta Kružni pokreti Prsti između međice i glavice djeteta	Primjena različitih tehnika masaže međice	Masaže međice i primjena lubrikanta

Korištenje lubrikanta dostupnih na mjestu rada Primjena lubrikanta po izboru trudnice (privatni) Prirodna sluz	Korištenje različitih lubrikanta za masažu međice	
Izbjegavanje masaže međice	Nepodržavanje masaže međice	
Ležeći položaj Ležeći položaj s nogama na nogarima Ležeći položaj s nogama spuštenim na krevet Polusjedeći položaj na krevetu	Konvencionalni položaji rađanja	Položaji rađanja kao metoda čuvanja međice
Koljena-lakat položaj Klečeći položaj Porod na boku Porod na stolčiću Porod u vodi	Alternativni položaji rađanja	
Tiskanje za vrijeme spuštanja glavice Tiskanje za vrijeme poroda glavice Tiskanje u trudu Tiskanje van truda Tiskanje s „pola snage“ Dirigirano tiskanje Disanje za vrijeme poroda glavice Disanje za vrijeme spuštanja glavice	Tehnike tiskanja i disanja	Komplementarne tehnike tehnikama čuvanja međice
Korištenje toplih obloga Nekorištenje toplih obloga	Primjena toplih obloga	
Medijalna epiziotomija Lateralna epiziotomija Mediolateralna epiziotomija Epiziotomija s desne strane Epiziotomija s lijeve strane	Primjena različitih vrsta epiziotomije	Epiziotomija
Dvojba između čuvanja međice i epiziotomije Slaganje s odlukom o izvođenju epiziotomije	Odobrovanje epiziotomije	

Neodobravanje epiziotomije Veći razdori i epiziotomija Instrumentalno dovršenje porođaja i epiziotomija	Neodobravanje epiziotomije	
--	-------------------------------	--

U prvoj temi „Manualne tehnike čuvanja međice za vrijeme proda glavice“ primalje opisuju položaj dominantne ruke na međici pa tako većina ispitanica polaže dlan desne ruke na međicu („*Desnu ruku stavim na međicu.*“ (P4)) tako da im palac ruke bude desno od introitusa a dlan ispružen s prstima lijevo od introitusa („*Palac desne ruke mi bude s ženine desne strane vulve dok ostala 4 prsta budu s druge strane vulve. Kao da pokušavam obujmit glavu djeteta svojim dlanom preko međice.*“ (P4)). Osim ispruženog dlana dominantne ruke na međici primalje stavljaju i raširen dlan na međici, dlan ispružen tako da vrhovi prstiju idu prema anusu ili polože skupljenu šaku. Nekoliko primalja navelo je i korištenje Skandinavske tehnike („*Stavim palac s ženine desne strane labija, a kažiprst s ženine lijeve strane labija. Ostala 3 prsta savijem i stavim ih na međicu.*“ (P4)). Sve ispitanice navode stavljanje gaze ispod dominantne ruke koja je položena na međicu („*Prva stvar kad se glava napne meni osobno refleksno idem po gazu i stavljam ruku na međicu, tako da rub međice ostane vidljiv kako bi mogle promatrati promjene na međici za vrijeme rađanja glavice djeteta ja uvijek ostavim rub slobodan da vidim hoće šta pucati.*“ (P9)).

Prilikom opisivanja djelovanja dominantne ruke primalje navode da primjenjuju pritisak na međicu („*Dlanom vršim jaki pritisak na međicu preko koje osjetim rađanje glavice*“ (P4)), „presvlače“ međicu („*Nekad je prevlačim preko glave i povlačim prema dolje, ili navlačim međicu prema gore ako vidim da će mi puknuti.*“ (P3)) ili rade defleksiju glavice preko međice („*I onda sa ta tri savijena prsta koja su položena na međici ko da možeš nosić i bradicu pogurat prema gore.*“ (P2)).

Za vrijeme porođaja glavice primalje opisuju da nedominantnu ruku polažu na glavicu djeteta („*Lijevu ruku položim na glavicu djeteta nekad dva prsta, nekad tri, nekad cijeli dlan*“ (P1)) i njom djeluju tako da šire labije i kontroliraju brzinu rađanja glavice („*...a lijevom rukom širim labije i vraćam glavu nazad da ne izađe prebrzo*“ (P1)). Neke primalje nedominantnom rukom rade fleksiju glavice („*Kad je pola glave van lijevom rukom radim fleksiju i nakon toga samo maknem ruku i glava sama ode u defleksiju*“ (P7)).

Neke primalje ne dodiruju ni međicu ni glavicu za vrijeme porođaja glavice („*Ako vidim da žena sluša moje upute i da je fokusirana na porod uopće ne diram međicu. Pustim hands off, gledam, pratim.*“ (P8)).

Manualna tehnika koju primalje koriste se mijenja i prilagođava svakoj ženi i porođaju individualno (*„Nekad ni sama nisam sigurna di stavljam ruke. Ovisi o situaciji kako to dijete ide, kako se to dijete rotira. Znamo svi da djeca mogu izaći na svakakve načine van. Ne samo školski.“* (P7)).

U drugoj temi „Tehnike čuvanja međice za vrijeme rotacije i porođaja ramena“ primalje opisuju stavljanje ruke na međicu za vrijeme rotacije djeteta i porođanja ramena te je položaj dominantne ruke uglavnom isti kao i za vrijeme porođaja glavice. Neke primalje stavljaju ruku na međicu samo za porođaj stražnjeg ramena, a neke ne dodiruju međicu za vrijeme rotacije i porođaja ramena (*„Međica se uglavnom skroz povuče blizu čmara, kad glava izađe van. Nekako ta međica nije ti toliko vidljiva niti je osjetiš pod dlanom. Ona je jako nisko dolje. I samo to podržavanje međice nema smisla.“* (P6)).

Prilikom rotacije djeteta i porođaja ramena u ovom istraživanju primalje različito opisuju položaj ruke na glavici pa tako navode stavljanje jedne ruke na glavicu djeteta, obje ruke na glavicu djeteta, ili ruke oko vrata djeteta (*„Ako je normalan porod samo naslonim dlan na djetetovu glavu, a ako je teži porod primi dijete s obe ruke oko vrata i povlačim prema dolje.“* (P1)). Neke primalje ne dodiruju glavicu.

Opisujući različite tehnike porođanja ramena većina primalja opisuje prvo porođaj prednjeg ramena do određene točke kao što je prva trećina nadlaktice, druga trećina nadlaktice ili porođaj cijele prednje ručice, te nakon toga porođaj stražnjeg ramena (*„Porođam prednje rame negdje do gorenje trećine. Ne navlačim recimo do lakta ili donje trećine. Mislim da je dovoljna gornja trećina ramena i onda polako dižem stražnje rame i onda lagan pritisak na donje rame i opet stražnje rame tako da imaš jednu klackalicu, gore dolje. Nikad onako do kraja da ti se istegne vrat djeteta ili da dobiješ ruku van.“* (P4)). Većina ispitanica porođa ramena djeteta odmah nakon porođaja glavice. Neke ispitanice čekaju idući trud za porođaj ramena (*„Kada se glava porodi onda čekam“* (P6)).

U trećoj temi „Masaže međice i primjena lubrikanta“ primalje su spominjale različite trenutke za masažu međice pa tako neke preporučuju masažu međice još u trudnoći (*„Preporučam od 36 tjedna na dalje masažu međice da si malo osvijeste više taj dio žene. Nije nešto da će ona tkivo razmekšati nego će se žena naučiti na dodir na tom dijelu i osvijestiti te mišiće koje mora kontrolirati u porodu.“* (P6)), a neke je izvode prije izгона ili za vrijeme izгона.

Međicu masiraju različitim tehnikama. Dio primalja masažu međice opisuje kao „rastezanje“. Većina primalja masira međicu tako da stavi dva prsta u rođnicu i pomiče ih lijevo desno (*„S uljem masiram međicu svojim prstima kada se glava nabije tako da stavim dva prsta*

u rodnicu i povlačim lijevo desno. Tako zapravo širim međicu kako bi ona postala elastičnije“ (P1)). Neke navode kako koriste kružne pokrete dok im je rub međice između prstiju dok neke masiraju kožu međice kružnim pokretima („Izvana masiram kružnim pokretima prstima kao da utrljavam ulje po međici i labijama“ (P1)).

Dio primalja u ovom istraživanju navodi da ne podržava masažu međice u porođaju te je izbjegava („...niti radim neki velike masaže kad je glavica jako napeta na međica, dakle ne guram prst između glavice i međice jer sam vidjela iz iskustva da se dodatno tkivo traumatizira, ošteti se, počinju brže krvarenja i sitna pucanja.“ (P6)).

Sve primalje u ovom istraživanju koriste lubrikate za vrijeme porođaja. Vrsta lubrikanta ovisi o tome što je dostupno na njihovom radnom mjestu („Primjenjujem baby ulje, parafinsko ulje, ovisno šta imam u rađaonici“ (P1)) ili primjenjuju lubrikante koje je trudnica donijela sa sobom na porod („Dianatal gel smo dugo izbjegavali ali i mi smo ga počeli stavljati jer žene to kupuju i daju novce za to“ (P7)). Neke primalje navode kako je primjena osobnog lubrikanta zabranjena na njihovom mjestu rada („U našoj klinici ne stavljamo nikakve gelove kad žene to donesu. Iskreno ne znam zašto, znam da je zabranjeno.“ (P5)).

Primalje spominju i prirodnu lubrikaciju rodnice sa sluzi koja se luči za vrijeme porođaja („Najbolji lubrikant je prirodni. Sluz koju žena stvara prirodno u rodnici koja se luči za vrijeme poroda najbolje joj pomaže“ (P6)).

Kada je riječ o položajima rađanja primalje spominju tradicionalne položaje za rađanje i alternativne položaje rađanja. U hrvatskim rodilištima žene uglavnom rađaju na krevetu za rađanje, u ležećem položaju („Kod nas se isključivo porađa na leđima i u tom položaju čuva međica.“ (P9)). Postoje varijacije takvog položaja pa primalje spominju porođaj s nogama podignutim u nogare („Najviše porađam kad žena leži s nogama prema gore ili u nogarima“ (P1)), nogama koje žene same pridržavaju, nogama spuštenima na krevet („U situacijama kada vidim da međica bijeli, ili npr. ako je žena drugorotka pa ima ožiljak od epiziotomije koji je napet i nije elastičan, kažem ženama u trenutku prelaska glavice preko međice da spuste noge na krevet kako bi se smanjila napetost međice.“ (P5)) , ili polusjedeći položaj na krevetu.

Primalje spominju razne alternativne položaje za rađanje kao što su klečeći ili koljeno-lakat položaj („Na koljenima volim jako porađati i to zna baš biti super da se dijete spusti a i ženama jako paše. Tu jednostavno pustim stvari da idu same od sebe. Imam osjećaj da je prirodno i da nema smisla da čuvam međicu, samo pritisnem glavu prema dolje da pritisak nije na međici. Vidi se da je pritisak potpuno drugačiji“ (P7)), porođaja na boku („Najčešće od drugih položaja za rađanje najčešće porađam na boku. To mi je najbližije ovom klasičnom načinu“ (P7)), porođaj na stolčiću („Imamo porod na stolčiću ali vrlo rijetko. Nekad umjesto

stolčića prilagodimo krevet za rađanje da bude u položaju kao na stolčiću“ (P5)) ili porođaj u vodi „(Imamo tu i tamo porod u vodi. Vidila sam to možda 5 puta i onda se ništa ne radi. Voda sama po sebi omekšava tkivo. Samo staviš ruku da osjetiš kako se glavica gura. Samo ide sve.“ (P9)) no ne koriste ih često („Nemam baš često izbor za različite položaje rađanja“ (P1))

Postoje „komplementarne tehnike čuvanja međice“ koje su peta tema prvog istraživačkog pitanja. U ovom istraživanju primalje navode kako često daje usmene upute roditelji o načinu tiskanja ili disanja za vrijeme porođaja glavice („Mi to zovemo *dirigirano tiskanje*. *Kada krećemo s porodom glavice govorimo joj da tiske i brojimo koliko dugo dok ne osjetiš da slijedi porod i onda se glavica, odnosno lice porađa tako da žena diše. I onda joj opet govorimo da tiska dok se ne porode ramena.*“ (P9)). Većina primalja navodi da trudnica tiska do samog trenutka porođaja glavice („Govorim joj da tiska dok se glava skroz ne nabije na izlaz. Ne jako da dijete ne izleti“ (P2)). Sve primalje u ovom istraživanju navele su kako za vrijeme porođaja glavice pokušavaju usmjeriti roditelju da diše kako bi se usporilo rađanje glavice i na taj način spriječile perinealne ozljede („Kad ide glava onda volim da žena diše, da dahće, da ide polako“ (P1)).

Neke od primalja u ovom istraživanju kao metodu čuvanja međice koriste i tople obloge („Češće stavljam tople obloge pred izgon da malo popusti. Da bude elastičnija“ (P2)), dok druge nisu nikad probale koristiti ovu metodu („Čula sam za tople obloge ali nikad to nisam probala koristiti“ (P3)).

Tehnike koje primalje koriste prilagođene su svakoj, ženi, međici i situaciji. Nekad ni primalje same ne znaju na koji će način čuvati međicu ili mijenjaju tehniku za vrijeme porođaja („Nekad započnem čuvati međicu sa cijelim dlanom, pa onda ako ne ide savijem prste i pokušam pogurati glavicu preko međice prema gore, pa onda opet stavim ispružen dlan. Stalno kombiniram različite metode“ (P4)).

Zadnja tema unutar prvog istraživačkog pitanja je „Epiziotomija“. Primalje opisuju različite vrste epiziotomije („Ima više vrsta epiziotomija iako medijalnu nikad nisam vidila da se izvodi. Osobno uvijek režem mediolateralnu ili lateralnu epiziotomiju. Strah me je medijalne.“ (P10)), a neke epiziotomiju urezuju s lijeve strane, neke s desne. Primalje često imaju dvojbe da li čuvati međicu ili urezati epiziotomiju („Nekad je teško izvagat da li će proći ili neće. Nekad me žene mole da ih urežem da prije završi porod pa to napravim, a nekad i urežem radi svoje zaštite, da nitko ne prigovara. Budu velike dvojbe“ (P4)). Ispitanice navode kako se nekad slažu s izvođenjem epiziotomije („Epiziotomiju režem često ako se na porodu pritišće na fundus, ako je Vakum ili ako zovemo pedijatra na porod jer imamo znakove fetalne patnje“

(P4)) dok u nekim situacijama izražavaju svoje neslaganje („*Mislim da epiziotomija nije oblik čuvanja međice. Neki kažu ureži da ne bi pukla ali ja mislim da to nije ispravno*“ (P3)).

4.2.2. *Kako primalje na području Republike Hrvatske opisuju razlike između korištenih načina čuvanja međice?*

Tablica 3 prikazuje odgovore na 2. istraživačko pitanje. Tematskom analizom intervjua odgovore na ovo pitanje možemo podijeliti u 3 teme: Čimbenike koji utječu na odluku o načinu čuvanja međice, odluka o čuvanju međice ovisno o suradnicima i odluka o čuvanju međice ovisno o profesionalnom razvoju.

Tablica 3: Kako primalje na području Republike Hrvatske opisuju razlike između korištenih načina čuvanja međice?

Kod	Kategorija	Tema
Donošenje odluke o čuvanju međice tijekom porođaja Procjena kvalitete međice Procjena izgleda međice Izvođenje epiziotomije zbog stanja međice	Odluka o načinu čuvanja međice ovisno o izgledu međice	Čimbenici koji utječu na odluku o načinu čuvanja međice
Veličina djeteta Stanje djeteta Izvođenje epiziotomije zbog stanja djeteta	Odluka o načinu čuvanja međice ovisno o stanju djeteta	
Utjecaj epiduralne analgezije na čuvanje međice Utjecaj primjene sintetskog oksitocina na čuvanje međice Instrumentalno dovršenje porođaja Fundalni pritisak (Kristellerov manevar)	Odluka o načinu čuvanja međice u porođaju obzirom na primjenu različitih intervencija	
Utjecaj liječnika na položaje rađanja Utjecaj liječnika na odluku o epiziotomiji Utjecaj liječnika na odluku o čuvanju međice	Utjecaj liječnika na odluku o čuvanju međice	Odluka o čuvanju međice ovisno o suradnicima

Ohrabrivanje druge primalje za vrijeme čuvanja međice Utjecaj druge primalje na tehnike čuvanja međice	Pozitivan utjecaj drugih primalja na odluku o čuvanju međice	
Kritiziranje druge primalje za vrijeme čuvanja međice Utjecaj druge primalje na odluku o izvođenju epiziotomije	Negativan utjecaj drugih primalja na odluku o čuvanju međice	
Suradnja roditelja Razvoj povjerenja između roditelja i primalje za vrijeme porođaja Izvođenje epiziotomije zbog poštivanja autonomije žene	Utjecaj odnosa roditelja-primalja na odluku o čuvanju međice	
Razvoj vlastitog stila iskustvom Promjena načina čuvanja međice sa iskustvom Promjena načina čuvanja međice kroz kontakt s ženama	Učenje kroz vlastiti rad	Odabir tehnika čuvanja međice ovisno o profesionalnom razvoju
Učenje tehnika čuvanja međice od kolegica primalja Prenošenje znanja mlađim primaljama o tehnikama čuvanja međice	Učenje od drugih	

U prvoj temi „ Faktori koji utječu na odluku o načinu čuvanja međice“ primalje navode kako je jedan od faktora koji utječe na njihovu odluku izgled međice („*Ako mi je međica baš jako čvrsta i ako vidim da puca ili da mi prsti propadaju u rođnicu onda ću urezati*“ (P1)). Primalje spominju da tu odluku ne mogu donijeti prije samog trenutka porođaja glavice te ni same ne znaju do tog trenutka hoće li će i na koji način čuvati međicu („*Uvijek odluku hoću li urezati međicu ili ću je čuvati donosim kad je glavica već na pola vani. Dok se sve ne rastegne ne možeš znati hoće li proći ili neće*“ (P4)). Drugi faktor koji ima utjecaj na donošenje odluke o načinu čuvanja međice je stanje djeteta. Ponekad su veličina djeteta („*Nekada znam napraviti kada je međice jako čvrsta a procijenjeno je veliko dijete.*“ (P8)) ili otkucaji srca djeteta odlučujući čimbenik za urez međice („*Ako je na primjer bradikardija, ili ako se dijete odmah mora poroditi naravno da ću urezati da ne ugrožavam djetetov život*“ (P1)).

Odluka o načinu čuvanja međice mijenja se i s obzirom na intervencije koje se provode u porođaju pa tako epiduralna analgezija (*„Najbolje je kada ima epiduralnu a ipak osjeti pritisak. Inače ako joj epiduralna jako primi samo tiskanje ubrzava se raznim metodama. U tom slučaju radim i pritisak na međicu, širim izlaz iz rodnice i govorim ženi da tiska, što inače nikad ne radim kada žena nema epiduralnu“* (P10)), upotreba sintetskog oksitocina (*„Ako se radi o DRIP-u onda je drugačija tehnika. Onda sam češće s rukom na međici i pričam s ženom kako se osjeća, gdje je peče“* (P6)), ili instrumentalno dovršenje porođaja utječu na odluku o čuvanju ili urezu međice.

Druga tema drugog istraživačkog pitanja je „odluka o čuvanju međice ovisno o suradnicima“. Sve primalje navode kako na njihovu odluku o načinu čuvanja međice utječe prisustvo drugih osoba na porođaju. Najveći utjecaj na odluku primalje imaju liječnici. Često oni utječu na položaje rađanja (*„Ima položaj koji mislim da bi bio bolji a ne radim jer uglavnom ne smijem“* (P2)) i odluku o epiziotomiji (*„Većina epiziotomija koje režem je zato jer su mi liječnici rekli a ne zato što ja mislim da treba“* (P4)). Ispitanice navode kako im je lakše primjenjivati različite tehnike čuvanja međice u noćnim satima, kada su na porođaju prisutni uglavnom samo najmlađi liječnici u službi (*„Alternativne položaje za rađanje koristimo samo po noći. Kad stariji liječnici spavaju, a na porodima su mladi liječnici koji su zainteresirani za nešto novo i drugačije“* (P4)).

Osim dežurnog liječnika, na skoro na svakom porođaju prisutna je i druga primalja koja može pozitivno (*„Volim kad su mi na porodu kolegice sa istim stavovima o međici ko ja. Onda nekada i kad želim urezati radi svoje zaštite ohrabre me da to ne učinim i uspijem sačuvati međicu“* (P4)) ili negativno (*„Ispočetka mi je stalno starija kolegica govorila nemoj razmišljati ureži. Jako mi to stvara stres jer ja gledam tu ženu i pipam međicu. Ako budem tako slušala neću nikad naučiti i neću nikad imati svoj stav. Neću nikad znati kad treba a kad ne treba“* (P2)) utjecati na odluku o čuvanju međice.

Ispitanice naglašavaju suradnju roditelja u porođaju kao ključan faktor za čuvanje međice (*„Kad žena surađuje puno je lakše“* (P1)). Za vrijeme porođaja razvija se povjerenje između primalje i roditelja što može utjecati na tijek porođaja, pa tako i na čuvanje međice (*„Odnos žene i primalje puno utječe na međicu. To je jedan mišić koji reagira kao i svaki drugi. Ako žena ima povjerenja ona je opuštenija te su i mišići više relaksirani“* (P6)).

Primalje navode da pokušavaju poštovati autonomiju roditelja u donošenju odluka o vlastitom tijelu čak i kada se ne slažu s njima (*„Epiziotomija je opravdana kad žena ne može izdržati to pečenje ako je ne možeš dozvat da se smiri i ako joj je to pre agresivno samo od sebe i traži jednostavno. Te žene traže. Teško je kad traže jer je tvoje da joj pomogneš.“* (P6)).

Zadnja tema koja će se obraditi je „Odabir tehnika čuvanja međice ovisno o profesionalnom razvoju“. Primalje u ovom istraživanju navode da su o čuvanju međice puno naučile kroz vlastiti rad („*Sama sam s godinama naučila neke nove stvari. Probaš pa vidiš da li je dobro ili nije*“ (P4)). Svaka od njih s vremenom je razvila svoj osobni stil („*Svaka od mojih kolegica, pa tako i ja ima neki svoj stil na koji način čuva međicu*“ (P3)) i mijenjala načine na koji čuvaju međicu („*Iskustveno mijenjaš pristup, vidiš da je nešto bolje od kolegica pa pokušaš ili nešto sama istražiš pa probaš*“ (P9)). Primalje spominju kako se način na koji izvode određenu tehniku mijenjao obzirom na njihove godine iskustva („*Što više vremena prolazi, tako vidim da mijenjam načina na koji porađam. Isti princip, ali ipak drugačije nego na početku*“ (P10)). Na promjenu načina čuvanja međice utjecale se i same roditelje („*Kroz moje radno iskustvo najviše su utjecale žene da promijenim način kako čuvam međicu. Vidjela sam što me uči medicina i iskustvo starijih kolegica, a puno puta nema veze s realnošću i samom ženom.*“ (P6)).

Kroz svoj rad primalje su učile od kolegica primalja, te su većini ispitanica upravo starije kolegice bile te koje su ih naučile sve što znaju („*Na moj stil porađanja najviše su u početku utjecale moje kolegice, ja sam naučila porađat ovdje na poslu. Nakon toga sve su bile iznad mene i svaka je porađala na svoj način i svaka je htjela prenijet svoj način porađanja jer je svaka imala svoje.*“ (P7)). Sada i one pokušavaju prenijeti svoje znanje mlađim kolegicama („*Ja tek sada kužim koliko je teško naučit drugu primalju porađat. Sada nam dolaze mladi i htjela bi im prenijet to šta ja osjećam ali ne možeš. Moraju sami razvit svoj osjećaj*“ (P7)).

5. RASPRAVA

Ovim je istraživanjem utvrđeno koje tehnike čuvanja međice opisuju primalje na području Republike Hrvatske te kako primalje na području Republike Hrvatske opisuju razlike između korištenih tehnika čuvanja međice, odnosno dobiveni su odgovori na postavljena istraživačka pitanja te je ostvaren je cilj istraživanja.

Na prvo istraživačko pitanje koje tehnike čuvanja međice opisuju primalje na području Republike Hrvatske dobivene su teme koje se odnose na manualne tehnike čuvanja međice za vrijeme porođaja glavice, tehnike čuvanja međice za vrijeme rotacije i porođaja ramena, masažu međice i primjenu lubrikanta, položaje rađanja kao metoda čuvanja međice, komplementarne tehnike čuvanja međice i epiziotomiju.

Sudionice ovog istraživanja navele su kako za vrijeme porođaja glavice uglavnom koriste manualne tehnike čuvanja međice, dok nekoliko ispitanica u određenim trenucima koristi *hands off* tehniku. Položaj dominante i nedominantne ruke za vrijeme porođaja glavice razlikuje se od ispitanice do ispitanice. Navode kako su dominantna i nedominantna ruka aktivne te obje sinkrono sudjeluju u porođaju glavice, no navode različite tehnike kojima to rade pa tako opisuju pridržavanje međice, jaki pritisak na međicu, „presvlačenje međice“ ili defleksiju glavice dominantnom rukom preko međice. Neke ispitanice navode kako nedominantnom rukom šire labije, a neke samo kontroliraju brzinu rađanja glavice. Iz dobivenog, možemo zaključiti da su tehnike koje primalje koriste različite, te ne možemo definirati jednu ili nekoliko tehnika koje primalje u Hrvatskoj koriste za čuvanje međice. Čak i kada navode da primjenjuju istu tehniku, detaljnom analizom se pokazalo da tu istu tehniku opisuju na različite načine. Istraživanjem koje je provela Gilman 2021. godine o tehnikama čuvanja međice dobiveni su slični rezultati. Gilman je zaključila da se pri samom prikupljanju podataka o određenim tehnikama čuvanja međice nailazi prvenstveno na problematiku jezika. Istraživanje upućuje na to da su tehnike koje primalje izvode za vrijeme čuvanja međice složene kao i terminologija koja nije dosljedno primijenjena ni shvaćena te je stoga problematična. Opisivane tehnike nije bilo moguće svrstati strogo u kategorije koje se inače koriste za opisivanje tehnika čuvanja međice zbog velike varijacije u tumačenju pojmova (3). Takvi rezultati u potpunosti odgovaraju rezultatima dobivenim u ovom istraživanju.

U drugoj temi prvog istraživačkog pitanja koja se odnosi na način čuvanja međice za vrijeme rotacije djeteta i porođaja ramena primalje opisuju položaje ruku na različite načine no većina ispitanica navodi istu tehniku porođaja ramena. Sve ispitanice navode da prvo porođaju prednje rame, tek onda stražnje osim u iznimnim situacija kada neke ispitanice puštaju da se

ramena porađaju spontano. Aabakke i suradnici su u svom istraživanju dokazali da ne postoji statistički značajna razlika vezana za perinealne ozljede i prvo porađanja prednjeg ili stražnjeg ramena (35). Većina ispitanica navodi kako rame porađa u istom trudu kao i glavicu dok nekoliko ispitanica navodi kako čeka iduću trud za porođaj ramena. Slične podatke nalaze i Edqvist i suradnici u svom istraživanju provedenom 2014. godine u Švedskoj. Dokazali su da skup intervencija, koji sadrži i porođaj glavice u idućem trudu (eng. *Two step birth*), pridonosi manjoj incidenciji ruptura II. stupnja. No u tom istraživanju primalje izražavaju nepovjerenje prema takvom načinu porođaja ramena zbog straha da ne naude djetetu te je iako je dio skupa intervencija pokušavaju izbjeći (36) što odgovara rezultatima dobivenim u ovom istraživanju.

Većina primalja u ovom istraživanju koristi lubrikant te masira međicu za vrijeme drugog porođajnog doba dok samo dvije primalje primjenjuju i tople obloge kao način čuvanja međice. Većina primalja navodi kako su čule za tople obloge ali ih ne koriste u svom radu. Istraživanje koje su proveli Rodrigues i suradnici dokazalo je da kombinacija masaže međice s lubrikantom baziranim na vodi i primjena toplih obloga za vrijeme drugog porođajnog doba povećava incidenciju intaktne međice te smanjiva učestalost, ruptura II. stupnja, velikih razdora međice i epiziotomije (37). Obzirom na dobivene rezultate tog istraživanja možemo zaključiti da primalje u Hrvatskoj treba educirati o dobrobitima primjene toplih obloga i poticati na njihovu upotrebu.

Većina primalja u ovom istraživanju navodi kako za čuvanje međice koriste ležeći položaj na leđima. Primalje ga preferiraju jer je u tom položaju međica lako dostupna za provođenje manualnih tehnika čuvanja međice. Osim toga ležeći položaj je tradicionalan u hrvatskim rodilištima i provodi se kao rutinska praksa. Neke primalje kao tehniku čuvanja međice primjenjuju i alternativne položaje rađanja ali navode da je to iznimka. Iako navode da vole porađati u alternativnim položajima ističu da je to vrlo rijetko. Navode da nisu imale nikakvu edukaciju o tehnikama čuvanja međice i porađanja u alternativnim položajima nego to rade po osjećaju. Slični rezultati dobiveni su i u istraživanju koje su proveli Alsehim i Shaban 2021.godine. To istraživanje pokazuje da unatoč dokazima koji podupiru uspravan položaj rađanja mnogi liječnici i primalje preferiraju ležeće položaje za rađanje zbog kulturoloških razloga. Ležeći položaj postala je rutinska praksa a mnoge primalje i liječnici ga i dalje primjenjuju zbog vlastite ugode zanemarujući znanstvene dokaze vezane za uspravne položaje rađanja. Iako nekad postoje pisani protokoli s preporukama alternativnih položaja rađanja oni se zanemaruju i primjenjuju se nepisana pravila i tradicionalni načini. Zbog toga primalje i liječnici trebaju više prilika kako bi razvili vještine, ili kako ne bi izgubili vještine skrbi za žene u alternativnim položajima rađanja (38).

Na drugo istraživačko pitanje kako primalje na području Republike Hrvatske opisuju razlike između korištenih načina čuvanja međice dobivene su teme koje govore o čimbenicima koji utječu na odluku o tehnikama čuvanja međice, donošenje odluka o čuvanju međice ovisno o suradnicima te odabir tehnika čuvanja međice ovisno o profesionalnom razvoju.

Čimbenike koji utječu na odluku o tehnici čuvanja međice u ovom istraživanju dijelimo na one vezane uz samu međicu, vezane uz dijete ili vezane uz primjenu različitih intervencija u porođaju.

Tako primalje u ovom istraživanju navode kako bijela, rigidna i čvrsta međica kao i veliko ili ugroženo dijete utječu na odluku o čuvanju međice ili izvođenju epizotomije. Primjena intervencija kao što su epiduralna analgezija, primjena sintetskog oksitocina ili fundalni pritisak utječu na odluku o načinu čuvanja međice ili izvođenju epizotomije. Ti se rezultati slažu s rezultatima koji su dobivenu u istraživanju koje su proveli Rodrigues i suradnici 2024. godine o donošenju odluka o čuvanju međice i epiziotomiji. U tom istraživanju primalje navode kako je glavni faktor za izvođenje epiziotomija čvrsta i napeta međice, a slijede ga procjena velikog djeteta ili primjena fundalnog pritiska (39).

Prilikom odluke o načinju čuvanja međice na primalje često utječu njihovi suradnici. Najveći utjecaj imaju liječnici i druge primalje prisutne na porođaju. Primalje u ovom istraživanju navode kako liječnici i druge primalje uvelike imaju utjecaj na način na koji će čuvati međicu, hoće li urezati epiziotmiju i koji položaj će roditelje koristiti za vrijeme porođaja. Neke primalje navode da se s godinama iskustva utjecaj drugih na njihovo donošenje odluka smanjio. Slične rezultate ovima dobili su i Tadaumi i suradnici čije je istraživanje provedeno 2020. godine i pokazalo da na donošenje odluka primalja u porođaju utječe model skrbi zdravstvene zaštite i odnos moći između primalje i liječnika, kao i odnos primalje i iskusnijih kolegica. Istraživanje je pokazalo da u opstetričkom modelu skrbi gdje postoji hijerarhija u odnosima primalje često osjećaju pritisak liječnika i na temelju pritiska donose odluke. Na donošenje odluka primalja manje utječe znanje, znanstveni dokazi ili vlastiti izbor roditelje a više hijerarhijska kontrola od strane liječnika ili iskusnih primalja (40). Istraživanje koje su proveli Alsehim i Shaban 2021. godine pokazalo je da liječnici dominiraju u sustavu skrbi i donose pravila vezana za porođaj. Često liječnici smatraju da su primalje njihove pomoćnice a ne zasebna profesija koja samostalno brine za žene tijekom porođaja u suradnji s njima. Primalje su nesigurne i oklijevaju u predlaganju promjena kako bi se zaštitile od kritika, okrivljavanja i kazne (38). Takav model skrbi i hijerarhijski odnosi prisutni su i u Republici Hrvatskoj te se navedene tvrdnje slažu s rezultatima dobivenim u ovom istraživanju o utjecaju suradnika na odluke o načinu čuvanja međice.

Osim negativnih utjecaja, primalje su navele i kako druge primalje mogu pozitivno utjecati na odluke vezane za čuvanje međice tako da pružaju podršku prilikom donošenja odluka i izvođenja određenih vještina. U Švedskoj se 2022. godine provodilo istraživanje koje je pokazalo da prisustvo dvije primalje na porođaju, umjesto samo jedne, smanjuje učestalost velikih perinealnih ozljeda u porođaju. Uloga druge primalje na porođaju bila je pružati podršku, ohrabrivati i davati savjete vezane za čuvanje međice ako prva primalja zatraži (30). Podrška kolegice primalje i u ovom istraživanju pokazala se kao bitan čimbenik u donošenju odluke o načinu čuvanja međice.

Osim utjecaja drugih zdravstvenih djelatnika na razlike između korištenih tehnika čuvanja međice odnos roditelja-primalja također uvelike utječe na načine na koje primalja čuva međicu. Razvoj povjerenja između roditelja i primalje, suradnja i poštovanje autonomije žene koja rađa utječe na tehnike koje primalja upotrebljava u svrhu čuvanja međice. To je pokazalo i istraživanje koje je provedeno u Australiji i Irskoj 2019. godine, a koje je ispitalo tehnike čuvanja međice koje primjenjuju primalje koje se smatraju „stručnjacima“ u tom području. „Stručnjaci“, su one primalje koje u posljednje 3 i pol godine imaju stopu epiziotomija manju od 11.8%, više od 40% intaktnih međica i manje od 3.2% ruptura III. i IV. stupnja. Istraživanje je pokazalo da primalje „stručnjaci“ navode kao prvi faktor u očuvanju međice odnos dobar roditelja-primalja. Smatraju da je izgrađen osjećaj povjerenja između roditelja i primalje važan kako bi primalja mogla voditi roditelju kroz porođaj i pomoći joj da ostane u kontroli svoga tijela za vrijeme drugog porođajnog doba. Ovo se posebno odnosi na trenutak prelaska glavice preko međice kada primalja zamoli roditelju da prestane tiskati i na taj način uspori rađanje. To ne bi bilo moguće da roditelja u potpunosti ne vjeruje primalji (41). Istraživanje Fahy i Parratt 2006. godine pokazalo je da neravnoteža moći u odnosu roditelja-primalja fizički i psihički negativno utječe na ishod porođaja (42).

Utjecaj profesionalnog razvoja javlja se kao posljednja tema istraživačkog pitanja koje se odnosi na razlike između korištenih tehnika čuvanja međice, pa tako primalje navode da uče i mijenjaju načine čuvanja međice kroz rad razvojem osobnog stila koji se razvija iskustvom. Slično pronalazimo u istraživanju koje je proveo MacLellan 2011. godine koje je pokazalo kada se iskustvo povećava, teorijsko znanje primalje spaja se s osobnim stavom kroz refleksiju i refleksivnost te se razvija intuicija koja počinje dominirati u načinima rada primalje. Primjena vještina temeljenih na intuiciji pozitivno utječe na iskustvo rađanja (43). Tehnike koje primalje primjenjuju razvijaju se i mijenjaju jednako kao okruženje i kontekst (44) što odgovara podacima dobivenim u ovom istraživanju.

Osim razvoja vlastitog stila iskustvom na promjenu primjenjivanih načina čuvanja međice utječe i iskustveno učenje od drugih primalja. Primalje navode kako su većinu svojih praktičnih vještina naučile nakon završetka formalnog obrazovanja od starijih kolegica. Istraživanje provedeno u Švedskoj 2024. godine o iskustvu profesionalnog učenja kroz prisustvo druge primalje za vrijeme drugog porođajnog doba opisuje slične rezultate. U istraživanju se navodi kako formalno obrazovanje nije jedini način učenja, pogotovo u profesijama kao što je primaljstvo koje karakterizira složenost i utjecaj različitih čimbenika kao što su organizacijski, situacijski i kulturološki te se ističe važnost učenja kroz praksu. Tu ulogu preuzimaju starije kolegice. Kada su primalje sa manje od dvije godine radnog iskustva surađivale sa starijim kolegicama za vrijeme drugog porođajnog doba u tri od četiri porođaja naučile su novu vještinu (45). Primalje u ovom istraživanju navode kako pokušavaju prenijeti znanje mlađim primaljama na način kako su one usvajale znanje od starijih kolegica primalja.

5.1. Ograničenja istraživanja

Rezultati ovog istraživanja dali su vrijedan uvid u tehnike čuvanja međice koje primalje primjenjuju u Republici Hrvatskoj, no postojala su određena ograničenja provedbe ovog istraživanja. U istraživanju je sudjelovalo 10 sudionica, što je uobičajena veličina uzorka u ovakvoj vrsti ispitivanja, no to je relativno mali uzorak ciljane populacije. Također, u ovom istraživanju sudjelovale su ispitanice iz samo pet od ukupno 21. hrvatske županije. Iako je provedba istraživanja metodom intervjua dala detaljan uvid u određene individualne tehnike čuvanja međice, zbog veličine uzorka i geografske ograničenosti rezultati se ne mogu generalizirati, odnosno primijeniti na sve primalje u Republici Hrvatskoj. Ograničenje ovog istraživanja je to što je istraživačica studentica druge godine diplomskog studija primaljstva i nije do sada imala iskustvo u provođenju kvalitativnog istraživanja.

Prilikom provođenja istraživanja pronalazak sudionica bio je otežan. Nakon poslanog poziva za sudjelovanje neke od primalja koje su pozvane da sudjeluju u istraživanju odbile su sudjelovati. Izražavale su nepovjerenje prema prikupljanju podataka provođenjem intervjua koji se audio snimaju. Pregledom literature pronađena su samo dva kvalitativna istraživanja u primaljstvu. Prvo je istraživanje koje je provela Cerovčec u sklopu izrade završnog rada na temu „Doživljaj o dojenju u javnosti kod dojilja na području Međimurske županije“ (46), no u tom istraživanju primalje nisu bile sudionici. Drugo istraživanje je provela Tomić u sklopu izrade diplomskog rada na temu „Stavovi osoblja rodilišta i roditelja prema volontiranju savjetnica za dojenje u splitskom rodilištu“ (47) te su u njemu sudjelovale primalje kao ispitanici. To je jedino istraživanje slične metodologije u kojem su primalje bile sudionici.

Možemo zaključiti su ovakve vrste istraživanja primaljama u Hrvatskoj nepoznate te zbog toga neke od primalja koje su bile pozvane na sudjelovanje nisu bile volje sudjelovati.

5.2.Preporuke za daljnja istraživanja

Prilikom provođenja ovog istraživanja uočena je potreba za provođenjem daljnjih istraživanja. Korisno bi bilo provesti kvantitativno istraživanje na ovu temu na području Republike Hrvatske kojim bi se obuhvatio veći broj sudionica i dobili podatci koji bi se mogli generalizirati na načine čuvanja međice primalja u rađaonicama. Ovo kvalitativno istraživanje zbog detaljnog uvida u primjenu različitih tehnika čuvanja međice može poslužiti kao vodič za izradu upitnika kvantitativnog istraživanja na ovu temu.

6. ZAKLJUČAK

Obzirom da u Hrvatskoj ne postoje istraživanja koja bi opisale tehnike čuvanja međice koje koriste primalje u Republici Hrvatskoj, ovim istraživanjem nastojalo se istražiti koje tehnike čuvanja međice opisuju primalje na području Republike Hrvatske i kako primalje na području Republike Hrvatske opisuju razlike između različitih tehnika čuvanja međice.

Istraživanje je pokazalo da većina primalja koristi manualne tehnike čuvanja međice za vrijeme porođaja glavice te rotacije djeteta i porođaja ramena no opisuju ih na različite načine. Za čuvanje međice koriste različite lubrikante i masažu međice, kao i komplementarne metode manualnim tehnikama čuvanja međice kao što su primjena toplih obloga ili tehnike tiskanja i disanja. Primalje najčešće čuvaju međicu u tradicionalnom ležećem položaju za rađanje, no opisuju i alternativne položaje rađanja kao metodu čuvanja međice. Prilikom opisivanja načina čuvanja međice primalje navode restriktivni pristup epiziotomiji, čije izvođenje ponekad odobravaju, a ponekad ne.

Prilikom opisivanja razlika između korištenih tehnika čuvanja međice primalje navode kako odluku o načinu čuvanja međice donose, a nekada i mijenjaju u samom trenutku porođaja ovisno o različitim čimbenicima kao što je izgled međice, stanje djeteta ili primjena različitih intervencija u porođaju. Na odluku o načinu kojom će primalje čuvati međicu utječe i prisustvo liječnika i drugih primalja na porođaju. Suradnja roditelja i razvoj povjerenja u odnosu roditelja-primalja utječe na odabir određene tehnike čuvanja međice. Primalje sticanjem iskustva razvijaju vlastiti stil i mijenjaju vlastiti tehnike čuvanja međice te ih pokušavaju prenijeti mlađim kolegicama.

Ovo istraživanje pružilo je uvid u tehnike čuvanja međice kojima se koriste primalje na području Republike Hrvatske te se nadamo da će potaknuti daljnja istraživanja na ovu temu. Obzirom da je ovo kvalitativno istraživanje detaljno su opisane tehnike koje primjenjuju pojedine primalje, a ne numerički prikaz učestalosti korištenja nekih od navedenih tehnika. Opisivani načini čuvanja međice ne slažu se u potpunosti s preporukama relevantnih društava i organizacija iz područja perinatologije i primaljstva te se nadamo da će ovo istraživanje utjecati na promjenu u određenim načinima kao i pridonijeti kontinuiranoj edukaciji i razvoju vještina primalja.

Primalje bi trebale raditi na kontinuiranoj edukaciji o tehnikama čuvanja međice, i primjenjivati metode zasnovane na dokazima umjesto onih zasnovanih na tradiciji.

Potrebno je donošenje stručnih smjernica zasnovanih na dokazima o načinima čuvanja međice u Republici Hrvatskoj od strane Hrvatske komore primalja kako bi se ujednačila praksa u hrvatskim rodilištima.

LITERATURA

1. Krmpotić Nemanić J. Anatomija čovjeka. Zagreb: JUMENA; 1982. 845–859 p.
2. Dražančić A. Porodništvo. Drugo izda. Zgreb: Školska knjiga; 1999.
3. Gillman LJ. The culture and context of minimising perineal injury during physiological birth : an ethnographic study. Kingston University London; 2021.
4. Martínez EML, Sáez ZA, Sánchez EH, Ávila MC, Conesa EM, Ferrer MBC. Perineal protection methods: knowledge and use. *Rev da Esc Enferm.* 2021;55:1–8.
5. PECK E. Perineal care. *Am J Nurs.* 1947;47(3):170–2.
6. Sultan AH. Editorial: Obstetrical Perineal Injury and Anal Incontinence. *Clin Risk* [Internet]. 1999 Nov 1;5(6):193–6. [pristupljeno 23.8.2024.] Dostupno na: <https://doi.org/10.1177/135626229900500601>
7. R.C.O.G. The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears. *Lancet.* 2018;232(6017):1473.
8. Harvey M-A, Pierce M, Walter J-E, Chou Q, Diamond P, Epp A, et al. Obstetrical Anal Sphincter Injuries (OASIS): Prevention, Recognition, and Repair. *J Obstet Gynaecol Canada JOGC = J d'obstetrique Gynecol du Canada JOGC.* 2015 Dec 4;37:1131–48.
9. Temkin O. *Soranus Gynecology.* Baltimor: Johns Hopkins Press; 1956. 72 p.
10. Dahlen HG, Homer CSE, Leap N, Tracy SK. From social to surgical: Historical perspectives on perineal care during labour and birth. *Women and Birth* [Internet]. 2011;24(3):105–11. [pristupljeno 25.8.2024.] Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2010.09.002>
11. McCandlish R, Bowler U, van Asten H, Berridge G, Winter C, Sames L, et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 1998;105(12):1262–72.
12. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinart LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2017(6).
13. Stride SL, Hundley VA, Way S, Sheppard ZA. Identifying the factors that influence midwives' perineal practice at the time of birth in the United Kingdom. *Midwifery*

[Internet]. 2021;102(June):103077. [pristupljeno 25.8.2024.] Dostupno na:
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103077>

14. Kleprlikova H, Kalis V, Lucovnik M, Rusavy Z, Blaganje M, Thakar R, et al. Manual perineal protection: The know-how and the know-why. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020;99(4):445–50.
15. Habek D, Luetić AT, Marton I, Prka M, Pavlović G, Kuljak Ž, et al. Modified ritgen maneuver in perineal protection - Sixty-year experience. *Acta Clin Croat.* 2018;57(1):116–21.
16. Habek D i suradnici. Perinealna protekcija (Zaštita medicine). U: *Opstetrička Pelveoperineologija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2020. str. 35–54.
17. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013(4).
18. Yin J, Chen Y, Huang M, Cao Z, Jiang Z, Li Y. Effects of perineal massage at different stages on perineal and postpartum pelvic floor function in primiparous women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2024 Jun;24(1):405.
19. Li Y, Wang C, Lu H, Cao L, Zhu X, Wang A, et al. Effects of perineal massage during childbirth on maternal and neonatal outcomes in primiparous women: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2023 Feb;138:104390.
20. Marcos-Rodríguez A, Leirós-Rodríguez R, Hernandez-Lucas P. Efficacy of perineal massage during the second stage of labor for the prevention of perineal injury: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet Off organ Int Fed Gynaecol Obstet.* 2023 Sep;162(3):802–10.
21. Women's Healthcare Australasia. The How to Guide: WHA CEC Perineal Protection Bundle. 2019;(August). [pristupljeno 28.8.2024.] Dostupno na:
<https://women.wcha.asn.au/collaborative/intervention-bundle>
22. Satone PD, Tayade SA. Alternative Birthing Positions Compared to the Conventional Position in the Second Stage of Labor: A Review. *Cureus.* 2023;15(4):1–11.
23. Shorten A, Donsante J, Shorten B. Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: Informing women about choices for vaginal birth. *Birth.* 2002;29(1):18–27.
24. Nassar AH, Visser GHA, Ayres-de-Campos D, Rane A, Gupta S, Barnea E, et al. FIGO Statement: Restrictive use rather than routine use of episiotomy. *Int J Gynecol Obstet.* 2019;146(1):17–9.

25. Farine D. Intrapartum care. *J Perinat Med.* 2017;45(3):269–71.
26. World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018.
27. Kurbanović M. Smjernice za skrb o roditeljima tijekom fiziološkog porođaja. Zagreb; 2020.
28. Horner DL, Bellamy MC. Care bundles in intensive care. *Contin Educ Anaesthesia, Crit Care Pain.* 2012;12(4):199–202.
29. Hals E, Øian P, Pirhonen T, Gissler M, Hjelle S, Nilsen EB, et al. A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. *Obstet Gynecol.* 2010 Oct;116(4):901–8.
30. Edqvist M, Dahlen HG, Häggsgård C, Tern H, Ängeby K, Teleman P, et al. The effect of two midwives during the second stage of labour to reduce severe perineal trauma (Oneplus): a multicentre, randomised controlled trial in Sweden. *Lancet (London, England).* 2022 Mar;399(10331):1242–53.
31. Goodman LA. Snowball Sampling. *Ann Math Stat.* 1961;32(1):148–70.
32. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant.* 2018;52(4):1893–907.
33. Jamshed S. Qualitative research method-interviewing and observation. *J basic Clin Pharm.* 2014 Sep;5(4):87–8.
34. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77–101.
35. Aabakke AJM, Willer H, Krebs L. The effect of maneuvers for shoulder delivery on perineal trauma: a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016;95(9):1070–7.
36. Edqvist M, Hildingsson I, Mollberg M, Lundgren I, Lindgren H. Midwives' Management during the Second Stage of Labor in Relation to Second-Degree Tears—An Experimental Study. *Birth.* 2017;44(1):86–94.
37. Rodrigues S, Silva P, Rocha F, Monterroso L, Silva JN, de Sousa NQ, et al. Perineal massage and warm compresses – Randomised controlled trial for reduce perineal trauma during labor. *Midwifery [Internet].* 2023;124:103763. [pristupljeno 30.8.2024.] Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103763>

38. Alsehim OM, Shaban I. Exploring Maternity Healthcare Providers' Perspectives on Maternal Upright Positions during Second Stage of Labor: Qualitative Study. *Egypt J Heal Care*. 2021;12(4):233–47.
39. Rodrigues S, Silva P, Vieira R, Duarte A, Escuriet R. Midwives' practices on perineal protection and episiotomy decision-making: A qualitative and descriptive study. *Eur J Midwifery*. 2024;8(May):1–8.
40. Tadaumi M, Sweet L, Graham K. A qualitative study of factors that influence midwives' practice in relation to low-risk women's oral intake in labour in Australia. *Women and Birth* [Internet]. 2020;33(5):e455–63. [pristupljeno 1.9.2024.] Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.11.004>
41. Begley C, Guilliland K, Dixon L, Reilly M, Keegan C, McCann C, et al. A qualitative exploration of techniques used by expert midwives to preserve the perineum intact. *Women and Birth* [Internet]. 2019;32(1):87–97. [pristupljeno 1.9.2024.] Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.015>
42. Fahy KM, Parratt JA. Birth Territory: a theory for midwifery practice. *Women Birth*. 2006 Jul;19(2):45–50.
43. MacLellan J. The art of midwifery practice: a discourse analysis. *MIDIRS Midwifery Dig* [Internet]. 2011;21(1):25–31. [pristupljeno 1.9.2024.] Dostupno na: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=jlh&AN=2011027670&site=ehost-live>
44. Taylor DJ. What is usual? Normality in maternity care. *Br J Midwifery*. 2001;9(6):390–3.
45. Tern H, Edqvist M, Rubertsson C, Ekelin M. Midwives' experiences of professional learning when practicing collegial midwifery assistance during the active second stage of labour: data from the oneplus trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(1):1–9.
46. Cerovčec H. Doživljaj o dojenju u javnosti kod dojilja na području međimurske županije [Završni rad]. Rijeka: Sveučilište u Rijeci; 2023. [pristupljeno 4.9.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:267208>
47. Tomić Ž. Stavovi osoblja rodilišta i roditelja prema volontiranju savjetnica za dojenje u splitskom rodilištu. [Diplomski rad]. Split: Sveučilište u Splitu; 2015. [pristupljeno 4.9.2024.]. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:486266>

PRIVITCI

Privitak A: Vodič za intervju

Manualne tehnike čuvanja međice

Možete li mi opisati situacije u kojima se manualno čuva međica? O čemu ovisi hoćete li manualno čuvati međicu ili ne?

Zamislite da se ukazuje glava djeteta na međici i da slijedi porođaj. Probajte mi opisati način na koji biste čuvali međicu.

Primjenjujete li lubrikant i ako da koju vrstu i na koji način?

Masirate li međicu tijekom drugog porođajnog doba? Ako da, na koji način?

Nakon porođaja glave rotirate li glavu i ako da na koji način?

Na koji način porađate ramena?

Kako doživljavate epiziotomiju?

Ostale metode čuvanja međice

Koji položaj preferirate za čuvanje međice? Zašto?

Smatrate li određene položaje učinkovitijim u čuvanju međice?

Koje metode tiskanja koristite kako bi sačuvali međicu?

Primjenjujete li neke druge metode kako bi očuvali međicu za vrijeme izгона djeteta?

Postoji li još nešto što do sad niste rekli a da smatrate da je važno za čuvanje međice?

Privitak B: Odobrenje etičkog povjerenstva



Sveučilište u Rijeci • Fakultet zdravstvenih studija
University of Rijeka • Faculty of Health Studies
Viktora Cara Emina 5 • 51000 Rijeka • CROATIA
Phone: +385 51 77777
www.fzsri.uniri.hr

Rijeka, 14. prosinac 2023.

ODLUKA

II. sjednice Etičkog povjerenstva za biomedicinska istraživanja (u nastavku Povjerenstvo) u 2023./2024. ak. godini održane 14. prosinca 2023. godine.

Dana 13. prosinca 2023. zaprimili smo Vašu molbu za izdavanje suglasnosti Povjerenstva.

Podnositelj : **Jelena Zovak**

Dokumentaciju čine:

- a) Zamolba
- b) Nacrt diplomskog rada
- c) Informirani pristanak
- d) Primjerak pitanja za intervju
- e) Izjava mentora o etičnosti istraživanja

Svi članovi Povjerenstva utvrdili su da predložena tema u okviru istraživanja "Tehnike čuvanja medicine u Hrvatskoj", metodologija rada i istraživanja u etičkom smislu **nisu dvojbeni**, te da se prosljeđuju na daljnji postupak.

Ova Odluka stupa na snagu sa danom njenog donošenja.

Žalbu na ovu odluku moguće je dostaviti pismenim putem u roku

7 dana od dana njenog donošenja dekanici Fakulteta zdravstvenih studija, prof. dr. sc. Daniela Malnar, dr. med.

Predsjednica Etičkog povjerenstva

Prof. dr. sc. Darinka Vučković, dr. med.

Dostaviti:

1. Arhiva Fakulteta
2. Podnositeljici predmeta (**Jelena Zovak**)

SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJ
RIJeka

Privitak C: poziv na sudjelovanje

POZIV NA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU

Poštovane,

ja sam Jelena Zovak, sveučilišna prvostupnica primaljstva i studentica druge godine diplomskog studija primaljstva Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci. Pozivam Vas da sudjelujete u istraživanju koje se provodi u svrhu izrade diplomskog rada na temu *Tehnike čuvanja međice u Hrvatskoj*. Cilj istraživanja je utvrditi koje načine čuvanja međice opisuju primalje na području Republike Hrvatske te kako primalje na području Republike Hrvatske opisuju razlike između korištenih načina čuvanja međice. Sudjelovati u istraživanju mogu primalje koje su zaposlene u javnim zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj te rade ili su radile u rađaonici u posljednjih pet godina, a ne kraće od dvije godine.

Željela bih od Vas saznati Vaša iskustva vezana uz tehnike čuvanja međice.

Molim Vas da pažljivo i u cijelosti pročitate ovaj dokument jer će vam pružiti podatke čija je svrha pomoći Vam odlučiti želite li sudjelovati u ovom znanstvenom istraživanju. Za sva pitanja ili nedoumice slobodno mi se obratite putem elektroničke pošte ili telefonski.

Molim Vas da razmislite o sudjelovanju i da mi se javite u roku od **7 dana** od dana kada ste zaprimili ovu obavijest, ukoliko odlučite sudjelovati. Tijekom tog razdoblja možete postaviti pitanja vezana uz istraživanje.

Ako se odlučite sudjelovati, molim Vas da pročitate i potpišete obrazac za informirani pristanak u tiskanom ili elektroničkom obliku u dva primjerka. Jedan primjerak morate zadržati Vi, a jedan primjerak ja. Informirani pristanak biti će pohranjen na sigurno mjesto.

Istraživanje će biti provedeno **uživo ili online**, ovisno o Vašim mogućnostima. Intervju će se audio snimati. Molim Vas da odaberete vrijeme i mjesto, u slučaju online sudjelovanja, kada možete neometano sudjelovati. Očekivano trajanje intervjuja je 30 minuta.

1. VAŠA ULOGA KAO SUDIONICE U OVOM ISTRAŽIVANJU

Sudjelovanjem u ovom istraživanju doprinijet ćete saznanjima o načinima na koje primalje u Hrvatskoj čuvaju međicu. Očekivani doprinos ovog istraživanja je bolje razumijevanje ove tematike, unaprijeđene profesije primalja i postavljanje temelja provođenja budućih istraživanja o čuvanju međice.

2. PRAVO NA ODBIJANJE I ODUSTAJANJE

Vaše sudjelovanje u ovom istraživanju **dobrovoljno** i možete slobodno i bez posljedica odustati od istraživanja u bilo kojem trenutku (a najkasnije do završetka postupka transkribiranja), bez navođenja razloga. Svoj pristanak na sudjelovanje dajete potpisivanjem Informiranog pristanka (u dva primjerka). Odustajanje od sudjelovanja u istraživanju je moguće prije, za vrijeme i nakon provođenja intervjua pa sve do završetka postupka transkribiranja (pretvaranje audiozapisa u tekstualni zapis) prikupljenih podataka. Molim Vas da me obavijestite u slučaju odustajanja.

Odustajanje od intervjua neće imati nikakve posljedice na Vaš poslovni ili privatni život. Također, ne postoji nikakav osobni dobitak ako se odlučite sudjelovati u istraživanju.

3. ANONIMNOST I POVJERLJIVOST

Tijekom provođenja istraživanja i prikazivanja rezultata poštivat će se Etički kodeks Odbora za etiku u znanosti i visokom obrazovanju i Etički kodeks nastavnika, suradnika i znanstvenika Fakulteta zdravstvenih studija sveučilišta u Rijeci. Strogo će se poštivati zahtjevi Europske opće uredbe o zaštiti podataka (2016/679) te Zakona o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka (NN 42/2018). Pristup osobnim podacima sudionica imati će samo istraživačica. Snimke i transkripti intervjua čuvat će se u elektroničkom obliku, na sigurnom mjestu, zaštićeni lozinkom te će biti dostupni samo istraživačici. Snimke intervjua čuvat će se do kraja pisanja diplomskog rada te će nakon toga biti uništene.

Bit će osigurana povjerljivost podataka tako da će svakoj sudionici biti dodijeljen slučajno izabran kodni broj (npr. P1) koji će se koristiti u svim pohranjenim podacima, te će biti uklonjeni osobni podatci poput imena ili mjesta rada po čemu bi ste mogli biti identificirani. Svi prikupljeni podatci analizirat će se grupno, tako da se neće moći povezati s Vama. Po završetku istraživanja, bit će Vam omogućeno vidjeti rezultate.

4. ZA ŠTO ĆE SE KORISTITI PODATCI DOBIVENI U OVOM ISTRAŽIVANJU?

Podatci dobiveni ovim istraživanjem koristit će se jedino i isključivo za izradu diplomskog rada i potencijalno u znanstvenim radovima.

5. KONTAKT ZA DALJNJE INFORMACIJE

Osobe koje odluče sudjelovati u ovom istraživanju, imaju bilo kakvih pitanja ili trebaju dodatne podatke o istraživanju javljaju se direktno meni na e-mail adresu ili broj telefona: Jelena Zovak, e-mail: jzovak@uniri.hr ; broj telefona: +385 (0)99 2810 994

6. PISMENA SUGLASNOST ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU

Ako želite sudjelovati u istraživanju, dobit ćete primjerak obrasca Informiranog pristanka na potpis. Originalni primjerak obrasca Informiranog pristanka za sudjelovanje u istraživanju zadržat će se i biti će pohranjen kod istraživačice.

Privitak D: Informirani pristanak

INFORMIRANI PRISTANAK SUDIONIKA ISTRAŽIVANJA

Potvrđujem da sam dana _____ (datum), u _____ (mjesto) pročitala obavijest o gore navedenom istraživanju, te da sam imala priliku postaviti pitanja. Razumijem da je moje sudjelovanje dobrovoljno te da se mogu povući u bilo koje vrijeme, odnosno do kraja postupka transkribiranja (naknadno ću dobiti obavijest kada se taj postupak dovrši) bez navođenja razloga i bez ikakvih posljedica. Razumijem da će se intervju audio snimati. Razumijem da mojim odgovorima ima pristup istraživačica te dajem dozvolu za pristup mojim podacima i rezultatima.

Pristajem na sudjelovanje u istraživanju.

Ime i prezime sudionice:

Ime i prezime (tiskanim slovima) _____

Kontakt broj: _____

Potpis: _____

Datum: _____

ŽIVOTOPIS

Jelena Zovak rođena je 28.10.1994. u Splitu. Nakon osnovne škole koju završava u Podstrani upisuje gimnaziju IV. Gimnaziju „Marko Marulić“ u Splitu koju završava 2013. godine.

2013. godine upisuje sveučilišni preddiplomski studij Primaljstva na Odjelu zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu te 2016. godine završetkom studija stiče zvanje sveučilišne prvostupnice primaljstva. Za vrijeme studija aktivni je volonter te sudjeluje u brojnim akcijama provedenim u svrhu očuvanja zdravlja i prevencije bolesti. Volontira u centru „Maestral“ u Splitu.

2020. godine upisuje Diplomski studij primaljstva na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci.

Od siječnja 2017. godine radi kao prvostupnica primaljstva u Kliničkoj bolnici Merkur, Zagreb, u Klinici za ženske bolesti i porode, prvo na odjelu Patologije trudnoće, a zadnjih 6 godina na odjelu Rađaonice.

Od 2021. godine instruktor je reanimacije novorođenčeta na tečaju *Newborn life support* (NLS) kojeg organizira *European resuscitation council* (ERC).

Aktivno primjenjuje engleski jezika u govoru i pisanju.