

UDRUŽENJE ZRAVSTVENIH RADNIKA I SARADNIKA „TIM KME”



3. KONGRES BABICA REPUBLIKE SRBIJE sa međunarodnim učešćem

**ZNANJE , VEŠTINE I EMPATIJA –
TROJSTVO PORODILJSTVA**

ZBORNİK RADOVA

24./25.maj 2019., Beograd



TREĆI KONGRES BABICA REPUBLIKE SRBIJE
24./25.maj 2019.

UDRUŽENJE ZRAVSTVENIH RADNIKA I SARADNIKA

„TIM KME”

**TREĆI KONGRES BABICA
REPUBLIKE SRBIJE**
sa međunarodnim učešćem

ZBORNİK RADOVA

Pokrovitelji :

**Ministarstvo zdravlja Republike Srbije
Komora medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije
Vlada Republike Srbije - Kabinet ministra bez portfelja
zaduženog za demografiju i populacionu politiku
Grad Beograd – Gradska uprava – Sekretarijat za zdravstvo**

Beograd, Gradska opština Stari grad, 24-25.maj 2019.godine

Zbornik sažetaka stručnih radova prezentovanih na Trećem kongresu babica Republike Srbije

Godina III Broj 3 Maj 2019.

Izdavač: Udruženje zdravstvenih radnika i saradnika „TIM KME”

(Online) dostupno na: <http://www.medicinskaedukacija-timkme.com/>

Izlazi: dvogodišnje, po održavanju kongresa

Priprema sadržaja:

Nevenka Stojanović
Jelena Stanojević

Glavni i odgovorni urednik:

Nevenka Stojanović

Poštovane kolege, cenjeni prijatelji, saradnici i dragi gosti,

sa posebnim zadovoljstvom pozdravljam Vaše prisustvo na Trećem kongresu babica Republike Srbije sa međunarodnim učešćem, pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja Republike Srbije, Komore medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije, Vlade Republike Srbije - Kabineta ministra bez portfelja zaduženog za demografiju i populacionu politiku i Grada Beograda – Gradske uprave- Sekretarijata za zdravstvo.

Naziv ovogodišnjeg kongresa je:

ZNANJE, VEŠTINE I EMPATIJA – TROJSTVO PORODILJSTVA

Ove godine u periodu od 24-25.05.2019. godine, družit ćemo se na polju struke i razmeniti iskustva neophodna za uspešan rad. Naučni odbor kongresa nastojao je da u program uvrsti niz predavanja posvećenih najaktuelnijim temama i savremenom pristupu tim aktuelnim problemima. Obzirom da nam je cilj povezivanje i razmena iskustava u celom regionu i šire, ovog puta smo se odlučili da teme kongresa budu novine i savremeni trendovi iz oblasti ginekologije, akušerstva, neonatologije i pedijatrije, za koje smo uspeali da obezbedimo učešće velikog broja predavača iz mnogih zemalja. Razmena iskustava pomoći će nam u iznalaženju novih, pravih puteva unapređenja obrazovanja babica na našim prostorima, a samim tim i podizanje kvaliteta zdravstvene nege. Nadam se da će 3. kongres babica Republike Srbije biti prilika za sve učesnike da se sretnu ponovo, upoznaju nove kolege i uspostave novi kontakti za buduću saradnju.

U ime Udruženja zdravstvenih radnika i saradnika TIM KME i u svoje lično ime, želim vam dobrodošlicu u gostoljubivi i kosmopolitski Beograd!

Sa poštovanjem,

Predsednik UZRS „TIM KME”

Nevenka Stojanović

Sadržaj:

HIPOKRAT ILI HIPOKRIT O LIJEČNIČKIM ZAKLETVAMA, DEKLARACIJAMA I OBEĆANJIMA <i>Prof dr Sc Dubravko Lepušić.....</i>	10
21. VEK, VEK IZAZOVA ZA PROFESIJU BABICA U SRBIJI <i>Dr sci.med. Ljiljana Antić, Hristos Aleksopoulos, Milena Zlatanović.....</i>	12
EDUKACIJA ZA BABICE I NJIHOVE KOMPETENCIJE U SLOVENIJI <i>Dipl.babica Irena Maguš.....</i>	14
OBRAZOVANJE BABICA U CRNOJ GORI <i>Vsb Marijana Bogavac, Bulatović, Jelena Vučković.....</i>	16
AKREDITACIJA RODILISTA KAO PREDIKTOR SIGURNOSTI MAJKE I NOVOROĐENČETA <i>Zorica Sansović, Medicinska sestra primalja, Sanja Marušić, dipl.med.sestra primalja i Mr.sc. viši asistent Olivera Perić.....</i>	17
OBRAZOVANJE PRIMALJA I ULOGA MENTORA U STJECANJU VJEŠTINA NA FAKULTETU ZDRAVSTVENIH STUDIJA SVEUČILIŠTA U RIJECI <i>Deana Švaljug, prof.reh., Prof.dr.sc. Daniela Malnar, dr. med. Doc. dr. sc. Sandra Bošković, prof. reh.....</i>	18
HOME BIRTH IN THE UNITED KINGDOM <i>Maria Mills Shaw, Home Birth Lead Midwife.....</i>	19
BABICE V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE, KOT AVTONOMNE SODELAVKE PRI OBRAVNAVI NOSEČNIC, PORODNIC IN OTROČNIC <i>Barbara Sfiligoj, dipl.babica, Nina Trifoni, dipl.m.s., spec.org., Sabina Oblak, dipl.babica.....</i>	20
PSIHOFIZIČKA PRIPREMA TRUDNICE ZA POROĐAJ U NASTAVNO-OBRAZOVNOM PROCESU <i>Ivana Vulinović, MSc; Milka Todić.....</i>	22
PROMOCIJA DOJENJA KROZ ŠKOLU ZA TRUDNICE <i>Jasmina Sejdinović, Dipl.med.sestra.....</i>	23
VANBOLNIČKO PORODILIŠTE - PONOVO AKTUELAN IZAZOV, POROĐAJ – UGOĐAJ, KAO KOD KUĆE <i>Dr Peter Červenak.....</i>	24
VANTELESNA OPLODNJA <i>ms Jovana Tomić, Emilija Stojković.....</i>	25
KOMUNIKACIJA ZDRAVSTVENI PROFESIONALAC – PACIJENT <i>Mirza Ahmetovic med.tehnicar; Senada Ahmetovic dipl.inzinjer MLD.....</i>	26

STOMATOLOŠKE INTERVENCIJE U TRUDNOĆI <i>Dr stom. Jasmin Džaferović.....</i>	28
PSIHIČKE POSLEDICE „HIRUŠKE KASTRACIJE“ KOD ŽENA <i>Dr Maja Perić.....</i>	29
TOKOFOBIIJA <i>ms Jasmina Ćirović.....</i>	30
SEKSUALNOST U TRUDNOĆI <i>bacc.obs. Karmen Cecarko Vidović.....</i>	32
SLUČAJ AKUTNOG APENDICITISA U TREĆEM TRIMESTRU TRUDNOĆE <i>Doc. Dr sci. Jadranka Georgievska, Daniel Milkovski, Igor Alulovski.....</i>	33
ZLOUPOTREBA PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI U TRUDNOĆI <i>mr sc. Jasmina Milošević, specijalni pedagog, Vanja Slavuj, babica.....</i>	34
PRIMENA ANTIBIOTIKA U TRUDNOĆI <i>Mr Ph Maja Kralj.....</i>	35
RIZIČNA TRUDNOĆA I PREVENCIJA KOMPLIKACIJA <i>vss Dragana Milanović.....</i>	36
PRIJEM TRUDNICE U PORODILIŠTE <i>Gordana Mandić,babica.....</i>	37
ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA POROĐAJNOG BOLA <i>Ginekološko akušerska sestra Maja Jeremić, Anja Simonović, Jelena Stepanović.....</i>	38
ANESTEZIJA I ANALGEZIJA U POROĐAJU <i>Ginekološko akušerska sestra babica Teodora Memarović, Ivana Marinković, Tamara Jovanović.....</i>	39
KRISTELLEROV MANEVAR ILI PRITISAK NA FUNDUS U DRUGO POROĐAJNO DOBA <i>Erika Spirić, bacc.obs.....</i>	40
WATERBITRH I USTANOVLJENE NAUČNE ČINJENICE VEZANE ZA FIZIOLOŠKI POROĐAJ <i>Ivana Veličkov.....</i>	41
AKUŠERSKE OPERACIJE <i>Mr sci. dr Đurović V. Predrag.....</i>	43
ZA“ I „PROTIV“ ŠIROKE PRIMENE CARSKOG REZA <i>Ginekološko akušerska sestra-babica Aleksandra Minić, Ana Stanković, Aleksandra Radisavljević.....</i>	44

MOGUĆI MEDICINSKO PRAVNI PROBLEMI U PORODILJSTVU <i>Vesna Simić.....</i>	46
UTICAJ SENZORNE INTEGRACIJE NA PSIHOMOTorni RAZVOJ DETETA DO TREĆE GODINE <i>Snežana Milanović, diplomirani fizioterapeutu - senzornointegracijski pedagog.....</i>	47
RAD NA RANOJ DETEKCIJI RAKA DOJKE I EDUKACIJI ŽENA ZA SAMOPREGLED DOJKI <i>spec.sms Vesna Imbronjev.....</i>	49
УЛОГАТА И ЕКСПЕРТИЗАТА НА МЕДИЦИНСКА СЕСТРА-АКУШЕРКА ВО ИВФ ЦЕНТАР <i>Анета Јошевска –Дамчевска.....</i>	50
ИНТРАУТЕРИНИ ЗАСТОЈ РАСТА <i>Катерина Златкович.....</i>	51
ЛАПАРОСКОПСКИ СЕРКЛАЖ <i>Оливера Јовановска.....</i>	53
ZDRAVSTVENA ZAŠTITA MATERINSTVA I MERE ZA NJENO UNAPREĐENJE <i>Milka Todić, nastavnik zdravstvene nege, Master organizator zdravstvene nege.....</i>	54
POROD OD SRCA – HUMANI POROD <i>Merjema Musa-Alić; med. sestra ginekološko-akušerska sestra- tehničar.....</i>	56
EPIDURALNA ANALGEZIJA I IZZID POROĐAJA U SPLOŠNOJ BOLNICI MURSKA SOBOTA <i>Karolina Kovač, diplomirana babica.....</i>	57
EVIDENCE BASED IMMEDIATE MIDWIFERY CARE OF THE NEWBORN <i>assist. prof. Polona A. Mivšek, BSc, MSc in midwifery, PhD; Petra Petročnik, BSc, MSc in midwifery; Nastja Pavel, BSc in midwifery, MSc in nursing.....</i>	59
ISHRANA U TRUDNOĆI <i>Dejan B. Živanović, MSc, saradnik u nastavi.....</i>	60
ODNOS BABICE I TRUDNICE U POROĐAJU <i>Mirjana Prvulović, babica.....</i>	61
ULOGA BABICE TOKOM KOMPLIKACIJA PO POROĐAJNIM DOBIMA <i>Gordana Borković, Visoko strukovna sestra-babica.....</i>	63
TRAUME U PORODU <i>Kujović Mediha, dms.....</i>	64
ULOGA BABICE KOD KARLIČNOG POROĐAJA <i>Vesna Vuletić, babica.....</i>	65

ULOGA STRUKOVNE BABICE KOD PREVENCIJE I PREPOZNAVANJA URGENTNIH STANJA U POSTNATALNOM PERIODU <i>sms Tanja Tomović.....</i>	70
POSTPOROĐAJNI PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI <i>Dr Jovan Javorac.....</i>	72
DVADESET GODINA NOVOROĐENČETU PRIJAZNOG PORODILIŠTA I DOJENJU PRIJAZNA ZDRAVSTVENA USTANOVA <i>Gordana Njenjić, mag.zdr.nege, dipl.m.s., babica.....</i>	74
NACIONALNI PROTOKOL NJEGE PUPKA <i>Gordana Njenjić, mag.zdr.nege, dipl.m.s., babica.....</i>	76
REANIMACIJA NOVOROĐENČETA <i>Prim. dr Milica Vušurović.....</i>	76
SESTRINSKE INTERVENCIJE U NEONATOLOGIJI <i>Valentina Velkova</i>	80
KOMUNIKACIJA SA RODITELJIMA VITALNO UGROŽENE NOVOROĐENČADI (pregledni rad) <i>Mr sci.med. Biljana Stojanović-Jovanović, Mirjana Smuđa.....</i>	81
BERNESE SCALE OF PAIN ASSESSMENT FOR NEWBORN BABIES ON MECHANICAL VENTILATION <i>Dr Filev Gjorgji, Jancevska S, Ivanovska S, Fileva S.....</i>	82
OBAVEZNO CIJEPLJENJE NOVOROĐENČETA U RODILIŠTU I ZNANJE RODITELJA O CIJEPLJENJU DJETETA <i>Sanja Marušić dipl.med.sestra, Zorica Sansović primalja</i>	84
DOJENJE I NAJČEŠĆI PROBLEMI PRILIKOM DOJENJA <i>Marko Obradović, pedijatrijski tehničar.....</i>	85
UTJECAJ PORODNIH PRAKSI NA DOJENJE <i>Rusmira Arapović ,primalja, Olivera Perić, Mr.sc. viši asistent.....</i>	86
NEGA KOŽE NOVOROĐENČETA, ODOJČETA I MALOG DETETA <i>vms Mara Rakić.....</i>	88
ANTIBIOTICI U PERIODU TRUDNOĆE I DOJENJA <i>Prof Ph Jadranka V. Odović</i>	89
ZNAČAJ RANOG PSIHOMOTORNOG I GOVORNO-JEZIČKOG RAZVOJA <i>Aleksandra Stojanoska.....</i>	90

MERE ZA SPREČAVANJE ŠIRENJA MORBILA U ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA

Biljana Zorić, strukovni sanitarno ekološki inženjer.....91

PRIJEM I ZBRINJAVANJE DECE OBOLELE OD MORBILA

Mira Stjepanović, srtrukovna medicinska sestra.....92

POSTER PREZENTACIJE

ULOGA BABICE KOD POSTPARTALNOG KRVARENJA

Elena Spasovska, diplomirana akušerka; Eli Dimitrievska , Daniela Spasevska, Tanja Dimova, Jadranka Georgievska;94

PROFESIONALNO SAGOREVANJE KOD MEDICINSKIH SESTARA

Milena Zlatanović, viša ginekološko-akušerska sestra – tehničar; dr sci.med. Ljiljana Antić, Jelena Aleksandrić.....95

SVETLOST U SIVILU

Orsolya Rajković,akušerska sestra , Eržebet Balaša , akušerska sestra.....96

DOBA BABINJARA

Jelena Tanasković, ginekološko-akušerska sestra.....97

HIPOKRAT ILI HIPOKRIT O LIJEČNIČKIM ZAKLETVAMA, DEKLARACIJAMA I OBEĆANJIMA

*Prof dr Sc Dubravko Lepušić, specijalista ginekologije i akušerstva,
KBC Sestre milosrdnice, Zagreb, Hrvatska*

Sunce, posebno snažno nad Egejskim morem, grije srca ljudi i danas kao i tada u vrijeme stare Grčke. Ono budi uspomene na bogove i božice koje sam toliko volio, posebno na Apolona, boga sunca, Apolona liječnika.

Da Apolon vidi današnji svijet bio bi strašno ljut ali nam ne bi mogao nikako zamjeriti što ga više ne spominjemo zaklinjući se da ćemo život posvetiti zdravlju svih ljudi.

Hipokratova zakletva (kao ni druge zakletve i deklaracije) nema legalni status već je polaganje zakletve samo simbolički ritual. Na našim medicinskim fakultetima ali i na mnogima u svijetu liječnici se zaklinju da će u prvom redu služiti pacijentima.

Hipokrat ,83 god (460.pne-vjerojatno 377.pne) rođen na egejskom otoku Kosu, Sokratov suvremenik. Pripada obitelji Asklepijevaca (potomci Apolonova sina Asklepija, boga liječništva).

Niti je jednoj raspravi Hipokratove zbirke ne nailazi se na bilo kakvo praznovjerje a u nekim raspravama ima više filozofskog, neki su pak puki „tehnički” priručnici.

Različiti prijevodi odražavali su stav i svjetonazor prevoditelja kao i društvene okolnosti ali je licemjerno iz zakletve ubirati samo ono što je prikladno u aktualnom političkom trenutku, ubirati iz nje samo ono što im trenutno odgovara.

Nama, današnjim liječnicima je prva i osnovna briga pacijent a liječništvom se može baviti svatko tko je školovan, ima kompetencije i ne mora biti potomak Apolonov niti Asklepijev.

Etički postulati, liječenje koje uključuje informirani pristanak, rodnu ravnopravnost...sve je to imanentno nama liječnicima 21. stoljeća.

Polaganje Hipokratove zakletve“ danas je samo simbolički ritual. U svečanoj ceremoniji pri dodjeli diplome „doktora medicine” na medicinskim fakultetima diljem svijeta liječnici se zaklinju da će u prvom redu služiti pacijentima.

Danas sve sekularne deklaracije i kodeksi omogućuju budućim liječnicima da se ne moraju zaklinjati ni jednom i nikakvom božanstvu ili Bogu.

Corpus Hippocratuicum koji je zbog svoje univezalnosti i opće ljudskog poimanja dobra utkan je i u židovstvo, kršćanstvo i islam: „Svoje propise odrediti ću po svojim silama i znanju na korist bolesnika i štititi ću ga od svega što bi mu moglo škoditi ili nanijeti nepravdu“

Znanstvena medicina počinje Hipokratom koji je medicinu demistificirao postavivši je na prirodne temelje.

Pitanje koje se stalno postavlja kroz stoljeća je: pripada li medicinski život liječnika u prvom redu općem humanizmu ili njegovom bolesniku ? Odgovor je uvijek bio nedvojbjen: samo i isključivo bolesniku !

Liječništvo je profesija koja uživa privilegiju samo reguliranja pa su stoga liječnice i liječnici oni koji moraju dati odgovore na izazove moralne prirode i provođenje medicinske prakse, oslobođeni od bilo kakvih religijskih, ideoloških i političkih utjecaja.

Budimo i ostanimo sretni, sretni što smo najprije liječnici a potom i znanstvenici.

21. VEK, VEK IZAZOVA ZA PROFESIJU BABICA U SRBIJI

Dr sci.med. Ljiljana Antić, Hristos Aleksopoulos, Milena Zlatanović

Visoka medicinska škola strukovnih studija, Čuprija

UVOD: Iako babištvo u Srbiji ima dugu tradiciju, poslednjih decenija, a posebno poslednjih godina od kada je R.Srbija u procesu pridruživanja Evropskoj Uniji, ova profesija se suočava sa brojnim izazovima, kako u kontekstu formalnog obrazovanja, tako i uloge koje babica u 21. veku ima u praksi.

CILJ: cilj rada je ispitati nove uloge i zadatke babica u 21. Veku.

METOD: istraživanje je rađeno po tipu preglednog rada, pretraživana je stručna literatura objavljena na skupovima i u medicinskim časopisima u poslednjih 10 godina.

REZULTATI: Kao i ceo zdravstveni sistem Srbije, tako se i ginekološko-akušerska služba suočava sa dva velika problema, a to su demografska i epidemiološka tranzicija; epidemiološka tranzicija se karakteriše povećanjem stopa morbiditeta i mortaliteta od hroničnih nezaraznih oboljenja, a poslednju etapu demografske tranzicije odlikuje depopulacija. Srbija je danas među deset zemalja sa najstarijim stanovništvom i godinama unazad, još od 1992, ima negativni prirodni priraštaj. Profesionalne aktivnosti babice dominantno se vezuju za porođaj i to porođaj koji se završava per vias vaginalis. U Srbiji 90-ih godina 20. veka dolazi do trenda da porođaje vode ginekolozi akušeri i uloge i zadaci babica se menjaju. Ova tranzicija u akušerskoj praksi je usloвила da babica nije samostalna u vođenju porođaja, već postaje samo pomoćnik ginekologu. Veliki napredak zdravstvene zaštite poslednjih godina, razvoj i primena sofisticirane medicinske tehnologije i uvođenje složenijih terapija, dovelo je do potrebe za unapređenjem profesije sestrinstva i babištva. Neophodno je reformisati sistem obrazovanja babica u Srbiji u skladu sa zahtevima Direktive 2013/55/EU. Profesija babice u Srbiji zahteva kao neophodnu kvalifikaciju, završenu četvorogodišnju srednju medicinsku školu - ginekološko-akušerski smer ili višu medicinsku školu - ginekološko-akušerski smer ili visoku strukovnu školu – studijski odsek strukovna medicinska sestra babica i koja ima licencu za bavljanje tim poslom. U zemljama Evropske unije /EU/, babica je osoba koja je uspešno završila program obrazovanja za babice, a koji se zasniva na ICM-ovim esencijalnim kompetencijama i okvirima ICM-ovih globalnih standarda obrazovanja za babice, a to je preduniverzitetsko, odnosno visoko strukovno obrazovanje. Visokoobrazovana babica je osposobljena za pružanje odgovarajućeg nadzora ženama tokom trudnoće, porođaja i

postpartalnog perioda, vođenje porođaja i brigu o novorođenčetu i ima važnu ulogu u promociji zdravlja žena i njihovih porodica, kao i zajednice, što uključuje i pripremu za roditeljstvo. Postoji potreba za harmonizacijom i usklađivanjem standarda u obrazovanju babica i akreditacijom studijskih programa strukovnih master studija za babice u okviru obrazovnog sistema Srbije, a u kontekstu nove paradigme zdravstvene zaštite koja podrazumeva personalizovan pristup i koncept samozaštite.

ZAKLJUČAK: Poslednjih godina sve više se govori o prevenciji i kvalitetu života žena u svim životnim dobima. Pred babicu kao profesiju se postavljaju novi izazovi u 21. veku, u skladu sa konceptom holističkog pristupa i integrativne zdravstvene zaštite. Neophodno je reformisati sistem obrazovanja medicinskih sestara babica u Srbiji u skladu sa zahtevima Direktive 2013/55/EU.

EDUKACIJA ZA BABICE I NJIHOVE KOMPETENCIJE U SLOVENIJI

Irena Maguš, diplomirana babica, Slovenija

Slovenija je evropska država, koja se graniči sa Austrijom, Italijom, Mađarskom i Hrvatskom. Ima 2.065.895 stanovnika. Glavni grad je Ljubljana. Slovenija je pokrivena širokom i razgranatom mrežom od 14 porodilišta različitog statusa. 12 rodilišta se ponosi sa nazivom UNIICEF-prijatelja djece. Ljubljana i Maribor su Univerzitetni klinički centri i rade kao tercijalni centri. U Sloveniji po poslednjim podacima radi 788 babic i 8 babičara. Po Slovenačkim normativima je za babicu u porođajnoj sali po tercijalnom i sekundarnom parametru propisano 120 do 150 porođaja godišnje. Babice kod nas imaju licencu za rad, koju moraju na 7 godina produžiti. U Sloveniji je u 2018 godini bilo 21500 porođaja.

Prva škola za babice je otvorena 1753 godine u Ljubljani. Brzo posle toga prvi udžbenik za babice u slovenačkom jeziku je napisao dr. Makovic. Babice su se obrazovale u srednjim školama sve do 1984 godine. Te godine se je srednješkolsko obrazovanj babica ukinulo. Nastao je problem u obrazovanju babica i zapošljavanju. Uloga babice u perinatalnoj zdravstvenoj zaštiti je postala sve neodređenija. Radna mesta babica su zauzele medicinske sestre. Od 1996 godine se babice u Sloveniji obrazuju na visokoškolskom nivou na Fakulteti za zdravstvo u Ljubljani. Studije traju tri godine i godišnje se upiše 30 redovnih studenata. Poslednji podaci govore, da je studije završilo više od 1000 diplomiranih babica. Zbog te reorganizacije u školovanju smo babice izgubile puno u poređenju sa brzim razvojem i napredkom zdravstvene nege. Situacija se popravlja. 2009/10 godine smo išli na obrazovanje babičarstva po bolonijski deklaraciji. Imamo 5400 sati edukacije. Za godinu 2019/2020 se priprema novi program koji će trajati 4 godina, i dobiće status univerzitetnoga studija.

U Sloveniji imamo 8 Fakulteta za studij zdravstvene nege i 1 Fakultet za studije babištva i sve su promjenili svoje programe prema direktivama EU.

Kompetencije babica su: Promocijo zdravlja; Savetovanje oko planirane porodice; Reproductivno zdravlje i davanje pravih informacija; Savetovanje i briga za žene sa ginekološkim problemima; Izvajanje programa za buduće roditelje; Zdravstvena edukacijski rad zdrav način života; Praćenje normalne trudnoće, zajedno sa pretragama i upotrebu kliničkih metoda i sredstava;

Prepoznavanje rizične trudnoće, transfer do lečnika različitih specialnosti; Sudjelovanje u timskom radu; Savetovanje i pomoć ženama u trudnoći, između poroda i poporodu; Vođenje normalnog porođaja i izvajanje epiziotomije; Dajanje nujne medicinske pomoći kod poroda, ako nema lekara; Prepoznavanje patologije kod mame i deteta i transfer do specialist; Pregled i njega deteta i reagovanje, kad je nužno; Savetovanje i pomoć ženama u menopavzalnom razdoblju; Izvajanje babiške nege i zdravljenje, kojega predpisuje lekar; Vođenje ustrezne zdravstvene dokumentacije i dokumentacije o negi; Pedagoški rad sa studentima, edukacija i raziskovalni rad...

U Sloveniji imamo i Strokovno sekcijo medicinskih sester in babic, koja 2-3 puta godišnje organizira edukacije i vrlo dobro surađujemo sa Združenjem za perinatalno medicinu i pripremamo zajedne edukacije (CTG škola). Sudjelujemo sa svim glavnim babicama u porodilištima kao i na primarnom području na terenu. Naša stručna srećanja se uvijek sastoje iz novosti u perinatologiji i ginekologiji gdje je babica član radnog tima.

Babice smo važna profesionalna grupa, koja sa svojim radom promenjujemo porodice, društvo i svet sa time, da rešavamo živote majke i dece. Smo vrlo važan deo svake zajednice, kulture i političkog sistema. Ženama je potrebna briga i dlučna nežne babice.

OBRAZOVANJE BABICA U CRNOJ GORI

Vsb Marijana Bogavac, Tamara Bulatović, Jelena Vučković;

Klinički centar Crne Gore; Podgorica, Crna Gora

Crna Gora ima 650 000 stanovnika i nešto manje od 7500 porodjaja godisnje koja se obave u 14 porodilista. Ima 240 babica sa srednjom medicinskom skolom i 5 babica sa visokim nivoom obrazovanja (Bechelor nivo).

Najvece porodiliste u Crnoj Gori je u Podgorici gdje se obavi oko 3200-3500 porodjaja odnosno skoro polovina porodjaja u drzavi. Sva ostala porodilista imaju ispod 1000 porodjaja a neka cak i ispod 100 pa samim tim i postojanje tih porodilista se dovodi u pitanje.

U Crnoj Gori trenutno ne postoji obrazovanje za babice. Ne postoji niti na srednjoskolskom (vec 5-6 godina)niti na visokom nivou obrazovanja.

Ukoliko neko zeli da bude babica u Crnoj Gori mora ici u neku od susjednih zemalja da se obrazuje

KLJUCNE RIJECI: Babica, Crna Gora, skola, zemlja, edukacija

AKREDITACIJA RODILISTA KAO PREDIKTOR SIGURNOSTI MAJKE I NOVOROĐENČETA

Zorica Sansović, Medicinska sestra primalja, Sanja Marušić, dipl.med.sestra primalja i Mr.sc. viši asistent Olivera Perić; Klinika za ginekologiju i porodništvo, SKB Mostar; BiH

Akreditacija je model vanjskog ocjenjivanja i procjene zdravstvenih organizacija na kolegijalnoj osnovi. To je formalni proces u kojem jedna neovisna,obično nevladina agencija definira,ocjenjuje i prati ispunjenje jasno definiranih i objavljenih standarda kvaliteta u zdravstvenim ustanovama. Može odati priznanje ili preporučiti mjere za poboljšanje kvaliteta.

Akreditacija je obično dobrovoljna a u nekim zemljama i obvezna (npr. Francuska). Akreditacijom upravlja agencija koja postavlja standarde,zakazuje posjete tima ocjenjivača kvaliteta, odnosno zdravstvenih profesionalaca iz prakse, koji su obučeni da bi mogli procijeniti do kojega se stupnja zdravstvena ustanova pridržava propisanih i javno objavljenih standarda.

AKAZ /agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu FBiH/ bavi se :

akreditacijskim standardima, samoocjena i unutrašnja ocjena,vanjska ocjena i akreditacija, facilitacija, edukacija, fokus na pacijenta.

Akreditacija rodilišta je jedan od važnijih faktora za sigurnost majke i novorođenčeta.

Ako zdravstvena ustanova udovoljava postavljenim standardima, ista se akreditira. U suprotnom se predlažu mjere za poboljšanje sigurnosti i kvaliteta i zakazuje nova posjeta radi ocjene kvaliteta. Akreditacija je obično dobrovoljna, vremenski ograničena i utemeljena na periodičnim ocjenama bez obzira da li se radi o javnom ili privatnom zdravstvenom sektoru.

Prva akreditacija Klinike za ginekologiju i porodništvo SKB Mostar je bila 1997 te nakon toga ponovo 2014, te 2018 .

Akreditacija u zdravstvu je više od distribucije i upoznavanja sa standardima. Kroz ozbiljan proces podrške agencije i kolegijalno ocjenjivanje, akreditacijski program testira kako su ispoštovani standardi za poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite za pacijente. Ovaj pristup je specifičan, a zahtjev da svi odjeli i osoblje unutar doma zdravlja ili bolnice ili timovi porodične medicine budu uključeni i da rade s izabranim standardima, predstavlja izazov. Mnoge organizacije izvještavaju da je program akreditacije jedini projekt u kojem su svi uključeni. Zato je učešće u ovom procesu od neprocjenjive važnosti u razvijanju i poboljšanju unutrašnje komunikacije i rada tima.

KLJUČNE RIJEČI: *akreditacija 1, akaz 2, sigurnost 3*

**OBRAZOVANJE PRIMALJA I ULOGA MENTORA U STJECANJU VJEŠTINA
NA FAKULTETU ZDRAVSTVENIH STUDIJA SVEUČILIŠTA U RIJECI**

*Deana Švaljug, prof.reh., Prof.dr.sc. Daniela Malnar, dr. med.,
Doc. dr. sc. Sandra Bošković, prof. reh.,
Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija, Republika Hrvatska*

Primaljstvo je regulirana profesija, propisana Direktivom 2005/36EZ i 2013/55EU prema kojoj se obrazovanje primalja provodi 3 godine na preddiplomskoj razini s 4 600 sati teoretskog i praktičnog obrazovanja, pri čemu klinička praksa treba iznositi 1/2 ukupnog trajanja studijskog programa. Prema Direktivi, ustanove koje provode obrazovanje primalja, odgovorne su za usklađivanje teorijskog i praktičnog obrazovanja tijekom cjelokupnog studijskog programa, pri čemu je naglasak stavljen na kliničko obrazovanje koje treba imati oblik prakse na radu u bolničkim odjelima ili drugim zdravstvenim ustanovama, a studenti/ce primaljstva moraju sudjelovati u aktivnostima odjela u mjeri u kojoj te aktivnosti pridonose njihovom obrazovanju.

Program primaljstva koji se izvodi na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci usklađen je s Direktivom.

Za stjecanje kliničkih vještina odgovornost imaju mentori kliničkih vježbi, primalje zaposlene na Klinici za ženske bolesti i porode, KBC-a, koje tijekom svog redovnog rada istovremeno i izvode kliničke vježbe. Na taj način studentje u potpunosti uključen u proces rada na odjelu u cilju stjecanja njegove što veće samostalnosti u radu, što je posebno važno od ulaskom Republike Hrvatske u Europsku Uniju (2013. godine) od kada je ukinut pripravnički staž i stručni ispit.

Ključne riječi: primaljstvo, primalja, Direktiva, mentor, kliničke vještine

HOME BIRTH IN THE UNITED KINGDOM

Maria Mills Shaw, Home Birth Lead Midwife – Epsom & St Helier University Hospitals NHS Trust; UK

Home Birth in the United Kingdom is supported by our National Health Service and gold standard research suggests that for low risk parous women home birth is equally as safe as giving birth in hospital or in a midwife led birth centre (Birthplace, NPEU 2011).

Our home birth team comprises of four midwives who give all antenatal, intrapartum and postnatal care to women choosing homebirth with our Trust and we generally deliver about 2% of women who book their care at our hospitals, which equates to about 120 women a year. We are on call 24/7 and give all antenatal and post natal care in the woman's home, with women attending hospital for routine Ultrasound only. In the event that a woman develops a complication of her pregnancy she will be referred to an Obstetric colleague for appropriate care and we believe that this seamless service is imperative to maintain a safe service. Women should not feel that choosing a home birth means they are excluded from any other service.

Our team stats are excellent with 89% of women who start their labour at home having a safe birth at home, they are less likely to have vaginal examination, less likely to use pain relief and their chances of having an instrumental or operative delivery are significantly lower than women who choose to have a baby in hospital. Our haemorrhage rate for women at home is significantly lower than for women delivering in hospital or in our birth centres and we also have the highest rates of physiological management of the third stage of labour.

When obstetric complications arise, safe and speedy transfer depends on collaborative working with our ambulance service and we have instigated joint training with the London Ambulance Service for out of hospital birth and obstetric emergencies with positive effect.

We are currently working in the UK to increase continuity of midwifery care, so that women are able to develop supportive and meaningful relationships with a midwife they know and trust, in line with recommendations from the Better Birth report and our home birth team exemplify this model of care. Our presentation will demonstrate how our team works and our outcomes and we will be happy to address any questions the audience may have.

**BABICE V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE, KOT AVTONOMNE SODELAVKE PRI OBRAVNAVI
NOSEČNIC, PORODNIC IN OTROČNIC**

Barbara Sfiligoj, dipl.babica, Nina Trifoni, dipl.m.s., spec.org., Sabina Oblak, dipl.babica;

Splošna bolnišnica Jesenice, Slovenija

IZVLEČEK:

Cilj: Razvoj babiškega poklica sega v daljno preteklost. Babica, ki je bila od nekdaj priučena oseba za pomoč pri porodu, je danes izobražena strokovnjakinja, ki s svojim znanjem in kompetencami, pridobljenih v času šolanja lahko samostojno vodi kvalitetno babiško oskrbo ženske v vseh obdobjih njenega življenja. Po Kodeksu etike za babice Slovenije, je babica prepoznana kot zdravstvena strokovnjakinja, ki s svojim znanjem in kompetencami pomaga ženski v vseh obdobjih njenega življenja. Glavno vlogo pa odigra v njenem rodnem obdobju. Danes imajo babice v Evropi različno stopnjo avtonomije. Babice samostojno vodijo normalno nosečnost, porod in puerperij v Belgiji, na Danskem, v Franciji, na Švedskem, Irskem, Nizozemskem... Med vsemi evropskimi državami smo bile babice v Sloveniji pri svojem delu še najmanj avtonomne. Avtonomnost babiške prakse namreč omogoča babicam, da družbi zagotavljajo sodobno, z dokazi podprto, visoko kakovostno ter etično oskrbo žensk v rodni dobi in njihovim družinam (ICM, Durbane International Council meeting, 2011). V Splošni bolnišnici Jesenice smo tako babicam omogočili, da svoje kompetence, kot samostojne in avtonomne strokovnjakinje uporabijo na vseh področjih njenega dela.

Metode dela: Uporabljali smo deskriptivno metodo dela in preučevali strokovno literaturo in priporočila domačih in tujih avtorjev. Literaturo smo pregledali s pomočjo podatkovnih baz CINAHL, PubMed in Google. Primerjali smo porodno prakso v drugih porodniško razvitih državah.

Diskusija in zaključek: Ozaveščanje porodnic, ki so v našo porodnišnico prihajale z željo po drugačni porodniški praksi, nas je vodila, da smo pred leti močno spremenili dolgoletno ukoreninjeno porodniško in babiško prakso. Ob podpori in spodbudi zdravnikov smo postopoma pričeli uvajati spremembe. Dodatna izobraževanja, spreminjanje mišljenja zaposlenih je povzročilo, da smo babice pri svojem delu postajale vse bolj samostojne in avtonomne zdravstvene sodelavke, ki so pričele razvijati sodobno babiško prakso. V letu 2015 smo uspešno vpeljali delovanje babiške ambulate, spremenili delo v porodni sobi in oskrbi novorojenčka. Nato smo vpeljali delovanje babiškega oddelka, pot pa nadaljujemo z ambulanto za dojenje. Ob tem smo babice izdelale tudi svojo zdravstveno dokumentacijo. Spremembe so bile s strani

uporabnic tako v babiški ambulanti, kot tudi v porodni sobi in na porodniškem oddelku dobro sprejete. Zadovoljni pa smo tudi zaposleni, saj s svojim znanjem in kompetencami uspešno v praksi izvajamo tisto, kar je pravzaprav poslanstvo babiške zdravstvene nege.

Ključne besede: babiška ambulanta, porod, babiški oddelek

PSIHOFIZIČKA PRIPREMA TRUDNICE ZA POROĐAJ U NASTAVNO-OBRAZOVNOM PROCESU

Ivana Vulinović, Master ekonomista; Milka Todić

Medicinska škola „7.april“ Novi Sad; Srbija

UVOD: Najbrojniji zdravstveni kadar u sistemu zdravstvene zaštite obrazuje se u srednjim medicinskim školama, a znatno manji broj na visokim školama i fakultetima. U sprovođenju zdravstvene nege i zdravstveno vaspitnog rada kod trudnica, ginekološko-akušerska sestra mora posedovati aktuelna teorijska i praktična znanja iz oblasti zdravstvene nege u ginekologiji/akušerstvu.

CILJ RADA: Izvršiti analizu nastavnih planova, udžbenika, nastavnih metoda i realizacije sadržaja na nastavnim bazama za obrazovni profil ginekološko-akušerska sestra iz oblasti psihofizičke pripreme trudnice za porođaj, kao i analizu sestrinskih intervencija pri sprovođenju iste.

MATERIJAL I METODE: U radu je primenjen analitičko-deskriptivni metod. Osnovni materijal u ovom istraživanju su važeći nastavni planovi i udžbenici za užestručne predmete, praćenje rada učenika u kabinetima za zdravstvenu negu i na nastavnim bazama.

REZULTATI: Dobijeni rezultati ukazuju da se u nastavnim planovima i udžbenicima nalaze nastavne jedinice čiji je cilj usvajanje osnovnih znanja o psihofizičkoj pripremi trudnice za porođaj. Sestrinske intervencije koje se sprovode kod pripreme trudnice za porođaj su složene. U planiranju zdravstveno vaspitnog procesa u radu sa trudnicama mora se utvrditi raspored prioriteta problema usaglašen sa realnim mogućnostima za njihovo rešavanje. Edukacija budućih ginekološko-akušerskih sestara podrazumeva usvajanje aktuelnih teorijskih i praktičnih znanja iz oblasti psihofizičke pripreme trudnice za porođaj.

ZAKLJUČAK: Ginekološko-akušerske sestre u psihofizičkoj pripremi trudnice za porođaj kroz zdravstveno vaspitni proces koji sa njima sprovode, pored stručnih znanja i veština moraju imati razvijenu sposobnost i za timski rad. Elementarna znanja i veštine iz oblasti zdravstvene nege u akušerstvu stiču se u srednjoj školi, dok su znanja o samoj primeni i metodama psihofizičke pripreme trudnice za porođaj više na nivou informacija, te se zahvaljujući stručnosti nastavnika proširuju u vidu radioničarskog rada kako bi se usvojila određena znanja iz date oblasti.

KLJUČNE REČI: nastavno-obrazovni proces, psihofizička priprema trudnice za porođaj, sticanje znanja i veština.

PROMOCIJA DOJENJA KROZ ŠKOLU ZA TRUDNICE

Jasmina Sejdinović, Diplomirana medicinska sestra;

Glavna sestra Službe za zaštitu žena i trudnica JZNU Dom zdravlja Tuzla; BiH

Škola za trudnice u tuzlanskom Domu zdravlja osnovana je 2001.godine. Cilj otvaranja Škole za trudnice je upoznati trudnice za značajem psihofizičke pripreme za tok i ishod porođaja, osloboditi trudnice od straha od porođaja, upoznati ih sa mjestom gdje se porođaj odvija. Koncept škole je teoretski dio koji se sastoji od četiri predavanja i pola sata nakon toga tehnike disanja i vježbe za trudnice.

Prvi teoretski čas baziran je na ishrani trudnice i fizičkoj aktivnosti. Drugi satje porođaj sa mehanizmima i faktorima koji utiču na porođaj. Uključili smo u proces edukacije i anesteziologe sa UKC Tuzla, koji predstavljaju mogućnost bezbolnog poroda. Treća tema je dojenje gdje nam je cilj ukazati trudnici na značaj majčinog mlijeka kao najidealnijeg načina prehrane i isključivog dojenja prvih šest mjeseci, izuzev vitaminskih kapi i lijekova i posljednja tema su babinjare.

Optimalan rast i razvoj dojenčeta osigurava se isključivim dojenjem u prvih 6 mjeseci života i nastavkom dojenja tokom prve i druge godine .

CILJ RADA:

- Ukazati trudnici na značaj dojenja kao najidealnijeg načina ishrane djeteta koje je ekonomski i zdravstveno najviše isplativo;
- Promovisati isključivo dojenje šest mjeseci bez dodatne prehrane, izuzev vitaminskih preparata i lijekova;
- Motivisati trudnicu da lakše donese odluku o dojenju

METODE:

Pri radu je korištena anketa sastavljena od 20 pitanja

Anketirana kategorija je bila ciljana:

Starosna dob trudnica od 18 – 35 godina

Odabrane prvorotke

Anketiranje je obavljeno uz dobrovoljni pristanak ukupno 50 trudnica u periodu od 01.02.2019 godine

Mjesto anketiranja – Savjetovalište za trudnice i škola

REZULTATI I DISKUSIJA: bit će prikazani u izlaganju

**VANBOLNIČKO PORODILIŠTE - PONOVO AKTUELAN IZAZOV,
POROĐAJ – UGOĐAJ, KAO KOD KUĆE**

*Dr Peter Červenak, Dom Zdravlja „Dr Janoš Hadži“ sa vanbolničkim porodilištem;
Bačka Topola; Srbija*

Današnja velika porodilišta pokazuju tendenciju centralizacije na teritoriji regije, nehotice zloupotrebe aktivnog vođenja porođaja, što dovodi u pitanje dostupnost, a i doživljaja porođaja. Kompetentnost majke da rodi se dovodi u pitanje, kao i mogućnost primene preporuka SZO za porođaj <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

Naše mišljenje je da porođaj treba da se doživi kao ugođaj, time bi se ranije možda, prihvatila i sledeća trudnoća, a ukoliko među trudnoćama postoji mali vremenski razmak, mogućnost treće trudnoće je znatno veća. Za prosto održavanje broja stanovništva je potrebno 2, 3 dece po paru, a trenutno je oko 1,4... Oksitocin učvršćuje unutarporodične veze, stabilizuje porodice. Prisustvo trećeg lica na porođaju, po želji porodilje, olakšava prolazak kroz sve faze porođaja.

Svake godine u junu se šeta, <http://szuleszuletes.hu/> da se skrene pozornost javnosti, struke, trudnica, a i institucija o važnosti primene preporuka SZO. Ove godine će otvaranje šetnje desiti 28.6.2019 od 11h, u Bačkoj Topoli ćemo šetati 28.6.2019 u 17.h od jezera do centra grada. Pozivamo sve zainteresovane, da nam se priključe, ili da u svojoj sredini organizuju šetnju za promociju preporuka SZO.

<https://www.facebook.com/Dom-Zdravlja-DrHad%C5%BEi-Jano%C5%A1Vanbolni%C4%8Dko-Porodili%C5%A1teBTopola-581552078601629/>

VANTELESNA OPLODNJA

Medicinska sestra Jovana Tomić, Emilija Stojković, Dom zdravlja Bujanovac, Srbija

UVOD: infertilitet je intimni problem para sa jakim uticajem na njihov zajednički život, jer su deca kostantan podsetnik kroz životni krug čoveka. Poslednjih decenija razvoj medicinske nauke doprineo je da mnogi ljudi ostvare roditeljsku želju pomoću in vitro fertilizacije. To je trijumfalan uspeh medicinske struke i nauke koji je otvorio nove horizonte u humanoj reprodukciji, ali je opterećen nizom etičkih dilema i problema pravne i sociološke prirode. Zato su visoka etička svojstva, profesionalna, društvena i naučna odgovornost osnovne premise u realizaciji ove delikatke medicinske intervencije.

Ovim postupkom čovek se susreće sa izolovanim humanim embrionima van tela majke, koje se razvijaju u laboratorijskim uslovima. In vitro fertilizacija u humanoj medicini uvedena je 1978. godine, u Velikoj Britaniji, zahvaljujući Streptou i Edwardsu rođena je „prva beba iz epruvete“ Louisa Brown. In vitro fertilizacija i embriotransfer (IVF i ET) daju novu nadu infertilnim parovima i koriste se u skoro svim oblicima infertiliteta gde su se konvencionalne tehnike pokazale neuspešnim.

CILJ: ispitati informisanost parova o postupcima biomedicinski potpomognute oplodnje.

METOD: istraživanje je rađeno po tipu studije preseka. Podaci su dobijeni na osnovu anketnog upitnika, a anketiranje je sprovedeno na teritoriji grada Vranja. Učestvovalo je 10 parova koji su potencijalni korisnici biomedicinski potpomognute oplodnje.

REZULTATI: na osnovu dobijenih rezultata ankete osam parova su u bračnoj zajednici, dok su dva para u partnerskoj vezi, 6 parova manje od 2 godine pokušava da se ostvare kao roditelji, a 4 para više od 5 godina nisu realizovali svoju želju za potomstvom. Na pitanje „Da li ste i ranije pokušavali sa vantelesnom oplodnjom?“ četiri para je odgovorilo da već jeste, a šest parova se izjasnilo da je to prvi put. Na pitanje „Da li se plašite procedura koje se primenjuju u procesu vantelesne oplodnje?“ osam parova se plaše, dok se dva para ne plaši. Na pitanje „Da li smatrate da dobra saradnja sa lekarom i babicom može doprineti da se Vi osećate bezbednije u toku samog procesa vantelesne oplodnje?“ svi ispitanici su odgovorili potvrdno.

ZAKLJUČAK: biomedicinski potpomognutu oplodnju čine visokospecijalizovane procedure koja zahtevaju učešće velikog broja stručnjaka u cilju postizanja optimalnih rešenja. Sve ove metode, s druge strane značajno utiču na sve aspekte života parova koji se podvrgavaju ovim metodama.

KLJUČNE REČI: vantelesna oplodnja, infertilitet, informisanost

KOMUNIKACIJA ZDRAVSTVENI PROFESIONALAC – PACIJENT

Mirza Ahmetovic med.tehnicar; Senada Ahmetovic dipl.inzinjer MLD

JZNU Dom Zdravlja Tuzla – BiH

Koliko se gubi lijepa riječ?

Pacijentica se obraća sestri na recepciji: "Htjela bih na pregled kod doktora, ima li neko da me primi?" Sestra odgovara: "Zašto si došla sada, trebala si poraniti, šta si do sada čekala!"

Nekoliko primjera oslovljavanja pacijenata – „Reci sine“, „Izvoli dušo“, Šta je bilo „majka“, „Pođite za mnom bako“ ili „djede sjedni tu“ ili za pozdrav pri dolasku ili odlasku „ćao“

Ili diskusija neobavezne, neprofesionalne priče širom otvorenih vrata na šalteru ili recepciji koja je otvorenog tipa, gdje pacijenti slušaju šta to spremamo danas za ručak i mnogo drugih primjera neprofesionalnog ponašanja!

Čemu ovakav stav? Može li biti nešto drugačije? Bolje?

„Danas Vas odabrani ljekar nije u mogućnosti primiti zato što radi sa trudnicama ili je na drugim radnim zadacima. Ali, svakako možete biti pregledani kod drugog doktora! Vi ste sigurno...oslovimo osobu njegovim imenom sa prefiksom gospođa ili gospodin... Molim Vas da se pripremite i uđete kod ljekara na pregled. Sve što Vas interesuje i što Vam treba recite meni jer ja sam tu za Vas. Nemojte se ustručavati da pitate. Vaši nalazi koje ste tražili su ovdje. Uzmite ih i pokažite ljekaru. Da li ste shvatili ono što Vam je ljekar rekao? Ako Vam nešto nije jasno ja ću Vam pojasniti. Imate li prатnju ili nekog ko je uz Vas? Kontrola Vam je zakazana tog datuma. Za sljedeći pregled molim Vas da se pripremite na sljedeći način... Doviđenja.

Ovo je jednostavan primjer, ali za onoga ko želi, pouka može biti velika Moramo biti svjesni da osoba – pacijen nije tu bez nekog razloga – nije tu zbog nas, nego mi zbog njih.

Komunikacija (lat. *communicare* = učiniti zajedničkim) je: Prenosjenje poruka od pošiljatelja do primatelja proces razmjene misli, osjećaja, i poruka koji se nužno odvija kad god postoji interakcija dinamički i složen proces u kojem ljudi šalju i primaju verbalne i neverbalne poruke da bi razumjeli i da bi njih razumjeli (Hargie, 1994.)

PROCES KOMUNIKACIJE "Mnoge greške u medicini proizilaze iz neuspjele komunikacije. Ljekar može krivo razumjeti i interpretirati ne samo riječi, osjećaje i ponašanje pacijenta nego i svoje vlastite. Greške ovakve prirode uzrokuju nezadovoljstvo pacijenta, vlastito nezadovoljstvo i

prekomjerno korištenje medicinskih postupaka i lijekova. Ako se, od samog početka, ne shvati pacijentov problem, sve što slijedi iza toga je veliko "nerazumijevanje".

McWhinney U komunikaciji između m.sestre i pacijenta: 7% verbalna komunikacija (riječi); 55% neverbalna komunikacija (govor tijela); 38% glasovna komunikacija (ton glasa)

NEVERBALNA KOMUNIKACIJA služi međuljudskoj komunikaciji, a nije povezana sa upotrebom riječi "govor tijela": držanje tijela, način sjedenja, pokreti glave, pokreti lica i ruku, položaj ruku, izraz i pokreti očiju, ton, visina, volumen, brzina i naglasak u govoru.

Svakodnevno smo svjedoci brojnih pritužbi pacijenata na kvalitetu zdravstvenih usluga. Mnoge od njih odnose se na loš odnos zdravstvenog osoblja prema pacijentima. Prvenstveno tu mislimo na lošu komunikaciju od strane zdravstvenog osoblja.

Opća kultura: Mnogi se pacijenti žale na nedostatak elementarne kulture kod zdravstvenog osoblja. Pojedini zdravstveni profesionalci prođu pored pacijenata u hodniku, a da ne pozdrave ljude koje će nakon toga primiti na recepciji ili u ordinaciji. Mnogo puta tokom rada sa pacijentima zvoni nam mobilni telefon i mi se javljamo kao da je to sasvim normalna stvar. To je neprihvatljivo ponašanje!

Profesija zdravstvenog radnika traži: Odanost poslu - rutini ovdje nikako ne smije biti mjesto; Dobro vladanje vještinama samoga posla; Kontinuirano učenje i traganje za novim i boljim rješenjima; Urednost, sistematičnost, tačnost, energičnost, marljivost, blagost, produhovljenost, iskrenost i odvažnost; Pacijent ima svoje ime i prezime, svoju osobenost i ličnost.

Ovo je nešto što svi zdravstveni radnici, moraju stalno imati na umu i nikada ne smiju zaboraviti. Svi pacijenti bi trebali biti primljeni i tretirani isto od strane ljekara i medicinske sestre. Bilo da se radi o pacijentu slabog materijalnog stanja, beskućniku ili se radilo o pacijentu sa univerzitetskom titulom, on bi trebao biti u očima zdravstvenog osoblja osoba kojoj se isto prilazi, isto pita, isto liječi ...

Tri vitalna pitanja filozofije sestrinstva: Poštovanje života, dok života ima; Poštovanje čovjeka – njegove jedinstvenosti, autonomije, integriteta, dostojanstva i njegovih osobnih vrijednosti; Poštovanje vlastite profesije i njenih profesionalnih vrijednosti

ZA KRAJ O KOMUNIKACIJI Naročitu pažnju obratite na PRVI susret sa vašim pacijentima i na vaše neverbalno i verbalno ponašanje

NEĆE POSTOJATI DRUGA ŠANS DA POPRAVITE PRVI UTISAK.

STOMATOLOŠKE INTERVENCIJE U TRUDNOĆI

Dr stom. Jasmin Džaferović, Klinika za stomatologiju Vojvodine, Novi Sad; Srbija

Stomatoške intervencije predstavljaju niz protokola i postupaka koji imaju za cilj poboljšanje i izlečenje oralnog zdravlja pacijenata. Ako trudnoću definišemo kao fiziološko stanje, prirodno je da kao takvo zaslužuje posebnu pažnju stomatologa, a sve u cilju pružanja adekvatne pomoći i intervencije, kao i maksimalne zaštite trudnica i samog ploda. Najveći broj žena, tokom trudnoće ne poklanja dovoljno pažnje oralnoj higijeni. Ustaljene predrasude o štetnosti i negativnom uticaju na plod svih stomatoloških intervencija u trudnoći, značajno doprinose obolevanju desni i zuba trudnica. S toga je edukacija trudnica uz konstantno održavanje higijene usta i redovne kontrole kod izabranog stomatologa, prvi skup preventivnih mera. Kod posebno visoko rizičnih trudnoća, od primarnog značaja su i redovne konsultacije sa ginekologom i stomatologom.

U ovom radu, pokušaćemo pronaći odgovore na pitanja koja se odnose na izbor i vrste bezbednih stomatoloških intervencija za majku i plod u trudnoći, štetnost snimanja zuba i izlagnja rendgentskim zracima, pronalaženje adekvatnog polažaja za trudnice tokom stomatološke intervencije (koji neće podspešiti kontrakcije i slične promene).

U radu će biti rasvetljene i najčešće promene koje se javljaju u trudnoći na zubima i desnim (gingivi) pod uticajem hormona i želudačne kiseline. Svakodnevna i adekvatna ishrana i oralna higijena (korišćenje mekih četkica za pranje zuba) uz redovne konsultacije i posete stomatologu, doprineće pozitivnom uticaju i očuvanju kvaliteta zuba tokom trudnoće.

KLJUČNE REČI: stomatološka intervencija, trudnoća, oralna higijena zuba.

PSIHIČKE POSLEDICE „HIRUŠKE KASTRACIJE“ KOD ŽENA

Dr Maja Perić, psihijatar; DZ Zvezdara, Srbija

UVOD: Depresija, anksioznost, insomnija, izraženi simptomi menopauze kod žena koje su imale histerektomiju sa adneksitomijom.

CILJ: Upoznati učesnike sa simptomima koji se često javljaju kod žena koje su iz različitih razloga imale histerektomiju sa adneksitomijom sa ciljem da se upozore pacijentkinje šta mogu da očekuju nakon operacije i kome da se obrate

METOD: Upitnik sačinjen od GAP, Hamilton i dela AUDIT skale koji su anonimno popunjavale žene koje su imale navedenu operaciju. Upitnik sadrži 22 stručna pitanja

REZULTAT: Dokazano je da se kod većine ispitanica koje su imale histerektomiju sa adneksitomijom javljaju simptomi depresije, insomnija i anksioznost

KLJUČNE REČI: histerektomija sa adneksitomijom, depresija, insomnija, anksioznost

TOKOFBIJA

ms Jasmina Ćirović , *DZ Zvezdara, Srbija*

Tokofobija ili nekontrolisani, često i paralizirajući strah od porođaja, ali i trudnoće. Naime, neke žene mogu uživati u celoj trudnoći koja će proći bez komplikacija, ali tek pred porođaj će im se javiti spomenuti strah. Tokofobija se dakle može javiti u različitim životnim periodima: pre trudnoće, za vreme trudnoće pa čak i nakon porođaja. Prema tome, tokofobiju možemo podeliti na primarnu i sekundarnu. Primarna tokofobija obično započne u adolescenciji i razvije nakon slušanja neke traumatične epriče s porođaja ili nakon gledanja snimka porođaja (takvi su snimci posebno besmisleni u edukaciji tinejdžera jer čak ni tokom porođaja žena ne vidi takve slike).

Sekundarna tokofobija razvija se nakon porođaja koji je za ženu bio traumatičan. Tokofobija može biti i jedan od simptoma depresije.

Strah od porođaja obično je povezan sa strahom od bola, ali može imati i neke druge asocijacije koje bi kroz psihoterapiju vredelo istražiti. Strah od porođaja moguće je lečiti, kažu psiholozi.

Simptomi koji se mogu javiti su:

- rapidno povećanje anksioznosti i depresije tokom trudnoće;
- prethodni prekidi naizgled zdravih trudnoća;
- osećaj da će porođaj rezultovati smrću, pobačajem ili deformitetima kod deteta;
- jaka želja za decom i ako žena ne želi da ostane trudna.

Posledice do kojih može dovesti ovakav strah je preduzimanje raznih mera koje će eventualno sprečiti začecje. Javlja se odbojnost prema seksu, gubitak seksualnog interesa, konflikti u vezama, a sve to neretko završava prekidom veze. Britanski lekari prvi su upozorili na zabrinjavajući porast tokofobije među ženama. Svaka 6 žena se u Engleskoj boji porođaja. Svetska statistika kaže svaka 7 žena ima strah od porođaja. U Srbiji jos nema podataka o tokofobiji , ali sve češće žene žele carski rez. Razlog za taj trend , stručnjaci vide u savremenom načinu života , u želji da se lagodno živi , da se porođaj završi carskim rezom .

METOD RADA: Anketirano je 30 pacijentkinja – trudnica u DZ Zvezdara ,naodeljenjuginekologije. Anketa je sadržala 20 pitanja.

REZULTATI RADA: Rezultati ankete ukazuju da generalno trudnice ipak imaju tokofobiju, koja se može ublažiti adekvatnom psihoterapijom kod psihologa ili psihijatra, kao i posećivanjem psihofizičke pripreme za trudnice, školaza roditeljstvo...

ZAKLJUČAK: Ključna stvar u pomoći ženama koje se bore sa tokofobijom je edukacija . Žene bi trebalo što više upoznati o onome što ih plaši . To može biti bol , strah od majčinstva... Trebaju biti svesne da u današnjem vremenu , nisu same.

KLJUČNE REČI: strah od porođaja¹, tokofobija², trudnoća³

SEKSUALNOST U TRUDNOĆI

bacc.obs. Karmen Cecarko Vidović, Županijska bolnica Čakovec, Hrvatska

U ovoj temi obrađena je seksualne aktivnost i reprodukcija kao jedna od osnovnih ljudskih potreba. Po M. Gordon, seksualna aktivnost i reprodukcija svrstava se u 12 točaka o kojima primalja treba voditi računa pri sakupljanju podataka od pacijenta. Dok je osoba psihički i fizički zdrava ne razmišlja na način da bi seksualna aktivnost i reprodukcija mogle biti narušene. Osobe kod kojih dođe do narušavanja seksualnosti i reproduktivnog zdravlja nailaze na niz problema koji izlaze iz neupućenosti i nedovoljne informiranosti o toj temi.

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) i Međunarodna seksološka asocijacija seksualno zdravlje definiraju kao: "kontinuitet pozitivnih fizičkih, psihičkih i sociokulturnih iskustava povezanih sa seksualnošću". Drugim riječima, seksualno je zdravlje neodvojivo od pozitivnih stavova o seksualnosti i vlastitom tijelu, poznavanja "tehnologije" užitka, informiranosti o seksualnim rizicima i educiranosti o tome kako ih svesti na najmanju moguću mjeru, sposobnosti za ostvarivanje odnosa koji uključuje povjerenje, komunikaciju i intimnost, ali i seksualno pozitivne društvene okoline. Naravno, takvo definiranje u praksi često zvuči preapstraktno. U svakodnevnom životu seksualno se zdravlje može jednostavno opisati kao kombinacija izostanka seksualnih smetnji i zadovoljstva vlastitim seksualnim životom.

Seksualna aktivnost i reprodukcija je prepoznata kao jedna važna potreba ljudskog iskustva - doživljaja i istina našeg postojanja. Svako seksualno iskustvo izgrađuje samopoštovanje, samoprihvatanje i očuvanje postojanja. Prema Maslowljevoj hijerarhiji motiva koja je utkana u brojne sestrinske teorije zdravstvene njege, seksualne potrebe nalaze se na prvoj razini (fiziološke potrebe) i svrstavaju se u potrebe za stimulaciju.

Izlaganje će se sastojati od ankete provede na 100 žena u trudnoći i nakon poroda.

KLJUČNE RIJEČI: seksualnost, reprodukcija, seksualna aktivnost, trudnoća

SLUČAJ AKUTNOG APENDICITISA U TREĆEM TRIMESTRU TRUDNOĆE

Doc. Dr sci. Jadranka Georgievska, Daniel Milkovski, Igor Alulovski,

JZU Univerzitetska klinika za ginekologiju i akušerstvo, Medicinski fakultet - Skoplje, Makedonija

UVOD: Zapaljenje slepog creva (appendicitis) je retko zaboljenje za vreme trudnoće, posebno u trećem trimestaru trudnoće. Simptomatologija apendicitisa u ovom period trudnoće je bitno izmenjena, simptomi kao gađenje i povraćanje se javljaju kasnije, tok i evolucija bolesti su vrlo brzi i lako dovode do difuznog peritonitisa. Pri pregledu bolesnice bol na pritisak se najčešće nalazi u predelu pupka, a pri pomeranju trudnice na desni bok bol se povećava. Defans abdominalnog zida često izostaje u ovom period trudnoće.

CILJ RADA: Prezentujemo slučaj 29 godišne pacijentice u 36 gestaciskoj nedelji, primigravida, primljena na našoj klinici zbog bolova u donjem delu abdomena koji su počeli prethodnog dana u predelu pupka a potom se locirali u desni donji deo abdomena. Laboratoriske analize su pokazale povišene inflamatorne parametre. Kod pacijentice je postavljena sumnja za akutan apendicitis i ista je transferirana na Hirurškoj klinici gde je napravljena apendektomija zbog perforiranog apendicitisa. Za vreme operacije, zbog akutnog difuznog peritonitisa nije postavljena indikacija za porođaj ploda Carskim rezom. Posle operacije pacijentica je primala antibiotike širokog spektra i bila otpuštena od klinike posle 10 dana u dobrom stanju. Trudnoća je bila redovno praćena do termina porođaja. Dva dana posle očekivanog termina porođaja pacijentica je bila primljena na našoj klinici za indukciju porođaja i porodila je spontano vaginalno živu žensku bebu sa visokim apgarom.

DISKUSIJA: Rana dijagnoza akutnog apendicitisa u trudnoći je važna zbog ranog hirurškog tretmana i izbegavanju komplikacija perforiranog apendicitisa.

ZAKLJUČAK: U slučaju perforiranog apendicitisa u trećem trimestaru trudnoći posle apendektomije ne bi trebali praviti Carski rez zbog velikog rizika od dehiscencije reza na materici.

KLJUČNE REČI: apendicitis, difuzan peritonitis, carski rez, dehiscencija

ZLOUPOTREBA PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI U TRUDNOĆI

mr sc. Jasmina Milošević, specijalni pedagog, KBC „Dr Dragiša Mišović-Dedinje“, Beograd, Srbija
koautor babica Vanja Slavuj

Savesnim odnosom prema svom zdravlju i odgovornim ponašanjem u trudnoći, svaka trudnica izbegavanjem pušenja, konzumiranja alkohola i psihoaktivnih supstanci može uticati na tok i ishod trudnoće. Zloupotreba psihoaktivnih supstanci je danas globalni problem, poslednjih decenija prisutan i među trudnicama.

U savremenom svetu porodice su postale nestabilne i disharmonične, što je promenilo demografske karakteristike zavisnika. Na tržištu se lansiraju nove tzv. sintetičke droge, znatno jeftinije ali ne manje štetne, kojima je naročito podležna adolescentna populacija. U pojedinim člancima minimiziraju se štetne posledice naročito kanabisa, ekstazija i amfetamina, kao najrasprostranjenijih droga na prostorima EU. Svako konzumiranje bilo koje psihoaktivne supstance – PAS (droge) u trudnoći je izričito kontraindиковano i predstavlja zloupotrebu. Trudne žene neretko pretpostavljaju da kanabis ne ostavlja posledice na bebe. U istraživanju sprovedenom 2014. godine u Koloradu (SAD), ispitanice navode da su najčešći razlozi za korišćenje marihuane u trudnoći anksioznost, stres, depresija, bol, mučnina i povraćanje. Podaci preliminarnih istraživanja pokazuju da glavni psihoaktivni sastojak marihuane – tetrahidrokanabinol, THC – može kroz posteljicu dospeti do fetusa i negativno uticati na moždani i kognitivni razvoj, kao i na malu porođajnu težinu bebe kada se rodi. Tetrahidrokanabinol takođe može da se pojavi u majčinom mleku. Tačne efekte pojedinih droga na plod je teško proceniti ali dovode do poremećaja u rastu ploda, razvoju mozga i intelektualnih sposobnosti bebe, narušavaju emocionalni status i povećavaju rizik da se kasnije tokom života razvije zavisnost od droga. Neki lekari i zakonodavci smatraju da pušenje marihuane u trudnoći predstavlja prenatalno zlostavljanje dece i da je neophodno zaštititi decu angažovanjem nadležnih službi.

Na žalost postoje poražavajući podaci iz prakse koji se tiču broja trudnica zavisnica. Radi uspostavljanja apstinencije i stručnog nadzora, neophodno je da se trudnica javi u specijalizovanu ustanovu. Ključna uloga u suzbijanju bolesti zavisnosti je primarna prevencija koja se kontinuirano i sveobuhvatno mora sprovoditi u svim segmentima društvene zajednice.

KLJUČNE REČI: droga, trudnoća, zavisnost

PRIMENA ANTIBIOTIKA U TRUDNOĆI

Mr Ph Maja Kralj, ZUA „ZEGIN FARM“, ogranak Sremski Karlovci, Srbija

Infekcije kod žene tokom graviditeta predstavljaju opasnost za trudnicu, tok trudnoće i za njen plod. Zbog velike učestalosti infekcija kod trudnica, veoma je bitno uspostaviti adekvatnu terapiju. Iako svako unošenje lekovite supstance u organizam trudnice predstavlja određeni rizik, lekovi u trudnoći se ipak moraju koristiti onda kada je očekivana korist za majku i dete znatno veća od mogućih štetnih dejstava.

Upravo iz tih razloga, od preparata koji se koriste tokom trudnoće, antibiotici se nalaze na trećem mestu prema upotrebi, odmah iza vitamina i preparata gvožđa.

Pre propisivanja antibiotika u trudnoći treba uzeti u razmatranje da pojava infekcije kod trudnice može ugroziti i majku i plod te da svi antimikrobni lekovi prolaze posteljičnu barijeru, kao i pažljivo odabrati vrstu antibiotika, imajući na umu teratogenost određenih grupa.

U nastavku rada biće pojašnjeno koji su to antibiotici koji se prema FDA klasifikaciji smeju primeniti, a koji su kontradiktorni u terapiji kod trudnica kao i koji su to principi racionalne upotrebe antibiotika. Takođe, biće osvrst i na to koje su indikacije upotrebe i šta utiče na izbor antibiotika, kada je opravdana kombinovana, a kada profilaktička primena antibiotika u ginekologiji i akušerstvu.

Da bi se pravilno procenio odnos koristi i štete od primene lekova u trudnoći, neophodna je pomoć zdravstvenih stručnjaka, lekara i farmaceuta. Ono što dodatno otežava terapiju infektivnih oboljenja trudnica jeste to da infekcije često prođu neopaženo ili se trudnice ne leče adekvatno. Zato je neophodno uvek informisati trudnice o pravilnoj upotrebi antibiotske terapije, o tome kako da vode adekvatnu higijenu tela, donjeg rublja i odeće, kao i to da maksimalno izbegavaju kontakt sa obolelima od bilo koje respiratorne infekcije ili boravak u kolektivima tokom zime i u slučaju oboljenja to prijaviti ginekologu koji vodi trudnoću.

KLJUČNE REČI: antibiotici, trudnoća, lekovi

RIZIČNA TRUDNOĆA I PREVENCIJA KOMPLIKACIJA

Vss Dragana Milanović, glava medicinska sestra Službe za zdravstvenu zaštitu radnika;

Dom zdravlja Zvezdara, Beograd, Srbija

UVOD: Rizična trudnoća ne znači uvek i nepovoljan ishod. Primenom mera prevencije, uz brižljiv nadzor i primerenu terapiju, uopšte ne moraju rezultirati pogoršanjem i ne moraju poremetiti normalan tok trudnoće. Domovi Zdravlja su nosioci primarne zdravstvene zaštite i u ovim službama se razvija savetovališni i zdravstveno vaspitni rad sa trudnicama.

CILJ: Proceniti koliko su trudnice informisane o merama prevencije u trudnoći visokog rizika.

ISPITANICI: Istraživanjem je obuhvaćen namerni uzorak od 30 trudnica u Domu Zdravlja Zvezdara u Službi za zdravstvenu zaštitu žena.

METODE: Za izradu rada korišćena je deskriptivna metoda i indirektna opservaciona metoda-anketa. Kao instrument konstruisan je anketni list za trudnice i sadržao je 21 pitanje.

KLJUČNE REČI: Antenatalna zdravstvena zaštita, prevencija, trudnice.

DISKUSIJA: Najveći broj ispitanica je životne dobi od 29 do 35 godina, stepen obrazovanja srednja stručna sprema i većina je u radnom odnosu. Više od polovine je u prvoj trudnoći i kod 97% trudnica je željena trudnoća. Polovina je redovno posećivala savetovalište, sve su upoznate sa terminom visokorizična trudnoća, znaju šta je uravnotežena ishrana i da gojaznost može biti rizikofaktor, 60% trudnica svakodnevno šeta duže od pola sata. Najveći broj trudnica 87% bi volelo da sazna o merama prevencije komplikacija u trudnoći visokog rizika.

ZAKLJUČAK: Na osnovu rezultata dobijenih istraživanjem može se doneti zaključak da je veliki broj trudnica upoznato sa faktorima koji su rizični u trudnoći i mogu dovesti do komplikacija, a koje se preventivnim merama mogu sprečiti. Potrebno je otvarati što više savetovališta za trudnice, gde će moći da dobiju informacije i savete o zdravim stilovima života i preduzimanju preventivnih mera na zaštiti zdravlja trudnice i ploda.

PRIJEM TRUDNICE U PORODILIŠTE

Gordana Mandić, babica, KBC „Dr Dragiša Mišović-Dedinje“, Beograd, Srbija

Unosjenje podataka u HeliAnt radi upućivanja trudnice na pregled ginekologa

Otvaranje istorije porodjaja na osnovu izveštaja ginekologa

Provera rezultata neophodnih za porodjaj

Pitanja u vezi zdravstvenog stanja trudnice

Informacije vazne za trudnicu i pratnju

Presvlačenje

Potpisi na saglasnosti

Potpis babice koja unosi podatke

Uvodjenje trudnice u porodiliste

ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA POROĐAJNOG BOLA

Ginekološko akušerska sestra Maja Jeremić, Anja Simonović, Jelena Stepanović;

Opšta bolnica Jagodina, Srbija

UVOD: žene našeg regiona danas su u velikoj meri izgubile kontrolu nad rađanjem, delom zbog neznanja, delom zbog prepuštanja kontrole drugima. Strah i bol su usko povezani i način da se to prevaziđe jeste edukacija. Srećom, postoji dosta vremena za pripremu i učenje od trenutka začeća do samog porođaja. Jedan od osnovnih principa psihoprofilaktičkog metoda bezbolnog porođaja i same psihofizičke pripreme za porođaj je da se trudnica upozna sa poreklom porođajnog bola, a da bi žena imala bezbolan porođaj, potrebno je, pre svega, osloboditi je mišljenja da je porođaj obavezno bolan i umesto uslovnog refleksa „kontrakcija-bol“, stvoriti novi uslovni refleks „kontrakcija-disanje“.

CILJ: ispitati informisanost trudnica o psihoprofilaktičkom načinu ostvarenja bezbolnog porođaja.

METOD: istraživanje je rađeno po tipu studije preseka. Učestvovalo je 40 trudnica sa teritorije grada Kragujevca, koje su dolazile na kontrolne preglede u službu za zdravstvenu zaštitu žena u Kragujevcu. Instrument istraživanja je anketni upitnik.

REZULTATI: na osnovu dobijenih rezultata 60% trudnica su prvorotke, a 40% drugo ili trećerotke. Kod 40% trudnica porođaj je završen carskim rezom. 90% trudnica je upoznato sa postojanjem škole za trudnice u njihovom Domu zdravlja, a njih 75% i pohađa školu za trudnice. 70% trudnica smatra da će im pohađanje škole za trudnice biti od pomoći pri porođaju, dok 30% trudnica nije sigurno. Na pitanje „Da li mislite da je porođaj bolan?“ 50% trudnica je odgovorilo potvrdno, 40% misli da nije i 10% trudnica nije sigurno. Na pitanje „Da li Vam suprug pruža podršku tokom pohađanja škole za trudnice?“ 75% je odgovorilo sa da, a 25% sa ne; „U kojoj meri je značajno poverenje, podrška, kao i međusobna dobra saradnja babice i trudnice u toku porođaja?“ 90% trudnica je odgovorilo da je veoma značajno, a 10% da nema mišljenje.

ZAKLJUČAK: Bezbolni porođaj je moguć-praksa je to potvrdila, ali za to se treba potruditi, to se mora naučiti. Neophodno je veće angažovanje babica u podsticanju trudnica da se uključe u program psihofizičke pripreme, ukoliko ne postoje kontraindikacije.

KLJUČNE REČI: porođajni bol, psihofizička priprema trudnica, informisanost, babica

ANESTEZIJA I ANALGEZIJA U POROĐAJU

Ginekološko akušerska sestra babica Teodora Memarović, Ivana Marinković, Tamara Jovanović;

Visoka medicinska škola strukovnih studija, Čuprija, Srbija

UVOD: priroda je ženi dodelila najlepší i najvažniji zadatak: rađanje i materinstvo. Za razliku od svih drugih fizioloških funkcija čoveka, jedino su materične kontrakcije (trudovi) u porođaju bolni zbog čega ih narod najčešće i naziva bolovima. Iako porodilje različito podnose porođajni „bol“, smatra se da je najintenzivniji bol koji se može podneti, „veliki bol“- *poena magna*- kako su ga još Rimljani nazivali. Ipak, zahvaljujući anesteziji mnoge dijagnostičke i hirurške metode, počev od onih najjednostavnijih do veoma komplikovanih i radikalnih operacija, znatno su napredovale. Anestezija i analgezija su danas nerazdvojivi deo ginekološke i akušerske hirurgije. Danas se smatra da je za uklanjanje i ublažavanje bolova u porođaju najpogodnija regionalna, lumbalna epiduralna analgezija. Njena primena postaje sve šira, na prvom mestu, zbog visoke delotvornosti i bezbednosti za majku i dete. Ona je i veoma pouzdana metoda za ublažavanje i prekidanje porođajnog stresa i njegovih neželjenih posledica.

CILJ: ispitati informisanost trudnica o primeni anestezije i analgezije u toku porođaja

METOD: istraživanje je rađeno po tipu studije preseka. Instrument ispitivanja je anketni upitnik koji je sproveden na teritoriji grada Vranja u kome je učestvovalo 20 trudnica.

REZULTATI: na osnovu dobijenih rezultata ankete, 30% trudnica su prvorotke, a 70% su drugorotke i trećerotke. Na pitanje „Da li ste za ili protiv primene bilo kakvog tipa anestezije u toku porođaja?“ 60% trudnica je odgovorilo da je za, dok je 40% bilo protiv anestezije. Na pitanje „Da li ste dovoljno informisani o primeni epiduralne anestezije?“ 50% je odgovorilo da jeste, 30% je nedovoljno informisano, dok 20% uopšte nije. Na pitanje „Da li mislite da primena anestezije pomaže u potpunom otklanjanju bola?“ 70% trudnica smatra da primena anestetika pomaže u otklanjanju bola, a 30% nije sigurno.

KLJUČNE REČI: anestezija, analgezija, epiduralna anestezija, informisanost

KRISTELLEROV MANEVAR ILI PRITISAK NA FUNDUS U DRUGO POROĐAJNO DOBA

Erika Spirić, bacc.obs., Hrvatska komora primalja, Hrvatska

UVOD: Kristellerov manevar ili Kristellerova tehnika je intervencija kod porođaja kojom se pomaže da laganim pritiskom na fundus u drugo porođajno doba, bez agresivnih i energičnih modifikacija, dijete lakše dođe na svijet.

CILJ RADA: Cilj ovoga rada je istražiti i analizirati podatke već postojećih istraživanja o učincima pritiska na fundus u drugom porođajnom dobu te istražiti postoje li općeprihvaćene preporuke ili smjernice koje bi se potom mogle kao općevrijedeće primjenjivati i u rodilištima u Hrvatskoj.

REZULTATI: Iako postoje mnoge studije o tome da je pritisak na fundus povezan s komplikacijama kod majke i djeteta, nema službenog stajališta ni preporuke o njegovoj neprimjeni odnosno neupotrebi.

Kod nekih porođaja kritičan, neopsežan i na vrijeme izveden Kristellerov manevar omogućuje važnu prijelomnicu u drugoj porođajnoj fazi koja omogućuje porođaj djeteta. Međutim, nekritična, opsežna i ne na vrijeme izvedena fetalna ekspresija, može prouzročiti teške intrapartalne komplikacije i za majku i za dijete.

RASPRAVA I ZAKLJUČAK: Više je autora na temelju istraživanja koja su proveli utvrdilo da pritisak na fundus ne skraćuje drugo porođajno doba, ali i da povećava porođajne traume i kod žena i kod novorođenčadi.

Kako većina autora drži da je procijenjena korist znatno manja od rizika hvata, smatra se da ga u porođaju ne bi trebalo izvoditi.

Primalje bi trebalo temeljito podučiti o opasnostima i rizicima, tj. o prijetećim traumama za majku i dijete primjenom Kristellerovog zahvata te o pripremama i intervencijama koje bi trebale prethoditi samoj primjeni zahvata. Uz postojanje jasne indikacije za primjenu Kristellerovog manevra, mora biti osigurana primjena ispravne tehnike.

KLJUČNE REČI: pritisak na fundus u drugom porođajnom dobu, trajanje drugog porođajnog doba, zastoj ramena u porođaju, ozljede maternice

WATERBITRH I USTANOVLJENE NAUČNE ČINJENICE VEZANE ZA FIZIOLOŠKI POROĐAJ

Ivana Veličkov; Visoka medicinska škola strukovnih studija, Čuprija, PU Čukarica, Srbija

UVOD: Babištvo u Srbiji ima veliku tradiciju, a sada ima priliku za prihvatanje novih naučnih inovativnih metoda i sticanje novih znanja i veština koje dominiraju u svetu a prate procese pridruživanja EU.

CILJ: Cilj rada je prezentovanje metode „Waterbirth“, tj. „Porodjaj u vodi“ i jačanje babičkih kompetencija ove metode, kroz aktivno sticanje znanja iz prakse a u cilju oplemenjivanja porodjaja u Srbiji i kao odgovor na novonastale potrebe žena.

METOD: Istraživanje je vršeno pionirskim poduhvatom najpre radi ličnog iskustva porodjaja u vodi, preko stručnih babičkih Američkih časopisa „Midwifery today“, a zatim radi usko stručnog usavršavanja na Konferenciji za babice „Midwifery today“ u Bad Wildbadu 2018. I na kraju sertifikacijom na „Waterbirth“ seminaru od strane Barbare Harper, babice i inovatora porodjaja u vodi pod pokroviteljstvom „Američkog koledža za opstetričare i babice“ 2018. U Budimpešti.

REZULTATI: Rezultati njenog dugogodišnjeg rada su inovacija bazena sa sterilnim uloškom koji se menja posle svakog porođaja. Tako da je proces sterilizacije bazena pojednostavljen. U bazenu tj. vodi se mogu porađati samo zdrave žene sa zdravim plodom i zdravom trudnoćom, neometano i nemedikalizovano, prati se fiziološki tok porođaja. U slučaju da se javi bilo kakvo prisustvo patologije poput distocije ili hemoragije, žena se premešta na krevet gde se nastavlja sa intervencijom. Temperatura vode je 32-35 stepeni i potrebno je da voda prekriva ženin stomak zbog izbegavanja hipotermije. Hipotermija kod majke uzrokuje tahikardiju kod ploda. Takođe u tu svrhu preporučuje se dobro zagrejana prostorija i kontrolisanje tih temperatura u toku rođanja. Babica tokom porođaja u vodi za slušanje srčane radnje ploda koristi waterproof dopler, koji je takođe dizajnirala Barbara Harper u saradnji sa fabrikom za profesionalnu medicinsku opremu. U prvoj fazi porođaja se preporučuje slušanje na svakih 20 min. a kasnije u toku dilatacije između 7-og i 10-og prsta na svakih 15 min., pa na 5 minuta a kasnije posle svakog napona. Rezultati istraživanja su da voda utiče na pravilnost kontrakcija, da ženi olakšava bolove i da je opušta, da je voda hiljadu ruku na perinum, dakle utiče na očuvanje perineuma. Za bebu rođenje u vodi omogućuje takozvanu nežnu tranziciju na ovaj svet. Američki koledž za opstetričare i ginekologe ustanovio je da bebe rođene u vodi ne pokreću interkostalne mišiće pod vodom, dakle ne mogu udahnuti dok su pod vodom, ali pošto nema benefita za bebu da ostaje pod vodom, ohrabruju majku da je uzme svoju bebu nakon 5 sekundi tako što joj uhvati samo glavu i drži izvan vode

zbog toga što će preostala krv iz placente najbolje da pređe u novorođenče ako je ono u nivou sa placentom. Čeka se da prestane pulsacija pupčanika jer se time postiže veći volumen i zapremina cirkulišuće krvi kod novorođenčeta. Izvršeno je istraživanje 2018.godine koje je pokazalo da bebe rođene sa odlaganjem presecanja pupčanika sa šest meseci imaju daleko veći hemoglobin od beba kojima je pupčanik odmah presečen. Američki koledz za opstetričare i ginekologe ustanovio je i takozvani dive reflection, to je refleks beba koji je urođen zbog mehanizma sisanja, i njega su opisali kao gutanje pre udaha, a to gutanje uzrokuje zasejavanje korisnih bakterija u digestivni trakt bebe. Čeka se na odvajanje i izbacivanje placente do što se dogodi u 10,15 min. a za to vreme beba sisa pomažući na taj način kontrahovanje materice i odlublivanje placente. Količina krvarenja određuje se obojenošću vode i spoljnim znakovima majke. Što se tiče infekcija, voda se treba kontrolisati bakteriološki i može se koristiti hlor u tu svrhu. Ako bi žena imala dijareju u vodi, potrebno ju je izvaditi vani. Voda se menja, celokupna, na 20 h u slučaju da porođaj traje duže. Zaključak ove metode donele su žene, zapravo od 50.000 ispitanica koje su se porodile u vodi, na pitanje da li bi sledeći porođaj bio u vodi, svih 50.000 žena odgovorilo je da bi se opet porodilo u vodi, što je i moj lični odgovor, naravno u slučaju zdrave trudnoće.

ZAKLJUČAK: Ovo je odgovor našeg sistema obrazovanja i prepoznavanje plemenitih vrednosti od strane VMSŠ Čuprija, a u skladu sa konceptom holističkog pristupa ženi na porođaju.

AKUŠERSKE OPERACIJE

Mr Sci dr Đurović V. Predrag; načelnik Službe za akušerstvo; KBC Zemun, Srbija

U radu je analizirana učestalost akušerskih operacija u našoj bolnici, njihov procenat i dužina hospitalizacije porodilja i njihovih beba.

Uočen je nizak procenat carskih rezova oko 15%, kao i veliki broj u odnosu na druga porodilišta vaginalno porođenih kod karličnih prezentacija ploda.

Obraden je period od 2013-2018 godine.

„ZA“ I „PROTIV“ ŠIROKE PRIMENE CARSKOG REZA

*Ginekološko akušerska sestra-babica Aleksandra Minić, Ana Stanković, Aleksandra Radisavljević;
Visoka medicinska škola strukovnih studija, Čuprija, Srbija*

UVOD: Razvoj carskog reza se može pratiti kroz različite istorijske periode. Broj žena koje se porađaju putem carskog reza, poslednjih decenija je u porastu. Napredak u operativnom akušerstvu doveo je do toga da se danas znatno povećavaju indikacije za izvođenje carskog reza i njegove široke primene. U svetu postoje razlike u incidenciji između pojedinih regiona i bolnica u izvođenju carskog reza. Danas procenat carskog reza iznosi oko 25% -30%, ali u nekim ustanovama je i veći. To je znatno više od preporučene učestalosti SZO od 15%. Postoje različiti faktori koji utiču na porast primene carskog reza. Da li je carski rez nužnost ili moda? Savremena medicina zahvaljujući smanjenju morbiditeta, daje mogućnosti izbora, ali bi trebalo podići nivo svesti trudnica o dobrim, ali i lošim stranama carskog reza.

CILJ: Cilj rada je ispitati stavove trudnica o završavanju porođaja uz primenu carskog reza

METOD: Istraživanje je rađeno po tipu studije preseka. Učestvovalo je 50 trudnica sa teritorije grada Kragujevca, koje dolaze na redovne kontrole trudnoće u Dispanzer za žene u Domu zdravlja u Kragujevcu. Instrument istraživanja je anketni upitnik.

REZULTATI: Godine starosti trudnica su: 60% je starosti između 18-25god, 40% je od 26-40god; Što se tiče broja porođaja, kod 60% trudnica se radi o prvom porođaju, kod 20% o drugom porođaju i kod preostalih 20% je u pitanju treći ili četvrti porođaj; 30% trudica želi da se porađa prirodnim putem, a čak 70% trudnica želi da to bude carski rez; na pitanje, „Da li mislite da je dobar metod izbora kod carskog reza?“ 80% trudnica je odgovorilo sa DA, a 20% sa NE; kakva je procedura, priprema i način izvođenja, 70% je odgovorila da zna, a 30% da ne zna; kakav je postoperativni period posle carskog reza, upoznato je 65% trudnica, a 35% nije; iako ne postoje indikacije, carski rez bi uradilo 65% trudnica, 30% ne bi, a 5% trudnica bi možda uradilo; 65% trudnica smatra da sebi olakšavaju porođaj i da je porođaj bezbolan jer su pod anestezijom, a 35% ne misle tako.

ZAKLJUČAK: Na osnovu dobijenih podataka, uočeno je da je velika većina , čak 65% trudnica za primenu carskog reza, iako ne postoje indikacije. Trudnice su svesne same akušerske operacije i procesa oporavka nakon operacije. Smatraju da im je to lakši način završavanja porođaja jer su pod anestezijom i ne trpe porođajne bolove. Mogućnost izbora je na neki način dobra, ali je potrebno podići nivo svesti o dobrim i lošim stranama primene carskog reza, jer će se jedino na taj način rešiti ovaj trend i smanjiti incidenca primene carskog reza.

KLJUČNE REČI: carski rez, trudnice, indikacije, znanje, informisanost

MOGUĆI MEDICINSKO PRAVNI PROBLEMI U PORODILJSTVU

*Vesna Simić; Glavna sestra Službe za akušerstvo,
Bolnica za ginekologiju i akušerstvo, KBC Zemun; Srbija*

UVOD: Porođaj, odnosno rađanje deteta, za većinu je najlepší događaj u životu žene, kao i oca deteta. Međutim tu sreću mogu ponekad da zasene određeni problemi kako zdravstveni, tako i pravno – socijalni. Republika Srbija ima jasno propisane zakone o zdravstvenoj zaštiti trudnice, porodilje i dece, kao i prava na pomoć i podršku socijalne službe. Pored prava, tu su i obaveze roditelja prema novorođenoj deci i državi.

CILJ RADA: Prikazati koji su to najčešći pravno socijalni problemi s kojima se sreću zdravstveni radnici u porodilištu Bolnice za ginekologiju i akušerstvo KBC Zemun. U radu ću prikazati kakva je procedura kod nas i očekujem razmenu iskustava s kolegama iz drugih porodilišta kako bi se problemi te vrste rešavali uz maksimalno poštovanje zakona i najveće dobrobiti za pacijenata (porodilje i novorođenčeta).

Problemi prikazani u radu: otpust porodilje na lični zahtev, otpust maloletne porodilje, NN lica (porodilja bez ličnih dokumenata), nasilje nad trudnicom, porodilja bez zdravstvenog osiguranja, strani državljani, mrtvorodenje, povreda za vreme boravka u bolnici, napuštanje bolnice u tajnosti, izdavanje kopija medicinske dokumentacije pacijentu, žalbe i tužbe pacijenata na rad osoblja.

Prikazati koliko su porodilje upoznate sa Zakonom o pravima pacijenata vezanim za pomenute probleme.

METOD RADA: Analiza podataka iz Protokola prijema i otpusta porodilja, Istorije bolesti, Prijave rođenja i dr; Uvid u Službeni glasnik RS, saradnja sa socijalnim radnikom i pravnikom KBC Zemun. i obrada dobijenih podataka; Anketa za porodilje.

ZAKLJUČAK: Ispravno vođenje medicinske dokumentacije i poštovanje prava pacijenata, posebno trudnica i porodilja, jednako je važno kao i samo lečenje pacijenta. Iako većina porodilja obuhvaćenih anketom tvrdi da nikada nije pročitala zakon o pravima pacijenata, veoma su svesne činjenice da kao porodilje imaju pravo na svaki vid zdravstvene zaštite i socijalne podrške.

KLJUČNE REČI: porodilja, pravo, zdravstvena zaštita, socijalna služba

UTICAJ SENZORNE INTEGRACIJE NA PSIHOMOTORNI RAZVOJ DETETA DO TREĆE GODINE

*Snežana Milanović, diplomirani fizioterapeutu - senzornointegracijski pedagog,
Centar za korektivnu gimnastiku, Beograd, Srbija*

Bioloških potreba deteta od samog rođenja je da stalno uči, ali ne bilo šta već ono što mu je potrebno da nauči. Najvažnije područje učenja sastoji se od toga da informacije koje dobija preko čula sve bolje i bolje prerađuje i povezuje jedne sa drugim. Redosled pojave senzomotoričkih aktivnosti je isti kod sve dece, ali vreme njihovog javljanja zavisi od toga kako mozak deteta organizuje informacije koje dolaze iz sopstvenog tela i okruženja.

U prvom mesecu života razvija se značajan broj adaptivnih reakcija na nadražaje. Mnoge od njih postoje još intrauterino i aktiviraju se nakon rođenja preko čula za gravitaciju, kretanje i dodir. Jednostavne senzomotoričke aktivnosti dovode do integracije, bez koje bi pravilan rast i razvoj bio otežan. Urođene automatske reakcije na senzorne doživljaje treba da se integrišu u smislene, svrshodne pokrete. Pored refleksnih, postepeno se pojavljuju prvi oblici voljnih pokreta. Taktilni sistem šalje senzorne podražaje u mozak, koji povratno pomaže u držanju predmeta. Povezujući ono što dodirne sa osećajem u zglobovima i mišićima dete uči da koristi svoje ruke u skladu sa onim što vidi. Ponavljanjem i usavršavanjem do petog meseca života formiraju se prve motorne navike. Igranje zahteva sve više "motornog planiranja" i više senzorne integracije. Jedan od najvažnijih razvojnih koraka je spontano sastavljanje ruku u središnjoj liniji, što je početak koordinacije između leve i desne strane tela. Deca koja ne diraju svoje ruke, ne tapšu, ne udaraju predmet o predmet verovatno će u starijem uzrastu imati znake slabe senzorne integracije.

Puzanje na rukama i kolenima omogućava integraciju velikog broja informacija što doprinosi kod deteta osećaju nezavisnosti. Nije dovoljno samo da vidi gde je nešto, mozak mora da oseti udaljenost kroz kretanje tela. Puzanjem dete uči fizičku strukturu prostora i dobija predstavu o veličini predmeta. Deca koja nisu puzala kasnije imaju problem u proceni udaljenosti i veličine zbog loše senzorne integracije. Samostalno zauzimanje uspravnog položaja je rezultat integracije sile gravitacije, kretanja tela, informacija koje su dolazile iz mišića i zglobova mesecima u nazad. Nadražaji nervnog sistema koji su rezultat kretanja tela dovode do stimulacije dela mozga koji je zadužen za proizvodnju glasova, što omogućava razvoj govora.

Najveći korak u motornom razvoju deteta u drugoj godini života je pojava hoda. Sposobnost planiranja pokreta zavisi od integracije taktilnog sistema. Sada može da odredi odakle dolazi dodir i počinje da uspostavlja voljni odgovor. Time se razvija bolji osećaj za držanje predmeta pa mozak dobija više informacija od onih koje su dobijene putem vida. Deca koja ne integrišu dobro dodire mogu da imaju problem dok se igraju nekom igračkom, da se zakopčaju dok se oblače ili da koriste pribor za jelo. Penjanje je istraživanje prostora vertikalno, što omogućava dobro razvijen osećaj za gravitaciju, kretanje i integracija sa vidnim informacijama. Važan je korak ka razvoju vizuelne percepcije prostora.

Kada se dete loše ponaša prema drugim ljudima to može da znači da nije u stanju da se nosi sa čulnim doživljajima i da mu je u tome potrebna pomoć odraslih. Iako dete polako postaje nezavisna osoba, puno još treba da to zaista i postane. Težnja ka dobroj senzornoj integraciji dolazi spontano iznutra, iz samog deteta. Ispitivanjem granica aktivnosti koje su opasne dete uči gde su granice njegovih senzomotoričkih sposobnosti.

Kod neke dece razvoj se ne odvija u skladu sa prirodnim zakonitostima. Dete ne uspeva da dobro integriše osećaje koji dolaze iz njegovog tela i iz okoline. Prepoznavanje znakova odstupanja u senzomotornom razvoju i pomoć detetu da što bolje integriše čulne informacije koje njegov mozak ne može dobro da organizuje i primereno odgovori na njih, sprečiće kasnije teškoće u ovladavanju akademskim veštinama neophodnim za učenje.

KLJUČNE REČI: senzorna integracija, psihomotorni razvoj, deca, učenje

RAD NA RANOJ DETEKCIJI RAKA DOJKE I EDUKACIJI ŽENA ZA SAMOPREGLED DOJKI

*spec. sms Vesna Imbronjev, Koordinator Centra za preventivne zdravstvene usluge,
Dom zdravlja „Novi Sad“, Srbija*

UVOD: Svake godine se beleži porast obolelih žena od maligne neoplazme dojke. U Srbiji godišnje broj novoobolelih je oko 4000, dok broj umrlih od raka dojke iznosi oko 1600 žena godišnje što čini 25 odsto svih malignih tumora u Srbiji. Najčešće lokalizacije malignih tumora kod žena u Vojvodini su bile dojka, debelo i završno crevo, pluća i dušnik, grlić i telo materice.

Dojka (C50) broj novoobolelih 1.338, 137,9 – stopa incidencije /100.000 stanovnika

Prema podacima Republičkog zavoda za statistiku, u Vojvodini je u 2016. Godini zbog tumora umrlo 6.430 lica i bili su uzrok smrti svakog četvrtog umrlog lica u Vojvodini (22,5%).

Kod obolenja dojke najčešće je prvi simptom pojava čvorića, koji više od 80% pacijentkinja otkrije samopregledom.

Centralno mesto u ranom otkrivanju raka dojki zauzima samopregled koji podrazumeva inspekciju i palpaciju dojki i regionalnih limfnih žlezda koje žena sama sprovodi svakog meseca između 5. do 10. dana ciklusa, počev od 20. godine života prema Nacionalnom vodiču „Prevenција malignih bolesti“.

CILj: Informacija i edukacija žena o faktorima rizika za nastajanje raka dojke i ukazivanje na značaj rane detekcije i primarne prevencije kao i unapređivanje sestrinskog rada i rada na primarnoj prevenciji, edukacija na simulatoru – torzu, tehnici samopregleda dojki.

METOD RADA: Predavanje uz Power Point – prezentaciju i prikaz pravilne tehnike za samopregled dojki na torzo simulatoru.

ZAKLJUČAK: Potrebna motivacija za radom na primarnoj prevenciji medicinskih sestara i edukacijom većeg broja žena samopregledu dojki i faktorima rizika za nastanak raka dojki.

Ključne reči: primarna prevencija i samopregled dojki.

УЛОГАТА И ЕКСПЕРТИЗАТА НА МЕДИЦИНСКА СЕСТРА-АКУШЕРКА ВО ИВФ ЦЕНТАР

*Анета Јошевска –Дамчевска; Одговорна медицинска сестра –специјалист на оперативен
блок ИВФ оддел ; ПЗУ Специјална болница по гинекологија и акушерство „Плодност“;
Битола, Македонија*

Во Северна Македонија хуманата асистирана репродукција се работи во склопна гинеколошко – акушерски оддели и акушерските се вкл ученикако медицински персонал. Тие можат да учествуваат во сите активности во врска со стерилитетот за радинивните добро признати технички капацитети, вештини и квалитети. Улогата на акушерката може да се поделина 4 дела: 1) центар за координација; 2) клинички активности; 3) административен центар и 4) клинички истражувања и евалуација на резултатите.

Првото ИВФ бебево “Плодност” во Битола беше роденово 2004 година, па од тога шдосега иманад 1500 деца родени со АРТ. АРТ е законски регулирана и сите клиники (центриза ИВФ во Северна Македонија) се авторизирани од Министерството за здравство. Моментално 7 центри го имаат ова овластување да завршат оваа работа. Една од карактеристикитена АРТ е тоа што клиничките активности се прават и спроведуваат повеќе во гинеколошките оддели от колку во акушерските. Во акушерските оддели акушерките играат важна улога, примарно се вклучени во чинот на раѓање, но се повеќе се вклучуваат и во гинеколошките активности.

Улогата на акушерката се однесува на нејзините добро препознатливи научни вештини, технички способности и со одветни квалитети. Ова доаѓадо израз во салата за раѓање, каде што таа обезбедува здраво раѓање и им помага на паровите да живеат со тоа искуство. Тоа исто така може да биде разбрано и во претходниот чекор кога двојките имаат проблем со настанување то на бременост, каде акушерката го наоѓа своето место како технички и медицински советник на брачниот пар во долги от патна концепција.

Моето лични искуство е од 2003 година кога почнав да работам во ИВФ центарот “Плодност”, на која позиција ги остварувам моите активности и ден-денес.

Улогата на акушерката може да се сумира во четири главни делови:

- 1.Центар за координација
- 2.Клиничк иактивности
- 3.Административен центар
- 4.Клинички истражувања и евалуација на резултатите

КЉУЧНЕ РЕЧИ : medicinska sestra-akuserka, IVF, ART, uloga

ИНТРАУТЕРИНИ ЗАСТОЈ РАСТА

Катерина Златкович, ППОБ „Ре медика“, Скопље, Македонија

Поимот интраутерин застој на растот се користи за опишување на фетусот, чија што тежина е многу помала од очекуваната за дадената гестациска возраст. За разлика од концептот “неухранетост при раѓање”, дијагнозата на ИУГР се базира на проценка согласност со специфичната возраст на бременоста. Затоа, одлучувачки фактор за поставување на дијагноза, а со тоа и за понатамошно водење на бременоста е точното определување на гестациската возраст.

Застојот на растот на плодот (ИУГР) претставува важен клинички проблем и е поврзан со зголемена смртност и морбидитет, воедно доста сериозен, јавно-здравствен проблем кој е од широк друштвен интерес. Затоа е од големо значење да се идентификува ИУГР пред породувањето, да се оптимизираат условите за развој на фетусот, да се планира и да се обезбеди најдобра можна грижа за за периодот по раѓањето. Истиот не се смета за специфична болест, туку за манифестација на различни болести на мајката и плодот. Нормалниот интраутерин раст и развој со сигурност гарантира понатамошно нормално развивање на фетусот како и тоа дека крајот на бременоста ќе резултира со здраво новороденче. Благодарение на медицинската технологија, се повеќе се овозможува пратење на феталниот раст *in utero*, а исто така напредокот во биотехнологијата и модерната молекуларна биологија води до клиничка имплементација на фактори на раст (хормони на раст) со кои е овозможено лекување на последиците од феталниот застој на растот. Плодот со интраутерин застој во развојот подобро е да се смета за ослабен плод, кој што нема соодветен резервен потенцијал за последователна постнатална адаптација. Таквиот фетус е изложен на зголемен ризик од смрт или неонатална смрт, задушување при раѓање или за време на пораѓајот. Веднаш по раѓањето, се соочува со мекониумска аспирација, хипогликемија, хипотермија, респираторен дистрес, неонатална хипоксија итн.

Целта на оваа презентација е да ја истакне сериозноста на оваа состојба како битен фактор во понатамошниот психомоторен раст и развој на поединецот.

Започнувајќи со дефинирање на поимот (ИУГР), ќе ги утврдиме причините кои придонесуваат за појава на оваа состојба, поттикнувачките ризик фактори, важноста на

раното дијагностицирање на оваа состојба, мерките што треба да се превземат како и последиците од интраутериниот застој во растот.

ЛАПАРОСКОПСКИ СЕРКЛАЖ

Оливера Јовановска ППОБ „Ре медика“, Скопље, Македонија

Бременоста е најубавиот период во животот на една жена. Но, не секогаш таа може да се случи така лесно и спонтано, особено кај жени кои имале некоја гинеколошка интервенција или интервенција на грлото на матката. За нивна среќа, развојот на ендоскопијата овозможува решение и за оваа проблематика со помош на лапароскопски серклаж.

Лапароскопски или трансабдоминален серклаж е метода со која се поставува нересорптивна лента на делот каде што се спојуваат грлото на матката и самата матка. Оваа метода се препорачува кај жени на кои им недостасува грлото на матката или кои имаат сосема мал дел од грлото, односно инкомпетентно грло. Исто така се препорачува и кај жени кои имале неуспешни бремености, и покрај тоа што бил направен вагинален серклаж. Најдобро е интервенцијата да се направикога жената не е бремена, исклучиво во првите неколку недели, но не и по 11-та недела од бременоста. Се изведува лапароскопски, под општа анестезија и трае околу еден час. Пациентката останува во болница еден ден. Предноста на оваа метода е добивање на потпора за успешна бременост. Интервенцијата е безбедна и за мајката и за плодот, со мошне низок степен на компликации. Од досегашното искуство може да се заклучи дека оваа метода е доста успешна, и од голема полза за жените да ја исполнат својата желба за здраво потомство.

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA MATERINSTVA I MERE ZA NJENO UNAPREĐENJE

*Milka Todić, nastavnik zdravstvene nege, Master organizator zdravstvene nege;
Medicinska škola "7. April", Novi Sad; Srbija*

„ Zdravlje je stanje kompletnog psihičkog, fizičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i nemoći.”

SZO

Definicija zdravlja koju je postavila SZO predstavlja polaznu tačku za sve nivoe zdravstvene zaštite, za sve kategorije stanovništva. Ipak, materinstvo možemo targetirati kao prioritet, zbog činjenice da se oplođena jajna ćelija razvija u organizmu žene.

Materinstvo možemo smatrati kao dar prirode koje nastaje kada polno zrela i zdrava žena sa polno zrelim muškarcem stvori novo ljudsko biće, koje podižu, odgajaju i vaspitavaju, osposobljavajući ga za samostalan život u društvenoj zajednici.

Kada govorimo o zdravstvenoj zaštiti materinstva potrebno je pridržavati se sledećih načela:

- načelo pristupačnosti
- načelo pravičnosti
- načelo sveobuhvatnosti
- načelo kontinuiranosti
- načelo stalnog unapređenja kvaliteta
- načelo efikasnosti zdravstvene zaštite.

Da bi zdravstvena zaštita odgovorila potrebama i zahtevima pružaocima iste u sadržini, obimu i standardu, Zakonom su definisani pojedini činioци materinstva: trudnica, dete, porodilja, doilja (Zakon o zdravstvenoj zaštiti-dopuna Pravilnik o merama za bezbedan i zdrav rad zaposlene žene, za vreme trudnoće, porodilje i zaposlene koja doji dete, Službeni glasnik RS broj 102/2016 g.). U praksi, međutim, imamo šarenoliku sliku primene zdravstvene zaštite u skladu sa gore navedenom definicijom zdravlja, te načela koja garantuju da žena bezbrižno može da se posveti najlepšem periodu svog života, vezanog za trudnoću, rađanje i odgajanje potomstva.

Pored pružanja zdravstvene zaštite na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou, potrebno je da Ministarstvo za rad,zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja vrši stalni i sveobuhvatni inspekcijski nadzor.

KLJUČNE REČI: materinstvo, načela zdravstvene zaštite,zakon, ministarstvo.

POROD OD SRCA – HUMANI POROD

Merjema Musa-Alić; med. sestra ginekološko-akušerska sestra- tehničar;

KCUniverziteta Sarajevo; BiH

UVOD – Akušer – doktor, Akušerka – babica, trudnica – porodilja. Tim koji zajedničkim snagama i povjerenjem, uspješno započinju i završavaju porod.

CILJ normalnog poroda je zdrava majka i njeno čedo

METODE – Carski rez – Trauma bola koja usljedi nakon poroda. Normalan porod- Znaci koji nagovještavaju približavanje poroda kontrakcije, promjene cerviksa, grlića. Braxton – Hixove kontrakcije, spušten stomak, sluzni čep, prskanje vodenjake...

REZULTATI – Poroda je zdrava majka i njeno čedo, bez komplikacija.

ZAKLJUČAK – Uporedba carskog reza i normalnog poroda, gdje je carski rez označen kao trauma a normalan porod (Humani porod) od srca.

KLJUČNE REČI: Akušer, Akušerka, porod, carski rez.

EPIDURALNA ANALGEZIJA I IZZID POROĐAJA U SPLOŠNOJ BOLNICI MURSKA SOBOTA

Karolina Kovač, diplomirana babica; SPLOŠNA BOLNIŠNICA MURSKA SOBOTA; Slovenia

Iako je porođaj normalan fiziološki proces, izaziva različite stepene bola, a mnoge žene opisuju bol u doba porođaja kao jedan od najtežih bolova. Prosečna jačina bola je visoka, a i razlika u percepciji je velika. Jedan od osnovnih zadataka svih zdravstvenih profesionalaca je, da ublaži bol. Bol tokom porođaja takođe može da ometa normalan tok tog procesa, i zato što želimo da iskustvo rađanja bude prijatno iskustvo, pokušavamo da ublažimo taj bol. Da bi situaciju olakšali, moramo znati fiziologiju bola u doba rađanja.

Epiduralna analgezija kod porodilje je najčešće korišćena metoda sektorske analgezije i koristi se više od 40 godina. Je kombinacija brzo djelujućih analgetika i lokalnih anestetika koji umrtvljavaju nervni put da prevede bol u lumbalno kičmenom sektoru. Upotreba epiduralne analgezije predstavlja najfleksibilniju i potencijalno jedinu tehniku koja može pružiti analgeziju kroz čitav porođaj. Istovremeno epiduralna blokada se može dati i u slučaju carskog reza.

Osnovna i najčešća indikacija za ublažavanje bola je sama bol. Sama želja žene je dovoljna indikacija, naravno u odsustvu medicinskih kontraindikacija. Med apsolutne kontraindikacije neslaganje i nesposobnost je žene tokom intervencije. Vođenje porođaja u epiduralni analgezije ima određene specifičnosti koje babica/akušerka mora znati, jer su oni preduslov za uspješan završetak porođaja.

Efekti epiduralne analgezije na progresiju porođaja i sa tim na ishode porođaja stvorili su dosta polemika. Podaci ili studije pokazuju da efikasna epiduralna terapija ne povećava stopu CR, čak i kada se primenjuje u ranim fazama porođaja, ali njena upotreba je povezana sa produženjem druge faze porođaja. Neki autori navode mogućnost produžene druge faze rađanja do tri sata, ali nema dokaza da je prvi period porođaja produžen. Zbog produžene druge faze rađanja, događa se da je posljedica velikog broja instrumentalno završenih vaginalnih rađanja.

U SBMS-u pružamo olakšanje od porođajnog bola sa epiduralnom analgezijom od avgusta 2007. Imamo 24 satno i se ne plaća. Broj porođaja sa epiduralnom analgezijom u SBMS od 2011 do 2018 je u porastu. Od 176 u 2011, na 326 primjera u 2018 godini. Udio CR kod porođaja sa epiduralnom analgezijom opao je sa 16,2% na 12%, a udio vakumskih ekstrakcija kod porođaja sa epiduralnom analgezijom ostao je isti 4%. Tako i naši podaci pokazuju da efektivna epiduralna analgezija ne povećava stopu CR, čak i u našem slučaju je smanjena.

Važno je, da poznajemo razlike u vođenju porođaja kod žene sa epiduralnom analgezijom, jer to zahteva još više strpljenja nego kod porođaja bez epiduralne analgezije.

Svima nama mora da bude zajednički cilj, zadovoljstvo žene.

EVIDENCE BASED IMMEDIATE MIDWIFERY CARE OF THE NEWBORN

assist.prof. Polona A. Mivšek, BSc, MSc in midwifery, PhD; Petra Petročnik, BSc, MSc in midwifery;

Nastja Pavel, BSc in midwifery, MSc in nursing;

Faculty of Health Sciences Ljubljana; Midwifery department; Slovenia

INTRODUCTION: After the baby is born, he/she undergoes several interventions – umbilical cord clamping, neonatal ophthalmic prophylaxis, umbilical stump care, measurements, application of K vitamin etc. The first care of the newborns can affect the quality of their later life.

AIM: It is very important to follow the best possible current evidence when providing the first care of the healthy mature newborn. The aim of the presentation is therefore to present the optimal first care according to the latest research.

METHODS: The systematic literature review was performed regarding the newest and best evidence on the procedures of midwifery care of the newborn immediately after the birth. Databases searched were Medline, Cinahl, PubMed and Cochrane review. The guidelines of professional associations such as FIGO, ICM, ACOG and similar were also taken into the consideration.

RESULTS: The best for the baby is late cord clamping with later dry umbilicus stump care. The routine aspiration of the baby is not recommended. Vernix should not be removed and all the measurements could be postponed till three hours after the birth. The golden hour should be dedicated to the establishment of the attachment between the baby and parents. Instead of routine Crede prophylaxis, screening for STD in women in late pregnancy should be promoted.

CONCLUSIONS: It is of crucial meaning for the benefits of the newborn, to follow the best evidence for the first midwifery care. Midwives should promote informed consent of the parents regarding the first care procedures

KEY WORDS: newborn, cord clamping, vitamin K, prophylaxis, ophthalmia, vernix, attachment

ISHRANA U TRUDNOĆI

Dejan B. Živanović, MSc, saradnik u nastavi

*Visoka škola strukovnih studija za obrazovanje vaspitača i trenera u Subotici – Katedra za
medicinske nauke, biotehnologiju i hemiju; Srbija*

Uravnotežena ishrana nutritivno vrednim namirnicama u trudnoći je jedan od najvažnijih faktora pravilnog intrauterinog rasta i razvoja ploda, neposredno važan činilac očuvanja i unapređenja zdravlja majke, kao i fiziološka podrška laktaciji nakon porođaja. U jednom od nutritivno najzahtevnijih perioda u životu žene, dobro balansirani unos makro i mikronutrijenata putem ishrane treba istovremeno da zadovolji energetske potrebe majke i obezbedi razvoj ploda, podržavajući specifične metaboličke procese koji se odigravaju u trudnoći, i sprečavajući povećanje sklonosti novorođenčeta ka pojedinim oboljenjima u odraslom dobu. Na kvalitet ishrane trudnica utiču brojni faktori – nivo zdravstvene prosvetljenosti, stanje zdravlja, ekonomski i socio-kulturološki činioci, a istraživanja pokazuju da zabluda u vezi sa ishranom u trudnoći nisu retke. Stav da gravidna žena treba da „jede za dvoje“ je jedna od najčešćih zabluda u našem okruženju, a rezultat toga je visoka incidenca patoloških stanja u trudnoći: gojaznosti, hipertenzije, hiperlipidemije i dijabetesa, koje mogu dovesti do ozbiljnih zdravstvenih posledica i ugroziti život majke i ploda. Zbog svega navedenog, cilj ovog rada je podizanje nivoa društvene svesti o značaju pravilne ishrane tokom graviditeta, i pružanje najvažnijih smernica za planiranje i sprovođenje ishrane koja će biti podrška zdravlju buduće majke i novorođenčeta.

KLJUČNE REČI: ishrana, trudnoća, makronutrijenti, mikronutrijenti

ODNOS BABICE I TRUDNICE U POROĐAJU

Mirjana Prvulović, babica; KBC "Dr Dragiša Mišović, Dedinje"; Beograd, Srbija

Često pričamo o odnosu babice sa trudnicama, porodiljama posebno u toku porođaja, no obično se sve završava na tome. Napravila sam anketu elektronskim putem su žene mogle da nam odgovore da li im je odnos sa nama bio značajan tokom porođaja.

U Srbiji je povećani manjak zdravstvenog osoblja na svim nivoima pa tako i babica ima manje nego što je potrebno. Ali plata, manjak radne snage i lično nezadovoljstvo ne mogu opravdati nedostatak empatije i ne učestvovanje u nadogradnji ličnoj i profesionalnoj. Porođaj je najbitniji trenutak u životu svakog čoveka svake porodice a naša obaveza i čast je da im u tom trenutku pomognemo stručno i ljudski.

Kao što znamo postoji i babička zakletva koje bi se trebale držati u svakom trenutku i na svakom mestu:

Ja Mirjana Prvulović rođ Bukumirović zaklinjem se svemogućim Bogom da ću se odazvati svakoj trudnoj ženi, porodilji ili babinjari, bila ona sirota ili bogata, kad god me pozove, da joj prema stečenom iskustvu u školi budem na ruci i da ću savesno vršiti sve dužnosti koje babici određuju zakoni, propisi i uputstva. Tako mi Bog pomogao!

Trudnica koja ulazi u porodilište strepi za dete i sebe čak i ako je išla u školu roditelja i pohađala psihofizičku pripremu. Svako od nas strepi od novog iskustva.

Samim našim dočekom u prostorijama za pripremu počinje se sa kontaktom od predstavljanja ko smo šta ćemo proceduralno raditi, babica treba da ima blagost u sebi ali da u svakom momentu pokazuje i svoju profesionalnost. Što bi čuveni ginekolog Dr Paja Momčilov rekao „trudnici i porodilji se uvek obraćaš sa vi, osim ako ona ne odgovori mi“

Ona naravno učestvuje u svakom segmentu porođaja, bilo bi najbolje da se razume sa celim timom posebno sa nama kao babicama jer smo stalno uz nju.

Razumevanje „drugog stanja“ što prisniji a profesionalni odnos sa trudnicom sigurno će dovesti do dobrog rezultata.

Tih govori je često delotvorniji od glasnog ili što je nedopustivo, vikanja, svesne smo da nas ima raznih, zato i postoje edukacije i susreti gde razmenjujemo iskustva.

U slučaju da koristite tiši glas mnogo ćete lakše dopreći do trudnice jer će biti skoncentrisana da vas sluša i gleda a to nam je u ekspanziji izuzetno potrebno.

U mom dugogodišnjem iskustvu u tri Beogradska porodilišta se pokazalo da je smiren i ti glas tokom celog porođaja a posebno u ekspanziji izuzetno delotvoran i da dopire baš do svake trudnice, a kasnije na odeljenju i porodilje.

Bilo da je prvorotka ili višerotka, malda ili starija ne zaboravite da strepi šta će i kako da se odvija, stoga joj moramo biti oslonac, podrška, sestra jednom rečju njena babica.

Na žalost anketa je pokazala da nije baš tako.

Na društvenim mrežama FB i Instagramu sam postavila pitanje

1. Da li vam je podrška babice značila na porođaju i koliko

❖ Da

❖ Ne

Na žalost nije bilo moguće postaviti tri odgovora već dva, zato sam uzela u obzir koliko je reakcija bilo.



Na žalost mislim da niko od nas nije zadovoljan rezultatom, smatram da bi moreli poraditi više na odnosu sa trudnicama, porodiljama, majkama i celom porodicom naravno i ceo tom mora biti primer u međusobnoj komunikaciji.

Svi mi želimo da naše trudnice postanu srećne i zadovoljne mame koje neće nositi traumu porodilišta, tako ćemo pomoći i natalitet. Edukujmo se profesionalno kako bi svima bilo bolje i lakše. Radimo na sebi nama dolaze buduće mame raznih profila sa svakom od njih kao i njihovom pratnjom moramo ostvariti dobar kontakt.

ULOGA BABICE TOKOM KOMPLIKACIJA PO POROĐAJNIM DOBIMA

Gordana Borković, Visoko strukovna sestra-babica; GAK "Narodni front"; Srbija

Ovaj revijalni rad ima za cilj da prikaže ulogu babice u različitim fazama porođaja (različitim porođajnim dobima).

Savremeno vođenje porođaja podrazumeva saradnju i timski rad lekara i medicinskih tehničara različitih oblasti i specijalizacija. Osnovu ovog tima sačinjavaju babica i akušer, a u prošireni deo tima spadaju anesteziolog, anestetičar, pedijatar, pedijatrijska sestra i drugi.

Najvažniji deo ovog tima je babica. Ona aktivno učestvuje tokom celokupnog toka porođaja.

Sistematično su prikazani fiziološki tokovi svakog porođajnog doba, kao i uloga babice u istim. Potom su navedene moguće komplikacije kod ploda i majke, kao i uloga babice u identifikaciji ranih znakova, simptoma i analiza koje mogu ukazati na navedene komplikacije. Potom je prikazan protokol preduzimanja odgovarajućih postupaka vezanih za dalju dijagnostiku u ovim slučajevima, kordinaciju rada sa akušerom i ostalim članovima tima.

TRAUME U PORODU

Kujović Mediha, dms; UKCS Sarajevo, GAK Jezero; BiH

Porođajne traume su mehaničke ili hipoksično-ishemične ozljede koje nastaju tokom porođaja. Javljaju se antenatalno i intrapartalno.

Faktori rizika su: veličina fetusa (zastoj u rastu ili fetalna makrosomija), prezentacija (karlična prezentacija, duboki poprečni položaj), oligohydramnion, kefalopelvina disproporcija, anomalije fetusa, neurološki imaturitet, upotreba opstetričkih instrumenata (vacuum extractio, forceps).

U porođajne traume spadaju ozljede mozga i ostale porođajne traume. Značaj ozljeda mozga je u tome što mogu imati dugoročne posljedice na razvoj djeteta (mentalna retardacija, cerebralna paraliza, epilepsija, gluhoća, sljepoća).

Ostale porođajne traume su kefalhematom, hematomi mišića, ozljede perifernih živaca, fracture kostiju, kao i rijetke povrede unutrašnjih organa i kičmene moždine.

Kod svake rizične trudnoće i poroda treba tragati za porođajnim ozljedama kod novorođenčeta, odnosno kod svakog težeg poroda ili u slučaju da postoje gore navedeni faktori rizika.

Analizirali smo incidencu porođajnih trauma u odnosu na broj novorođene djece koja su boravila na našem odjelu. Uzorak je obuhvatio djecu rođenu od 1. januara do 31. oktobra 2017. god. Iz te analize isključena su novorođenčad premještena na neonatalnu intenzivnu njegu odmah po porodu ili nakon kratkog boravka na našem odjeljenju. Također smo analizirali odnos porođajnih trauma sa paritetom porodilja, načinom poroda i tjelesnom težinom novorođenčadi.

U statistiku je ušlo 2689 novorođenčadi od kojih je 31 imalo neki oblik porođajne traume što u procentima iznosi 1,1 %. Najčešća porođajna trauma na našoj klinici je kefalhematom (70%).

KLJUČNE RIJEČI: porođajne traume, faktori rizika, ozljede mozga.

ULOGA BABICE KOD KARLIČNOG POROĐAJA

Vesna Vuletić, babica KBC"Dr Dragiša Mišović"Dedinje; Srbija

Najveći broj beba se rađa tako što im prednjači glava,samo oko 4%pred kraj trudnoće se smešta u karlični položaj. Karlični stav je uzdužan položaj ploda u kojem prednjače karlica ili nožice.

Karlični stav može biti:

POTPUN Kod potpunog stava nožice ploda savijene su u kukovima i kolenima.te su pete usko priljubljene uz trtice.Ovaj položaj je povoljniji za porodaj zato sto je dilatacija karlicom najveća;

NEPOTPUN:

TRTIČNI gde su nožice savijene u kukovima i opružene uz trup ploda tako da prednjače samo trtice ploda;

KOLENI prednjače kolena;

NOŽNI prednjače nožice.

Najnepovoljniji je nožni, najmanjom površinom vrši dilataciju.

Uzroci karličnog stava mogu poticati od majke i ploda

OD MAJKE: Anomalije u razvoju uterusa; Placenta previa, uska karlica; Hidramnion,olygoamnion; višestruke trudnoće; strah i stres majke

OD PLODA: Nedonesenost; blizanačka trudnoća; hydrocephalus

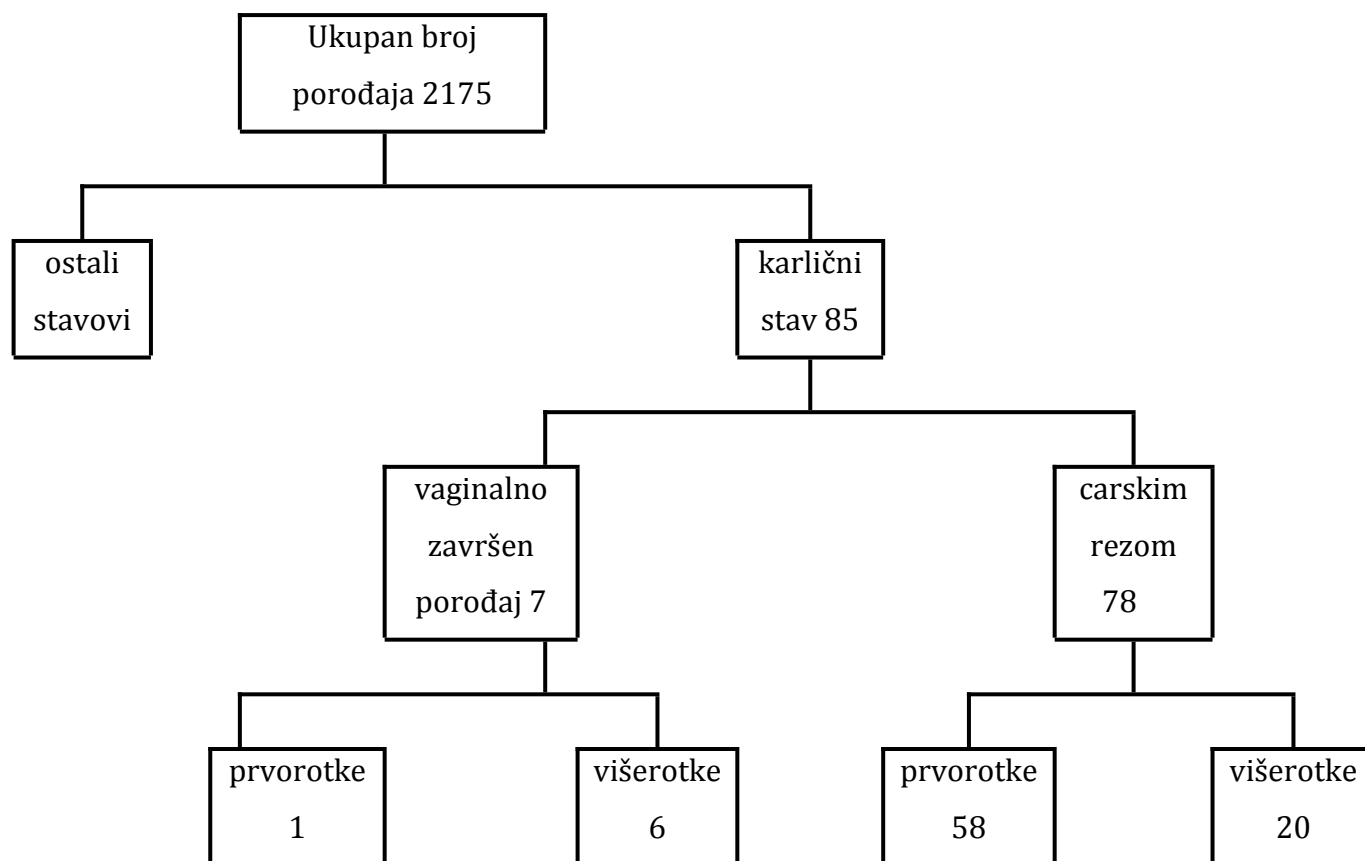
U 28. nedelji trudnoće 20% beba je postavljeno karlično da bi se do 37. nedelje samo 4% ostalo definitivno u karličnom položaju.Buduće mame mogu da izvode brojne vežbe za podsticanje bebe da se okrene(četvoronosko stajanje i ljuljanje bokovima napred-nazad,zaobljivanje ledja kao macka,podizanje karlice jastucima...)

U izuzetnim situacijama primenjuje se metoda spoljasnjeg okreta.To radi iskusan lekar akušer u porodilištu u 37.nedelji trudnoće dok se karlica ploda nije učvrstla u karlični ulaz majke.U našem porodilištu KBC"Dr.D.Mišović" ova metoda je prevažidena.

Porodaj kod karličnog stava ploda i danas predstavlja akušersku dilemu kada je u pitanju završavanje porodjaja vaginalno ili carskim rezom.

Drastičnim dizanjem stope carskih rezova dovodi do povećane stope majčinskog morbiditeta (zbog hir. komplikacija operacije, povećana dužina hospitalizacije i troškovi lečenja.). Istim se izbegava morbiditet i mortalitet kod novorođjenceta.

STATISTIČKI PODACI O NAČINU ZAVRŠAVANJA POROĐAJA KOD KARLIČNOG STAVA IZ
PORODILIŠTA KBC "DR.DRAGIŠA MIŠOVIĆ" ZA 2018.GODINU



GEMELLI (KARLIČNI STAV ZAVRŠEN CARSKIM REZOM)11	
PRVOROTKE	8
VIŠEROTKE	3

NOŽNI STAV (PORODJAJ ZAVRŠEN CARSKIM REZOM) 11	
PRVOROTKE	4
VIŠEROTKE	7

Indikacija da se porodaj završi carskim rezom kod karličnog stava su: disproporcija majke i ploda ; novorođenče obomotano pupčanom vrpcom; starije prvorotke i žene koje su dugo lečile sterilitet,IVF; blizanačka trudnoća; nedonošče; hipotrofično novorođenče; eph gestoza majke; prethodni carski rez.

Za zdravo, terminsko novorođenče, čija je majka takođe zdrava, kada nema prethodno navedenih kontraindikacija najbolji način završetka porođaja je prirodni-vaginalni.

Dijagnoza karličnog stava ploda postavlja se spoljašnjim pregledom: UZ; palpacijom(na prijemu u porodiliste babica vrši spoljni pregled trudnice).

Pri spoljnjem pregledu u dnu materice napipa se glavica kao čvrst,pravilan i okrugao deo koji se lako pokreće. Srčani tonovi ploda se najbolje čuju iznad pupka trudnice. Unutrašnjim pregledom :lekar pregleda trudnicu i pipa delove karlice ploda (trtice,anogenitalnu brazdu,vrh trtične kosti, čmar i genitalni organi ploda. Kod noznog nogice).

Porodaj kod karličnog stava vaginalnim putem,usled sporije dilatacije porođajnog kanala ,duže traje od porođaja gde prednjači glavica.Porodilju kod karličnog stava porađa iskusan akušer babica asistira i prihvata novorođenče.Vodenjak se ne prokida do kompletne dilatacije.Kada se karlica ploda rađa preko međice,obavezno akušer pravi epiziotomiju uz asistenciju babice.Spontano se rađa karlica i trup ploda do vrha skapula,akušer prihvata karlicu.Kada se plod rodi do glavice,pruža se ručna pomoć prema BRACHTU: akušer novorođenče drži za obe trtice i butine prebacuje preko trbuha majke tako se ledjima novorodjence položi na trbuh majke.Na taj način se pomaže defleksija glavice koja prelazi preko međice.Pri tom ne sme da se vrši grupa hiperekstenzija ploda ,može da se povredi.U toku vršenja Brahtovog manerva dozvoljeno je da se

iznad simfize preko trbušnog zida vrši lak pritisak na glavicu, na taj način da se ubrza rađanje novorođenčeta.

Prednost metode po Brachtu je: 1. što se izvodi spolja, mala mogućnost unošenja infekcije; 2. ne vrši se trakcija za telo novorođenčeta te je manja mogućnost povrede.

Ukoliko metoda po Brachtu ne uspe pristupa se metodi po SMELLIE-VEIT-u. Po ovoj metodi novorođenče koje se rodilo do glavice postavlja se na podlakticu jedne ruke akušera, čiji je kažiprst i domali prst ulazi u vaginu i stavi u vuče jame glavice ploda u fleksiji i olaksava njen izlazak iz porođajnog kanala. Prstima druge ruke raskljava se preko vrata hvataju njegova ramena i ovom rukom se vrši trakcija glavice novorođenčeta. Ukoliko se u toku rađanja javi znaci spazma glavičica daju se i.v. spazmolitici u krajnjem slučaju i.v. anestezija.

KOJA JE ULOGA BABICE?

S obzirom da akušer porađa, kod karličnog stava uloga babice je:

- Pruža psihološku podršku (svojim iskustvom i stručnošću će pružiti osećaj sigurnosti i sticanje poverenja porodilje.)
- Babica je stalozena i samouverena kako bi uverila porodilju da joj pruža pomoć iskusan i odgovoran tim.
- Pozdravlja porodilju s osmehom i dobrodošlicom, predstavi se i objasni svoju ulogu u njenoj zaštiti.
- Uzima anamnezu od porodilje u vezi trudnoće, Leopoldovim hvatom pipu glavicu ploda u fundusu, a tonove nalazi u visini pupka. Uzima karlične mere koje od velikog značaja za zavrsetak porođaja i na koji način.
- Babica prati ctg zapis i prodiskutuje s porodiljom o željama i očekivanjima tokom porođaja.
- Procenjuje njeno psihičko stanje, koliko je uplašena i koliko zna u vezi porođaja kod karličnog stava. Procenjuje i njeno znanje o načinima ublažavanja kontrakcija i pruža informacije (da li je pohađala psihofizičku pripremu, da li želi epiduranu analgeziju)
- Podstiče porodilju da se prilagodi postojećim okolnostima kako bi zadovoljila svoje potrebe.
- Babica je sve vreme uz porodilju, uključuje terapiju uz nalog lekara, prati stanje novorođenčeta i porodilje i kako porodilja sve to podnosi. Savesna i iskusna babica prepoznaje kada se javi problem koji prevazilazi njene nadležnosti i obaveštava akušera.

- Preduzima rutinske higijenske mere pre pregleda i posle pregleda,omoguci porodilju privatnost i objasni zašto je bitno da se opusti za pregled,prazni mokracnu bešiku po potrebi.
- Babica priprema materijal za porođaj i vodi računa o njenoj sterilnosti
- Za sam čin porođaja ponovi s porođiljom kako kako se napinje,stiti međicu i po rođenu baba je na grudima majke koliko to uslovi dozvoljavaju, preseca pučanu vrpцу,meri novorođenče .
- Priprema porodilju za četvrto porođajno doba,vadi posteljicu koju akušer pregleda,asistira pri šivenju epiziotomije,pranje i pakovanje instrumenat vodi medicinsku dokumentaciju u vezi porodiljei sve to prateći stanje porodilje.

Zadaci babice i u 4. porodajnom dobu porodilje veliki,i tada su moguće komplikacije: utopljava porodilju, obezbeđuje tiho okruženje, daje tel.porođilji, prati vitalne znake, prati krvarenje. Obaveštava lekara ako se javi problem a nije u njenoj nadležnosti da ga reši. Dva sata nakon porođaja predaje porodilju i pedijatriska sestra bebu, medicinsku dokumentaciju babici koja radi na akušerskom odeljenu.

ULOGA STRUKOVNE BABICE KOD PREVENCIJE I PREPOZNAVANJA URGENTNIH STANJA U POSTNATALNOM PERIODU

sms Tanja Tomović; GAK "Narodni front"; Srbija

UVOD: Kada se rodi beba, za babicu ostaje još uvek dosta posla, jer je postnatalna nega za porodicu i njihove bebe važan aspekt uloge babice. To je vreme kada se žene suočavaju sa fizičkim rizicima vezano za urgentna stanja u akušerstvu kao i sa mogućim emocionalnim poremećajima.

SADRŽAJ: Postnatalni zdravstvena nega se definiše kao "period nakon završetka porođaja tokom kojih se traži prisustvo babice kod porodicu i bebe, ne manje od 10 dana ili za duži period u kome se koji babica smatra neophodnom".

Osnova te zdravstvene nege je rutinska postnatalna briga o ženama i njihovim bebama i klasifikacija problema koji ukazuju na nivo hitnosti za dobijanje dodatne nege tako da babica zna da li je to pitanje hitno, ili ne.

Veoma važno je da babica prepozna i deluje na znakove i simptome potencijalno opasne po život. Odgovornost je babice da alarmira odgovarajućeg stručnjaka kada se detektuje odstupanje od norme uz dobru evidenciju, što je zakonska i obaveza.

Krvni pritisak treba redovno meriti porodicu roku od šest časova od porođaja a ukoliko se sumnja na znake preeklampsije, onda babica treba da alarmira na hitnu akciju.

Pomoć u ishrani novorođenčadi je još jedna podrška koju babica treba da ponudi ubrzo nakon porođaja. Babica takođe treba da proceni porodicu zbog znakova duboke venske tromboze, jednostranog bola, otoka i crvenila, plućne embolije, kratkotrajnog udisanja i bolova u grudima. Kod gojaznih žene pod rizikom od tromboembolizma treba već imati spreman individualni plan nege koji uključuje ovaj rizik.

U slučaju potrebe za imunizacijom treba je primeniti u roku od 72 sata od porođaja.

U svojoj prvoj postnatalnoj observaciji, babica treba da obrati pažnju na znakove i simptome mogućih ozbiljnih stanja za koja treba kontaktirati hitno za pomoć. To uključuje: iznenadni i povećani gubitak krvi, glavobolje, kratkotrajnost daha i bol u grudima.

Ako se sumnja na infekciju i telesna temperatura je iznad 38 ° C, a postoje i drugi simptomi i znaci sepse, potrebno je uraditi procenu hitne akcije.

Takođe treba napraviti inicijalnu procenu rane od epiziotomije i posebno obratiti pažnju na znake stvaranja hematoma.

U svakoj postnatalnoj proceni porodilje, treba obratiti pažnju i razgovarati o njihovom emocionalnom stanju, uključujući raspoloženje i ponašanje .Za babicu je važno da zna da postnatalna depresija može da se manifestuje mnogim različitim simptomima kao što su nesanica, gubitak težine, nedostatak interesa za sopstveni izgled , nemogućnost izlaska iz kreveta i osećanja bezvrednosti ili krivice .

Glavobolje, zamor, bolovi u predelu bubrega, opstipacija, hemoroidi, zadržavanje mokraće i inkontinencija, fekalna inkontinencija su znaci koje treba proceniti za svaku pojedinačnu porodilju i njenu medicinsku istoriju. Treba ponuditi i savete u vezi sa seksualnim zdravljem i metodama planiranja porodice.

ZAKLJUČAK: Babica i za vreme pružanja postnatalne nege, uvek, kao i za vreme pružanja zdravstvene nege u partalnom i antenatalnom periodu treba da bude maksimalno odgovorna, svesna svoje nezamenljive uloge, da koristi pravila komunikacije sa porodiljom a ujedno bude i uvek spremna na pravilnu reakciju, realno zabrinuta za moguće komplikacije.

POSTPOROĐAJNI PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI

Dr Jovan Javorac, Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Srbija

Postpartalni period se izdvaja kao posebno vulnerabilan period za nastanak psihijatrijskih poremećaja usled brojnih hormonalnih promena koje se dešavaju u organizmu porodilje, kao i potencijalne izloženosti različitim psihičkim i psihosocijalnim rizičnim faktorima. Osnovni cilj ovog rada bio je da se, kroz pregled dosadašnjih rezultata istraživanja o ovim bolestima, šira zdravstvena javnost upozna sa osnovnim karakteristikama ovih oboljenja, kao i mogućnostima njihovog lečenja i prevencije.

Postporođajna tuga ili baby blues je najlakši psihijatrijski poremećaj u puerperijumu koji se javlja kod 30% do 75% porodilja. Može se pre smatrati normalnim ishodom porođaja nego psihijatrijskim poremećajem. Simptomi su blagi, poput: labilnosti raspoloženja, iritabilnosti, plačljivosti, poremećaja sna i apetita. Jave se obično unutar prvih nekoliko dana po porođaju, a traju nekoliko sati do nekoliko dana. Obično se spontano povuku, ne zahtevajući nikakvo lečenje, osim podrške porodilji pre svega od strane porodice.

Postporođajna depresija, kao pravi psihijatrijski poremećaj, najčešća je komplikacija u puerperijumu sa zastupljenošću od 10% do 20% porodilja. Simptomi se obično pojave unutar prvih 6 nedelja po porođaju, najčešće već posle nekoliko dana. Traju minimalno dve nedelje, a podrazumevaju: emocionalnu labilnost, osećaj krivice, plačljivost, gubitak apetita, poremećaje spavanja, socijalno povlačenje, gubitak interesa za hobije i svakodnevne aktivnosti, suicidalne ideje, lošu memoriju i koncentraciju, slabost, iritabilnost, osećaj neadekvatnosti i nesposobnosti da se obavljaju sve obaveze koje se tiču deteta, hipohondrijsko ponašanje u vezi sa zdravljem deteta, preopterećenost njegovom ishranom, a neke žene vide sebe kao loše, neadekvatne majke, koje ne mogu da vole svoje dete. Najčešće je neophodna profesionalna pomoć u vidu psihoterapije ili farmakoterapije, uz podršku i pomoć od strane porodice i prijatelja. Iako se postporođajnoj depresiji majke pridaje najveći akcenat, i depresija kod očeva nakon porođaja je takođe prisutan fenomen koji je dosta manje istražen.

Postporođajna psihoza je najteži, ali na sreću najređi psihijatrijski poremećaj (0,1% do 0,2% porodilja). Karakterišu ga fluktuacije raspoloženja, dezorganizovano ponašanje, kao i deluzije i halucinacije. Simptomi se javljaju već 48-72h nakon porođaja, sa potpuno razvijenom psihotičnom epizodom unutar prve 2 nedelje. Ovakvo stanje zahteva hospitalizaciju i terapiju antipsihoticima i stabilizatorima raspoloženja, jer postoji mogućnost da žena naudi detetu.

Živeći u društvu u kome i dalje postoji izuzetno izražena stigma o mentalnim bolestima, kako među opštom populacijom, tako i među zdravstvenim radnicima, ističe se potreba za boljom edukacijom i prosvetivanjem i jednih i drugih o načinima kako te bolesti prepoznati, a naročito o tome kako obolelima pomoći. To se odnosi i na postpartalne poremećaje raspoloženja koji netretirani mogu imati znatne posledice po majku, njen odnos sa ostatkom porodice i na samo dete. Porodilje vrlo često ne govore o svojim problemima zbog straha od socijalne izolacije, stigmatizacije, osećaja srama, etiketiranja kao mentalno obolele osobe. Stoga, babice, kao jedna od prvih linija zdravstvene zaštite sa kojima se majke susreću, imaju važnu ulogu u informisanju porodilja o mogućem javljanju ovih poremećaja, kao i u ohrabrivanju za traženje profesionalne pomoći ukoliko su se simptomi već javili.

KLJUČNE REČI: puerperijum; postporođajna depresija; postporođajna psihoza; baby blues

**DVADESET GODINA NOVOROĐENČETU PRIJAZNOG PORODILIŠTA I DOJENJU PRIJAZNA
ZDRAVSTVENA USTANOVA**

Gordana Njenjić, mag.zdr.nege, dipl.m.s., babica

Univerzitetni klinički centar Ljubljana, Ginekološka klinika; Slovenija

Svjetska zdravstvena organizacija i UNICEF preporučuju dojenje do napunjenog šestog mjeseca starosti djeteta i nakon toga nastavak dojenja do napunjene 2. godine, ali može trajati i duže.

Nacionalni odbor za promociju dojenja (NOSD) pokušava promovirati i održavati isključivo dojenje do šestog mjeseca starosti djeteta i dojenje sa dopunilnom ishranom do 2. godine starosti, širom cijele Slovenije.

Na svetskom nivou taj naziv dodjeljuju UNICEF i Svjetska zdravstvena organizacija, u Sloveniji naziv dodjeljuje Nacionalni odbor za promociju dojenja preko UNICEF-a u Sloveniji. Međunarodna pobuda Novorođenčetu prijaznog porodilišta (Novorojencem prijazna porodnišnica - NPP) promoviraju zdravstveni radnici materama i djeci prijazno izvođenje postupaka, koji jim omogućavaju uspješan početak i nakon toga nastavak dojenja. Pri tom govorimo o vrlo bitnoj misiji, jer dojenje predstavlja najbolji početak djetetove ishrane i samim tim postavljanja temelja za zdrav razvoj matere te djeteta.

Nacionalni odbor za promociju dojenja ustanovili su u Ljubljani, 30. maja 1996 godine. Jedan između prvih projekata NOSD-a bila je izdaja knjige Uspješno dojenje za dobro zdravlje djeteta i matera (Uspješno dojenje za dobro zdravlje otrok in mater), baš tu knjigu svake godine besplatno izdaje UNICEF Slovenija, na raspolaganju je svim budućim materama u Sloveniji. Sa vrednim radom članova NOSD i samih porodilišta, Slovenija je po procentu djece, rođene u novorođenčetu prijaznim porodilištima, na prvom mjestu među novopridruženim članovima EU. U takvim porodilištima rođeno je 85 % djece u Sloveniji.

Cilj NOSD ostaje, da bi sva slovenska porodilišta prihvatile taj međunarodni naziv, sa kojim se trenutno nosi 12, od ukupno 14 porodilišta. NOSD je proširio svoj rad sa promocijom o dojenju prijaznih zdravstvenih ustanova, u kojima zdravstveno osoblje kvalitetno ohrabruje matere te jim pomaže na početku dojenja i uzdržavanju dojenja u periodu prvih 6.mjeseca od rođenja. Taj naziv su do sad uspješno osvojili Dom zdravlja dr. Adolfa Drolca Maribor (ZD dr. Adolfa Drolca MB), Pedijatrično odjeljenje bolnice Celje (Pedijatrični odd., Splošne bolnišnice CE), dječie odjeljenje bolnice Novo mjesto (Otroški odd. SBNM) i Dom zdravlja Tolmin (ZD Tolmin).

NOSD je pod okriljem UNICEF-a Slovenije već od početka redovno organizirao stručna obrazovanja i stručne susrete za nadogradnju zdravstvenog osoblja, takodje pripremili su brojne naučne publikacije. NOSD u Laškem svake godine organizira simpozije sa međunarodnim učešćem. U suradnji sa Ministarstvom za zdravlje (Ministrstvom za zdravje) preveli su Međunarodni kodeks o trženju zamjena materinog mlijeka (formule).

NACIONALNI PROTOKOL NJEGE PUPKA

Gordana Njenjić, mag.zdr.nege, dipl.m.s., babica

Univerzitetni klinički centar Ljubljana, Ginekološka klinika; Slovenija

Svrha zdravstvene nege pupka kod novorođenog djeteta

Svrha zdravstvene nege pupka kod novorođenčeta je održavanje čistog in suvog pupka. Sa tim se omogućuje najbrže, najsigurnije i najoptimalnije liječenje pupka. Njega pupka kod novorođenog djeteta počinje odma posle rođenja i završava se kad se pupak sasvim osuši.

Čimbenici, koji utiču na način zdravstvene nege pupka kod novorođenog djeteta

Na način održavanja zdravstvene nege pupka kod novorođenčeta utiče status pupka (zdrav, rizičan, bolestan), cjelokupno zdravstveno stanje novorođenčeta, okolina u kojoj se nalazi novorođenče (bolničko ili vanbolničko) te socialno-ekonomski status porodice. Patronažna medicinska sestra ili babica na prvoj posjeti novorođenčeta u njegovom domu procjeni socio-ekonomski status porodice. Na temelju te procjene babica/patronažna medicinska sestra odluči broj posjeta, koje će obaviti na domu porodice, o mogućih komplikacijah, o bržem upućivanju kod pediatra i o preskrbi sa materialom, koji će biti potreban za negu pupka novorođenčeta.

Definicija statusa pupka kod novorođenog djeteta (Nosan, G. et. al. 2017)

Zdrav pupak (svi navedeni faktori):

- Odsustvo crvenila kože, natekline, gnojnog eksudata i prisustvo posebnog mirisa,
- Odsustvo većih krvarenja,
- Odsustvo granuloma ili drugih tumorskih formacija,
- Vrijeme otpadanja pupčanika za manje od 14.dana,
- Prisustvo eksudata manje od 14.dana, nakon otpadanja pupčanika.

Rizičan pupak (barem jedan faktor od navedenih):

- Crvenilo bez natekline, gnojnog eksudata i posebnog mirisa,
- Vrijeme otpadanja pupčanika duže od 14.dana,
- Prisustvo eksudata duže od 14.dana nakon otpadanja pupčanika.

Bolestan pupak (barem jedan faktor od navedenih):

- Crvenilo kože, nateklina, gnojni eksudat, prisustvo posebnog mirisa,
- Veće krvarenje,
- Granulom ili druge tumorske formacije.

Obvezivanje pupčanika

Posle rođenja pupčanik ne umotavamo i ne prekrivamo sa raznoraznim materijalima, jer time jedino produžavamo vrijeme sušenja pupčanika, međutim to ne utiče na process kolonizacija raznih bakterija. Uz to potrebno je, da su pupčanik i pupak na vidnom mjestu, tako da se mogu redno kontrolisati zbog mogućih prisustva krvarenja, upale ili drugih problema.

Njega zdravog pupka novorođenog djeteta

Njega zdravog pupka izvršava se u sklopu njege kože. Njega se izvršava upotrebljivanjem NaCl u manjim pakiranjima (pri tome brinemo o roku upotrebe NaCl) i netkane sterilne gaze. Posle njege pupak osušimo sa pritiskom netkane sterilne gaze oko pupčanika i okoline pupka. Prečesta njega pupka produžava vrijeme sušenja i samim tim vrijeme otpadanja pupčanika, te produžava vrijeme cjelokupnog zarašćanja pupka. Prečesta njega pupka može uticati i na oštećenje samog pupka. Zdrav pupak održavamo sa njegom 1x dnevno, ako zapazimo prisustvo blata ili urina, možemo naravno očistiti više puta dnevno. Pupak treba da bude što više na vazduhu i što manje pokriven, ali pri tom treba ogledati na temperature okoline u kojoj se novorođenče nalazi. Nakon otpadanja pupčanika mjesto gde je pupčanik ranije bio, ne prekrivamo raznim gazama, jer samim tim produžavamo vrijeme zarašćanja pupka. Za optimalno sušenje pupka pelena ne sme da prekriva pupak u nijednoj fazi sušenja, dok se pupak sasvim ne posuši.

ZDRAV POPEK (vse naštetito):



- odsotnost rdečine, otekline, gnojnega izcedka in smrdečega vonja,
- odsotnost močnejše krvavitve,
- odsotnost granuloma ali granulomu podobnega tkiva,
- čas odpadanja krna popkovnice manj kot dva tedna,
- izcedek manj kot dva tedna po odpadu krna popkovnice.

POPEK S TVEGANJEM (vsaj eno od naštetega):



- rdečina brez otekline, gnojnega izcedka in smrdečega vonja,
- čas odpadanja krna popkovnice daljši kot dva tedna,
- izcedek več kot dva tedna po odpadu krna popkovnice.

BOLAN POPEK (vsaj eno od naštetega):



- rdečina, otekline, gnojen izcedek, smrdeč vonj,
- močnejša krvavitev,
- granulom ali granulomu podobno tkivo.

REANIMACIJA NOVOROĐENČETA

Prim. dr Milica Vušurović; KBC "Dr Dragiša Mišović- Dedinje", Beograd; Srbija

Bolnica za ginekologiju i akušerstvo, KBC Dr Dragiša Mišović Dedinje, Beograd, Srbija

Reanimacija novorođenčeta predstavlja skup mera i postupaka koji se primenjuju kod novorođenčadi neposredno posle rođenja u cilju normalizovanja njihovih kompromitovanih vitalnih funkcija. Indikacije za početak reanimacije novorođenčeta su poremećaji rada srca (asistolija, bradikardija < 60/min., poremećaji ritma s ineefektivnom cirkulacijom) i funkcije disanja (primarna i sekundarna apneja, neregularne i neefikasne respiracije praćene generalizovanom cijanozom i posle 90 sekundi od rođenja).

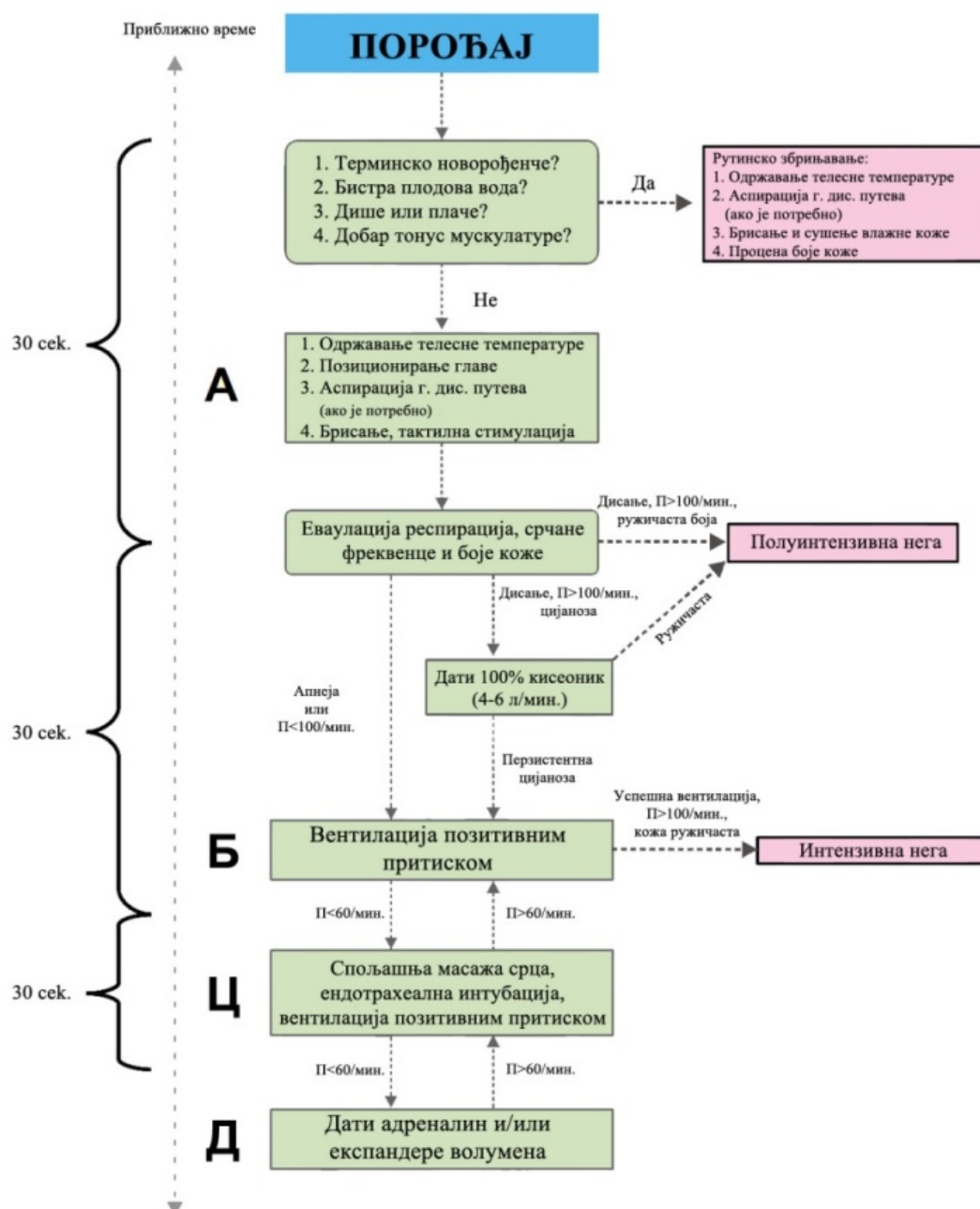
Za približno 5-10% terminskih i oko 80% prevremeno rođenih novorođenčadi neophodan je neki od reanimacionih postupaka (najčešće stimulacija disanja).

Za ujednačavanje kriterijuma za reanimaciju, neophodno je poštovati Procedure za reanimaciju vitalno ugroženih novorođenčadi (kojom su definisani reanimacioni koraci kod vitalno ugroženih novorođenčadi) i izrada algoritma reanimacije. Za sprovođenje ove Procedure odgovoran je reanimacioni tim, koji sačinjavaju pedijatri-neonatolozi, pedijatrijske sestre, anesteziolozi, ginekolozi-akušeri, sestre akušerskog smera i anestetičari zaposleni u bolnicama za ginekologiju i akušerstvo, koji su edukovani za pravilno izvodjenje reanimacionih postupaka kod vitalno ugroženih novorođenčadi. Aktivnosti za efikasno sprovođenje reanimacionih koraka obuhvataju: 1. Obezbeđivanje neophodne medicinske opreme, 2. Kontinuiranu pripremu 3. Neposredno izvodjenje reanimacije. Obezbeđivanje neophodne medicinske opreme podrazumeva da svaka porođajna sala i Jedinica intenzivnog lečenja novorođenčadi mora da poseduje adekvatna medicinsku sredstva (aparati i instrumenti, odgovarajući potrošni sanitetski materijal, kao i dezinfekciona sredstva, rastvori i medikamente), koji su neophodni za efikasnu reanimaciju vitalno ugroženih novorođenčadi. Kontinuirana priprema obuhvata niz mera i postupaka, koji se primenjuju radi obezbeđivanja spremnosti reanimacionog tima i upotrebljivosti materijalnih medicinskih resursa za promptno i efikasno izvodjenje reanimacionih koraka, u svakom momentu, svih 365 dana u godini.

Neposredno izvođenje reanimacije novorođenčeta se odvija kroz reanimacione korake, koji slede jedan za drugim (korak po korak). Reanimacioni koraci se mnemotehnički formulišu kao A, B, C, D prema početnim slovima engleskih reči (airway, breathing, circulation, drugs).

Прилог 1.

АЛГОРИТАМ РЕАНИМАЦИЈЕ НОВОРОЂЕНЧЕТА



SESTRINSKE INTERVENCIJE U NEONATOLOGIJI

Valentina Velkova, PpoB "Remedika", Skoplje, Makedonija

Со моментот на раѓањето, започнува нов период во животот. Фетусот кој грижливо го негувала мајката во текот на целата бременост, влегува во новороденечки период.

Самото новородено дете, непосредно по породувањето, има потреба од соодветна медицинска поддршка за да му се помогне на овој важен адаптационен период.

Нашата екипа на неонатолози, која присуствува на секое породување, ја спроведува примарната реанимација и поспарталното згрижување на секое дете.

Раѓањето на нов живот е привилегија на одделот за Неонатологија и Педијатрија. Среќата на родителите е и наша среќа.

KOMUNIKACIJA SA RODITELJIMA VITALNO UGROŽENE NOVOROĐENČADI (pregledni rad)

Mr sci.med. Biljana Stojanović-Jovanović, Mirjana Smuđa;

Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu; Srbija

Zahvaljujući dobroj perinatalnoj zaštiti, teško bolesna novorođenčad rađaju se u centrima gde im se može pružiti intenzivna nega i lečenje. Boravak vitalno ugroženog deteta i odvojenost od roditelja u bolničkom okruženju u visoko tehnološki opremljenim neonatološkim jedinicama intenzivnog lečenja kod roditelja izaziva psihičku reakciju koja utiče na dalji odnos i roditeljsku ulogu.

Hospitalizacija novorođenčeta u jedinici intenzivnog lečenja roditeljima neizbežno uzrokuje emocionalni stres. Spoznaja da im je dete bolesno i da zahteva bolničko lečenje, roditeljima izaziva teskobu, strah, zabrinutost, a neretko i neadekvatno suočavanje s medicinskom dijagnozom.

Faze kroz koje roditelji bolesne novorođenčadi prolaze obuhvataju: stanje šoka, fazu tugovanja (negiranje, panika), poimanje realne situacije, prihvatanje realne situacije. U fazi šoka roditelji nisu u stanju da prime mnogo informacija, potrebna su jasna i jednostavna objašnjenja. Nakon perioda šoka bivaju preplavljeni osećanjem tuge i bola zbog gubitka normalnog novorođenčeta koje su tokom trudnoće očekivali i saznanja da njihova beba "nije savršena". Ovo često rezultira time da se privremeno otuđuju od svog veoma bolesnog novorođenčeta. U fazi poimanja realne situacije izlaze na površinu osećanja besa, krivice, stida i bespomoćnosti plač, poremećaj sna, gubitak interesa za dnevne aktivnosti, somatski simptomi. Prihvatanje realnosti je faza u kojoj tek postaje moguće prihvatanje bolesnog novorođenčeta i stvaranje emocionalnih veza roditelja sa njim.

Važno je imati na umu, da sposobnost roditelja da integrišu podatke prolazi kroz proces sazrevanja. Informacije koje se daju roditeljima moraju biti jasne, sveobuhvatne i potpune kako bi se izbegla konfuzija. Kvalitet zdravstvene nege ogleda se ne samo u zdravstvenoj nezi novorođenog deteta nego i u komunikaciji i pružanju psihološke potpore roditeljima.

Medicinske sestre imaju vitalnu ulogu u podržavanju i interakciji između deteta i majke. Sestre su kontinuirano uz dete, planiraju i sprovode proces zdravstvene nege, brinu o sigurnosti deteta, učestvuju u procesu lečenja, suzbijanju boli, upućene su u tehnološke segmente uređaja na koje je dete priključeno, osiguravaju komunikaciju i pristup informacijama, pružaju edukaciju i osiguravaju neposredni kontakt i podršku porodici.

KLJUČNE REČI: vitalno ugroženo novorođenče, komunikacija, roditelji

BERNESE SCALE OF PAIN ASSESSMENT FOR NEWBORN BABIES ON MECHANICAL VENTILATION

Dr Filev Gjorgji¹, Jancevska S¹, Ivanovska S¹, Fileva S²;

University Clinic for Gynecology and Obstetrics, Clinical Center Mother Teresa –Skopje¹

Private Health Organization², North Macedonia

Stay in neonatal intensive care units (NICU) is often associated with strong stimulus which can affect a newborn baby. Loud sounds, numerous sensors, taking frequent analyzes, intubation, uncorrected position are just some of the many painful procedures that surround an infant during this period. All these influences the unpleasant sensations that the infant has in this period. Objectification of pain as a symptom is particularly difficult in newborn period due nonspecific expression of pain.

GOAL: to confirm and assist neonatal pain during intensive care with mechanical ventilation by using of Bernese scale.

MATERIAL AND METHOD: our study contents 36 premature newborn babies with gestational age less than 36 gestational weeks. They took intensive treatment on Neonatal intensive care unit at the University Clinics of Gynecology and Obstetrics in Skopje. Examiners are divided in two groups. The first group comprises 18 newborns who are on the mechanical ventilation and are given a continuous application of sedation (Midazolam). The second group comprises 18 infants who stay in NICU, but they were not on mechanical ventilation and sedation (Midazolam). Pain assessment is evaluated at the end of the first postnatal week, after feeding, during the quiet time. We used a multidimensional Bernese scale to assess pain which contains 9 parameters with a maximum score of 27.

THE RESULTS: These premature newborn babies from the first group are on mechanical ventilation with sedation. A quarter of them have scored more than 9 according to Bernese scale. Three quarters of premature newborns from the second or control group have scored less than 9.

DISCUSSION: Results of the first group present that the application of analgesia and placed in a comfortable position have a positive effect in reducing pain, but their routine use of NICU still remains inadequate. Newborns from the second group are in relatively good condition and more active than newborns of the first group. Assessment of pain in newborns still represents one of

most underrated symptom. The Bernese scale of pain assessment is a good indicator for evaluation of pain in newborns who are staying in the NICU, especially for those infants who are on mechanical ventilation.

KEYWORDS: Pain, Bernese scale of pain, newborns

OBAVEZNO CIJEPLJENJE NOVOROĐENČETA U RODILIŠTU I ZNANJE RODITELJA O CIJEPLJENJU DJETETA

Sanja Marušić, Zorica Sansović;

Klinika za ginekologiju i porodništvo SKB Mostar, BiH

UVOD: Prema Federalnom pravilniku o cijepljenju, cijepljenje je obavezno za svu djecu koja nemaju medicinske kontraindikacije. Cijepljenje ili imunizacija je postupak kojim se postiže otpornost prema bolestima uzrokovanim infektivnim uzročnicima.

U rodilištu se unutar 12-24 sata po rođenju vrši imunizacija protiv tuberkuloze (BCG), istovremeno sa prvom dozom vakcine protiv hepatitisa B. Pedijatar nakon pregleda novorođenčeta procjenjuje da li se novorođenče može cijepiti nakon čega sestra iz jedinice za novorođenčad cijepi dijete. Novorođenče se cijepi i cijepljenje se evidentira prema točno određenom protokolu. Dozvolu za cijepljenje novorođenčeta imaju samo sestre iz jedinice za novorođenčad koje su prošle obuku za cijepljenje. Roditelji ne mogu odlučivati o cijepljenju / ne cijepljenju djeteta.

CILJ: Cilj rada je educirati koje je obavezno cijepljenje u rodilištu, zbog čega se provodi, pokazati kako se daje cjepivo BCG i hepatitis B. Pokazati kakvo je znanje majki o cjepivu i da li misle da su cjepiva sigurna.

ISPITANICI I METODE: Istraživanje se provodi u periodu od 01.04.-01.05. 2016. god. U istraživanje je uključeno 100 ispitanica, majke novorođenčadi, u SKB Mostar, Klinika za ginekologiju i porodništvo, Odjel babinjače. U istraživanju će se koristiti anonimna anketa koju će ispitanice koje su pristale na istraživanje samostalno ispuniti. Anketa se sastoji od pet pitanja na koja se može odgovoriti sa DA ili NE.

REZULTATI: Istraživanje je u tijeku, te će rezultati biti prikazani na simpoziju. Očekujemo da su majke informirane o cijepljenju novorođenčadi prije poroda, te da će smatrati da cijepljenje ne treba biti obavezno, kao i da će postojati određen postotak majki koji će zbog medijske manipulacije smatrati da cjepiva nisu dovoljno sigurna.

KLJUČNE REČI: cijepljenje , novorođenče , BCG , hepatitis B , majka

DOJENJE I NAJČEŠĆI PROBLEMI PRILIKOM DOJENJA

Marko Obradović , pedijatrijski tehničar, KBC "Dr Dragiša Mišović- Dedinje", Beograd; Srbija

Dojenje je najprirodniji način hranjenja deteta majčinim mlekom.

Iako je definicijom istaknuta samo njegova nutritivna funkcija, dojenje predstavlja mnogo više od toga i za majku i za dete. Značaj dojenja se ogleda u olakšavanju adaptacije deteta na spoljni svet, ali i bržem vraćanje organizma majke u svoje pređašnje stanje. Dojenjem se obnavlja veza majke i deteta prekinuta presecanjem pupčanika, a ova veza je direktno odgovorna za fenomen personalizovane hrane koju beba dobija kroz majčino mleko.

Ipak, pored toga što vrši prevenciju brojnih poremećaja i dojenje nosi sa sobom svoje probleme. Problemi dojenja se mogu kategorisati u funkcionalne i društvene probleme ...

UTJECAJ PORODNIH PRAKSI NA DOJENJE

*Rusmira Arapović, Olivera Perić, Mr.sc. viši asistent ;
Klinika za ginekologiju i porodništvo SKB Mostar, BiH*

UVOD: Dojenje je prirodan fiziološki proces. Normalan i prirodan proces poroda priprema i majku i dijete na dojenje, a to omogućuje oluja hormona koje majčino tijelo stvara tijekom poroda. Kako bi dojenje moglo započeti i uspješno se nastaviti, novorođenče mora moći sisati, gutati, disati, a majka mora željeti i moći svome djetetu omogućiti dojenje, dok okolina mora podržavati ovu biološku jedinicu. Mnogi danas uobičajni postupci u porodu, poput indukcije poroda, rutinskih intervencija, epiduralne analgezije i odvajanja djeteta od majke narušavaju proces rane uspostave dojenja za majku i dijete.

Smjernice SZO- Odjel reproduktivnog zdravlja i istraživanja pod nazivom Skrb tijekom normalnog porođaja govore o intervencijama koje se u porodu ne bi smjele upotrebljavati, kao što su : klistir, brijanje, infuzija u porodu, ležeći porođaj, primjena oksitocina.

Faktori rizika koji mogu utjecati na dojenje :

- Epiduralna anestezija
- Instrumentalno dovršenje poroda
- Indukcija poroda
- Dugačak i težak porod, osobito uz poremećaj rotacije glavice
- Asimetrija glavice i traume

Karakteristike poroda koje utječu na dojenje možemo razvrstati u nekoliko kategorija :

- Zrelost novorođenčeta
- Utjecaj lijekova na središnji živčani sustav
- Ozljede djeteta pri porodu
- Odvajanja novorođenčeta od majke

Nezrelost sama po sebi i bez ostalih utjecaja utječe na dojenje novorođenčeta.

Većina lijekova koji se daju majci u trudnoći i porodu stižu i do novorođenčeta, čime narušavaju sposobnost novorođenčeta da koordinira svoje sisanje. Kako navodi Sepkoski, nakon davanja određenih lijekova, posljedice na novorođenče mogu biti vidljive i do 30 dana .

Istraživanja koja govore o učincima mehaničkih sila primijenjenih u porodu na sposobnost sisanja utvrđeno je da asimetrija bilo kojeg dijela tijela,osobito glave i vrata pridonosi slabijem sisanju. Tako je i vaginalni porod dovršen vakuum ekstrakcijom jak pokazatelj problema. Stoga, nije čudno da mehaničke sile koje djeluju na dijete tijekom poroda, djeluju na dojenje nakon poroda. Fizička blizina majke i djeteta, posebice kontakt „koža na kožu“ dovodi do bržeg odgovora djetetovog sisanja.

Postupci poput razdvajanja majke i djeteta, bez obzira na razlog, vaganje djeteta, mjerenje dužine, davanje K vitamina, vađenje krvi i razni testovi, utopljavanje novorođenčeta, kupanje prvi pregleda,stavljanje broja, negativno utječu na dojenje i ove postupke bi trebalo odgoditi prije prvog podoja.

Za uspješno dojenje potrebno je :

- Novorođenče mora moći i htjeti dojiti
- Majka mora moći i htjeti dojiti svoje dijete
- Dojenje bi trebalo biti ugodno i za majku i za dijete
- Okolina mora podržavati dojenje

ZAKLJUČAK: Najlakši način na koji možemo svesti moguće probleme na minimum je smanjiti intervencije u porodu u najmanju moguću mjeru.

Normalan porod obično vodi uspješnom dojenju, a intervencije mogu imati veliki utjecaj na majku, novorođenče i dojenje.

KLJUČNE REČI: dojenje, porodna praksa, novorođenče

NEGA KOŽE NOVOROĐENČETA, ODOJČETA I MALOG DETETA

vms Mara Rakić, Dom Zdravlja "Dušan Savić Doda", Beočin; Srbija

UVOD: Koža kao naš najveći organ iziskuje posebnu pažnju od samog rođenja. Upravo zato je važna nega kože u prvim mesecima života, pre svega jer to u velikoj meri određuje kvalitet kože u odrasloj dobi. Kožu treba posmatrati kao prirodnu barijeru protiv mikroorganizama, kao prvu liniju odbrane, odnosno urođeni imunitet. Stoga, zdrava koža je od velike važnosti, jer oštećena koža može dovesti do dehidracije, kao i do pojave atopijskog i kontaktnog pelenskog dermatitisa, a posredno i do oštećenja imuniteta.

CILJ: Upoznavanje roditelja sa važnošću pravilne nege od samog rođenja, pravilnim odabirom sredstava za negu, pravilnom negom kože genitalne regije dece oba pola sa specifičnošću vezanim za svaki pol.

METODA: Predavanje i rad u malim grupama.

REZULTATI RADA: Rad je urađen na uzorku od dvadesetoro dece praćenih u prvih šest meseci po rođenju. Rađeno je po tipu individualnog zdravstveno vaspitnog rada i rada u malim grupama, a rezultati rada su se ogledali u tome da za svih tih šest meseci nismo imali pojavu ojeda samo kod dvoje dece i to dece sa atopijskom predispozicijom.

ZAKLJUČAK: Koža je organ, koji kao pokrivač štiti površinu tela i vrši raznorazne životne funkcije. Nega kože je od samog rođenja veoma važna kako bi se prenebregli mnogi problemi koji bi remetili mirno i srećno detinje odrastanje.

ANTIBIOTICI U PERIODU TRUDNOĆE I DOJENJA

Prof Ph Jadranka V. Odović

Farmaceutski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Srbija

Termin antibiotički prvi put je primenjen početkom prošlog veka. Danas antibiotici predstavljaju jednu od najčešće korišćenih grupa lekova. Primenuju se u lečenju velikog broja različitih infekcija. Međutim, njihova primena često nije racionalna, što može da ugrozi zdravlje bolesnika ali i da dovede do nastanka rezistencije mikroorganizama.

Posebno osetljivu kategoriju pacijenata predstavljaju trudnice kao i žene u period dojenja. Bakterijske infekcije kod njih zahtevaju upotrebu antibiotika ali pri tome posebnu pažnju treba posvetiti izboru odgovarajućeg leka. Naime kada je u pitanju upotreba antibiotika u period trudnoće treba imati u vidu da antibiotički prolaze kroz posteljicu i kroz krv majke stižu do ploda.

U slučajevima kada je primena antibiotika neophodna, lekovi izbora bi bili penicilini i cefalosporini. U periodu trudnoće nitrofurantoin i sulfonamidi se preporučuju tek od II trimestra. Takođe, u I trimestru je potrebno izbegavati primenu baktrima. Naime, ovaj antibiotički može ako je potrebno da se primenjuje u period četvrtog do sedmog meseca trudnoće.

Kao i u periodu trudnoće tako i u periodu dojenja neophodna je pažljiva i racionalna primena antibiotika. Tokom dojenja antibiotici mogu da se izlučuju preko mleka i na taj način dospeju do organizma deteta. Iz tog razloga smeju da se koriste samo oni lekovi koji neće imati štetnih efekata na organizam deteta.

Uvođenje antibiotske terapije i izbor odgovarajućeg antibiotika u period trudnoće ili dojenja predstavlja veliki izazov moderne medicine i farmacije. Izuzetno je važno pronaći meru između rizika i koristi od primenjene terapije, a sve žene u period trudnoće i dojenja moraju da povedu računa o svom zdravlju, ishrani, unosu tečnosti, da izbegavaju bilo kakvo fizičko i psihičko naprezanje a posebno kontakt sa obolelim osobama.

ZNAČAJ RANOG PSIHOMOTORNOG I GOVORNO-JEZIČKOG RAZVOJA

Aleksandra Stojanoska, PpoB "Remedika", Skoplje, Makedonija

???

MERE ZA SPREČAVANJE ŠIRENJA MORBILA U ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA

Biljana Zorić, strukovni sanitarno ekološki inženjer; KBC "Dr Dragiša Mišović-Dedinje", Srbija

PRIJEM I ZBRINJAVANJE DECE OBOLELE OD MORBILA

Mira Stjepanović, srtrukovna medicinska sest; KBC "Dr Dragiša Mišović- Dedinje", Beograd; Srbija

Morbili, male boginje, ospice (lat. morbilli - „mala bolest“) je virusno, veoma zarazno oboljenje iz grupe osipnih groznica, koje uglavnom pogađa decu.

Prouzrokovac je morbili virus.

Izvor infekcije za male boginje je obolela osoba.

Zaraznost : 2-4 dana pre i 4 dana posle izbijanja ospe.

Put širenja:

- putem kapljica
- putem vazduha
- direktnim kontaktom sa nazofaringealnim sekretima
- indirektnim kontaktom

Male boginje su jedna od najkontagioznijih bolesti

Inkubacija kod morbila iznosi 10-11 dana i bez ikakvih je simptoma.

Klinička slika bolesti protiče kroz tri stadijuma a u nekim slučajevima može se okončati i komplikacijama kao što su zapaljenje uha, pluća i mozga. Dijagnoza morbila se postavlja na osnovu kliničke slike i otkrivanjem antitela u krvi.

Specifična terapija morbila ne postoji.

Njena pojava i komplikacije (upala pluća i mozga) mogu se sprečiti vakcinacijom dece od 12 meseci starosti, zahvaljujući kojoj je veliki broj slučajeva u prošlosti značajno smanjen. U većini zemalja bolest podleže obaveznom prijavljivanju.

Dete sa respiratornim simptomima, temperaturom, ospom treba što pre pregledati u cilju postavljanja dijagnoze, da bi se izbegao duži kontakt sa drugim bolesnicima ili osobljem (odvojiti 1m obolelog od drugih pacijenata).

Neophodno je odvojiti dete u izolaciju i ograničiti mu kretanje, a kada treba da izađe iz izolacije, mora nositi hiruršku masku.

Zdravstveni radnici u kontaktu sa morbilima treba da nose zaštitnu opremu.

Striktno primenjivati standardne mere predostrožnosti, posebno higijenu ruku.

Osoblje koje neguje decu obolelu od morbila treba da bude imuno na morbile (preležani morbili ili vakcinacija).

Lečenje je simptomatsko, primenjuju se antipiretici kod febrilnosti, inhalacije za nadražajni kašalj, terapija se može dopuniti parenteralnim rastvorima (proliv i povraćanje) i antibioticima kod sekundarne infekcije (otitis, pneumonija).

Imunizacija, pravovremena dijagnoza i nadzor bolesti su glavni činioci za efikasnu kontrolu morbila.

POSTER PREZENTACIJE

ULOGA BABICE KOD POSTPARTALNOG KRVARENJA

Elena Spasovska, diplomirana akuerka; Eli Dimitrievska, Daniela Spasevska,

Tanja Dimova, Jadranka Georgievska

JZU Univerzitetna klinika za ginekologiju i akušerstvo u Skoplju, Makedonija

UVOD: Po izlasku posteljice završava se treće, odnosno placentarno doba i počinje četvrto odnosno postplacentarno doba porođaja. U to vreme porodilja može obilno da krvari i ponekad može da bude ugrožen i njen život. Razlozi krvarenja u ovo doba mogu biti: povrede i rascepi međice i vagine, rascepi grlića materice, zaostali delovi posteljice, atonija materice, smanjena sposobnost za zgrušavanje krvi zbog hipofibrinogenemije i drugo.

CILJ RADA: Da se prikaže uloga babice u tretmanu postpartalnih hemoragija. U ovim slučajevima neophodno je postavljanje venske linije, određivanje krvne grupe i Rh faktora, trebovanje krvi i krvnih derivata, ordiniranje uterotonika, nadoknadu izgubljene krvi i tečnosti.

OPIS PRAKTIČNE DELATNOSTI: Doktor i babica treba da pregledaju pažljivo međicu i vaginu i zbrinu eventualne rascepe. Sledi proverka grlića materice i sutura eventualnih rascepa. Posteljica se mora pažljivo pregledati i u slučaju defekta mora se napraviti manuelna revizija, a u slučaju neodlepivanja posteljice uradi se manuelna liza posteljice. U slučajevima sa poremećenom koagulacijom krvi ordinira se krv, svežo smrznata plazma ili krioprecipitati u konsultacijom sa transfuziologom. Kod atoničnog krvarenja može se primeniti ručna masaža materice uz davanje uterotoničnih sredstava ili prostaglandina, a u novije vreme primenunjuje se i rektalna aplikacija misoprostola. Ukoliko krvarenje produžava može se primeniti uterovaginalna tamponada. Ukoliko i to ne pomogne postavlja se indikacija za histerektomiju kako bi se spasio život porodilje.

ZAKLJUČKE: Babica ima aktivnu ulogu u vođenju četvrtog odnosno postplacentarnog doba porođaja i zajedno sa akušerom aktivno učestvuje u timskom radu, otstanivanju pričine krvarenja i reanimaciji porodilje. Pri tom se primenjuju najnoviji protokoli za tretman postpartalnih hemoragija.

KLJUČNE REČI: postpartalno krvarenje, tretman, atonija materice

PROFESIONALNO SAGOREVANJE KOD MEDICINSKIH SESTARA

Viša ginekološko-akušerska sestra tehničar Milena Zlatanović, dr sci.med. Ljiljana Antić, Jelena Aleksandrić; Dom zdravlja Čuprija, Visoka medicinska škola strukovnih studija Čuprija, Srbija

UVOD: Sestrinstvo je jedna od najstresnijih profesija na svetu, s obzirom na visoku odgovornost prema ljudskom životu i zdravlju, zbog izloženosti različitim stresogenim situacijama.

Medicinske sestre su izložene profesionalnom sagorevanju prirodom svog posla. Učestvuju u poslovima koji se duboko tiču ljudi i njihovih života, na šta se nikada do kraja ne mogu profesionalno adaptirati tako da postanu neosetljive, niti bi to za bolesnika i njegovu prirodu bilo dobro. Stres je povezan i sa uslovima rada, obimom posla, nedostatkom podrške kolega i komunikacije, lošim međuljudskim odnosima, nemogućnošću da se utiče na način rada.

CILJ ISTRAŽIVANJA je da se izvrši identifikacija i analiza stresogenih faktora na random mestu kod medicinskih sestara, koji mogu dovesti do profesionalnog sagorevanja u ustanovama primarne zdravstvene zaštite.

METOD RADA: Istraživanje je sprovedeno kao studija preseka, a kao instrument istraživanja korišćen je anonimni anketni upitnik. Istraživanje je sprovedeno u Domu zdravlja u Čupriji, u službi za polivalentnu patronažu.

REZULTAT RADA: Analizom rezultata može da se zaključi da postoje mnogi faktori koji doprinose razvijanju sagorevanja kod medicinskih radnika i veoma je važno na vreme delovati i pokušati da do bolesti ne dodje. Sigurni rad u okruženju bez stresa, dobro organizovana služba, dobri međuljudski odnosi, i zadovoljni zdravstveni radnici su značajni faktori za dobro pruženu negu i lečenje pacijenata, njihovu sigurnost a samim tim i brže izlečenje.

ZAKLJUČAK: Kultura međuljudskih odnosa i stvaranja kvalitetnog radnog okruženja, mora biti postavljena i praćena od najvišeg rukovodioca. Glavna sestra može da podstiče i sa svojim saradnicima kreira procese koji preveniraju profesionalno sagorevanje. Mentalno zdravlje medicinskih sestara se može održati samo u zdravoj radnoj sredini, bez konflikata i uz podršku kolega.

KLJUČNE REČI: medicinske sestre, profesionalno sagorevanje, stres, polivalentna patronaža

SVETLOST U SIVILU

Orsolya Rajković, akušerska sestra, Eržebet Balaša, akušerska sestra

DZ „Dr Haži Janoš”, Bačka Topola, Vanbolničko porodilište, Srbija

U našem porodilištu su u fokusu majka i beba, po konceptu "POROĐAJ KAO KOD KUĆE"

Trudnice podržavamo preko naše škole za trudnice, gde ih zajedno sa partnerom pripremamo za proces trudnoće i porođaja. Pokazalo se da svi koji su prošli školicu, pozitivno doživljavaju porođaj. Sa bebom se rađa i snažnija porodična zajednica.

Zagovaramo da je porodilja aktivna učesnica čina porođaja, poštujemo princip zlatnog sata i goli dodir kože mamei bebe i trudimo se da primenimo i ostale preporuke SZO.

DOBA BABINJARA

Jelena Tanasković, ginekološko-akušerska sestra; Univerzitetska bolnica Foča; BiH

Period nakon porođaja je u narodu poznat kao babinje i traje oko 40 dana. Zvanična medicina postporođajni period definiše kao PUERPERIUM koji traje šest do osam nedelja. Cilj akušerke u periodu babinja je otpustiti zdravu, zadovoljnu porodilju.

Karakteristike babinja: Lohije ,Involucija materice i dojenje. Lohije su iscjedak iz materice koji se javlja u vrijeme babinjara. Na početku su lohije krvave, potom sukrvičave i na kraju smeđe. Involucija materice predstavlja vraćanje materice u stanje prije poroda. Posle šest nedelja teži od 50 - 70gr. Dojenje počinje nakon poroda. Najvažniji hormon za laktaciju je prolaktin za čiju je produkciju osnovni podražaj dojenje.

Komplikacije u babinjama su: mastitis, obilnije krvarenje koje traje duže od 10 dana, puerperalna infekcija, upala međice i drugo.

Doba puerperijuma je potpuno prirodan period u životu žene i ne tretira se kao bolesno stanje. Ono u sustini predstavlja posebnu situaciju onoga što se zove biti žena MAJKA . Za ženu je u tom periodu važno da se oporavi od trudnoće , porođaja, da se pronade u ulozi majke, te da savlada čitav process trudnoće ,porođaja i novonastale situacije.

ODRŽAVANJE KONGRESA SU POMOGLI:

GENERALNI SPONZOR



ZLATNI SPONZOR



OSTALI SPONZORI



Po recepturi dr D. Nikolića

