

**Udruženje zdravstvenih radnika i saradnika  
“TIM KME”**

[www.medicinskaedukacija-timkme.com](http://www.medicinskaedukacija-timkme.com)

**9 - 10. maj 2015. godine  
KBC „Zvezdara”, Beograd**



**ZBORNIK RADOVA**

# **Zbornik sažetaka stručnih radova prezentovanih na Prvom kongresu babica Republike Srbije**

**Godina I Broj 1 Maj 2015.**

**Izdavač:** Udruženje zdravstvenih radnika I saradnika „TIM KME”

**ISSN :**

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

**Izlazi:** godišnje, po održavanju kongresa

**Priprema sadržaja:**

Nevenka Stojanović  
Mirjana Prvulović  
Svetlana Kuzmanović

**Glavni i odgovorni urednik:**

Nevenka Stojanović

**UDRUŽENJE ZRAVSTVENIH RADNIKA I SARADNIKA  
„TIM KME”**

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

**ZBORNIK RADOVA**

**Pokrovitelji :**

**Ministarstvo zdravlja Republike Srbije**

**Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije**

**Komora medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije**

**Beograd, KBC „Zvezdara”, 09-10.maj 2015.godine**

*Poštovane koleginice, cenjeni prijatelji,  
saradnici i dragi gosti*

*Sa posebnim zadovoljstvom pozdravljam Vaše prisustvo Prvom kongresu babica Republike Srbije sa međunarodnim učešćem, pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravljia i Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja.*

*Ove godine u periodu od 09-10.05.2015. godine, družićemo se na polju struke i razmeniti iskustva neophodna za uspešan rad. Na kongresu, imaćemo priliku, da se u okviru plenarne tematike, posvećene obrazovanju, bliže upoznamo sa obrazovnim profilom – Strukovna medicinska sestra – babica. Razmenićemo iskustva, gde će učešće uzeti predstavnici obrazovnih institucija za babice, kao i predstavnici Hrvatske, Bosne i Hercegovine i Crne Gore. Razmena iskustava pomoći će nam u iznalaženju novih, pravih puteva unapređenja obrazovanja babica na našim prostorima, a samim tim i podizanje kvaliteta zdravstvene nege.*

*Teme koje će biti obrađene na Kongresu obuhvataju istorijat babičke profesije, obrazovanje babica, načine vođenja porođaja, primenu epiduralne anestezije u porođaju, zdravo novorođenče, baby friendly program, probleme sa kojima se porodilje susreću nakon porođaja i kako ih prevazići, slobodne teme...*

*Nadamo se da će uz Vašu pomoć ovi susreti preći u tradicionalne.*

*Očekujemo Vas sa velikom željom da uspostavimo nove kontakte i razmenimo dragocena iskustva.*

*Sa poštovanjem,*

*Predsednik UZRS „TIM KME”*

*Nevenka Stojanović*

## **ISTORIJAT OBRAZOVANJA BABICA U SRBIJI**

*Vms, dipl.ing.menadžmenta Vesna Škodrić, GAK Narodni front, Beograd*

UVOD: U Srbiji je danas oko 4000 babica. Postoji mnogo srednjih i nekoliko visoko strukovnih škola za obrazovanje i stručno usavršavanje babica. U najskorijoj budućnosti čeka nas usklađivanje obrazovanja profesije babice u Srbiji sa istim u EU.

Budućnost je uvek tesno povezana sa prošlošću u svakoj oblasti pa i u babičkoj profesiji. Kroz obnovu i proširenje znanja o istorijatu profesije i obrazovanja babica u Srbiji možemo da se podsetimo na poznate lekare i babice prošlog vremena koji su doprineli poboljšanju toga a samim tim doneli dobrobit tadašnjim, sadašnjim i budućim generacijama babica kao i populaciji žena i novorođenčadi naše zemlje.

SADRŽAJ: 1731 god zabeleženo je da je u Beogradu bilo oko 23 babica, uglavnom strankinja, pretežno Nemica a u manjini Srpskih školovanih najčešće u Pešti.

1845 godine godine tadašnji načelnik saniteta Dr.Lindenmajer pokrenuo je pitanje obrazovanja babica u Srbiji i izneo plan o tome. 1850 god. Dr.Konstantin Gadeši, tadašnji fizikus grada Beograda, izdao je „Uputstvo za diplomirane babice”. Ipak do osnivanja Škole za babice prošlo je od tad još pola veka da bi tek nakon formiranja prvog posebnog GA Odeljenja ODB na Paliluli 1895 i zaslugom Dr Nikole Hadži Nikolića a kasnije i Dr Jovana J. Jovanovića koji su shvatili potrebu Srbije za babičkim kadrom školovanim kod nas, preuzeli pripreme i osnovali Prvu Srpsku Kraljevsku Školu za babice u Beogradu,1898 . Tada je Dr Jovanović izdao Udžbenik za babice i škola je počela sa radom. Nastavnici su bili lekari i babice.

1900 god. prvih 6 učenica je završilo nastavu i stekle su naziv diplomirane babice. Svoje znanje dokazivale su polaganjem ispita pred ispitnom komisijom, dobijale diplomu i polagale zakletvu koja je glasila : Ja (ime .... ....) zaklinjem se svemogućim Bogom da će 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 će savesno vršiti sve dužnosti koje babici određuju zakoni , propisi i uputstva. Tako mi Bog pomogao!

Za vreme Balkanskih i Prvog svetskog rata škola nije radila jer su svi lekari i babice do 60 god starosti bili mobilisani. Počela je sa radom ponovo 1920 god.

Od 1920 do 1950 god diplomiralo je deset generacija babica .1950. god je školi dodeljen rang trogodišnje škole a od 1953/4 kada je za direktora izabran Dr Dragomir Mladenović, škola je postala četvorogodišnja, izuzetno organizovana ustanova, koja i dalje obrazuje babice u istim prostorijama , oko šezdeset po generaciji . Sam dr Mladenović, Professor Univerziteta u Beogradu za potrebe škole napisao je udžbenike "Akušerstvo " i " Nega ginekoloških bolesnica". Zaslužan je i za osnivanje Prve Više medicinske škole u Beogradu koja je osnovana 1958 godine . Danas postoji u Srbiji i obrazovanje za Visoko strukovnu medicinsku sestruru – babicu

**CILJ :** da nakon predavanja slušaoci obnove i prošire svoja znanja iz oblasti istorijata obrazovanja babica , da prepoznaju lični značaj i odgovornost za unapređenje svoje profesije u sadašnjosti kao i u budućnost.

## **PROFESIJA BABICE**

*Prof.dr Vida Živanović, Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu, Beograd*

O zdravlju žene se skoro uvek razgovara samo kada je ono u vezi sa trudnoćom i doprinosom koji žene daju nezvaničnoj zdravstvenoj nezi stanovništva ili sa njihovom ulogom u porodici. Dakle, želimo da nasglasimo da o zdravlju žene izostaje i društvena briga. Međutim, postoji jedna profesija koja je svoju obrazovnu, stručnu i radnu snagu usmerila ka unapređenju i očuvanju zdravlja žene u svim periodima njenog odrastanja, sazrevanja, stanjima i bolestima karakterističnim za žensku populaciju i humanu reprodukciju - PROFESIJA BABICE.

Profesija babice je profesija intime. Utemeljena je na solidarnoj pomoći među ženama. Osobe koje su se obavljale posao babice nazivane su mudre žene. Zbog toga što su se bavile porođajnim veštinama u periodu 15 – 17 veka spaljivane su na lomačama.

Austrijska carica Marija Terezija otvara prve škole za babice: Beč, Ljubljana (1753.);

Kasnije se po uzoru na prethodne otvaraju škole u Gracu (1779), Trstu(1815.);

Godine 1924 za područje tadašnje Kraljevine Jugoslavije otvaraju se škole u Beogradu, Ljubljani i Šapcu. Najveći broj tako i ako nedovoljno školovanih, ali veštinama darovanih babica radi u Beogradu (oko 50%), Šapcu, Požarevcu, Čačku, Požezi.

Period do 1962 karakterističan je po dvogodišnjem redovnom obrazovanju babice, a od 1963 – 1984 godine babica se školuje na četvorogodišnjem – srednješkolskom nivou.

Kratak period (Nastavni plan 1981 – 1987. Više medicinske škole u Beogradu), školovanje babice se podiže na nivo višeg školskog obrazovanja u trajanju od dve godine sa zajedničkom prvom godinom studija. Mada, do tada najviši stepen obrazovanja babice nije mogao da zadovolji potrebe društva, a ni samu profesiju, ne samo po brojnosti školovanog kadra, već i po novim, znatno višim standardima babištva. Smatramo, da je tada propuštena prava prilika da se kao u svetu, dalekom i u okruženju započne sa obrazovanjem babice na visokom nivou.

Za sada, školovanje babice je na četvorogodišnjem nivou (Srednja medicinska škola – medicinska sestra akušerskog smera od 1981. godine).

Obrazovanje babice koje se sada u procesu akreditacije nudi je nedovoljno, ali ipak čini pomak ka obogaćivanju znanja, definisanju područja rada i nadogradnju profesije. S toga predlagači ovog Programa mole za detaljnost u analiziranju nastavnih sadržaja, pozitivnoj oceni uslova u izvođenju nastave i iznad svega potrebu za ovom vrstom kadra.

## **IMPLEMENTACIJA ICM GLOBALNIH STANDARDA OBRAZOVANJA PRIMALJA: KORAK PREMA NAPRIJED!**

*Suzana Haramina, Hrvatska komora primalja, Zagreb*

Primjena ICM-ovih Globalnih standarda, kompetencija, alata i njihovih smjernica omogućiti će primaljama na globalnoj razini efikasno obrazovanje, regulaciju profesije i stvaranje jakih udruženja primalja. Tijekom dugogodišnjeg rada ICM je razvio čitav niz međusobno povezanih jezgrovitih dokumenata koje koriste mnoge udruge primalja u svom radu, vlade zemalja članica ICM-a, u svrhu kontinuirane evaluacije i poboljšanja obrazovanja i regulacije primaljstva i udruženja primalja.

Danas su poznata "tri stupa" (edukacija, regulacija, asocijacija) ICM-a globalnih nastojanja jačanja primaljstva u svijetu s ciljem provođenja visokokvalitetne primaljske skrbi temeljene na dokazima. Razvoj profesije i borba za ostvarivanje kvalitete nema smisla bez postojanja i primjene standarda u svim društvenim domenama. Osnovno obilježje standarda je jedinstvo pojmove, definicija i postupaka. Stoga su odlukom Vijeća ICM-a 2008. godine utvrđeni Globalni standardi obrazovanja primalja. Cijela akcija je bila potaknuta mnogim činjenicama koje uključuju sljedeće:

- mnogi pojedinci su se koristili „titulom“ primalja
- obrazovanje i kvaliteta obrazovanja primalja je značajno varirala
- područja prakse i kompetencije primalja značajno su varirale
- u mnogim zemljama u kojima su primalje bile nasušno potrebne nisu imale obrazovne programe za primalje

Uvodnim predavanjem biti će predstavljeni ICM-ovi Globalni standardi obrazovanja primalja kao poticaj za raspravu o njihovoj implementaciji na regionalnoj i internacionalnoj razini. Diskusija bi se trebala bazirati na definiranju činjeničnog stanja u odnosu na Globalne standarde obrazovanja primalja, pronalaženju mogućnosti podrške, isto kao i definiranju prepreka i opcija u rješavanja istih.

"Čvrsto se opredjeliti za standard, prenjeti ga drugima, potvrditi i priznati ostvarene rezultate, a zatim krenuti iz početka. Zapamtite, kupac (u našem slučaju žena, novorođenče, obitelj) zaslužuje dobiti točno ono što smo obećali da ćemo proizvesti (visokokvalitetna primaljska skrb temeljena na dokazima)." Ph. Crosby.

## **PRIMALJSTVO U HRVATSKOJ**

*Barbara Finderle, primalja, Hrvatskakomora priimalja, Zagreb*

*Banana Kunina, primalja, Hrvatska komora priimalja, Zagreb*

Primalja je osoba koja je uspješno završila program obrazovanja za primalje koji je uredno priznat u državi u kojoj se nalazi, a koji se temelji na ICM-ovim Esencijalnim kompetencijama osnovne primaljske prakse i okvirima ICM-ovih Globalnih standarda obrazovanja za primalje, osoba koja je stekla tražene kvalifikacije kako bi bila registrirana i/ili pravno licencirana za obavljanje primaljske skrbi i korištenje titule 'primalja', te koja dokazuje kompetencije u praksi primaljstva.

Primalja je priznata kao odgovoran i pouzdan profesionalac, koja radi u partnerstvu sa ženama pruža podršku, skrb i savjet za vrijeme trudnoće, porođaja i babinja, samostalno nadzire porođaj na svoju vlastitu odgovornost i provodi skrb za novorođenče i dojenče. Ta skrb uključuje preventivne mjere, promicanje prirodnog porođaja, prepoznavanje komplikacija kod majke i djeteta, pristup medicinskoj skrbi i drugim oblicima odgovarajuće pomoći, te provođenje hitnih postupaka u slučaju opasnosti.

Primalja ima važan zadatak u zdravstvenom savjetovanju i edukaciji, ne samo za ženu već i unutar obitelji i zajednice. Njezin posao uključuje antenatalnu edukaciju, pripremu za roditeljstvo i dojenje, a može se proširiti na zdravlje žena, seksualno i reproduktivno zdravlje i skrb za djecu.

Primalja može djelovati na svim razinama zdravstvene zaštite, uključujući kuću, zajednicu, bolnice, klinike ili zdravstvene jedinice.

U Hrvatskoj je prije pet godina otvoren prvi studij primaljstva (posljednja generacija visokoškolovanih primalja školovana je 1982.), a primalja sa srednjom školom nije kompetentna za samostalan rad.

Dana 3. listopada 2008. Hrvatski sabor usvojio je Zakon o primaljstvu kojim se određuje djelatnost i djelokrug rada primalja te su prvi put u novoj povijesti primalje priznata profesija. Hrvatske primalje osnovale su svoju komoru, koja regulirati rad primalja, njihovu edukaciju i licencije. Taj će datum ostati zapamćen u povijesti hrvatskoga primaljstva jer je to veliki korak naprijed za našu struku.

Komora primalja radi prema određenim principima:

Misija Hrvatske komore primalja je štititi prava i interes primalja, promicati identitet i dostojanstvo struke te razvijati primaljstvo kroz unapređenje obrazovanja i zakonodavstva.

Vizija Hrvatske komore primalja je neovisno primaljstvo u Republici Hrvatskoj.

Ulaskom u Europsku uniju mnoge stvari su se promijenile u primaljstvu. Direktiva EU koja govori i o primaljama jasno definira naše kompetencije, djelatnost, školovanje i dr. Naše zakonodavstvo moralo se prilagoditi i uskladiti s zakonodavstvom i pravilima EU.

Još je mnogo posla pred nama, mora se promijeniti svijest o tome da su trudnoća i porođaj prirodno stanje žene i kao takvu mu se treba pristupati, potrebno je omogućiti primaljama da se školiju na veleučilišnoj i/ili sveučilišnoj razini kako bi mogle pružiti adekvatnu skrb svojim klijentima/icama tijekom cijelog razdoblja trudnoće, porođaja i nakon njega. Potreban nam je diplomski studiji primaljstva ali i bridging programi za primalje.

Trenutno je primaljstvo u Hrvatskoj na dobrom temeljima i u usponu, te treba nastaviti još bolje i više, prema smjernicama koje smo si već unaprijed zadali, te koje od nas očekuju naše članstvo, Europa, Ministarstvo, ali prije svega javnost i naše pacijentice/klijentice.

### **ULOGA BABICE U PORODILIŠTU**

*Vesna Vuletić, babica, KBC,,Dr Dragiša Mišović-Dedinje, Beograd*

Biti babica je jedinstven poziv koji traži ono najlepše u ljudskom biću humanost i predanost pozivu.Babički poziv se ubraja u najstariji poziv koji je pretrpeo niz promena.

„Babica je osoba koja je uspešno završila odgovarajuću školu i koja na temelju toga ima licencu za bavljenje tim poslom.Ona treba da pruži odgovarajući nadzor ženama tokom trudnoće,porođaja i postpartalnog perioda,vodi porođaj i brine se o novorođenčetu.Ona ima važnu ulogu u prosvećivanju ne samo žena nego porodice i zajednice.“

Iz same definicije vidimo da je uloga babice velika. Ni jedan, ma koliko savršen aparat,ne može da zameni stučnu negu,prisan dodir i saosećanje babice.Upravo ove kategorije zahtevaju od babice najveću ozbiljnost u savladavanju znanja i veština, ali i ličnu nadahnutost intuiciju i dovitljivost.

Babica u porodilištu treba da bude savesna i sposobna da samostalno obavlja poslove,da saradjuje s drugim članovima tima i prepozna kada se javi problem koji prevazilazi okvire njene nadležnosti.

### **PORODILIŠTE KBC „DR DRAGIŠA MIŠOVIĆ - DEDINJE”**

*Svetlana Kuzmanović, babica, KBC,,Dr Dragiša Mišović-Dedinje”, Beograd*

Izgradnja paviljona za ginekologiju i opstetriciju započela je 08.10.1922. godine, ali zbog nedostatka novca izgradnja ubrzo staje. Godine 1927. godine na poziv Milice Vasić, udove Miloša Vasića, u Beograd dolaze Lady Coudray i Madam Kimmel i donose pomo iz Memorijalnog Fonda Dr Elsie Inglis, koja omogućava nastavak izgradnje i završetak radova. Tako je 1929. godine, u Beogradskom kvartu Dedinje dovršena Memorijalna Bolnica za majke i decu “Dr Elsie Inglis” (Elsie Inglis Memorial Hospital for Women and Children).

Paviljon za ginekologiju i opstetriciju je svečano otvoren 10. oktobra 1929. godine. U njoj su se isključivo leili i negovali žene i deca, od kojih su siromašni i ratnička siročad dobijali besplatno lečenje, a svi zaposleni su bile žene. Imao je 100 kreveta i školu za nudilje koju su Ministarstvo narodnog zdravlja i Crveni krst nazvali "Nudiljska škola Lady Caudry".

Memorijalna bolnica Elsie Inglis ima, poput osobe čije ime nosi i zemlje na čijem je tlu, burnu istoriju. Menjala je status i ime, bila na licitaciji i pred zatvaranjem, ali je izdržala. Sve do noći izmedju 19. i 20. maja 1999. godine kada su avioni NATO pakta, uz veliki doprinos vlada zemalja iz kojih su poticali utemeljivači bolnice, po treći put bombardovali njenu zgradu i onesposobili je za dalji rad.

10 godina nakon toga bolnica je kompletno renovirana od temelja do krova i opremljena po najvišim evropskim standardima.

Pacijenti u našoj bolnici imaju tretman kao u svim svetskim centrima i cilj nam je da obezbedimo najviši kvalitet zdravstvene zaštite. Novorodjena deca borave od samog rođenja sa majkama po principu "Baby friendly plus" programa. Možemo da se pohvalimo brojem porođaja koji svake godine premašuje prosek.

Većina porodjaja obavlja se u epiduralnoj anesteziji što naravno zavisi od želje porodilje. Svakodnevno se obavi više od 100 specijalističkih i konsultativnih pregleda.

### **ZLOUPOTREBA PAS I UTICAJ NA TRUDNOĆU**

*Dragoljub Jovanović, dipl.spec.pedagog, Specijalna bolnica za bolesti zavisnosti, Beograd*

Zloupotreba i/ili zavisnost psihoaktivnih supstanci ostavlja trgove koje nekada svima nama nisu uvek vidljivi. Upravo ta nevidljivost posledica stavlja sve nas pred izazov, u kom trenutku svi mi treba da reagujemo kako bi smanjili štetan uticaj na elemente ženskog zdravlja. S druge strane, bolesti zavisnosti su socio-medicinsko područje u kojima su posledice je stalno prisutan fenomen u jednom ili u više pojavnih oblika. Plod majke, deca u zavisničkim porodicama su u riziku da njihov psiho-socijalni razvoj bude usporen ili potpuno narušen i nedovršen. Zbog toga što zloupotreba i/ili zavisnost od psihoaktivnih supstanci, ostavljaju duboke, trajne promene po mentalno i fizičko zdravlje dece, a nekada nažalost i fatalne posledice ovaj problem se mora rešavati organizovanom akcijom stručnjaka i profesionalaca.

Posledice zloupotrebe i/ili zavisnosti koje psihoaktivne supstance proizvode se ne može posmatrati kao problem sa kojim se porodice susreću privatno, već problem koji najvećim delom utiče na sve nas, zbog čega se njim mora pozabaviti društvo u celini. Upravo ovako postavljen problem pred stučnjake postavlja niz pitanja i dilema koje od svih nas traži organizovan i jedinstven odgovor.

## **SPOLNO ODGOVORNO PONAŠANJE MLADIH- ZDRAVSTVENI ODGOJ**

*Doc.dr.sc.Dubravko Lepušić, KBC "Sestre milosrdnice," Udruga „Aktiva“ i Škola za primalje,  
Zagreb, Hrvatska, Anamarija Bajt,bacc.med.techn., Škola za primalje, Zagreb, Hrvatska*

Spolne bolesti su veliki zdravstveni problem zbog epidemiološke raširenosti, oskudnih simptoma, mnogobrojnih komplikacija. Zato je osobito važan rad sa adolescentima na početku njihovog aktivnog seksualnog života u razdoblju kada se stvaraju stavovi i ustaljena ponašanja a izloženost rizicima je velika.

U pubertetu i adolescenciji češće nastaju infekcije radi: neurednog načina života, neredovite ishrane, sklonosti promiskuitetu.

Adolescenti su društvena skupina povećanog rizika radi:potreba za seksualnim eksperimentiranjem, slabog znanja o spolno prenosivim bolestima, hedonizam kao vrijednosna orijentacija, snažan utjecaj vršnjačke skupine, iluzija neranjivosti.

Projekt edukacije "ZNANJE JE UŽITAK" etablirao se u Republici Hrvatskoj unazad 7 godina. Od 2008. godine nalazi se na web stranicama EU kao preporuka jednog od načina edukacije mladih. 6.2.2012. formirano je "Povjerenstvo za izradu kurikuluma zdravstvenog odgoja" Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta. Uvođenje zdravstvenog odgoja u hrvatski obrazovni sustav u skladu je sa pedagoškom praksom najrazvijenijih obrazovnih sustava. Učenici će raspravljati i o nekim kontroverznim temama upravo s ciljem donošenja vlastitih prosudbi i stajališta, potkrepljena argumentima, zatim tolerancija sa uvažavanjem različitosti, razvoj empatije i osjetljivosti za potrebe drugih. Osposobljavati će se za kritičko prosuđivanje životnih situacija i vlastitih postupaka te za odgovorno donošenje odluka.

## **TIROIDNA FUNKCIJA U TRUDNOĆI**

*Prof.dr Božo Trbojević, Medicinski fakultet, Beograd*

Graviditet je u značajnoj meri povezan sa promenama tiroidne ekonomije što, pored ostalog, utiče na promene u testovima laboratorijske ocene tiroidne funkcije. Pošto je hipertiroidizam znatno češći u žena, posebno u mlađem životnom dobu, pojava hipertiroidizma u trudnoći ili trudnoća u hipertiroidne bolesnice nije retka pojava. Medikamenti u terapiji hipertiroidizma prolaze placentu i mogu da utiču na štitastu žlezdu ploda zbog čega je neophodno da se hipertiroidizam u trudnoći tretira izuzetno pažljivo i timski u multidisciplinarnom postupku.

Glikoproteidni hormon placente, beta hCG ima dejstvo slično tirotropinu zbog čega u prvom trimestru može doći do prolazne tirotoksikoze koja predstavlja značajan klinički izazov.

Tiroïdna autoantitela u autoimunskoj tiroïdnoj bolesti, kao i sva antitela, prolaze placentu i utiču na štitastu žlezdu fetusa sa mogućim posledicama na rast i funkciju njegove štitaste žlezde.

Hipotiroïdizam trudnice je izuzetno važan za blagovremeno prepoznavanje i lečenje jer nedostatak tiroïdnih hormona može da dovede do pogubnih posledica po rast i razvoj naročito centralnog nervnog sistema ploda. Nedostatak joda i tiroïdna disfunkcija su i danas najčešći PREVENTABILNI razlog za pojavu teških mentalnih i neuromišićnih malformacija deteta.

Posleporođajni tiroïditis je sve češća pojava u ranom posleporođajnom dobu i, pogrešno prepoznat kao hipertiroïdizam, može biti uzrok nepotrebnoj terapiji i ometanju dojenja kao važnog uslova za normalan razvoj deteta.

U cilju boljeg prepoznavanja, adekvatnog tretmana i pre svega, prevencije tiroïdne disfunkcije u trudnoći i posleporođajnom dobu neophodno je da svi učesnici u praćenju trudnoće budu dobro informisani o mogućim uzrocima, prirodi, kliničkoj slici i dijagnostici ove česte patologije u trudnoći.

## BUBREG I TRUDNOĆA – FIZIOLOŠKE ADAPTACIJE I PATOLOŠKA STANJA

Ass dr sc.med. Jasna Trbojević-Stanković, KBC „Dr Dragiša Mišović-Dedinje“, Beograd

Normalna trudnoća praćena je brojnim fiziološkim adaptacijama različitih sistema organa, pa i bubrega. Povećanje volumena plazme, intenzivnija perfuzija bubrega, dilatacija sprovodnog dela urinarnog trakta, te promene koncentracije pojedinih elektrolita, minerala, proizvoda metabolizma proteina, hormona, acido-baznog statusa i hemijskog sastava urina, predstavljaju neke fiziološke posledice trudnoće na bubrege i urinarni trakt koje treba dobro poznavati kako bi se adekvatno diferencirale od patoloških stanja.

Tokom trudnoće se mogu javiti pojedina patološka stanja koja mogu ugroziti život trudnice i ishod trudnoće. Pomenute fiziološke pomene mogu biti predispozicija za sklonost nekim oboljenjima (infekcije urinarnog trakta, kalkuloza) koja u trudnoći zahtevaju poseban terapijski pristup. Hipertenzija, preeklampsija i oštećenje bubrega u trudnoći ozbiljne su komplikacije koje zahtevaju blagovremeni i timski pristup u tretiranju.

Sa druge strane, trudnoća kod bolesnica sa prethodećim hroničnim oboljenjem bubrega, iako retka, predstavlja ozbiljan izazov zbog mogućnosti pogoršanja bubrežne funkcije i brzog napredovanja do terminalne faze tokom i posle trudnoće, kao i zbog moguće pojave preeklampsije, prevremenog porođaja i smrti ploda.

## **LEKOVI I TRUDNOĆA**

*Jadranka V. Odović, Univerzitet u Beogradu-Farmaceutski fakultet,  
Katedra za analitičku hemiju, Beograd*

Jedan od vodećih izazova ginekologije i farmacije danas predstavlja lečenje trudnica. Neophodno je utvrditi meru između rizika za majku i fetus ukoliko terapija izostane i rizika od primenjene terapije za fetus. Na osnovu rizika koji može imati po razvoj ploda, kao i odnosa rizika i koristi, lekovi su prema Agenciji za hranu i lekove SAD (Food and Drug Administration, FDA) klasifikovani u 5 kategorija. Neželjeni uticaji primjenjenog leka zavise i od perioda trudnoće u kome je primenjen i brojni lekovi pokazuju različiti rizik za fetus prilikom primene u različitim trimestrima.

Za upotrebu lekova u trudnoći od značaja su brojne biohemiske i fiziološke promene u organizmu majke. Fizičko-hemiske karakteristike leka takođe utiču na njegovu primenu u trudnoći. Tokom trudnoće izmenjen je celokupan put leka kroz organizam, od resorpcije pa do njegove eliminacije. Tokom trudnoće se menjaju pokretljivost i sekrecija u GITu što dovodi do promena u resorpciji leka. Takođe se menja i raspodela leka kao rezultat fizioloških promena u organizmu trudnice (protok krvi, ukupna telesna tečnost, sadržaj masti, proteini plazme). Povećanje zapremine i brzine protoka krvi tokom trudnoće povećava transfer unetog leka u fetalni sistem. Povećanje sadržaja masti u organizmu utiče na raspodelu unetog leka. Sniženje nivoa albumina u plazmi tokom trudnoće smanjuje stepen vezivanja leka za proteine plazme i može dovesti do njegovog pojačanog dejstva. Takođe, tokom trudnoće menja se i eliminacija leka. Lekovi koji se u većoj meri eliminišu preko bubrega u trudnoći se brže eliminišu.

## **TOK I ISHOD TRUDNOĆE KOD PACIJENTKINJE SA INSULIN ZAVISNIM DIJABETESOM - PRIKAZ SLUČAJA**

*Dr Draga Stevančević, Prim.dr Dragan Antić, Dr Maja Antić,  
KBC „Dr Dragiša Mišović- Dedinje“, Beograd*

Cilj rada je da se prikaže tok i ishod trudnoće kod trudnice sa Insulin zavisnim dijabetesom kod koje je bolest počela u 11-oj godini života, i koji za posledicu ima nefropatiju sa proteinurijom i amaurozu. Uz redovno ultrasonografsko praćenje trudnoće, skrining infekcije i pridruženih komplikacija, redovne kontrole glikoregulacije nadležnog endokrinologa, danas i pacijentkinja sa teškim oblikom dijabetesa može da ostvari materinstvo.

Pacijentkinja koja će biti prikazana u ovom slučaju je kontrolisana i hospitalizovana na odeljenju patologije trudnoće Bolnice za ginekologiju i akušerstvo i na odeljenju endokrinologije Bolnice za Interne bolesti KBC Dr Mišović. Uz adekvatnu negu, kontrolu i timski rad babica i lekara, na opšte zadovoljstvo pacijentkinje i zaposlenih, materinstvo mogu da ostvare i pacijentkinje sa teškim oblikom šećerne bolesti.

## **SAVREMENI TREND OVI U TERAPIJI VULVO-VAGINALNE KANDIDIJAZE- BIOADEZIVNA TEHNOLOGIJA**

*Prim.dr Biljana Živaljević, Ginekološka ordinacija „Biljana Živaljević”, Beograd*

Gljivice su uzročnici nešto više od trećine svih vulvovaginitisa. Visoka prevalenca i neprijatni simptomi kao što su pruritus vulve, kazeozni sekret, superficialna dispareunia i disuria u značajnoj meri mogu uticati na svakodnevni život.

Candida albicans je uzročnik 80-92% vulvo vaginalnih kandidijaza (VVC), procenjuje se da je 75% žena imalo VVC barem jednom u životu. Terapija može biti oralna ili topikalna - lokalna aplikacija vaginaleta ili krema- derivata imidazola. Sva lokalna i peroralna terapija azolima, pokazuje terapijski uspeh (klinički i mikrobiološki) kod 80% nekomplikovanih akutnih vulvovaginitisa. Mehanizam dejstva antiglivičnih azola povezan je sa otkrićem ergosterola. Njegov intermedijarni prekursor je lanosterol. Najznačajniji sterpen u konverziji lanosterola u ergosterol je premeštanje metil grupe na C-14. Ovu reakciju katalizuje citochrom P450 demetilaza. Imidazoli sudeluju u procesu čvrstog vezivanja ovog enzima čineći ga neaktivnim. Antimikotičko dejstvo zasniva se na destrukcije ćelijske membrane gljivica.

Napori da se izbegnu slabosti tradicionalnih lekova za vaginalnu primenu, a pri tome zadrži ili poboljša sigurnosni profil, doveli su do razvoja novog oblika leka- vaginalnog krema sa jedinstvenim sistemom isporuke aktivne supstance zahvaljujući bioadhezivnim svojstvima nosača. Rezultat toga je pogodnost jednokratnog doziranja leka, u bilo koje doba dana, pri čemu je efikasnost ekvivalentna višednevnim terapijama. Ovaj tehnološki napredak uspešno je primenjen kod butokonazol vaginalnog krema. Aktivna supstanca- butokonazol-nitrat, visoko je aktivni derivat imidazola u lečenju vaginalnih infekcija izazvanih C.albicans. U Americi, pored C.albicans, ovaj lek ima indikaciju i za lečenje non-albicans vrsta (C.glabrata, C.parapsilosis, C.krusei) odobrenu od strane FDA-a. Sa tehnološke strane bioadhezivnost Gynoforta zasniva se na činjenici da krem predstavlja emulziju vode u ulju. Milijarde emulgovanih čestica sastavljene su iz dve faze. Unutrašnja faza je hidrofilna, sa rastvorenom aktivnom supstancom, dok je spoljašnja, lipofilna, predstavlja omotač koji se bioadhezivno vezuje za vaginalnu mukozu. U in vivo studijama pokazano je da se bioadhezivni krem nalazi na mukozi vagine tokom 4,2 dana nakon primene, pa je preporučena doza jedan napunjen aplikator, aplikovan intravaginalno, u bilo koje doba dana. U odnosu na standardnu formulaciju vaginalnog krema sa istom aktivnom supstancom, zadržavanje bioadhezivnog krema je 63% duže. Sa terapeutske tačke gledišta, bioadhezivno svojstvo krema omogućava produženo, kontinuirano i kontrolisano oslobođanje butokonazola, sa efikasnošću komparativnom sa višedoznim preparatima. Studije pokazuju i brže olakšanje postojećih simptoma primenom ovog leka u poređenju sa konvencionalnim preparatima, pa je već u prvih 24h od primene čak 74% žena oslobođeno umerenih i ozbiljnih simptoma VVC.

Tendencija u lečenju nekomplikovane VVC je jednokratna, lokalna primena antimikotika, koja poboljšava adherencu uz efikasnost uporedivu sa višedoznim preparatima.

Biadhezivna svojstva vaginalnog krema u terapiji VVC obezbeđuje minimizacija curenja vaginalnog krema nakon aplikacije, upotreba manjih količina leka u toku terapije (jednokratna primena), kontinuirano oslobađanje aktivne supstance i brže oslobađanje neprijatnih simptoma u odnosu na konvencionalne preparate.

## **SEKSUALNOST ADOLESCENATA U SREDNJIM ŠKOLAMA OPŠTINE TUZLA, ŠKOLA ZA TRUDNICE-DZ TUZLA**

*Jasmina Sejdinović, dipl.med.sestra, Ulfeta Kalfić, Subhija Stauber,*

*Javna zdravstveno nastavna Ustanova Dom zdravlja Tuzla*

### **UVOD**

Seksualno zdravlje se definiše kao stanje fizičkog, emocionalnog, mentalnog i socijalnog blagostanja u odnosu na seksualnost a ne samo odsustvo bolesti, poremećene funkcije

Za stupanje u seksualni odnos potrebna je i psihosloška i socijalna zrelost, te znanje o spolno prenosivim infekcijama, kao i sprecavanju neželjene trudnoće.

Cilj je bila procjena spolnog ponasanja adolescenata i znacaj upotrebe kontraceptivnih sredstava u zaštiti od seksualno prenosivih infekcija i neželjenih trudnoca.

Metoda istraživanja bila je anketa. Uzorak je sачinjavao 328 ispitanika.. Ispitanici su bili adolescenti srednjih škola na području Opcine Tuzla. Anketiranje je bilo dobrovoljno i anonimno. Anketirano je 78 mladica i 250 djevojaka, a anketiranje je sprovedeno u dvije razlike srednje škole na području grada Tuzle. Prosječna starosna dob mladica je bila 16 godina, a djevojaka 17 godina starosti. Anketirani su ucenici od I-IV razreda. Mladici su stupili u seksualne odnose sa 14, a djevojke sa 16 godina starosti. Konzumenti stetnih supstanci (cigarette, alkohol i droga) su i djevojke i mladici, a opojnih droga 4 djevojke. Ispitanici su svoje znanje o metodama kontracepcije, seksualno prenosivim infekcijama i informacije koje dobijaju u školama ocijenili kao loše. Ni jedan anketirani adolescent nije znao nabrojati sve seksualno prenosive infekcije. Od ukupno 328 ispitanika njih 232 se slozilo da je neophodno zdravstveno obrazovanje o seksualnom i reproduktivnom zdravlju u školama, te da saznanje u vezi s tim dobiju putem internet i drugih medija, tek 76 ispitanika od roditelja.

### **ZAKLJUČAK**

1. Potrebna je veća zdravstvena edukacija mladih o seksualnom i reproduktivnom zdravlju
2. Potaknuti učešće mladih u preventivnim programima (vrsnjacka edukacija)
3. Veća angažovanost zdravstvenih radnika, iz oblasti (PZZ)ginekologije, porodične i školske medicine te socijalnih radnika, pedagoga u edukaciji školske djece i omladine o seksualnom odgoju
4. Uvodjenje predmeta o seksualnom i reproduktivnom obrazovanju u srednjim školama sigurno bi doprinijelo smanjenju rizickog ponasanja kod mladih ljudi

## **MALOLETNIČKA TRUDNOĆA**

*Jasmina Milošević, dipl.spec.pedagog, KBC „Dr Dragiša Mišović-Dedinje“*

Mladi, njihovo zdravlje i zdravstveno ponašanje predstavljaju oblasti koje okupiraju značajnu pažnju stručnjaka za tevajući sveobuhvatni i multidisciplinarni pristup. Porast visoko rizičnog ponašanja mladih je evidentan atrudnoća tokom adolescencije predstavlja univerzalan i u većini zemalja sveta nepotpuno rešen problem. Precizne podatke o broju maloletničkih trudnoća u našoj sredini gotovo je nemoguće utvrditi, jer se veliki broj tih trudnoća završava abortusom. I trudnoća i abortus u ovom životnom dobu predstavljaju veliki rizik sa brojnim i ozbiljnim zdravstvenim i psihosocijalnim posledicama, bez obzira da li će ishod trudnoće biti njen namerni prekid ili rađanje deteta. Prema podacima Republičkog centra za planiranje porodice, u Srbiji godišnje zatrudni od 6.000 do 7.000 maloletnica, a u Beogradu nekoliko stotina, od kojih čak polovina prekine trudnoću.

Jedno od reprezentativnih istraživanja – Studija o zdravstvenom ponašanju školske omladine, koju je 2009. i 2010. godine sprovedla Svetska zdravstvena organizacija, pokazuje da približno svaki četvrti dečak i devojčica dožive prvo seksualno iskustvo pre 15. rođendana. U našem društvu sve izraženiji fenomen rastuće učestalosti seksualne aktivnosti među tinejdžerima. Kontraceptivna sredstva koristi samo 25 % adolescenata. Svaka šesta devojka mlađa od 19 godina imala je iskustvo bar jedne neželjene trudnoće, a u Srbiji se godišnje registruje oko 16.000 adolescentskih trudnoća. Više od 90 % ovih trudnoća je neželjeno. Alarmantni su i podaci da se oko 70 % adolescenata o ovim pitanjima informiše unutar svog vršnjačkog kruga prijatelja, i da njih 33 % odgovore traži u medijima.

Za jačanje svesti o ličnoj odgovornosti za sopstveno zdravlje i brigu o reproduktivnom zdravlju neophodni su osmišljeni i sveobuhvatni programi i motivisanje mladih za bezbedno seksualno ponašanje, kroz savetodavni rad. Specijalna edukacija podrazumeva izaštitu od seksualnog nasilja i eksploracije, aktivnu ulogu roditelja, odgovornost obrazovnog sistema, medija i celokupne društvene zajednice, a u procesu razvoja budućih preventivnih strategija zdravstvena služba mora zadržati ulogu inicijatora.

## **SAMONOSEĆA INSULINSKA PUMPA I TRUDNOĆA**

*Ruža Filipović, Vms, Klinika za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma,  
KCS, Beograd*

Šećerna bolest predstavlja značajan uzrok perinatalnog morbiditeta i mortaliteta. Održavanje vrednosti glikemije majke unutar fizioloških vrednosti, posebno u prvom trimestru trudnoće važan je cilj u vođenju trudnoće komplikovane šećernom bolešću.

Terapija samonosećom pumpom za kontinuirano ubrizgavanje insulina predstavlja jedan od trenutno najoptimalnijih načina terapije kod trudnica sa Tip 1 šećernom bolešću.

Stručnost medicinske sestre je važna kako u pripremi pacijenata da razumeju prednosti insulunske pumpe do rešavanja potencijalnih problema i mogućih komplikacija.

Cilj rada: Procena efekata rerapije samonosećom insulinskom pumpom za kontinuirano davanje insulina tokom prvog trimestra trudnoće na kvalitet glikoregulacije i ishod trudnoće.

Metod : Pilot studija, sprovedena na Klinici za Endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma, Kliničkog centra Srbije, tokom 5 godina . Istraživanje je obuhvazilo 25 trudnica sa DM Tip1 . Neposredno nakon dijagnostikovanja trudnoće bolesnice sa Tip 1 dijabetesom lečene su Insulinskom pumpom. Praćeni su sledeći parametri: Prosečna vrednost šećera u dnevnom profilu, Hba1c, dnevna potreba za insulinom, lipidni status, TA i funkcija bubrega. Navedeni parametri korelisani su sa ishodom trudnoće : težina ploda, apgar skor i trajanje trudnoće. Podaci obrađeni odgovarajućim matematičko-statističkim postupcima.

Zaključak: Terapija samonosećom insulinskom pumpom dovodo do značajnog poboljšanja glikoregulacije trudnica sa tip 1 DM. Kvalitet glikoregulacije u početku trudnoće ima značajnu ulogu za njen ishod.

### **ISHRANA TRUDNICA I PORODILJA**

*Nataša Petrović, visoko strukovni nutricionista-dijjetetičar,  
KBC „Dr Dragiša Mišović-Dedinje”, Beograd*

Ishrana u trudnoći je od izuzetnog značaja, obzirom da od pravilne ishrane u mnogome zavisi normalan rast i razvoj ploda, očuvanje zdravlja trudnice kao i uspostavljanje laktacije. Energetske potrebe van trudnoće iznose od 1950-2000 kCal, a u trudnoći i tokom dojenja variraju u zavisnosti od stručnih udruženja koje ih daju.

Sve preporuke su saglasne da u prvom trimestru ne postoje povećane energetske potrebe. Po preporukama EU samo u trećem trimestru treba dodati 200 kCal, a tokom dojenja 380 kCal.

### **RAZLIČITI NAČIN PREHRANE U TRUDNOĆI – VEGANSKA ISHRANA**

*Mirjana Mate Ello, Irena Pap, Opća županijska bolnica Vukovar, Vukovar, Hrvatska*

Navike u prehrani i piću određuju naše zdravlje daleko izravnije nego što smo ranije pretpostavljali, a osobitu vrijednost i značaj dobiva prehrana u trudnoći. Za zdravu i normalnu trudnoću potrebna je dobra i uravnotežena prehrana, jer u trudnoći vrijedi pravilo „Ono što jedete, postaje vaša beba“. Pod različitim načinom prehrane podrazumijeva se vegetarianstvo koje se dijeli na nekoliko tipova. Vegetarianstvo je način življenja koji se zasniva na unosu namirnica biljnog porijekla sa ili bez dodataka jaja i

mlječnih proizvoda, ali u cijelosti isključuje konzumaciju bilo kojeg dijela životinje za hranu ( uključujući perad, ribu i morske plodove).

Danas se susrećemo sa sve većim brojem trudnica koji koriste jedan tip vegetarianstva. Što savjetovati trudnici.? Kako educirati trudnicu o adekvatnim zamjenama koje bi u trudnoći za pojedine namirnice svakako trebala primjenjivati.? Što savjetuju primalje koje rade u zemljama u kojima je briga o zdravoj trudnoći u njihovoј nadležnosti.? Sve su to pitanja na koja ćemo pokušati naći odgovor u ovom radu.

## **ISHRANA TRUDNICA SA POVIŠENIM ŠEĆEROM U KRVI I KRVNIM PRITISKOM**

*Anda Krasnić, viši nutricionista-dijetetičar, KBC „Dr Dragiša Mišović-Dedinje”, Beograd*

Trudnice koje su gojazne ili imaju preveliki porast TM u toku trudnoće češće razvijaju hipertenzivne poremećaje uključujući preeklampsiju i eklampsiju i spadaju u visoko rizične trudnoće. Trudnoća im se češće završava carskim rezom i rađaju decu prevelike TM.

Dijabetična dijeta se primenjuje kod žena kod kojih je pre trudnoće postavljena dijagnoza dijabetesa i kod žena kod kojih je postavljena dijagnoza gestacionog dijabetesa (dijabetes koji se prvi put ispoljava u trudnoći). EV dijete iznosi 1900kCal a iz dijete se isključuju šećerni koncentrati. Prosti UH ne treba da prelaze 10% ukupnog energetskog unosa, a unos dijetnih vlakan treba da iznosi između 25 i 30g na dan.

Dijeta za hipertoničare ima za cilj smanjenje dnevног unosa Na (1700mg).

## **ALTERNATIVNI NAČINI PORAĐAJA**

*Erika Spirić, viša primalja, Keretić Viktorija, Opća bolnica Varaždin, Varaždin*

Rođenje djeteta je iznimski događaj koji za uvijek obilježava živote ljudi koji su u njega uključeni. Roditeljima kod toga pripada aktivna uloga, koja im omogućava da zajedno sa zdravstvenim djelatnicima donose odluke. Ono što za roditelje predstavlja iskušenje, za primalju i porodničara je izazov: kako osigurati maksimum fizičke i psihičke udobnosti? Odgovor je jednostavan: treba slijediti promjene u filozofiji porađanja te ih s osobnim zauzimanjem ostvarivati u što prisnijoj atmosferi.

Među promjene koje bi utjecale na udobnost roditelje i fiziološki tijek porođaja spada i odabir primjerenog položaja. Zdrava rodilja, dobro pripremljena za porođaj trebala bi sama izabrati najpogodniji tjelesni položaj u porodu, što bi utjecalo na njezino pozitivno iskustvo u porodu: spoznaju da je sposobna kontrolirati vlastite postupke, očuvati nadzor nad stanjem i opustiti se.

U prirodnom pristupu porodu bit je da rodilja u prvo porodno doba, koje i traje najdulje, šeće, sjedi na lopti, leži ili zauzima bilo koji drugi položaj koji njoj olakšava trudove.

Pitanje je samo da li će ona za porođaj odabratи uspravni, klečeći, sjedeći, čučeći ili ležeći položaj. Svaki od tih položaja, kao i ginekološki položaj ima svoje prednosti, ali i nedostatke. U jednom fiziološkom porođaju žena bi trebala odlučiti koji joj je položaj za rađanje najudobniji, a primalja bi joj u tome trebala pružiti svu svoju stručnu pomoć.

Primalje se u svom poslu vraćaju k ženama, postaju ponovo ono što su tradicionalno bile, iskusni pratioci roditelja koji su u stanju uočiti probleme koji se ponekad pojave.

Dobra primalja ne nameće svoje stavove, potrebe ili očekivanja. Ona razumije da su otvorenost i fleksibilnost osnova pojma biti sa ženom.

Porod može biti težak rad, može i boljeti. Ali nagrada vrijedi tog truda.

Ključne riječi: porođaj, načini porađanja, porođaj na stolčiću, porođaj u vodi, primalja

## **SMANJIVANJE BOLI U POROĐAJU BEZ UPOTREBE LIJEKOVA**

*Erika Spirić, viša primalja, Keretić Viktorija, Opća bolnica Varaždin, Varaždin*

Porodna bol je poseban oblik боли – u pravilu u tijelu ne nanosi nikakvu štetu. Jedno od najljepših značajki porođaja su razdoblja odmora između trudova. Treba uzeti svaku sekundu odmora i treba cijeniti to vrijeme.

Suptilna i kompleksna igra promjenljivih razina hormona je jedan od najbolje očaravajućih, ali u modernom svijetu slabo razumljivih vidika trudnoće i porođaja. Prostaglandin, oksitocin, adrenalin, endorfin su najvažniji prirodni kemijski čimbenici koje žensko tijelo stvara u porodu. Imaju ključnu ulogu u usklađivanju i reguliranju trudova. Potiču majčine i djetetove odazive (osjećaje i radnje) koji su ključni za djetetovo preživljavanje.

Kada počne porod u ženinu se tijelu oslobađa skupina hormona od kojih svaki ima svoju ulogu. Ako pustimo hormone da slobodno djeluju, ako se ne uplićemo u prirodnji proces, ti će hormoni svoj vrhunac dostići u drugo porodno doba.

Potporna puna suočavanja prije i tijekom porođaja, od osobe bliske roditelji može smanjiti potrebu za farmakološkim ublažavanjem bolova i tako poboljšati iskustvo rađanja djeteta. Ljubav i pažnja drugih najvažnije je sredstvo za ublažavanje боли.

Masaža leđa, pritisak, pokret, ljuljanje zdjelice, toplina, glazba... sve to pomaže u fiziološkom porođaju smanjiti bol.

Svi procesi u porođaju se prirodno odvijaju i većini žena nisu potrebne intervencije, mehaničke ili one potaknute lijekovima, koje porođaj na kraju pretvaraju u hitni medicinski slučaj, a ne u normalan fiziološki događaj, kakav on u stvari jest.

Bol u porođaju nije ugodna i svakako je treba prevladati. Što su roditelje manje uplašene i napete, bol će biti manja i lakše će podnijeti porođaj. Važno je naučiti sve o porođaju, upoznati svoje tijelo i osjete, važno je znati kako to priopćiti onima koji u porođaju pomažu.

Prag boli je u ljudi različit, a isto tako i spremnost da prožive i izdrže bol. Ako rodilje misle da bol mogu podnijeti i na druge načine osim lijekovima, preporučljivo je to i učiniti. Bol u tijelu predstavlja normalni povratni mehanizam koji regulira normalni tijek poroda.

## **EPIZIOTOMIJA-DA ILI NE**

*Bojana Kalčić, primalja, Opća bolnica Pula, Pula*

Rad se bazira na primaljskom pristupu fiziološkog poroda bez nepotrebnih medicinskih intervencija, kao što je epiziotomija, te isto tako argumentirano i znanstveno potvrđuje da je bolje ne izvoditi epizijotomiju ukoliko novorođenče nije ugroženo ili postoji neka druga medicinska indikacija.

Kroz cijeli rad obuhvaćena je uloga primaljskog kadra pri očuvanju međice i tehnikama pripreme međice prije samog poroda, te rad sadrži postotak epiziotomije u Općoj bolnici Pula unatrag 5 god pri čemu je vidljiv trend smanjenog broja episiotomija, osobito u žena koje rađaju prvi put.

## **PRIMJENA „LJUBIČASTE/ CRVENE“ LINIJE KAO POPRATNE KLINIČKE METODE U EVALUACIJI AKTIVNE FAZE PORODA**

*Suzana Haramina, primalja, Hrvatska komora primalja, Zagreb*

Vaginalni pregledi i stanje vrata maternice danas se smatraju zlatnim standardom u procjeni napretka u porodu. Vrlo često pregledi su rodiljama nametnuti, uznemirujući, neugodni i vrlo bolni, te su povezani s rizikom od nastanka infekcije. Uz to primalje uvijek moraju imati u vidu emocionalni i psihosensualni aspekt koji većina intervencija u porodu ostavlja na žene. Upravo iz tih razloga one bi u svom radu morale prebaciti težište na druge vještine koje posjeduju, kao što su abdominalna plapacija, promatranje, osluškivanje i poznavanje bihevioralnih promjena žene u porodu.

Primaljska skrb u porodu mora biti individualna, sa ženom u centru, a monitoring maternalne i fetalne dobrobiti u fiziološkom porodu ne zahtijeva upotrebu visokotehnoloških aparata i intervencija, već kvalificiranu, vještu, mudru i nadasve strpljivu primalju.

U svjetlu sve veću zabrinutost širom svijeta o korištenju rutinskih intervencija u porodu, izgleda da je došao trenutak kada sve zajedno moramo razmišljati o alternativnim, manje nametljivim metodama koje možemo primjeniti u procjeni napretka u porodu. Danas se veliki broj naših kolega primalja u svojoj praksi, koristi procjenom pomoću „ljubičaste/ crvene linije“ koja se pojavljuje, u većini rodilja, na analnoj margini u početku poroda, uzdiže se između gluteusa rodilje prema sakrokokcigealnom zglobu kako porod napreduje, a dužina linije direktno je povezana s dilatacijom cervika. Tamo gdje je prisutna, „ljubičasta/ crvena linija“ može poslužiti kao koristan podatak u kliničkoj procjeni napretka poroda, zajedno s drugim mjerama, a ujedno koristeći se ovom metodom mogu se izbjegći neugodni vaginalni pregledi.

Primalje bi morale biti zagovornice i promotori prirodnih poroda te podupirati sve veći interes žena za njime. Sva naša nastojanja trebala bi biti usmjerena ka smanjenju nepotrebnih intervencija u porodu, te primjeni manje invazivnih metoda u procjeni napretka u porodu.

## INICIJATIVA “RODILIŠTE-PRIJATELJ DJECE” U HRVATSKOJ

*Banana Kunina, primalja, KB Sestre Milosrdnice, Zagreb*

80-tih godina prošlog stoljeća SZO I UNICEF ocijenili su da je svijet krenuo prema velikom nekontroliranom eksperimentu u kojem se sve manje djece hrani prirodno. Ubrzo se počelo upozoravati da ta praksa ostavlja posljedice na zdravlje djece i majki. Tada su te međunarodne organizacije pokrenule program promicanja dojenja pod nazivom “10 koraka do uspješnog dojenja” u okviru kojega rodilišta kada zadovolje te korake i nakon ocjenjivanja dobivaju prestižan naslov “Rodilište – prijatelj djece”. Zahvaljujući UNICEFu ovaj program pokrenut je u Hrvatskoj 1993. Godine. U razdoblju od 5 god od 34 rodilišta njih 15 je dobilo naslov “Rodilište – prijatelj djece”.

1999. Bili smo na trećem mjestu u Evropi po broju rodilišta s naslovom, odmah iza Švedske i Norveške. Međutim tada je program prekinut zbog kršenja Međunarodnog pravilnika o načinu reklamiranja i prodaje nadomjestaka za majčino mlijeko podjelom paketa Sretna beba. Time je nanesena neprocjenjiva šteta prirodnoj prehrani djece u Hrvatskoj. 2006 se inicijativa ponovo pokreće te je Vlada Republike Hrvatske usvojila Nacionalni plan aktivnosti za prava I interese djece od 2006-2012. Od tada do danas sva rodilišta osim jednog su “Rodilišta – prijatelj djece”. Mnoga su već prošla i reocjenu, a inicijativa se širi i na prijateljski prema dojenju u Jedinicama intenzivne njegе novorođenčadi i pedijatrijskim ordinacijama te ordinacijama obiteljske medicine.

Kontinuiranom edukacijom zdravstvenog osoblja usavršava se provedba 10 koraka prema uspješnom dojenju čime smo povećali postotak dojene djece u Hrvatskoj.



## **ULOGA IBCLC U PRIMALJSTVU**

*Maja Rečić, primalja, IBCLC, Banana Kunina, primalja, Hrvatska komora primalja, KB Sestre Milosrdnice, Zagreb*

Primaljska struka obuhvaća primaljsku skrb koja se proteže od planiranja začeća, fiziološke trudnoće, poroda, babinja i nnjege novorođenčeta. Mnoge buduće majke koje to postaju prvi puta ali i one sa lošim iskstvom iz prijašnjih poroda nailaze na veliki problem kada se prvi puta susretnu sa svojom prinovom ne znajući kako pravilno dojiti svoje dijete, što znači dječji plač, koliko je bitna potpora obitelji i zajednice u cijelokupnome procesu. Neke žene prikupe previše informacija tijekom trudnoće, neke se uopće o tome ne informiraju misleći kako je to jednostavno...

Upravo iz tog razloga što dojenje može biti jednostavno, savjetnice za dojenje važan su dio primaljskog tima. Vode majku kroz period adaptacije djeteta na život, educiraju majku i obitelj i olakšavaju proces dojenja. Isto tako na vrijeme prepoznaju znakove komplikacija vezanih uz dojenje te preveniraju nastanak oboljenja ili preporučuju majci da posjeti specijalistu.

Iz razloga što dojenje ima strahovito veliki benefit za majku i dijete, ne treba ga olako shvaćati i treba uključiti stručne osobe u cijelokupan proces. Kod nas u RH sve više primalja odlazi na edukaciju za savjetnice za dojenje. Također postoje Europska i svjetska udruženja i organizacije savjetnica za dojenje koje provode prepoznavanje te struke i kontinuiranu edukaciju....

## **ŠKOLA RODITELJSTVA – VEŽBE ZA TRUDNICE**

*Nadežda Lazić, Vss i Dipl. defektolog, Udruženje Porodično gnezdo, Beograd*

Da bi se trudnice osećale dobro i mogle da obavljaju uobičajene aktivnosti bez većih poteškoća, neophodno je da budu u dobroj fizičkoj kondiciji što se postiže redovnim vežbanjem. Umerena fizička aktivnost ima blagotvoran uticaj kako na ženu tako i na dete. Ako je žena dobrog zdravlja uz dozvolu lekara može da vežba tokom čitave trudnoće. Jedino fizioterapijski postupci omogućavaju da se telo sa što manje poteškoća prilagodi promenama koje nastaju u "drugom stanju".

Vežbanje u trudnoći ima za cilj:

- ✓ Poboljšanje opšte kondicije kroz dozirane programe individualno prilagođene
- ✓ Jačanje pojedinih grupa mišića i povećanje elastičnosti ligamenata, zglobova i mišića posebno u predelu karlice
- ✓ Ovladavanje aktivnim disanjem
- ✓ Postizanje opšte i lokalne relaksacije

- ✓ Održavanje dobrog mišićnog tonusa karličnog dna tokom trudnoće i nakon porođaja
- ✓ Postizanje bolje kontrole telesne težine
- ✓ Otklanjanje nekih fizičkih smetnji (bol u leđima, otoci na nogama zbog usporene cirkulacije).

## PILATES I PSIHOFIZICKA PRIPREMA ZA TRUDNICE

*Marija Živković, Vms, Ginekoloska ordinacija Medison Plus, Beograd*

Odluku o vežbanju tokom trudnoće donosite zajedno sa vašim ginekologom, poštujući njegove savete i odobrenja.

Cilj vežbanja je jačanje mišića, održavanje tonusa i elastičnosti. Porođaj je veliki izazov za vas i vaše telo i ako ga držimo u dobroj formi, sve ćete lakše podneti.

Za ovakav vid rada neophodno je obezbediti odgovarajuće uslove, odrediti sebi optimalno vreme za vežbanje, uskladiti sa drugim dnevnim aktivnostima da bi pristupili smireno i opušteno.

U okviru psihofizičke pripreme radite i kondicione vežbe čiji je cilj:

- ✓ jačanje mišića karličnog dna,
- ✓ mišića leđa,
- ✓ poboljšanje venske cirkulacije u donjim ekstremitetima,
- ✓ jačanje trbušne muskulature,
- ✓ povećanje plućnog kapaciteta.

## ULOGA FIZIOTERAPEUTA U PSIHOFIZIČKOJ PRIPREMI TRUDNICA

*Jelena Despotović, Vst, Dom zdravlja Jedro, Beograd*

Cilj ovog rada je da predstavi ulogu fizioterapeuta u timu koji priprema trudnice za porođaj. Psihofizičkom pripremom trudnice se pripremaju za aktivno učestvovanje u porođaju.

U timu gde ginekolog vodi računa o zdravlju žene i njenog deteta u intrauterinom životu fizioterapeut se brine o kondiciji i fizičkoj pripremi žene za napore koji je očekuju.

Pored toga što žena treba da stekne fizičku kondiciju ona treba i da je održi. Vežbama se pospešuje bolja cirkulacija, povećava se pokretljivost nogu, karličnog dela, leđne muskulature i trbušne muskulature, kao i vrata i ramena.

Kondicione vežbe je bitno sinhronizovati sa vežbama disanja koje poboljšavaju plućni kapacitet čime se dovodi do bolje oksigenacije ploda.

Trudnice uče sve tipove disanja i kroz razgovor im se objašnjava u kojim fazama porođaja se primenjuje koji tip disanja. Pored toga uče se i naponima i načinu napinjanja.

Pored ove fizičke spremnosti stiču psihičku samouverenost i suočavaju se sa eventualnim strahovima koji ih muče a kroz vežbe ih i prevazilaze.

Trudnice koje su pohađale ove pripreme izjavile su da im je porođaj bio izuzetno priyatno iskustvo.

## **ULOGA GIMNASTIČKE LOPTE NA UBLAŽAVANJE POROĐAJNE BOLI**

*Gabrijela Jerković, mag. physioth, Sanja Vladić, primalja, Marija Drljević, dipl.med.sestra,  
Klinika za ginekologiju i porodništvo Sveučilišna klinička bolnica Mostar*

### Cilj istraživanja

Cilj istraživanja bio je utvrditi da li korištenje gimnastičke lopte u prvoj fazi porođaja ublažava porođajnu bol te dokazati da vježbe na gimnastičkoj lopti ubrzavaju otvaranje cervikalnog ušća.

### Metode

Istraživanje je provedeno u Klinici za ginekologiju i porodništvo Sveučilišne kliničke bolnice Mostar. U istraživanje je uključeno 80 trudnica prema kriterijima uključenja koje su podjeljene u dvije skupine. Ispitivanu skupinu su činile trudnice koje su koristile gimnastičku loptu u aktivnoj fazi porođaja ( $n=40$ ), dok su kontrolnu skupinu činile trudnice koje nisu koristile gimnastičku loptu u porođaju ( $n=40$ ). Za procjenu iskustva koje su ispitanice imale korištenjem gimnastičke lopte pri porođaju korišten je standardizirani anketni uputnik CEQ (Childbirth experience questionnaire).

### Rezultati

Nađena je statistički značajna razlika u trajanju prvog porođajnog doba između ispitivane i kontrolne skupine. U ispitivanoj skupini trajanje prvog porođajnog doba je bilo u većini slučajeva (75%)  $< 12$  sati, dok je u kontrolnoj skupini u većini slučajeva (80%) trajanje bilo 12 sati i duže ( $p < 0,001$ ). Značajno veći broj žena u ispitivanoj skupini (90%) smatra da su im vježbe disanja i vježbe na gimnastičkoj lopti pomogle pri porođaju ( $p < 0,001$ ). Za osjećaj bola mјeren po VAS skali također je zabilježena statistički značajna razlika. Naime, žene iz kontrolne skupine intenzivnije su osjećale bol od ispitivane skupine ( $p < 0,001$ ).

### Zaključak

Korištenje gimnastičke lopte tijekom porođaja smanjuje osjećaj bola i ubrzava otvaranje cervikalnog ušća, što skraćuje trajanje prvog porođajnog doba i na taj način povoljno utječe na perinatalni ishod.

## **UBODNI INCIDENTI U PORODILIŠTU - PRED I POSTEKSPONIJSKI POSTUPCI**

*Dragica Katić, Sms spec., Klinika za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma,  
KCS, Beograd*

Infekcije koje se prenose krvlju su one u kojima se infektivni agens iz krvi jedne osobe prenosi u drugu osobu i koje uzrokuju infekciju. Uprkos razvoju savremene medicine krvnoprenosive infekcije i danas predstavljaju značajan problem za zdravstvene radnike.

Osoblje pod najvećim rizikom su babice i medicinske sestre (zbog najučestalije manipulacije iglama i krvnim tečnostima). Za zdravstveno osoblje najznačajniji su uzročnici virusa hepatitisa B, C i HIV.

Najčešći put prenosa su ubodni incidenti i direktni kontakt neintaktne kože ili sluznica s infektivnom krvlju i telesnim tečnostima. Perkutane povrede upotrebljenim iglama i raznim oštrim predmetima važan su faktor rizika u zdravstvenim ustanovama. Važno je da se svi zdravstveni radnici neprestalno pridržavaju svih mera zaštite od infekcije, a ne samo prema bolesnicima za koje znamo da su zaraženi.

Najveći rizik prenosa je kod HBV virusa 2-40%, zatim HCV 3-10% i HIV 0,2-0,5%. Predekspozicijska profilaksa je od sustinskog značaja i može biti: nespecifična i specificna. Uključuje primenu standardnih mera zaštite. Postekspozicijski postupak zavisi od: veličine igle ili oštrog predmeta u porođajnoj Sali, dubine penteracije, vrste telesne tecnosti sa kojom se došlo u kontakt, lokalizacije rane i vremena od incidenta do početka dekontaminacije.

## **PRAVILAN ODABIR SREDSTAVA ZA DEZINFEKCIJU PREMA NIVOU KRITIČNOSTI**

*Biljana Zorić, Strukovno sanitarno ekološki inženjer,  
KBC „Dr Dragiša Mišović-Dedinje”, Beograd*

Sav pribor, oprema, instrumente i površine treba podeliti na tri kategorije prema riziku za prenošenje infekcije: kritične, polukritične i nekritične.

Dezinfekcija i sterilizacija su postupci koji predmete i opremu koji se koriste u medicini i hirurgiji čine sigurnim za upotrebu. Uklanjaju mikroorganizme postupcima: čišćenja, dezinfekcije, sterilizacije. Izbor metode zavisi od: tipa materijala, potrebnog stepena dezinfekcije, mikroorganizama koji mogu biti prisutni.

Temeljno čišćenje je preduslov za početak dezinfekcije i sterilizacije. Čišćenje fizički odstranjuje mikroorganizme i organski materijal, što sprečava inaktivaciju dezinfekcionog sredstva i omogućava potpuni kontakt površina tokom daljeg postupka. Koristi se voda sa deterdžentima ili enzimskim deterdžentima

Dezinfekcija je proces uništavanja većine vegetativnih oblika mikroorganizama ili smanjenje njihovog broja do nivoa koji nije štetan za zdravlje, ali ne i uništavanje bakterijskih spora.

### Dezinfekcija toplotom

### Antiseptici

### Vrste dezinfekcije

- ✓ Hemijska sterilizacija ili dezinfekcija visokog nivoa sa produženim delovanjem
- ✓ Dezinfekcija visokog nivoa sa kraćim kontaktim vremenom
- ✓ Dezinfekcija srednjeg nivoa
- ✓ Dezinfekcija niskog nivoa

### Efikasnost postupka dezinfekcije

Faktori koji utiču na efikasnost postupaka sterilizacije i dezinfekcije:

- ✓ Prethodni postupak čišćenja
- ✓ Stepen organskog i neorganskog onečišćenja predmeta
- ✓ Stepen i vrsta mikrobne kontaminacije
- ✓ Koncentracija dezinficijensa
- ✓ Dužina delovanja (kontaktno vreme)
- ✓ Fizičke karakteristike predmeta (prisustvo pukotina, džepova, šarki, lumena)
- ✓ Prisustvo biofilmova
- ✓ Temperatura i pH u dezinfekcionom procesu...

Najvažnije osobine idealnog dezinfekcionog sredstva su : Spektar delovanja, brzina delovanja , rastvorljivost, toksičnost, kompatibilnost sa površinama, rezidualno delovanje, Stabilnost, Čišćenje, jednostavno rukovanje, miris, ekonomičnost, uticaj na životnu sredinu.

### Opšta pravila upotrebe dezinfekcionih sredstava- nivoi kritičnosti

- ✓ Procesiranje opreme koja nosi visok rizik za prenošenje infekcije (kritični nivo)
- ✓ Procesiranje opreme koja nosi srednji rizik za prenošenje infekcije (polukritični nivo)

### Zaključak

Sterilizaciju i dezinfekciju neophodno je sprovoditi poštujući aktuelna uputstva da bi se sprečili incidenti u kojima može doći do širenja patogena i razvoja infekcije

## VANMATERIČNA TRUDNOĆA - POSTUPCI BABICE

*Sanja Šegrt, Vms, KBC Zemun, Beograd*

Pod vanmateričnom trudnoćom podrazumevamo usađivanje i razvijanje oplođene jajne ćelije izvan materice, najčešće u jajovodima (99% slučajeva). Veoma je retka, ali spada u jedno od urgentnih stanja u ginekologiji. Smatra se da se na 100 trudnoća javlja 1 vanmaterična.

Intervencije babice:

- ✓ Hitan prijem i asistencija lekaru u zbrinjavanju pacijentkinje
- ✓ Intenzivno praćenje opšteg stanja pacijentkinje i blagovremeno obaveštavanje lekara
- ✓ Otvaranje najmanje 1 venske linije
- ✓ Praćenje vitalnih parametara
- ✓ Prepoznavanje simptoma intraabdominalnog krvarenja
- ✓ Asistencija u dijagnostici (punkcija Duglasovog prostora, uz pregled, uzimanje krvi za laboratorijske analize (ks, BHCG), krvnu grupu, trebovanje krvi)
- ✓ Sprovodenje naloga lekara u dijagnostici i terapiji
- ✓ Preoperativna priprema
- ✓ Postoperativna zdravstvena nega
- ✓ Zdravstveno vaspitni rad sa pacijentkinjom

Lečenje se zasniva na operativnim tehnikama – laparoskopski ili radikalni zahvat koji podrazumeva odstranjenje jajovoda sa vanmateričnom trudnoćom (salpingectomy). Može se lečiti i konzervativnim putem – lokalnom infiltracijom ili sistemskom primenom metotrexata.

Vanmaterična trudnoća može znatno uticati na plodnost žene. Oko 17% žena svoju prvu trudnoću zanese van materice, a oko 40% ovih žena kasnije neće moći ostvariti urednu spontanu trudnoću.



## **PREVREMENI POROĐAJ I SPECIFIČNOSTI RADA BABICA**

*Dragana Borojević, babica, OB „Laza K. Lazarević“, Šabac*

Šta je to prevremeni porođaj?

- ✓ Oko 10% beba se rodi pre 37. nedelje gestacije, a oko 1% pre 32. nedelje

Da li je početak prevremenog porođaja isti kao kod porođaja u terminu?

- ✓ Znaci su često isti, naročito ako se ne radi o veoma prevremenom porođaju, pre 30 nedelja.

Koji su rizici prevremenog porođaja?

- ✓ Rizici od strane majke...
- ✓ Rizici od strane ploda...

Šta se može uraditi ako krene prevremeni porođaj?

- ✓ Malo toga se može učiniti ako krene prevremeni porođaj da se on zaustavi, ali se može pokušati da se dobije na vremenu, odlaganjem porođaja za nekoliko dana primenom raznih medikamentoznih sredstava...

Kako smanjiti rizik?

Šta je to serklaž i kako se radi?

Da li se zna koje trudnice mogu da očekuju prevremeni porođaj?

- ✓ Još uvek ne može precizno da se zna da li će se neka trudnoća završiti pre očekivanog termina. Međutim, iskustvo nas uči da pojedine trudnice spadaju u grupu visokog ili povišenog rizika kada je termin porođaja u pitanju.

Kako se završava porođaj kod nezrelog ploda?

Da li nasleđe igra bitnu ulogu u nastupanju prevremenog porođaja?

Statistička obrada podataka i prikaz broja prevremenih porođaja u Opštoj Bolnici u Šapcu u periodu od 2008-2014. godine.

Zaključak: Kada postoje znaci prevremenog porođaja važno je na vreme prepoznati ih da bi se trudnice mogle smestiti u bolnicu u kojoj postoji mogućnosti za pružanje adekvatne nege bebi koja je prevremeno rođena i na taj način joj se pomoglo da prebrodi probleme koji joj predstoje. Prevremeno rođena beba je izložena većem riziku od komplikacija zbog svoje nezrelosti, posebno zbog nezrelosti pluća i mozga, ali i eventualne infekcije.

Kako je svaka nedelja koju dete provede unutar materice pravi blagoslov za dete i kako je prevremeni porođaj povezan sa čestim morbiditetom i mortalitetom, onda je jasno koliki je to problem u današnjem akušerstvu.

## VOĐENJE KARLIČNOG PEROĐAJA

*Prim Mr sci med dr Igor Plješa , KBC „Zemun”, Beograd*

Karlična prezentacija ploda je vid uzdužnog položaja ploda gde prednjači karlica. Može biti: potpuni – noge savijene u kukovima i kolenima, a pete postavljene uz zadak; trtični – nožice savijene u kukovima, a opružene uz telo i nepotpuni – prednjači jedno ili oba stopala. Javlja se u 3-4% svih porođaja i to 95% kao potpuni ili trtični. Javlja se kod žena sa miomatoznom matericom, anomalijama uterusa, više trudnoća, višeplodnom trudnoćom, tumorom previa (cista, miom), placentom praevia, prevremnim porođajem i trudnoćom sa plodom koji ima anomalije. Dijagnostikuje se spoljašnjim i unutrašnjim pregledom, auskultacijom srčanih tonova ploda i ultrasonografski. Način vođenja i završavanja porođaja kada plod prednjači karlicom predstavlja kontroverzu i danas.

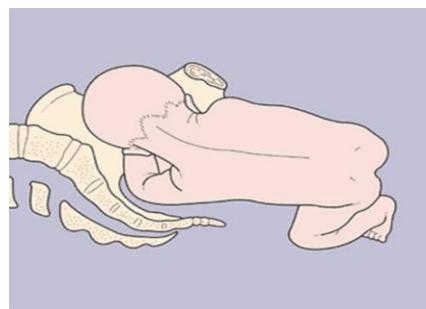
Pojedine vežbe deluju tako da bebu stavljuju u neobičan položaj, koji je "provocira" da napravi kolut i okreće se glavom na dole. Spoljašnji okret treba pokušati posle 36.-e nedelje trudnoće dok karlica ploda još uvek nije učvršćena, uz primenu intravenske tokolize nakon toga i kontinuirani kardiotokografski monitoring. Moguće komplikacije ovog postupka su prevremeno odlubljivanje posteljice i problemi sa pupčanikom.

Uslovi za vaginalni porođaj su terminsko dete(37-42 NG) i dete 2000 do 3800g, kao i dovoljno prostrana mala karlica (pelvimetrija).

Postupci u vaginalnom porođaju: prijem u porodilište; ultrasonografski pregled; kontinuirana kardiotokografija; partogram; stimulacija sintocinonom; maksimalno dugo održavanje vodenjaka, ako porođaj adekvatno napreduje; strpljivost akušera; izdašna epiziotomija; ručna pomoć uz održavanje fleksije glavice. Ukoliko je oslobođanje glavice otežano primeniti forceps, a ako dođe do zastoja u bilo kojoj fazi porođaja, porođaj treba završiti carskim rezom.

Indikacije za carcki rez su: neangažovana karlica ploda, prematurno dete, nožna prezentacija, dicproporcija, hiperdeflektirana glava ploda, fetalno distres, inrecija uterusa, starija provorotka, stanje posle sterilitea i opterećena akušerska anamneza.

Perinatalni mortalitet i morbiditet su značajno veći kod karličnog porođaja.



## **EPIDURALNA ANALGEZIJA ZA VAGINALNI POROĐAJ**

*Prof.dr sci.med. Predrag Stevanović, KBC „Dr Dragiša Mišović-Dedinje“, Beograd*

Od svih tehnika analgezije za porođaj, epiduralna analgezija je najefikasnija i postala je zlatni standard u toj oblasti. Menjala se tokom poslednjih 5 decenija.

Prvobitno bile su korišćene visoke koncentracije rastvora lokalnog anestetika za obezboljavanje, ali su te doze izazivale i mnoge neželjene dodatne efekte kako što su hipotenzija, motorna blokada, prekomerni gubitak osećaja i ponekad toksičnost. Sa uvođenjem opijata, koncentracija lokalnog anestetika za epiduralnu analgeziju u porođaju se smanjuje.

Istraživanja su pokazala da je veći volumen rastvora manje koncentracije upotrebom kombinacije lekova, veoma efikasan kod „bezbolnog porođaja“. Upotreba niskih koncentracija lokalnog anestetika obezbeđujući obezboljavanje sa očuvanom motornom funkcijom je korisno za ishod porođaja i vodi razvoju „šetajućeg epidurala“.

Pacijent- kontrolisana epiduralna analgezija (PCEA) u porođaju postaje sve popularnija i kod pacijenata i kod medicinskog osoblja. Ona pruža prednost u udnosu na kontinuirano-infuzija epiduralnu analgeziju (CIEA) i to u vidu kontrole pacijenta i time bolju satisfakciju, dostupnost bolus doze, manja potrošnja i moguće veća efikasnost. Brojne studije govore tome u prilog.

## **ULOGA MEDICINSKOG TEHNIČARA-ANESTETIČARA I BABICE U EPIDURALNOJ ANESTEZIJI**

*Slađana Topalović, babica i anestetičar, KBC „Dr Dragiša Mišović-Dedinje“, Beograd*

Epiduralna anestezija je vrsta regionalne anestezije koja se postize ubrizgavanjem lokalnog anestetika u epiduralni prostor. Reč je o ubacivanju lokalnog anestetika putem katetera u epiduralni prostor, cime se omogucava senzorna blokada.

Prednosti epiduralne anestezije:

- ✓ veoma efikasno otklanja bol i deluje kod 90% pacijentkinja
- ✓ ne škodi bebi

Neželjeni efekti epiduralne anestezije:

- ✓ mogu da se javе
- ✓ nekada pacijentkinje osete bol u ledjima posle vađenja katetra, na mestu gde je igla prolazila kroz kožu
- ✓ glavobolje
- ✓ svrab; neki opijati mogu izazvati takvu reakciju

Postupak:

- ✓ predstavljanje porodilji , objašnjenje sta će se raditi
- ✓ kontrola TA, pulsa , procena opsteg stanja
- ✓ plasiranje I. V. kanile, ukljucenje infuzije
- ✓ babice postavljaju CTG monitr

Pre plasiranja katetera lekar i tehnicar dezinfikuju ruke po proceduri i stavljuju porodilju u odgovarajći položaj, dok tehničar daje lekaru sterilne rukavice -dezinfekciono sredstvo.

Dok lekar plasira kateter, anesteticar pridržavanjem porodilje omogućava da se intervencija brze i lakše obavlja. Kada je postupak gotov, na mesto uboda se stavlja sterilna gaza, koja se lepi flasterom kao i deo katetara koji ide do desnog ili levog ramena. Porodilja se vraća u ležeći položaj a zatim se na ruku stavlja manžetna za merenje TA i pulsna oksimetrija , dok babice postavljaju CTG monitor.

Nakon 2 sata po završetku porođaja anesteziolog i tehničar izvlače kateter i na mesto uboda stavlja se sterilna gaza sa dezinfekcionim sredstvom i lepi flasterom. U listu se upisuje vreme i utisak pacijenta po postupku epiduralne anestezije. Od neprocenjive i velike važnosti je saradnja ginekologa, anesteziologa, babica i tehničara.

### **URGENTNA STANJA U AKUŠERSTVU**

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

Postoji veliki broj komplikacija koje mogu da se dogode prilikom porođaja i zbog toga babice moraju da budu uvek spremne da blagovremeno reaguju prema datoj situaciji ili nalogu lekara. Babica mora da zna da prepozna svaku promenu koja ukazuje na neku nepravilnost.

Rad u power point-u na temu "Uloga babice u urgentnim stanjima u porodilistu" obuhvata praćenje i zbrinjavanje porodilja kod kojih postoje komplikacije: EPH gestoze, atonia uterusa, placenta praevia, disproportcija i odstupanje od normalnih vrednosti u CTG zapisu.

Takođe obuhvata i komplikaciju kao što je prolaps pupcanika i zbrinjavanje pacijentkinja sa HELLP sindromom.

U svim urgentnim stanjima babica mora da bude brza i efikasna. Mora da prepozna znake hitnosti i prema tome da deluje. Kod alarmantnih stanja pri prijemu u porodilište, preskočićemo proceduralnu pripremu i pristupiti hitnom zbrinjavanju porodilje.

## **ULOGA BABICE U SPREČAVANJU EPIZIOTOMIJE**

*Dragana Krstevska, babica, Marijana Milosavljević, babica, OB Pančevo Pančevo*

Uvod: Cilj ovog rada je ukazivanje na važnu ulogu babice u svakoj fazi trudnoće i porođaja sa akcentom na sprečavanju epiziotomije.

Materijal i metode: Direktna metoda istraživanja prvorotkinja u porodilištu Opšte bolnice Pančevo

Rezultati: Istraživanje sprovedeno na 30 prvorotkinja je pokazalo da je stepen dubokih napuknuća bio najniži(18) kod žena koje su bez epiziotomije i koje nisu bile ograničene na ležeći položaj. Najveći procenat dubokih napuknuća(11) bio je kod žena koje su rađale na ledima. Jedan porođaj je završen Carskim rezom.

Zaključak: Pored fiziološkog pritiskanja koje omogućuje da prednjačeći deo ploda, međicu rasteže nežno i polako, masaža međice i Kegelove vežbe od 34 NG, kao i položaji u II porođajnom dobu, pokazali su se kao veoma efikasne metode izbegavanja rutinske epiziotomije. Prema preporukama SZO, preventivna i rutinska primena epiziotomije je neopravdانا te je treba primenjivati promišljeno i restriktivno, jer se njome povećava rizik od trajnog oštećenja karličnog dna, a angažovanjem babice tokom trudnoće i porođaja, rizici koje ona donosi se značajno umanjuju.

## **REGENERATIVNA MEDICINA IZAZOV ZA 21 VEK**

*Prof.dr.sc.med. Amira Fazlagić, Ginekološka ordinacija „Medison plus“, Beograd*

Matična ćelija je osnova ljudskog bića. Od embrionalne matične ćelije koja nastaje posle oplodjenja stvaraju se sva tkiva i organi. Nakon porodjaja, pa sve dok smo živi u nasem krvotoku , kostnoj srži i organizmu ostaju da žive adultne matične ćelije čiji je zadatak reparacija oštećenih tkiva i organa. Upravo ta osobina matičnih ćelija još od davnina predstavlja izazov za medicinu i potrebu da tu sposobnost stavi u funkciju lečenja najtežih bolesti i produženje ljudskog veka.

U poslednjih dvadeset godina tehnologija je napredovala toliko da je dozvolila bezbedno zamrzavanje, odmrzavanje i umnožavanje matičnih ćelija. To je uvelo medicinu u potponu novu eru, eru regenerativne medicine.

Danas ne postoji ozbiljniji univerzitet, a da nema katedru regenerativne medicine i brojne istraživačke centre. Danas je moguće u laboratoriji stvoriti funkcionalne organe, čak ih ištampati 3D štampačem koji je napunjen matičnim ćelijama. Međutim ono sto je najvažnije već postoje pacijenti koji žive novi život sa tako stvorenim organizma, kao sto je uho , traheal mokraćna bešika, a pomaci u ovoj novoj nauci su toliko brzi i neočekivani da čak i stručnjaci u ovoj oblasti ostaju zatečeni brzinom razvoja.

Definitivno prošli vek je bio era antibiotika i taj pronalazak je doveo do velikog produženja ljudskog veka i porasta broja stanovništva, a ovaj vek biće vek regenerativne medicine i genetskog bioinzenjeringu što nas dovodi do razvoja novih nauka: zakonske regulative novih terapija i pitanja bioetike kao novog pravca u okviru filozofije koja udružuje sve biloške nauke i daje novi pravac razvoja.

## KOMPLIKACIJE POSLE PEROĐAJA

*Ljiljana Živanić, babica, OB „Laza K. Lazarević“, Šabac*

Cilj svake babice je da svojom stručnošću i znanjem uspešno završi porođaj. Važno je da majka i beba budu dobro. Posle zbrinjavanja bebe treba obratiti pažnju na porodilju. Komplikacije koje se mogu desiti posle porođaja su sledeće:

- ✓ Obilno i pojačano krvarenje može ti iz rascepa grlića, vagine i materice, treba ih što pre otkriti i zbrinuti.
- ✓ Atonija posle rađanja posteljice i ovojaka. Mora se zaustaviti krvarenje ručnom ili instrumentalnom revizijom materične duplje i davanjem uterotonika.
- ✓ Poremećeni faktori koagulacije krvi, uzrok je hipofibrinogenija.
- ✓ Ruptura meddice, sutura-resutura.
- ✓ Epiziotomija, sutura-resutura.
- ✓ Puerperalna infekcija, pojava bakterijske upale u prvih desetak dana nakon porođaja. To je jedan od najvećih uzročnika razilaženja šava rupture i epiziotomije, pa se mora uraditi resutura.
- ✓ Puerperalna sepsa predstavlja veliku opasnost za porodilje. Primenom antisepse u porođajnim salama i antibiotika, naglo i znatno je smanjena.
- ✓ Anemija- često je izazvana nepravilnom ishranom u trudnoći i posle porođaja. Može biti posledica velikog iskrvarenja posle porođaja.
- ✓ Povreda sfinktera može da se desi u toku ekspulzije bebe. Upala mokraćne bešike izazvana bekterijskom infekcijom.
- ✓ Puerperalna psihoza
- ✓ Povišen krvni pritisak
- ✓ Mastitis i ragade. Dojke treba svakog dana pregledati da se vidi da li žena ima dovoljno mleka, da li se prazne posle podoja, da li u njima ima osetljivih mesta i otvrdlina. Ragade na bradavicama mogu biti vratnice infekcijama, zato ih treba zbrinjavati na vreme.
- ✓ Ishrana i dovoljno unošenje tečnosti je veoma važno kako bi se organizam porodilje izborio sa svim mogućim komplikacijama.

Postoji još niz drugih opasnosti kojke prete porođenoj ženi. Da to sve sprečimo moramo im stručno, odgovorno i sa puno ljubavi pomoći. Edukacija žena, tj. zdravstveno-vaspitni rad sa njima je veoma važan.

Statistička obrada podataka o pojavi postporođajnih komplikacija u O.B. Šabac od 2010-2014...

## **POSTPOROĐAJNA DEPRESIJA**

*Jasmina Ćirović, ms, DZ „Zvezdara“, Beograd*

Depresija potice od francuskog prideva "depresif", čije je osnovno značenje "potišten". Onaj ko je depresivan, on je, dakle, u svom raspoloženju potišten, oseća se utučeno i klonulo.

Tuga jedno od osnovih osećanja, poznato svim ljudima. Ona nastupa kad čovek izgubi nešto važno. Kod odraslih to je gubitak drage osobe, profesionalni status ili idealizovana predstava. S obzirom na sve to, razumljivo je što se tuga i strah, kao emocije koje se u svakodnevnom životu najčešće javljaju usled stresa, dovode u vezu sa depresijom. Depresiju razumemo kao jedan naročito težak oblik tuge.

Tipični simptomi: depresivno raspoloženje-najveći deo vremena tokom dana,skoro svakog dana,u trajanju od najmanje dve nedelje, gubitak interesovanja i volje, smanjenje energije ili pojačan zamor.

Ostali simptomi: smanjena koncentracija i pažnja, pad samopouzdanja samopoštovanja, osećaj krivice i bezvrednosti (samoprekorevanje), negativni i pesimisticki pogled na budućnost, suicidne misli, suicidno ponašanje, samopovređivanje kao posledica takvog stanja, poromećaj spavanja, smanjen appetit.

Depresije nikako nisu bezazlene. Ozbiljna depresivna patnja na dubok način menja celog čoveka, njegova osećanja, mišljenja i ponašanje, kao i telesne funkcije,sve do metabolizma.

Sudeći po statistici, psihičke bolesti različito pogađaju muškarce i žene. Anksiozna stanja i depresije sreću se češće kod žena nego kod muskaraca. Jedna poznata depresija kod žena je postporođajna depresija. Nakon rođenja deteta, kod žena ponekad nastupaju "dani plakanja"-tzv.postporođajna tuga, poznata i pod imenom "babyblues", što se može povezati sa opadanjem polnih hormona posle porođaja-koji nestaju, po pravilu, nedelju-dve kasnije i ta pojava se ne tumači kao patološka. Drugačije je sa postporođajnom depresijom ili depresijom u "porodiljskom krevetu". Oko 13% svih žena koje su se porodile suočava se sa tim. Mora se prihvati da je hormonalna promena nakon porođaja (kao i kod menopauze), barem kod žena koje su posebno osetljive na kolebanje polnih hormona saodgovorna za nastupanje depresije.

Određen stepen ranjivosti i neraspoloženja nakon porođaja je sasvim normalna pojava. Čak 80% majki se nalazi u blagoj depresiji. Imaju problem sa spavanjem, razdražljive su i plačljive, ali čim se naspavaju osećaju se bolje. Porođaj dovodi do bujice moćnih emocija, od uzbuđenja i radosti,do straha i anksioznosti, a ovo mesanje raznih osećanja može da dovede do depresije.

Vrlo često mame su u strahu da ne mogu dobro da se brinu o bebi i da će je povrediti i imaju stalno negativne misli. Nakon rođenja bebe, sve žene prolaze kroz emotivne promene i ne postoji pravilo kod koje će se javiti ozbiljni depresivni poremećaji.

Potrebno je da mame mogu, da ukoliko imaju duže od dve nedelje probleme sa nesanicom,strahom, posebno ako imaju ideju da naudite bebi i sebi,obrate se psihijatru i psihologu za pomoć.ponekad je dovoljna pomoć i razgovor sa partnerom,porodicom i prijateljicom da se situacija stresna reši.kod težih oblika depresije, ukoliko to doktor proceni, potrebno je koristiti antidepresive .

Ako se ne prepozna depresija na vreme i ne leči se, može doći do zanemarivanje bebinih potreba. Depresivna mama moze da poremeti svoju bebu. Beba će biti uznemirena, plakace i može kasnije da ima problem sa govorom.

## **REANIMACIJA NOVOROĐENČETA-ALGORITAM I APGAR SCORE U PROCENI STANJA NOVOROĐENČETA**

*Prim.dr sci.med. Milica Vušurović, KBC „Dr Dragiša Mišović-Dedinje“, Beograd*

Reanimacija 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 inefektivnom perifernom cirkulacijom),- poremećaji disajne funkcije (primarna i sekundarna apnea, neregularne i neefikasne respiracije praćene generalizovanom cijanozom i 90 sekundi posle rođenja). Približno 5–10% terminske i oko 80% prevremeno rođene novorođenčadi zahteva neki od reanimacionih postupaka (najčešće stimulacija disanja). Za uspešno izvođenje reanimacije novorođenčadi neophodno je: prisustvo edukovanog osoblja, tokom 24 sata, svakog dana u godini, sa najmanje jednim članom tima koji vlada tehnikom endotrahealne intubacije; posedovanje sredstava/opreme i medikamenata (set za reanimaciju) koji su potrebni za uspešnu reanimaciju. 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 (Airvay, Breathing, Circulation,Drugs). Prenatalno, intrapartalno i postnatalno dejstvo hipoksije i ishemije na organe i organske sisteme fetusa i novorođenčeta dovodi do stanja koje se označava kao perinatalna asfiksija. Asfektično novorođenče zahteva blagovremen i efikasan reanimacioni postupak u cilju smanjenja trajnih oštećenja. Adekvatna reanimacija u velikom stepenu ublažava posledice perinatalne asfiksije. Neophodno je da svaki član reanimacionog tima dobro poznaje i poštuje svaki korak reanimacionog postupka po utvrđenom i opšte prihvaćenom algoritmu.

Predviđanje budućeg stanja zdravila nacije nije moguće bez prethodnog analiziranja i praćenja pokazatelja zdravstvenog stanja najosetljivijih populacionih grupa (na prvom mestu novorođenčadi). Rani neonatalni period je najvulnerabilniji period novorođenčeta, kada pojedina patološka stanja mogu značajno uticati na dalji razvoj deteta i na kvalitet života. Za procenu stanja novorođenčeta neposredno po rođenju koristi se brzi Apgar skor test. Dizajniran je, da se hitrom evaluacijom kondicije novorođenčeta, odluči da li je potrebna neka urgentna medicinska intervencija kod novorođenčeta.

Još 1953. godine Dr Virdžinija Apgar, američki pedijatrijski anestezijolog, je preporučila ovaj način procene vitalnosti novorođenčeta i on je od tada tradicionalno u upotrebi u velikom broju zemalja. To je zapravo akronim od pet reči: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, and Respiration. Ovih pet parametara (boja koža, srčana radnja, refleksna podražljivost, tonus mišića, disanje) ocenjuju se ocenom od 0 do 2. Novorođenče se ocenjuje dva puta. Prva ocena se daje 1 minut posle rođenja, a druga 5 minuta posle rođenja.

Apgar skor u prvom minutu života daje dragocene podatke za ocenu stanja novorođenčeta na rođenju i omogućava retrospektivnu dijagnozu intrauterine i intraportalne hipoksije ploda.

Apgar skor u petom, uvid u adaptaciju novorođenčeta na ekstrauterini život i ima bolju prognostičku vrednost u pogledu preživljavanja i kasnije neurološkog stanja deteta. Skor u desetom i dvadesetom minuti ima još veći prediktivni značaj. Znači, Apgar skor jeste praktični pokazatelj stanja novorođenčeta na rođenju, ali istovremeno i signal pedijatru da se intenzivnije prati psihomotorni razvoj beba sa Apgarom manjim od 7.

## POROĐAJNE POVREDE BEBE

*Dr Snežana Zdjelar, KBC „Dr Dragiša Mišović-Dedinje“, Beograd*

Porođajne povrede nastaju pod dejstvom mehaničke sile u procesu rađanja. Mogu biti povezane sa hipoksično - ishemijskim inzultom i mogu da predisponiraju jedni druge.

Intraportalne povrede mekih tkiva ploda (sufuzije lica, kefalhematomi, caput succedaneum, subgalealni hematom) su najčešće izazvane relativnom disproporcijom između porođajnog puta majke i prednjačećeg dela ploda. Porođajne povrede mekih tkiva ploda imaju incidenciju 2-3% svih živođenih novorođenčadi. Frakture kostiju i to najčešće frakturna ključne, a ređe lobanje i drugih kostiju takođe spadaju u porođajne povrede. Posekotine poglavine, kože lica ili glutealne regije nastaju arteficijelno, oštricom skalpela pri operativnom završavanju porođaja. Ogrebotine, oguljotine površnih slojeva i hemATOMI glutealne regije, velikih usana kod ženskih i skrotuma kod muških novorođenčadi pri vaginalnom porođaju kada prednjači zadak.

Prilikom ekstrakcije ploda vacuum ekstarktorom mogu da nastanu erozije i oguljotine poglavine, krvni podlivi na mestu plasiranja kalote VE, okolni edem poglavine i povrede dubljih moždanih struktura (intrakranijalna krvavljenja, ruptura falksa i tentorijuma, edem mozga) i frakture vratnog dela kičmenog stuba. Primena forcerpsa pri završavanju porođaja može izazvati povrede poglavine i kože novorođenčeta (erozije, ogrebotine i oguljotine površnih slojeva, krvne podlive, nagnječine kože i subkutanih struktura), kao i impresione frakture kostiju lobanje i povrede facijalnog nerva.

Izraženi edem i opsežni hemomi stopala i potkolenica, podlaktice i nadlaktice se takođe mogu svrstati u porođajne povrede. Porođajne povrede na vreme treba prepoznati, zbrinuti, kupirati bol i sporovesti adekvatnu dijagnostiku i eventualne dodatne terapijske postupke.

## TRANSPORT VITALNO UGROŽENOG NOVOROĐENČETA

*Mira Stjepanović, Sms, KBC „Dr Dragiša Mišović-Dedinje“, Beograd*

Transport novorođenčadi podrazumeva prenos bolesne novorođene i prevremeno rođene dece iz zdravstvene ustanove nižeg nivoa zdravstvene nege (drugi nivo) do zdravstvenog centra višeg nivoa (treći nivo) u cilju sprovođenja odgovarajuće, specijalizovane nege i lečenja. Intenzivnu negu i terapiju zahteva novorođenče sa: srčanom frekvencom ispod 60/min, hipotonijom do atonije, nepravilnim i površnim disanjem ili apnejama, ekstremnim bledilom, generalizovanom cijanozom, odsustvom refleksne nadražljivosti CNS-a, pH krvi ispod 7,35, hiperkapnijom iznad 5,3 kPa, hipoksijom ispod 6,37 kPa.

Organizacija i način transporta:

- ✓ Prenatalno - transport "In utero"
- ✓ Postnatalno - specijalno opremljeno sanitetsko vozilo, ređe helikopter, avion.

Transportnu ekipu čine: lekar, specijalno edukovana medicinska sestra i vozač. Ordinirajući lekar vrši procenu potrebe transporta. Nakon donesene odluke lekar uspostavlja telefonski kontakt sa neonatologom ustanove u koju se dete prevodi. Nakon dobijenih podataka neonatolog obaveštava ekipu za transport o stanju deteta i mestu odakle se transportuje.

Prijem vitalno ugroženog novorođenčeta teče po hitnom postupku. Pedijatar, specijalista neonatologije je vođa tima a individualna nega ovih pacijenata je imperativ i uključuje periodične razgovore sa porodicom i različitim pedijatrima subspecijalistima.

U prijemnoj ambulanti se obezbeđuje stručno zbrinjavanje prematurusa i vitalno ugoženog novorođenčeta, a prijem deteta je isključivo u nadležnosti lekara. Za prijem deteta i pomoć lekaru assistira medicinska sestra, koja je obučena za rad u ambulanti, uključujući komplentno i administrativni deo. Medicinska sestra dete i prateću dokumentaciju prosleđuje na odgovarajuće odeljenje, zavisno od stanja deteta.

Medicinska sestra izdaje potvrdu pratećem licu ili roditeljima o prijemu deteta u ustanovu. Posle završenog prijema priprema ambulantu za sledeći prijem.

Rad sestre u prijemnoj ambulanti zahteva školovanu, dobro obučenu sestraru, koja je verzirana, visprena, spremna da svakog trenutka brzo i stručno reaguje.



**MOĆ DODIRA**  
*Jasna Stankov, Dragana Jovanović, OB Pančevo, Pančevo*

**Uvod:** Cilj ovog rada je ukazati na važnost kontakta koža na kožu sa odloženim presecanjem pupčane vrpce i primenjivanje ranog prvog podoja.

**Materijal i metode:** Kombinovana direktna metoda rukovođena vodičima dobre kliničke prakse u akušerstvu i indirektna prema istraživanjima SZO.

**Rezultati:** Dosadašnja istraživanja pokazala su da je kontakt koža na kožu sa odloženim presecanjem pupčane vrpce dok traje pulsacija, najbolja akušerska praksa i pokazali su se kao tri važna preduslova za dobar start novorođenčeta i donose velike benefite i kasnije

**Zaključak:** Prema preporukama SZO, kontaktom koža na kožu sa druga dva elementa dobre prakse koje koristimo, otvaramo novu eru u akušerskoj praksi koja je u prirodnoj harmoniji sa životom i rađanjem i sve majke treba aktivno ohrabrivati i, u interesu i majke i deteta, prvi podoj primenjivati odmah nakon rođenja, u atmosferi u kojoj se ne požuruje, strpljivo i polako.

**KONTAKT KOŽA NA KOŽU-ZNAČAJ RANOGLIJE PODOJA**

*Mr.sc. Olivera Perić, Marica Krtalić, dipl.med.sestra, Rusmira Arapović, primalja,  
Jelena Bogdanović, primalja, Klinika za ginekologiju i porodništvo SKB, Mostar*

**UVOD:** Zdravo dijete stavljeni majci na prsa u kontaktu koža na kožu odmah nakon porođaja može dopuzati do dojke i početi sisati u roku od prvih pet minuta do prvog sata. Vrlo je malo opravdanja za neprimjenjivanje kontakta koža na kožu i ranog prvog podoja, znajući da je to efikasan način da dijete uspješno obavi prvi podoj, da regulira tjelesnu temperaturu, srčani ritam i krvni tlak. Pogodnosti koje majka ima su brojne, samo jedna od njih je da se pojačava aktivnost maternice i može se smanjiti rizik postporođajnog krvarenja.

**CILJ ISTRAŽIVANJA :** Osnovni cilj ovog istraživanja je bio ispitati jesu li ispitanice ostvarile kontakt koža na kožu odmah nakon porođaja i jesu li za vrijeme boravka u rodilištu isključivo dojile svoje dijete.

**ISPITANICI I POSTUPCI:** Istraživanje je provedeno u rodilištu SKB Mostar u razdoblju od 01.10.2014.god. do 31.12.2014. god. U svrhu istraživanja korišten je anonimni anketni upitnik posebno dizajniran za ovo istraživanje, te je sadržavao 14 pitanja. U periodu od 01.10. do 31.12.2014. u rodilištu SKB Mostar bilo je ukupno 475 poroda, od toga su 104 ispitanice dragovoljno pristale na ispunjavanje ankete. Istraživanjem su obuhvaćene pacijentice koje su rodile zdravu terminsku novorođenčad vaginalnim putem.

**REZULTATI:** Rezultati pokazuju da je provođenje prakse kontakta koža na kožu ostvarila velika većina ispitanica (88%). Nešto više od polovine ispitanica (53,8%) koje su isključivo dojile i ostvarile kontakt koža na kožu ima završenu srednju školu. Drugih sociodemografskih osobitosti nije bilo. Dvije trećine ispitanica (66,4%) navodi da su ostvarile kožni kontakt u trajanju od 30 minuta, oko 24,6% ispitanica je imalo kontakt koža na kožu u trajanju do 30 minuta, dok je samo 9% ispitanica imalo neometani kontakt u trajanju od jednog sata. Uspoređujući sve tri skupine, većina isključivo dojene djece u rodilištu su bila iz skupine koja je ostvarila kontakt koža na kožu u trajanju od 30 minuta (76%) i u skupini koja je imala kontakt u trajanju od jednog sata (98%). Rezultati pokazuju kako produženi kontakt koža na kožu i rani prvi podoj utječe na trajanje isključivog dojenja u rodilištu, te upućuju na dalja istraživanja tijekom prvih 6 mjeseci djetetova života.

## **EDUKACIJA PORODILJE I NEGA BEBE KROZ PATRONAŽNI RAD**

*Verica Jeremić, patronažna sestra, DZ „Milivoje Stojković“ Grocka, Beograd*

Polivalentna patronažna služba je po zakonu obavezni deo organizacionog sistema zdravstvene zaštite na nivou doma zdravlja, odnosno na primarnom nivou. Služba je samostalna radna jedinica u okviru doma zdravlja i integralni je deo zdravstvenog sistema zemlje.

Patronažna služba porodiljama i bebama pruža kompletну uslugu u prvim danima po izlasku iz porodilišta - obaveznim programom predviđeno je 5 poseta - prva poseta je sutradan po izlasku bebe i majke iz porodilišta, ostale 4 posete do 15 dana po izlasku iz porodilišta.

Aktivnosti koje patronažna sestra preduzima u kućnim posetama kod porodilje, a odnosi se i na rad sa članovima porodice, je standardizovan kroz 4 aktivnosti: Kontrola zdravstvenog stanja, Sticanje veštine, zdravstveno vaspitanje i organizacija/pomoć u saradnji sa zajednicom.

### **1. Kontrola zdravstvenog stanja:**

- zbrinjavanje pupčane rane, tretiranje mlečca, kontrola pražnjenja dojki, položaj bebe prilikom dojenja, kontrola visine fundusa uterusa (involucija), stanja lohija, kontrola stanja bradavica, saniranje ragada..

### **2. Sticanje veština:**

- pravilna nega novorođenčeta (obrada pupka, kupanje, široko povijanje...), prostor i oprema za smeštaj porodilje i novorođenčeta, pravilna tehnika dojenja (izmlazanje mleka iz dojki), rana stimulacija razvoja, samonega, pripremanje obroka za decu na veštačkoj ishrani, iskazivanje nežnosti i ljubavi za bebu.

### 3. Zdravstveno vaspitanje:

- podsticaj i podrška članova porodice da pomognu u nezi bebe i majke, dobri odnosi u porodici, ljubav između roditelja i bebe, odgovorno roditeljstvo, značaj dojenja, značaj redovne zdravstvene kontrole deteta kod lekara, planiranje porodice - upućivanje u savetovalište..

### 4. Organizacija - pomoć:

- sa zdravstvenom službom i dr..službama.

U poslednjoj poseti patronažna sestra sprovodi dobrovoljnu anonimnu anketu (u prilogu) i ona patronažnoj sestri predstavlja kritički osvrt na evaluaciju svoga rada.

Važnost patronažnog rada je veliki bez nje bi se u potpunosti ugasio onaj poslednji socijalno-preventivni i edukativni element našeg primarnog zdravstva.

### **ISKUSTVO U RADU TELEFONSKOG SAVETOVALIŠTA "HALO BEBA"**

*Andželka Kotović, Vms, Gradski zavod za javno zdravlje Beograd*

"Halobebe" je telefonsko savetovalište za pomoć i podršku porodicama sa trudnicama, porodiljama, novorođenim bebama i malom decom. Radi već 13 godina, zahvaljujući UNICEFu saglasnosti Ministarstva zdravlja. Od tada radi u kontinuitetu, u tri smene - 24 sata svakoga dana u godini, (subotom i nedeljom i praznikom). Radom rukovodi tim iz Gradskom zavodu za javno zdravlje u Beogradu, gde je centar i smešten.

u telefonskom savetovalištu pored četiri telefona dežuraju nedeljno po jednu smenu iskusne više patronažne i pedijatrijske medicinske sestre iz beogradskih domova zdravlja (oko 50), posebno prethodno dobro edukovane.

Opšti cilj telefonskog savetovališta je stalno unapređivanje kvaliteta zdravstvene zaštite majke i deteta u Beogradu i Srbiji kroz veću otvorenost i dostupnost zdravstvene službe ka porodici i zajednici i ujednačavanje primene savremenih stručnih stavova, kao i jačanje kapaciteta porodice sa malom decom.

Telefonsko savetovalište obezbeđuje koordinaciju u radu među zdravstvenim ustanovama Beograda, posebno porodilištima i domovima zdravlja što se odvija svakodnevno kroz prijem prijava o otpustima mama i njihovih beba iz porodilišta, proveru adresa na kojoj borave i predaju podataka, pripadajućoj patronažnoj službi doma zdravlja.

U prilog uspešne edukacije roditelja ne samo iz Beograda već i iz cele Srbije a i iz celog sveta (15%), govore zadovoljni roditelji kao i ostvareni broj telefonskih saveta, posebno u prvim danima po otpustu iz porodilišta.

Najčešći saveti, se odnose na podršku majkama da isključivo doje svoju decu, praćenje rasta i razvoja, ranu stimulaciju razvoja svoje dece, unapređenje znanja i veština roditelja vezano za negu bolesne dece.

Roditelji se opširnije mogu informisati na sajtu WWW.HALOBEBA.RS ali i uputiti pitanje elektronskom poštom na mail: halobebe@beotel.rs

Dobra saradnja između ustanova i službi koje se bave brigom o deci, odličan timski rad, postignuti rezultati u radu i naročito zadovoljni roditelji su koraci kojima idemo u susret potrebama roditelja kako bi im roditeljstvo bilo zadovoljstvo i radost.



## POSTER PREZENTACIJE

**KARLIČNE MERE** - Mirjana Prvulović, KBC „Dr Dragiša Mišović-Dedinje“, Beograd

**POVIJEST ŠKOLE ZA PRIMALJE** - Anamarija Bajt, bacc.med.techn., Škola za primalje, Zagreb

**ŠKOLOVANJE PRIMALJA DANAS** - Željka Kuljak, bacc.med.techn., Škola za primalje, Zagreb



## ODRŽAVANJE KONGRESA SU POMOGLI:

### GENERALNI SPONZOR:



### OSTALI SPONZORI:

