

Smjernice za skrb o roditeljama tijekom fiziološkog porođaja:

KVALITATIVNO ISTRAŽIVANJE



Projekt „RADAR – Osnaživanje zagovaračkih potencijala organizacija civilnoga društva za zaštitu ženskih ljudskih prava u zdravstvu“ je podržan sa 149.983,03 eura financijske podrške Islanda, Lihtenštajna i Norveške u okviru EGP i Norveških grantova. Ovaj sadržaj omogućen je financijskom podrškom Islanda, Lihtenštajna i Norveške u okviru EGP i Norveških grantova. Ovaj sadržaj isključiva je odgovornost udruge Roditelji u akciji - Roda i ne odražava nužno stavove država donatorica i Upravitelja Fonda.

Projekt sufinancira Ured za udruge Vlade Republike Hrvatske. Stajališta izražena u ovom materijalu isključiva su odgovornost udruge Roditelji u akciji - Roda i ne odražavaju nužno stajalište Ureda za udruge Vlade Republike Hrvatske.

Ovaj je dokument izrađen uz financijsku podršku Grada Zagreba. Sadržaj ovoga dokumenta u isključivoj je odgovornosti udruge Roditelji u akciji - Roda i ni pod kojim se uvjetima ne može smatrati kao odraz stajališta Grada Zagreba.

Predgovor

Zadnjih nekoliko godina hrvatsku javnost snažno potresaju iskustva pacijentica u zdravstvenom sustavu koja govore o zanemarivanju zdravlja žena koje se očituje kroz različite bolne ginekološke postupke zbog uskraćivanja anestezije, nezakonito naplaćivanje ginekoloških pregleda, uskraćivanje prekida trudnoće zbog institucionalnog priziva savjesti, različite oblike verbalnog i fizičkog nasilja te nepoštivanje ljudskih prava.

Kada tome pridodamo nedostatak ginekoloških timova u velikom dijelu Hrvatske, potpuni izostanak smjernica za skrb o ženskom zdravlju, medije preplavljene mučnim svjedočanstvima žena zbog uskraćivanja zdravstvene skrbi, više nikoga ne bi trebala čuditi činjenica da je dio žena izgubio povjerenje u sustav i da sa strahom ulazi u zdravstvene ustanove. Dugoročne posljedice ćemo tek zbrajati.

Ovo kvalitativno istraživanje smjernica izrađeno je kako bi se na jasan i pregledan način pokazalo da praksa u hrvatskom zdravstvenom sustavu značajno odstupa od međunarodnih stručnih smjernica te da potpuno izostaju smjernice naših stručnih društava za sve važne postupke u kontekstu fiziološkog porođaja. Ovo istraživanje je još jedan poziv nadležnima da usmjere napore prema unapređenju zdravlja žena ukorak s modernom medicinom te da konačno odbace zastarjele prakse prikazane u udžbenicima iz sredine 20. stoljeća.

Kvalitativno istraživanje smjernica izrađeno je za područje fiziološkog porođaja jer su prijave žena o verbalnom i fizičkom nasilju postale učestale, a s čim su upoznate i međunarodne institucije – Odbor za uklanjanje nasilja nad ženama Ujedinjenih naroda, Europski sud za ljudska prava i Vijeće Europe. Međutim unatoč preporukama upućenima hrvatskoj Vladi nije učinjeno ništa kako bi se skrb za zdravlje žena unaprijedila, a pandemija je dodatno pogoršala već ionako lošu situaciju.

Izostanak jedinstvenih smjernica izrađenih na medicini temeljenoj na dokazima pruža mogućnost svakom zdravstvenom radniku i radnici da svjesno ili nesvjesno čini štetu po zdravlje žena i novorođenčadi te da se krije iza „pravila struke“ sugerirajući tako da ta pravila nisu za širu javnost i laikinje. Međutim praksa u visokorazvijenim zemljama pokazuje da je redovito ažuriranje smjernica, njihovo transparentno objavljivanje, uključivanje pacijenata i pacijentica u proces i upoznavanje sa smjernicama od velike važnosti za cijeli zdravstveni sustav. Takva praksa pridonosi većem povjerenju u zdravstveni sustav, snažnijem uključivanju pacijenata i pacijentica u procese zdravstvene skrbi, što pridonosi učinkovitosti zdravstvenog sustava, smanjenju troškova u zdravstvu te zdravijem društvu.

Uvod

Nezaustavljiv napredak medicine doveo je do značajnih promjena u načinu pružanja zdravstvene skrbi te je medicina zasnovana na dokazima (*evidence based medicine*) postala standard za donošenje odluka (1). Pri tome su kliničke smjernice zauzele važno mjesto u poštivanju suvremenih stručnih standarda, a definiraju se kao „izjave koje sadrže preporuku koja ima za namjeru optimizirati skrb za pacijenta. Nastaju na temelju sustavnog pregleda dokaza i procjene koristi i štete drugih terapijskih i inih opcija“ (2).

Brojna svjetska istraživanja pokazala su poboljšanje ishoda nakon implementacije kliničkih smjernica. Praćenje smjernica povezano je ne samo s poboljšanjem skrbi, odnosno kliničkih ishoda i smanjenjem mortaliteta, nego i s manjim troškovima zdravstvenog sustava (3-7).

Za izradu kliničkih smjernica u Hrvatskoj odgovorna su profesionalna liječnička društva pod okripljem Hrvatskog liječničkog zbora i trebale bi se objavljivati u Liječničkom vjesniku. Do sada su u Hrvatskoj objavljene brojne kliničke smjernice, pretežito iz područja onkologije, interne medicine i infektologije (8). Objavljene smjernice razlikuju se u metodologiji i kvaliteti izrade, a njihova primjena nije raširena, što za posljedicu ima neujednačenu zdravstvenu skrb za pacijente s istom dijagnozom.

Hrvatsko društvo za perinatalnu medicinu (HDPM) kao i Hrvatsko društvo ginekologa i opstetričara (HDGO) stručna su udruženja odgovorna za izradu smjernica za prevenciju, dijagnostiku i liječenje kliničkih stanja iz područja perinatologije, odnosno u razdoblju trudnoće i porođaja. Navedena društva izradila su nekoliko smjernica iz svog djelokruga, no trenutačno ne postoje preporuke, odnosno nacionalne kliničke smjernice iz područja skrbi za roditelje tijekom spontanog porođaja bez komplikacija (9).

Nepostojanje smjernica dovodi do nejednakosti u pružanju skrbi i narušava kvalitetu skrbi za vrijeme porođaja u Hrvatskoj. Učestalost invazivnih intervencija u porođaju razlikuje se od ustanove do ustanove, a pokazatelji se ne prate sustavno. Primjerice između četiri ustanove koje su sudjelovale u pilot-projektu „Rodilište – prijatelj majki i djece“ postoje značajne razlike u provođenju skrbi: učestalost epiziotomije (ureza međice) bila je u rasponu od 20 do 54 posto, dok je raspon učestalosti za vaginalni porođaj nakon carskog reza bio 0,4 do 42 posto, što govori o izrazito neujednačenoj skrbi (10).

Fiziološki porođaj, odnosno spontani vaginalni porođaj bez nepotrebnih medicinskih intervencija, povezan je s optimalnim ishodima za ženu koja rađa i njezino novorođenče stoga je u osiguravanju kvalitete skrbi za vrijeme porođaja ključno provođenje postupaka koji promoviraju fiziološki tijek porođaja. Respektabilna međunarodna stručna udruženja izrazila su stav da ženama u porođaju treba omogućiti individualiziranu skrb u skladu s relevantnim znanstvenim dokazima s ciljem osiguravanja boljih ishoda te postizanja pozitivnog doživljaja rađanja (11-14).

No usprkos mnogobrojnim znanstvenim dokazima o dobrobitima takve skrbi u Hrvatskoj je izražena medikalizacija porođaja i intervencije koje nisu u skladu s medicinom zasnovanom na dokazima. Istraživanje iskustava žena koje su rodile tijekom 2018. i 2019. u hrvatskom zdravstvenom sustavu pokazala su kako gotovo 70 % roditelja prima tvornički proizveden oksitocin, tzv. drip, za pojačavanje trudova te gotovo 80 % njih primi klistir, što se smatra zastarjelom praksom koja ne pruža nikakve dobrobiti za roditelju i dijete (15).

Pandemija Covid-19 povećala je izazove ionako preopterećenih zdravstvenih sustava i pridonijela pretjeranoj medikalizaciji porođaja te dodatno naglasila neusklađenost porođajnih praksi unutar zdravstvenih sustava s kliničkim smjernicama. Istraživanje objavljeno u časopisu *The Lancet Regional Health Europe* ukazalo je na postojanje značajnih razlika u kvaliteti skrbi za žene i novorođenčad između pojedinih zemalja [europske regije Svjetske zdravstvene organizacije \(SZO\)](#). Hrvatska se prema tom istraživanju našla na predzadnjem mjestu na ljestvici od ukupno 12 zemalja, što naglašava potrebu za poboljšanjem kvalitete skrbi za vrijeme porođaja (16).

Ovo istraživanje naglasiti će nužnost pristupa temeljenog na znanstvenim dokazima u provođenju skrbi za vrijeme porođaja u Hrvatskoj sukladno rastućim izazovima i zahtjevima za individualiziranom skrbi tijekom porođaja te potrebu za poboljšanjem kvalitete maternalne skrbi. Usporednom analizom smjernica o skrbi za vrijeme porođaja identificirat će se najvažniji aspekti skrbi za roditelje tijekom porođaja te pružiti sažet i razumljiv prikaz jednoglasnih preporuka, što može biti vrijedan alat zdravstvenim radnicima i radnicama koji će im pomoći premostiti jaz između znanstvenih dokaza i porođajnih praksi koje se provode.



Cilj

Glavni je cilj ovog istraživanja proučiti aspekte skrbi za vrijeme porođaja, odnosno porođajne prakse koje se preporučuju za žene s fiziološkim porođajem. Specifični je cilj usporediti smjernice inozemnih stručnih društava i organizacija iz područja perinatalne skrbi o skrbi za vrijeme porođaja za žene s fiziološkim porođajem te ispitati usklađenost postojećih praksi zdravstvene skrbi sa suvremenim stručnim standardima. Jedan od ciljeva je i osvještavanje važnosti donošenja stručnih smjernica za fiziološki porođaj, ali i drugih smjernica za reproduktivno zdravlje žena. Na kraju, podizanje svijesti o važnosti uključivanja pacijentica u sve procese koji se odnose na njihovo zdravlje, pa tako i u procjenu smjernica, još je jedan od važnih ciljeva ovog istraživanja.

Metodologija

U svrhu postizanja cilja istraživanja provela se komparativna analiza inozemnih i nacionalnih kliničkih smjernica iz područja skrbi za vrijeme porođaja (intrapartalne skrbi) u prosincu 2021. S ciljem usporedbe smjernica pretražene su mrežne stranice perinatoloških društava, stručnih udruženja primalja, stručnih udruženja ginekologa i opstetričara te baze znanstvenih radova PubMed, Scopus, Cochrane i Hrčak.

Ključne riječi za pretraživanje bile su: kliničke smjernice (*Clinical Guideline*), intrapartalna skrb (*Intrapartal Care*), porođaj (*Birth*), fiziološki porođaj (*Physiological Birth*), normalan porođaj (*Normal Birth*), primaljska skrb (*Midwifery Care*).

Kriteriji za uključivanje pronađenih izvora u istraživanje bili su:

- dokument označen kao smjernica/smjernice perinatoloških društava
- dokument pisan na engleskom ili hrvatskom jeziku
- javno financirani nacionalni zdravstveni sustav
- smjernice objavljene ili ažurirane u posljednjih pet godina
- fiziološki/nekomplicirani porođaj
- javno dostupan dokument / dokument dostupan na mrežnoj stranici institucije.

Rezultati

Od pronađenih izvora četiri kliničke smjernice odgovarale su kriterijima za uključivanje, pa su ti izvori odabrani za daljnju analizu. Svi navedeni izvori pripadaju kliničkim smjernicama koje se odnose na skrb tijekom nekomplikiranih, odnosno fizioloških porođaja.

U analizu su uključene međunarodne smjernice Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) za intrapartalnu skrb, smjernice Nacionalnog instituta za izvrsnost zdravlja i skrbi (NICE) iz Velike Britanije, smjernice britanskog udruženja primalja (RCM) za sve rodilje te australske kliničke smjernice (QCG) za normalan porođaj. Glavne osobine odabranih smjernica prikazane su u tablici 1.

Tablica 1: Odabrane kliničke smjernice

Naziv dokumenta/ smjernice	Institucija/autor	Godina izdanja	Godina posljednjeg ažuriranja	Država/regija
SZO smjernice: Intrapartalna skrb za pozitivno iskustvo rađanja <i>WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience</i>	Svjetska zdravstvena organizacija (SZO)	2018.	-	Međunarodne
Intrapartalna skrb za zdrave žene i djecu <i>Intrapartum care for healthy women and babies</i>	Nacionalni institut za izvrsnost zdravlja i skrbi (NICE)	2014.	2017.	Ujedinjeno Kraljevstvo
Primaljska skrb u porođaju, smjernice za sve žene u svim okruženjima <i>Midwifery care in labour guidance for all women in all settings</i>	Kraljevsko udruženje primalja (RCM)	2018.	-	Ujedinjeno Kraljevstvo
Normalan porođaj <i>Normal Birth</i>	Kliničke smjernice Queenslanda (QCG)	2017.	-	Australija / regija Queensland

Analizom odabranih izvora identificirani su glavni aspekti provođenja skrbi za vrijeme porođaja te je izvršena komparativna analiza preporuka, sažeta u tablici 2.



Tablica 2. Usporedba preporuka za glavne aspekte skrbi za vrijeme porođaja

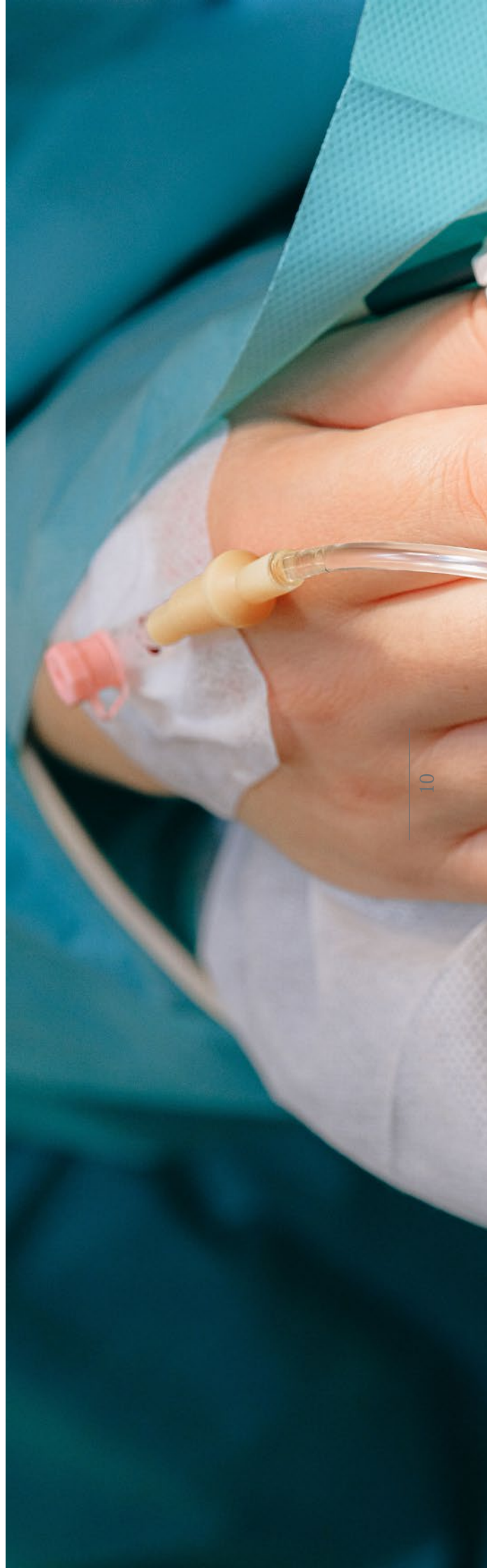
Općeniti aspekti skrbi					
Preporuke/ intervencije	WHO	NICE	RCM	QCG	HR
Model provođenja skrbi za vrijeme porođaja	<p>Primaljski model skrbi, model kontinuirane skrbi pri čemu poznata primalja ili skupina primalja pruža skrb tijekom prenatalnog, intrapartalnog i postnatalnog razdoblja.</p>	<p>Objasniti svim prvorođkinjama i više-rođkinjama mogućnost odabira mjesta rađanja (kod kuće, samostalni primaljski odjel, primaljski odjel povezan s rođilištem, opstetrički odjel) i poduprijeti njihov odabir.</p> <p>Ustanove za materinamnu skrb trebaju pružiti model skrbi koji podržava skrb jedana, jedan tijekom porođaja za sve žene. Ne ostavljati ženu samu za vrijeme aktivnog porođaja osim ako ona to ne zatraži.</p>	<p>Primalje trebaju informirati žene o tome da porođaji u primaljskim odjelima mogu poboljšati ishode i iskustva žena koje ne zahtijevaju opstetričku skrb. Svim ženama treba omogućiti informirani odabir mjesta rađanja.</p>	<p>Ponuditi svim ženama kontinuitet skrbi kroz odnos i praksu koja se temelji na suradnji.</p> <p>Omogućiti razvijanje terapeutskog odnosa između žene i zdravstvenog radnika ili radnice koji joj pružaju skrb.</p>	<p>Ne postoje preporuke.</p>

Općeniti aspekti skrbi

<p>Pratnja na porođaju / kontinuirana podrška tijekom porođaja</p>	<p>Pratnja po izboru žene tijekom porođaja. Osoba u pratnji može biti bilo koja osoba iz obitelji, zajednice ili dula.</p>	<p>Poticati ženu da ima osobu/e u pratnji na porođaju po svojem izboru.</p>	<p>Osobama u pratnji treba pružiti dobrodošlicu te ih pitati žele li prilikom porođaja. Primalje trebaju osigurati da se sve osobe u pratnji osjećaju cijenjeno zbog svojeg doprinosa porođaju. Primalje trebaju pitati ženu tko će joj biti osobe u pratnji te kako ih oslovljavati.</p>	<p>Kontinuirana podrška tijekom porođaja važna je strategija u promociji normalnog porođaja. Kontinuirana podrška jedan na jedan povezana je s poboljšanim ishodima.</p>	<p>Ne postoje preporuke.</p>
<p>Komunikacija s roditeljima</p>	<p>Učinkovita komunikacija između pružatelja skrbi i žena u porođaju, korištenje jednostavnih i kulturno prihvatljivih metoda.</p> <p>Uključuje minimalno: predstavljanje ženi i njezinoj pratnji uz oslovljavanje žene imenom; pružanje informacija na jasan i razumljiv način izbjegavajući medicinski žargon te uz upotrebu grafičkih prikaza; osiguravanje informiranog pristanka (verbalni i pisani kada je prikladno), poticanje žene da izrazi svoje potrebe i želje; interakcija s pratnjom kako bi se jasno objasnio najbolji način pružanja podrške ženi.</p>	<p>Odnositi se s poštovanjem prema svim ženama u porođaju, osigurati im kontrolu i uključivanje u sve što se događa. Uspostaviti komunikaciju sa ženom na način da ju se pozdravi s osmijehom i osobnom dobrodošlicom, ustanove njezine jezične potrebe, predstavi se i objasni svoju ulogu u pružanju skrbi, kuća prije ulaska u sobu. Ukoliko žena ima plan porođaja, potrebno je pročitati ga i raspraviti ga s njom.</p> <p>Prije bilo koje intervencije zatražiti od žene informirani pristanak. Pratnji i ženi pokazati kako pozvati pomoć, uključiti ju u primopredaju smjene.</p>	<p>Sve osoblje treba poštovati ženinu privatnost tako što će tražiti dopuštenje za ulazak u sobu.</p>	<p>Omogućiti informirani odabir i pristanak kroz dijeljenje informacija i razgovor sa ženom. Poštovati ženinopravo na odbijanje predložene skrbi. Upotrebljavati podržavajućirječnik. Poštovati i implementirati plan porođaja. Uključiti ženu u primopredaju skrbi.</p>	<p>Ne postoje preporuke.</p>

Skrb tijekom prvog porođajnog doba

Preporuke/ intervencije	WHO	NICE	RCM	QCG	HR
Brijanje/klistir	Ne preporučuje se brijanje perinealne regije prije porođaja niti upotreba klistira za poticanje i ubrzavanje porođaja.	Nema izričitih informacija, no ne spominje se u dijelu koji detaljno opisuje higijenske intervencije pri primitku u rađaonicu te se može zaključiti da se ne preporučuje.	Nema informacija.	Nema informacija.	Ne postoje preporuke.
Rutinska klinička pelvimetrija* (*procjena oblika i veličine zdjelice putem vaginalnog pregleda)	Ne preporučuje se za zdrave žene.	Nema izričitih informacija, no ne spominje se u dijelu koji detaljno opisuje intervencije pri primitku.	Nema informacija.	Nema izričitih informacija, no navode se vanjski pregledi koji ne uključuju pelvimetriju, stoga se može zaključiti da se ne preporučuje.	Ne postoje preporuke.



Skrb tijekom prvog porođajnog doba

<p>Rutinska procjena stanja ploda pri prijemu</p> <p>(*Procjena otkucaja srca fetusa – vrši se putem opstetričke slušalice (Pinard), malog ultrazvučnog uređaja (ručni doppler uređaj) kojima se otkućaji slušaju povremeno)</p>	<p>Ne preporučuje se rutinska kardiokografija (CTG) pri prijemu.</p> <p>Preporučuje se procjena upotrebom Pinardove slušalice ili uređaja doppler.</p>	<p>Auskultirati (slušati) otkucaje fetalnog srca tijekom jedne minute nakon truda uz palpaciju ženinog pulsa.</p> <p>Upotrebljavati Pinardovu slušalicu ili uređaj doppler.</p> <p>Ukoliko žena s niskim rizikom zatraži kardiokografiju, objasniti prednosti i nedostatke i poduprijeti njezin izbor. Ponuditi kontinuiranu kardiokografiju samo kada postoje rizični čimbenici kao što su: majčin puls preko 120 otkucaja u minuti u dva mjerenja u razmaku od 30 minuta, temperatura iznad 38 °C ili iznad 37,5 °C u dva mjerenja u razmaku od sat vremena, sumnja na sepsu ili infekciju, bolovi koji se ne mogu pripisati normalnim porođajnim bolovima, prisutnost mekonija u plodovoj vodi, vaginalno krvarenje, visok krvni tlak, proteinurija, potvrđeni zastoj porođaja u prvom ili drugom porođajnom dobu, trudovi koji traju dulje od 60 sekundi ili više od 5 trudova u 10 minuta, upotreba dripa.</p>	<p>Ženama bez kliničke indikacije za kontinuirani kardiokografski nadzor (zdrava žena, bez postojanja značajnih prethodnih bolesti, urednog tijeka trudnoće i porođaja) ne bi trebalo nuditi kardiokografiju prilikom primitka kao standardni postupak.</p>	<p>Procijeniti otkucaje fetalnog srca upotrebom Pinardove slušalice ili uređaja doppler.</p> <p>Auskultirati pred kraj truda i nastaviti 30 do 60 sekundi nakon završetka. Ne preporučuje se rutinska upotreba kardiokografije za žene s niskim rizikom.</p>	<p>Ne postoje preporuke.</p>
<p>Praćenje napretka prvog porođajnog doba</p>	<p>Brzina otvaranja od 1 cm/h nije realna za sve žene, stoga se ne preporučuje kao indikator napretka. Preporučuje se upotreba partograma, grafičkog prikaza napretka porođaja kao nadzora stanja žene i ploda, no ne preporučuje se upotreba unaprijed ucrtane linije uzbuñivanja (<i>alert line</i>) koja označava presporo otvaranje.</p>	<p>Upotrebljavati partogram, grafički prikaz napretka porođaja, nakon što je porođaj uznapredovao. Savjetovati ženama kod kojih se sumnja na zastoj porođaja vaginalni pregled nakon 2 h i dijagnosticirati zastoj ako je napredak manji od 1 cm.</p>	<p>Nema informacija.</p>	<p>Aktivno prvo porođajno doba – napredak od 2cm tijekom 4 sata smatra se normalnim. Napredak od 0,5 cm na sat smatra se prihvatljivim.</p> <p>Započeti partogram nakon početka aktivne faze porođaja iako je kvaliteta dokaza za kliničke dobrobiti niska.</p>	<p>Ne postoje preporuke.</p>

Skrb tijekom prvog porođajnog doba

<p>Vaginalni pregled</p>	<p>Preporučuje se u intervalima od 4 h za rutinski nadzor tijekom prvog porođajnog doba.</p>	<p>Nuditi vaginalne preglede u intervalima od 4 h ukoliko postoji zabrinutost za napredak porođaja ili na zahtjev žene (nakon što je provedena abdominalna palpacija i procjena vaginalnog iscjetka).</p>	<p>Nema informacija.</p>	<p>Kod održanog vodenjaka nema dokaza koji podupiru ili ne podupiru rutinsko provođenje vaginalnih pregleda za poboljšanje ishoda majke i djeteta.</p> <p>Zadržati broj vaginalnih pregleda na minimumu. Preporučiti vaginalni pregled kao pomoć u donošenju odluka: unutar 4 sata od primitka u rađaonicu, svaka 4 sata u aktivnom porođaju ukoliko se pojavi klinička indikacija.</p> <p>Ne postoje preporuke.</p>
<p>Upotreba sredstava za vaginalno čišćenje* (*Prilikom vaginalnog pregleda upotrebljava se lubrikant koji može sadržavati sredstvo za dezinfekciju/ antiseptik)</p>	<p>Ne preporučuje se upotreba rutinskog čišćenja vagine sa klorheksidinom u svrhu prevencije infekcije tijekom porođaja.</p>	<p>Može se upotrijebiti voda iz slavine ukoliko je potrebno čišćenje prije vaginalnog pregleda.</p>	<p>Nema informacija.</p>	<p>Nema informacija.</p> <p>Ne postoje preporuke.</p>

Skrb tijekom prvog porođajnog doba

<p>Nadzor stanja ploda</p>	<p>Ne preporučuje se kontinuirani CTG za zdrave žene sa spontanim porođajem.</p> <p>Preporučuje se povremeno slušanje otkucaja Pinarđovom slušalicom ili uređajem doppler.</p>	<p>Ne nuditi CTG ženama s niskim rizikom. Nuditi povremeno slušanje otkucaja upotrebom Pinarđove slušalice ili uređaja doppler. Pratiti otkucaje tijekom 1 min. nakon truda svakih 15 min.</p> <p>Ženama s rizičnim čimbenicima ponuditi telemetrijsku kardiotokografiju (upotreba bežičnih sonđi koje omogućuju nesmetano kretanje žene).</p>	<p>CTG upotrebljavati samo kada postoji jasna klinička indikacija. Povremeno slušanje otkucaja tijekom porođaja upotrebom Pinarđove slušalice ili uređaja doppler prikladnije je za žene bez kliničke indikacije za CTG.</p>	<p>Povremeno slušanje otkucaja tijekom latentne faze prvog porođajnog doba svaka 4 h, tijekom aktivnog prvog porođajnog doba svakih 15-30 min., tijekom pasivne faze drugog porođajnog doba svakih 15 min., aktivne faze drugog porođajnog doba nakon svakog truda tijekom jedne minute najmanje svakih 5 min.</p>	<p>Ne postoje preporuke.</p>
----------------------------	--	--	--	--	------------------------------



Skrb tijekom prvog porođajnog doba

<p>Farmakološke metode ublažavanja porođajnih bolova</p>	<p>Epiduralna analgezija preporučuje se s obzirom na ženine želje. Opioidna analgezija parenteralnim opioidima kao što su fentanyl, petidin i diamorfin preporučuje se s obzirom na ženine želje.</p> <p>Prije primjene zdravstveni radnici i radnice trebali bi savjetovati žene o mogućim nuspojavama opioida kao i o alternativnim metodama ublažavanja bolova koje su dostupne.</p>	<p>Osigurati dostupnost dušikova oksidula i intravenskih i intramuskularnih opioida (petidina, diamorfija i drugih opioida). Informirati ženu o nuspojavama opioida i njihovu utjecaju na dojenje.</p> <p>Ako žena zatraži epiduralnu analgeziju, omogućiti je, uključujući žene u latentnoj fazi porođaja. Preporučuje se transfer iz primajskog modela skrbi u opstetrički model ukoliko zatraži epiduralnu.</p>	<p>Ključne informacije o epiduralnoj analgeziji trebaju uključivati dobrobiti i potencijalne nuspojave. Primalje trebaju biti pažljive kako ne bi stvarale pritisak na žene da odbiju ili zatraže epiduralnu.</p>	<p>Ponuditi informacije o dobitima, rizicima i implikacijama upotrebe lijekova za ublažavanje bolova.</p> <p>Podupirati i poticati žene na učinkovitu administraciju dušikova oksidula.</p>	<p>Ne postoje preporuke.</p>
--	---	--	---	---	------------------------------



Skrb tijekom prvog porođajnog doba

<p>Nefarmakološke metode ublažavanja bolova</p>	<p>Preporučuju se tehnike relaksacije, uključujući progresivnu mišićnu relaksaciju, tehnike disanja, upotreba glazbe i druge tehnike s obzirom na ženine želje. Preporučuju se manualne tehnike kao što je masaža i primjena toplih obloga.</p>	<p>Savjetovati ženi i njezinoj pratnji tehnike disanja, upotrebu vode i masažu za ublažavanje bolova u latentnoj fazi. Ne nuditi i savjetovati aromaterapiju, jogu ili akupresuru tijekom latentne faze, no ako žena to zatraži, treba poštovati njezine želje.</p> <p>Ne primjenjivati injekcije sterilne vode. Ne nuditi akupunkturu, akupresuru i hipnozu, ali ne sprječavati ženu da ih koristi. Podržati puštanje glazbe po ženinom izboru. Ne nuditi uređaj TENS ženama u uznapredovalom porođaju.</p>	<p>Žene treba informirati da im upotreba kade/bazena može pomoći tijekom trudova te da im može dati osjećaj kontrole u porođaju. Sve žene koje žele upotrebljavati vodu u porođaju treba poduprijeti u tome.</p> <p>Primalje trebaju savjetovati žene kako neki terapijski postupci mogu imati dobrobiti, ali da nema jasnih dokaza o učinkovitosti alternativnih terapija za ublažavanje bolova. Primalje bi trebale poduprijeti ženin izbor alternativnih terapija, no razmotriti sigurnosna pitanja i raspraviti ih sa ženom. Savjetovati da se ne može primjenjivati ništa što zahtijeva otvoreni plamen te da svaka metoda pri kojoj se perforira koža (akupunktura, injekcije sterilne vode) nosi sa sobom rizik od infekcije.</p>	<p>Većina nefarmakoloških metoda čini se sigurna za ženu i dijete, ali učinkovitost je nejasna. Sa ženom treba raspraviti dostupne mogućnosti uključujući njihove dobrobiti i rizike te poduprijeti ženin odabir. Razmotriti upotrebu topline, hidroterapiju, akupresuru i akupunkturu, hipnozu, relaksaciju, masažu, jogu, TENS, aromaterapiju i <i>biofeedback</i>, injekcije sterilne vode, pilates loptu.</p> <p>Upotreba vode u porođaju učinkovita je metoda nefarmakološke analgezije.</p> <p>Nema dovoljno dokaza o učinkovitosti refleksologije, tradicionalne kineske medicine, homeopatije i muzikoterapije.</p>	
<p>Mobilnost / poticanje na kretanje tijekom porođaja</p>	<p>Preporučuje se mobilnost i zauzimanje uspravnih položaja tijekom porođaja.</p>	<p>Poticati i pomagati ženi da se giba i zauzima položaje koji su joj najudobniji.</p>	<p>Ponuditi ženi i pratnji pokazivanje dostupne opreme za aktivan porođaj. Pomagala kao što su lopte, strunjače i vrećasti stolci trebaju biti lako dostupni u prostoru za rađanje. Primalje trebaju poduprijeti žene za zauzimanje bilo kojeg položaja tijekom porođaja i za promjenu položaja kada to žele.</p>	<p>Nema dokaza kako je određeni položaj optimalan. Izbjegavati položaj na leđima jer je povezan s neželjenim učincima. Poticati zauzimanje uspravnih položaja (kličanje, čučanje ili stajanje) i kretanje. Upotreba pilates lopte može biti učinkovita u ublažavanju bolova i poboljšanju položaja fetusa.</p>	<p>Ne postoje preporuke.</p>

Skrb tijekom prvog porođajnog doba

Hrana i piće tijekom porođaja	Preporučuje se uzimanje tekućine na usta i hrane tijekom porođaja.	Informirati ženu da može piti te da izotonična pića imaju više dobiti od vode. Informirati ženu da može jesti laganu hranu osim u slučaju kada prima opioide ili razvije čimbenike rizika koji povećavaju mogućnost za opću anesteziju.	Većinu žena treba poduprijeti da jedu i piju koliko žele. Žene s povećanim rizikom za upotrebu anestezije treba informirati o iznimno rijetkom riziku za aspiracijski sindrom.	Podupirati žene da jedu i piju koliko žele. Često im nuditi gutljaj vode. Izotonična i karbonizirana pića nisu učinkovitija od vode.	Ne postoje preporuke.
Aktivno vođenje porođaja	Ne preporučuje se aktivno vođenje porođaja za prevenciju zastoja porođaja.	Ne nuditi rutinski aktivno vođenje porođaja (stalni nadzor primanje, stroga definicija porođaja, rana amniotomija, vaginalni pregledi svaka 2 h, oksitocin ako se porođaj uspori).	Nema informacija.	Nema informacija.	Ne postoje preporuke.
Intravenske tekućine za prevenciju zastoja porođaja koje mogu uključivati fiziološku tekućinu ili otopinu glukoze	Ne preporučuje se primjena intravenskih tekućina radi skraćivanja trajanja porođaja.	Nema informacija.	Nema informacija.	Nema informacija.	Ne postoje preporuke.
Rutinska amniotomija – prokidanje vodenjaka	Ne preporučuje se upotreba isključivo amniotomije za prevenciju zastoja porođaja.	Ne raditi rutinsku amniotomiju ako porođaj normalno napreduje.	Nema informacija.	Nema informacija.	Ne postoje preporuke.
Rana amniotomija i oksitocin	Ne preporučuje se upotreba rane amniotomije i oksitocina kao prevencija zastoja u porođaju.	Ne primjenjivati ranu amniotomiju i oksitocin rutinski.	Nema informacija.	Nema informacija.	Ne postoje preporuke.

Skrb tijekom drugog porođajnog doba

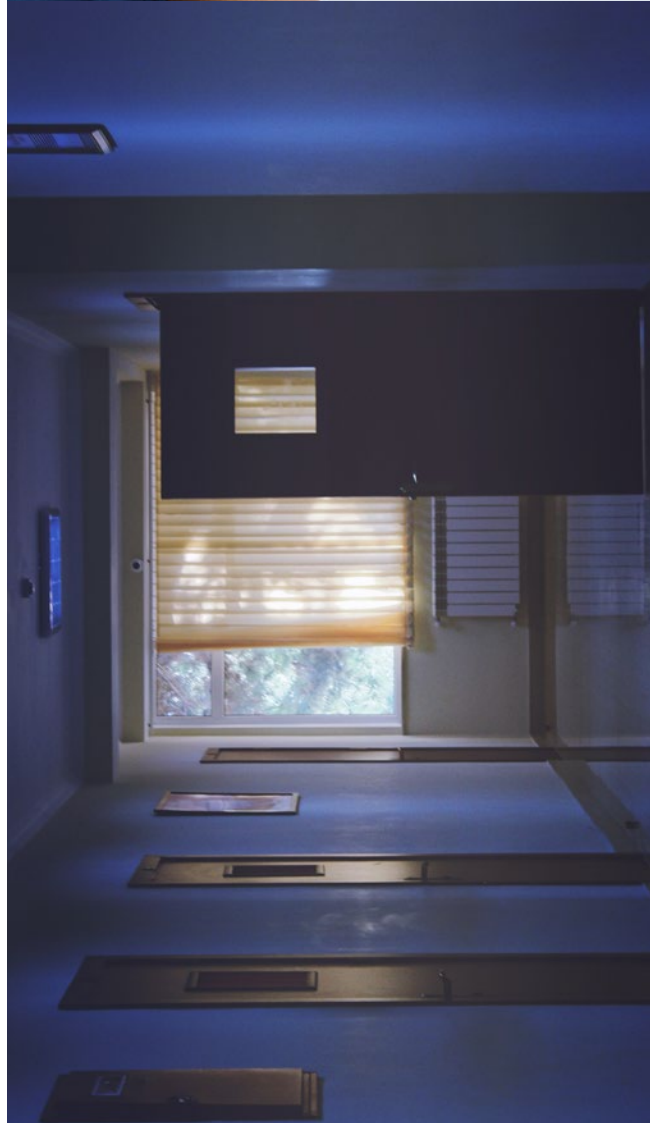
Preporuke / intervencije	WHO	NICE	RCM	QCG	HR
Definiranje trajanja drugog porođajnog doba	Informirati žene kako trajanje drugog porođajnog doba varira. Kod prvototkinja uobičajeno se završi unutar 3 h, dok se kod višerotkinja uobičajeno završi unutar 2 h.	Za prvototkinje se očekuje da će se porođaj dovršiti unutar 3 h od početka aktivnog drugog porođajnog doba. Za višerotkinje se očekuje da će se dovršiti unutar 2 h.	Nema informacija.	Nema konsenzusa oko trajanja drugog porođajnog doba kada je ušće maternice potpuno otvoreno, ali nema nagona za tiskanje. Procijeniti stanje i konzultirati se s liječnikom/com ako nakon jednog sata nema nagona za tiskanje ili napretka. Ako kod prvototkinja nema napretka nakon jednog sata, a kod višerotkinja nakon 30 minuta tiskanja, konzultirati se i prebaciti skrb liječniku/ci. Dijagnoza zastoja kod prvototkinja nakon dva sata aktivnog tiskanja, kod višerotkinja nakon jednog sata.	
Položaji za rađanje tijekom drugog porođajnog doba	Preporučuje se poticanje na mobilnost i zauzimanje uspravnih položaja.	Obeshrabrivati položaj na leđima ili poluležeći položaj te poticati uspravne položaje ili položaj koji je ženi najudobniji. Poticati žene s epiduralnom analgezijom na mobilnost i zauzimanje uspravnih položaja.	Primalje trebaju savjetovati žene o tome kako zauzimanje uspravnih položaja smanjuje učestalost intervencija kao što su instrumentalni porođaj, epiziotomija i nepravilnosti otkucaja fetalnog srca. Položaj na leđima bi trebalo ograničiti na omogućavanje određenih zahvata kao što je neposredno prije instrumentalnog porođaja ili za uzimanje uzorka fetalne krvi, te odmah nakon zahvata promijeniti položaj.	Klečeći položaj te položaj na koljenima i laktovima povezani su s manjom vjerojatnošću za ozljede medice. Sjedeći položaj, čučajući i porođaj na porođajnom stolčicu su povezani s povećanom mogućnošću ozljeda medice. Uspravni položaji tijekom drugog porođajnog doba mogu skratiti njegovo trajanje kod prvototkinja.	Ne postoje preporuke.

Skrb tijekom drugog porođajnog doba

Spontano tiskanje tijekom drugog porođajnog doba	Preporučuje se poticanje žena da slijede vlastiti nagon za tiskanje tijekom drugog porođajnog doba.	Informirati ženu da tijekom drugog porođajnog doba slijedi vlastiti nagon za tiskanje. Kod žena s epiduralnom analgezijom odgoditi aktivno tiskanje 1 h ili više nakon potvrde potpune otvorenosti osim ako nema nagon na tiskanje.	Nema informacija.	Poticati ženu da tiska sukladno vlastitom instinktu, što je uglavnom tiskanje s otvorenim glotisom (bez zadržavanja daha). Izbjegavati navođenje žene na tiskanje sa zatvorenim glotisom (Valsalvin manevar - tiskanje uz zadržavanje daha).	Ne postoje preporuke.
Tehnike prevencije ozljeda međice	Preporučuju se tehnike prevencije ozljeda međice kao što su primjena toplih obloga, perinealna masaža, manualno čuvanje međice, ovisno o ženinim željama i dostupnosti.	Ne provoditi masažu međice tijekom drugog porođajnog doba. Mogu se upotrebljavati ili „hands on“ tehnike manualnog čuvanja međice koje uključuju podupiranje međice i fleksiju glavice ili „hands poised“ tehnike tijekom koje se ne dodiruju međica niti glavica, ali su ruke primanje u pripravnosti.	Primalje trebaju pitati žene žele li upotrebu toplih obloga na međicu kao pomoć u smanjenju mogućnosti za ozljede međice.	Topli oblozi za međicu tijekom drugog porođajnog doba mogu biti povezani s manjom učestalošću ozljeda trećeg i četvrtog stupnja, manjim bolovima i povećanim zadovoljstvom i ugodom. Ne postoji dovoljno dokaza za poticanje fleksije fetalne glavice. Nedovoljno dokaza za preporuku „hands on“ ili „hands poised“ pristupa kao prevencije perinealne traume. Mogu se koristiti obje tehnike.	Ne postoje preporuke.
Rutinsko izvođenje epiziotomije - uređaje za međice	Ne preporučuje se rutinsko ni učestalo izvođenje epiziotomije.	Ne izvoditi rutinske epiziotomije tijekom spontanog vaginalnog porođaja.	Rutinsko izvođenje epiziotomije može rezultirati teškim perinealnim ozljedama.	Nema informacija.	Ne postoje preporuke.
Fundalni pritisak / Kristellerov manevar* <i>(*Nalijeganje na trbuh rukama, podlakticama, laktovima, cijelom težinom tijela od strane liječnika ili primalje radi ubrzanja porođaja)</i>	Ne preporučuje se upotreba pritiska na fundus kako bi se ubrzalo drugo porođajno doba.	Nema izričitih informacija, no kao preporuka za ubrzanje i dovršetak drugog porođajnog doba navodi se preporuka za instrumentalni dovršetak porođaja te se može zaključiti da se ne preporučuje fundalni pritisak.	Nema informacija.	Nema informacija.	Ne postoje preporuke.

Skrb tijekom trećeg porođajnog doba

Preporuke/ intervencije	WHO	NICE	RCM	QCG	HR
Aktivno vođenje trećeg porođajnog doba <i>(*uključuje upotrebu uterotonika – lije- kova koji uzrokuju kontrakcije materni- ce – i kontroliranog povlačenja za pupkovinu kako bi se porodila posteljica)</i>	Preporučuje se upotreba uterotonika kao prevencija postporođajnog krvarenja za sve porodaje. Preporučuje se primjena 10 IJ oksitocina intravenski ili intramuskul- larno. U slučajevima kada nije dostupan oksitocin, preporučuje se upotreba drugih uterotonika kao što je metergin, kombinacija metergina i oksitocina ili oralni misoprostol. Kontrolirano povlačenje za pupkovinu preporučuje se ako žena i pružatelj skrbi smatraju važnim malu redukciju u krva- renju i trajanju trećeg porođajnog doba.	Informirati ženu o pred- nostima i nedostacima aktivnog i fiziološkog vođenja trećeg porođajnog doba te uvažiti njezine preferencije. Savjetovati aktivno vođenje. Za ak- tivno vođenje primijeniti 10 IJ oksitocina intramu- skularno. Primijeniti kontrolirano povlačenje za pupkovinu samo nakon primjene oksitocina.	Profilaksa oksitocinom može smanjiti gubitak krvi uz manje nuspojave od ergotila. Uz odabir aktivnog vođenja snažno se preporučuje kontrolirano povlačenje za pupkovinu u svrhu smanjenja mogućnosti za zaostajanje posteljice.	Modificirano aktivno vođenje preporučuje se za sve porodaje. Primjena ute- rotonika neposredno nakon porođaja djeteta i prije nego je pupkovina podvezana i prerezana. Preporučuje se 10 IJ oksitocina intramu- skularno neposredno nakon rođenja djeteta. Upotrijebiti kontrolirano povlačenje za pupkovinu nakon znakova odljuštenja posteljice.	Ne postoje preporuke.
Masaža maternice	Ne preporučuje se masaža maternice kao prevencija krvarenja kod žena koje su dobile uterotonike.	Nema informacija.	Nema informacija.	Nema informacija.	Ne postoje preporuke.



Postupci s novorođenčeta

Preporuke/ intervencije	WHO	NICE	RCM	QCG	HR
Kontakt kožom na kožu	Preporučuje se kontakt kožom na kožu tijekom prvog sata za svu novorođenčad bez komplikacija.	Poticati kontakt kožom na kožu što prije nakon porođaja. Odgoditi sve intervencije i izbjeći odvajanje majke i djeteta tijekom prvog sata.	Nema informacija.	Postaviti dijete u kontakt kožom na kožu neposredno nakon porođaja. Održati kontakt kožom na kožu minimalno jedan sat ili do prvog podoja.	Ne postoje preporuke.
Odgodeno podvezivanje i rezanje pupkotine	Preporučuje se odgođeno rezanje pupkotine – ne kraće od 1 minute.	Ne podvezivati pupkovinu ranije od 1 minute nakon rođenja djeteta osim ako otkucaji nisu ispod 60 otkucaja/min. Podvezati pupkovinu prije 5. minute u sklopu aktivnog vođenja/povlačenja za pupkovinu.	Savjetuje se odgođeno podvezivanje pupkotine za optimalne ishode novorođenčeta.	Pričekati barem jednu do tri minute ili nakon prestanka pulsiranja pupkotine prije podvezivanja i rezanja. Podvezati prije 5. minute ako se očekuje kontrolirano povlačenje za pupkovinu. Ne preporučuje se lotus porođaj (porođaj prilikom kojeg se pupkovina ne podvezuje niti prerezuje, posteljica ostaje pričvršćena na dijete dok se ne osuši i ne otpadne sama).	Ne postoje preporuke.
Dojenje	Svu novorođenčad, uključujući novorođenčad niske porođajne težine, treba postaviti na dojku što prije nakon porođaja i kada su klinički stabilno te kada su majka i dijete spremni za to.	Poticati početak dojenja što prije nakon porođaja, idealno unutar prvog sata od porođaja.	Nema informacija.	Poticati kontakt kožom na kožu do početka podoja (ili hranjenja po izboru). Promatrati prvi podoj i ponuditi pomoć ako je potrebna.	Ne postoje preporuke.
Rutinska aspiracija * nosa ili usta novorođenčeta (*uklanjanje sekreta)	Ne preporučuje se za novorođenčad koja samostalno započinje disati nakon porođaja i gdje je plodova voda bila bistra.	Nema izričite informacije o rutinskoj aspiraciji, ali ne preporučuje se aspirirati gornje dišne puteve novorođenčadi koja ima normalne otkucaje srca, tonus i respiraciju uz prisutnost mekonija.	Nema informacija.	Nema informacija.	Ne postoje preporuke.

Postupci s novorođenčetaom

<p>Profilaksa vitaminom K</p>	<p>Preporučuje se 1 mg vitamina K intramuskularno za svu novorođenčad nakon prvog sata (koji provode u kontaktu kožom na kožu).</p>	<p>Nema informacija.</p>	<p>Nema informacija.</p>	<p>Izbjegavati odvajanje majke i novorođenčeta radi primjene vitamina K.</p>	<p>Ne postoje preporuke.</p>
<p>Kupanje i ostala skrb neposredno nakon porođaja</p>	<p>Preporučuje se odgoda kupanja novorođenčadi prva 24 h. Ukoliko to nije moguće, preporučuje se odgoda najmanje 6 h. Ne preporučuje se odvajanje majki i novorođenčadi i preporučuje se zajednički boravak 24 h na dan (<i>rooming in</i>).</p>	<p>Ne odvajati majku i dijete tijekom prvog sata. Odgoditi sve intervencije tijekom prvog sata.</p>	<p>Nema informacija.</p>	<p>Izbjegavati nepotrebno odvajanje majke i djeteta tijekom prvog sata, uključujući intervencije kao što su vaganje, mjerenje, kupanje i primjena vitamina K i cijepjenja.</p>	<p>Ne postoje preporuke.</p>



Analiza smjernica

Rezultati ovog istraživanja pružaju sustavan pregled relevantnih inozemnih smjernica iz područja skrbi za vrijeme porođaja za žene s fiziološkim porođajem.

Rezultati su pokazali potpuni izostanak nacionalnih kliničkih smjernica o skrbi za vrijeme porođaja u Hrvatskoj usprkos postojanju stručnih društava u čijoj je domeni izrada smjernica za dijagnostiku, liječenje i prevenciju kliničkih stanja od posebne važnosti za granu perinatologije u svrhu poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite trudnica, roditelja i djece. U Hrvatskoj su to Hrvatsko društvo za ginekologiju i opstetriciju (HDGO) te Hrvatsko društvo za perinatalnu medicinu (HDPM) koje svoje smjernice objavljuju u časopisu *Gynaecologia et Perinatologia*. Iako na mrežnim stranicama tih udruženja postoje upute za izradu smjernica, smjernice za izradu smjernica, a navedeno je i da postoji plan donošenja smjernica, uočljiv je njihov nedostatak iz područja perinatologije u odnosu na ostala područja. Iz područja fetalne medicine i opstetricije objavljene su samo jedne smjernice te se one odnose na procjenu rizika za preeklampsiju (9).

Osim inozemnih smjernica koje su uključene u ovu analizu, u drugim europskim zemljama također postoje kliničke smjernice za skrb za vrijeme porođaja kod fizioloških porođaja. Tako Poljska, Rumunjska, Litva i Luksemburg imaju kliničke smjernice izdane od strane nacionalnih opstetričkih udruženja i ministarstava zdravlja, dok će švedske nacionalne smjernice biti dostupne od prosinca 2022. godine (17-21).

Osobitosti inozemnih smjernica koje su uključene u ovo istraživanje prikazane su u tablici 1. Sve analizirane smjernice objavljene su ili ažurirane posljednjih pet godina (od 2017. do 2022.): tri smjernice objavila su nacionalna udruženja iz Ujedinjenoga Kraljevstva i Queenslanda, a jedne smjernice su međunarodne.

Među inozemnim smjericama uključenima u analizu identificirani su glavni aspekti skrbi za vrijeme porođaja, a preporuke su za pojedine aspekte sažete, kategorizirane, analizirane i komparirane.

Za neke aspekte skrbi preporuke su ujednačene kroz sve analizirane smjernice poput preporuke za provođenje primaljskog modela skrbi ili dostupnosti kontinuirane podrške, dok su u nekim područjima pronađene značajne razlike te ne postoji konsenzus kao što je to slučaj s nefarmakološkim metodama ublažavanja porođajnih bolova.

Analizom smjernica uočeno je da neke od intervencija odnosno postupaka nisu eksplicitno navedene, osim u smjericama SZO-a. Takvi postupci poput brijanja, vaginalnog čišćenja, klistira i Kristellerova hvata zastarjeli su te je stoga razumljivo da se ne spominju u smjericama pisanim

unutar zdravstvenih sustava visokorazvijenih zemalja. S obzirom na to da su smjernice SZO-a globalnoga karaktera te se odnose i na nerazvijene zemlje u kojima se takve zastarjele prakse još uvijek koriste, eksplicitno je naglašeno kako se te intervencije i postupci ne preporučuju.

U svim smjernicama za skrb za vrijeme porođaja preporučuje se provođenje primaljskog modela skrbi te kontinuirana skrb jedan na jedan. U Hrvatskoj takav model skrbi nije omogućen s obzirom na to da primalje u Hrvatskoj, usprkos usklađenosti obrazovanja i kvalifikacija s Direktivom EU-a 2005/36EC prema kojoj trebaju imati mogućnost samostalnog vođenja fizioloških porođaja, nemaju profesionalnu autonomiju te rade isključivo pod nadzorom liječnika i liječnica specijalista ginekologije i opstetricije (23, 24).

Sve analizirane smjernice sadrže preporuku o dostupnosti kontinuirane podrške ženi tijekom porođaja odnosno preporučuju omogućavanje prisutnosti osobe u pratnji po izboru žene. Istraživanje objavljeno 2020. o iskustvima žena kojima je pružena skrb za vrijeme porođaja u Hrvatskoj pokazalo je kako većina žena ima pratnju bliske osobe na porođaju, njih 61,9 %. To je značajno povećanje u odnosu na 2015. godinu kada je 50 % žena imalo pratnju na porođaju, što pokazuje kako se određene prakse mijenjaju u pozitivnom smislu (15). No pandemija Covid-19 unazadila je napore i postignuta poboljšanja. Gotovo 80 % žena tijekom pandemije nije imalo pratnju na porođaju, a u određenim fazama pandemije ona je bila u potpunosti onemogućena (22).

Osim kontinuirane podrške sve smjernice uključuju preporuke koje se odnose na način komunikacije s roditeljom u kojima se naglašava važnost osiguranja informiranog pristanka na sve intervencije te nužnost prenošenja informacija na kulturno prihvatljiv i razumljiv način. Iskustva iz Hrvatske pokazuju kako informirani pristanak još uvijek nije standardna praksa u hrvatskom bolničkom sustavu s obzirom na to da značajan broj žena nije dobio obrazloženje niti je zatražen njihov pristanak na rutinske intervencije u porođaju. Jedna od najčešćih intervencija koja se najčešće izvodi bez informiranog pristanka je postavljanje intravenske kanile za što 31,2 % žena nije dobilo obrazloženje i nije zatražen njihov pristanak. Isto istraživanje pokazalo je da je tek nešto više od polovice žena bilo zadovoljno komunikacijom sa zdravstvenim radnicima i radnicama tijekom porođaja, njih 53,2 %. Sličan postotak žena (54,2 %) smatrao je da su im zdravstvene radnice i radnici objašnjavali postupke na razumljiv način, a gotovo polovici žena (42,8 %) nisu se predstavili tijekom porođaja usprkos pravu na upoznavanje s imenima i specijalizacijom osoba koje im pružaju zdravstvenu skrb, a što propisuje Zakon o zaštiti prava pacijenata (15).





Prilikom primitka u rađaonicu te kao metoda nadzora stanja fetusa sve četiri smjernice ne preporučuju upotrebu kardiokografije, odnosno CTG-a. Za nadzor otkucaja srca fetusa preporučuju intermitentnu auskultaciju, odnosno povremeno praćenje otkucaja srca fetusa upotrebom opstetričke/Pinardove slušalice ili uređaja doppler. U Hrvatskoj je takva vrsta nadzora rijetkost te mnoge ustanove rutinski koriste kontinuiranu kardiokografiju za nadzor svih porođaja što je vidljivo iz podataka prikupljenih za potrebe provođenja pilot-projekta „Rodilište – prijatelj majki i djece“, a prema kojima tri od četiri rodilišta koriste kontinuiranu kardiokografiju u 100 % slučajeva (10).

Većina smjernica ne preporučuje rutinske intervencije tijekom porođaja kao što su brijanje i klistiranje, aktivno vođenje porođaja te rana amniotomija i primjena oksitocina. Rutinske intervencije se ne prate sustavno na nacionalnoj razini, stoga nedostaju podaci o njihovoj učestalosti, no znakovito je da niti za potrebe analize pilot-projekta „Rodilište – prijatelj majki i djece“ polovica ustanova nije dostavila podatke, što govori u prilog tome da se ni na razini ustanove te prakse ne dokumentiraju. Ustanove koje su dostavile podatke navele su procjenu da oko 80 % rodilja dobije klistir (10). Iskustva rodilja iz Hrvatske sukladna su tim procjenama jer je istraživanje pokazalo da gotovo 70 % žena dobije klistir prije porođaja (15).

Preporuke za učestalost vaginalnog pregleda predlažu dinamiku od svaka četiri sata, dok gotovo polovica žena u Hrvatskoj navodi kako su imale vaginalne preglede češće od svaka dva sata tijekom porođaja (15).

Kao važan dio skrbi za vrijeme porođaja u svim smjernicama naglašava se omogućavanje zauzimanja uspravnih položaja i kretanja tijekom porođaja, uključujući i drugo porođajno doba. Iskustva žena iz Hrvatske pokazuju da ih se samo 22,9 % tijekom porođaja moglo kretati po želji te da im u većini slučajeva nije bila dostupna nikakva oprema za aktivan porođaj koja bi olakšala kretanje i zauzimanje položaja po želji (15).

Osim mobilnosti, kao nefarmakološke metode ublažavanja porođajnih bolova, mogu se koristiti različite metode i tehnike. Analizirane smjernice preporučuju tehnike relaksacije i masaže, no naglašavaju neistraženost učinkovitosti takvih metoda. Za neke, poput injekcija sterilne vode, akupunktura ili upotrebe uređaja TENS postoje oprečne preporuke jer neke smjernice preporučuju njihovu upotrebu, a neke ne. No preporuke su ujednačene u svim smjernicama oko toga da se ne sprječava upotreba tih metoda ako ih žena želi primijeniti.

Smjernice podupiru upotrebu farmakološke analgezije, pri čemu se ističe omogućavanje dostupnosti epiduralne na zahtjev žene, ali i primjena opioidnih lijekova kao i dušikova oksidula za ublažavanje porođajnih bolova. Prema istraživanju o iskustvima porođaja u Hrvatskoj je četvrtina ispitanica primila epiduralnu analgeziju. Zabrinjava činjenica da je 15,6 % žena željelo epiduralnu, no nije ju dobilo prilikom porođaja, što govori o nejednakostima u dostupnosti i kvaliteti skrbi za vrijeme porođaja. Neujednačenost skrbi pokazuje i primjena dušikova oksidula. On je dostupan u malom broju rodilišta u Hrvatskoj te je samo 3,1 % žena koristilo tu vrstu analgezije tijekom porođaja (15).

Manje od 10 % žena u Hrvatskoj moglo je jesti tijekom porođaja, a zabrinjavajući je i podatak da je samo polovica njih mogla slobodno piti (15). Analizirane smjernice jednoglasne su u tome da svakoj ženi treba omogućiti slobodno uzimanje pića i lagane hrane tijekom porođaja.

Najveće razlike među preporukama analiziranih smjernica odnosile su se na tehnike sprječavanja ozljeda međice. S obzirom na to da su rezultati znanstvenih istraživanja manualnih tehnika čuvanja međice neujednačeni, nije iznenađujuća činjenica da neke smjernice potiču te tehnike dok druge smatraju da nema dovoljno jakih dokaza. Međutim u svim smjernicama potiče se upotreba toplih obloga na međicu tijekom drugog porođajnog doba jer dokazano smanjuje učestalost ozljeda međice kao i bolnost. Tri od četiri smjernice ne preporučuju rutinsko izvođenje epiziotomije, dok u smjernicama iz Australije to nije izričito navedeno. U Hrvatskoj se ta praksa i dalje rutinski provodi te je 40,8 % žena iz istraživanja iskustava roditelja imalo epiziotomiju tijekom porođaja (15). Postotak epiziotomija se ne prati sustavno na nacionalnoj razini usprkos tome što predstavlja mali operativni zahvat i kao takva bi se trebala sustavno prijavljivati. Podaci iz pilot-projekta „Rodilište – prijatelj majki i djece” govore u prilog tome da se ona izvodi rutinski u nekim rodilištima s obzirom na to da postotak značajno varira te je bio u rasponu od 20 % do 54,3 % (10). Zabrinjava i podatak da je fundalni pritisak odnosno Kristellerov hvat učestala praksa u hrvatskim rodilištima te je gotovo 40 % žena bilo podvrgnuto toj intervenciji na porođaju (15). Smjernice SZO-a naglašavaju kako se ne preporučuje njegovo izvođenje, dok se u ostalim smjernicama on izričito ne navodi, no iz preporuka za ubrzavanje drugog porođajnog doba uslijed razvoja kliničkih indikacija vidljivo je kako i ostale smjernice ne preporučuju primjenu tog zahvata.

Ujednačenost među smjernicama vidljiva je u preporuci spontanog tiskanja tijekom drugog porođajnog doba. Sve smjernice preporučuju slijediti nagon žene za tiskanje i izbjegavati dirigirano tiskanje prema uputama zdravstvenih radnika i radnica.

Kao metodu vođenja trećeg porođajnog doba, odnosno porođaja posteljice, sve smjernice preporučuju aktivno vođenje koje podrazumijeva primjenu uterotonika i kontrolirano povlačenje pupkovine u svrhu prevencije postporođajnog krvarenja.

U svim smjernicama istaknuta je preporuka za odgođeno podvezivanje i rezanje pupkovine. Postoje minimalne razlike u definiciji odgođenog podvezivanja, no u svim smjernicama preporučuje se čekanje minimalno jednu minutu, dok se u dvjema smjernicama preporučuje podvezivanje pupkovine između prve i pete minute kako bi se osigurale dobrobiti za novorođenče.

Osim smjernica britanskog udruženja primalja ostale smjernice naglašavaju važnost poticanja kontakta kožom na kožu majke i novorođenčeta te njegovu značajnu ulogu u uspostavi dojenja. Sve intervencije s novorođenčetom koje ne podrazumijevaju mjere napredne skrbi i oživljavanja preporučuje se odgoditi minimalno za trajanja „zlatnog sata“, odnosno sat vremena nakon rođenja djeteta. U te intervencije ubrajaju se postupci s novorođenčetom koji se odnose na vaganje, uzimanje mjera i prvo kupanje te rutinski postupci profilakse kao što je primjena vitamina K.

Kvalitativna analiza smjernica pokazala je kako su kliničke smjernice koje su objavili SZO i NICE najdetaljnije i sadržavale su preporuke za gotovo sve glavne aspekte skrbi za vrijeme porođaja. To su ujedno i smjernice čija je metodološka kvaliteta bila najbolja te su u njihovu izradu bili uključeni različiti profili stručnjaka kao i laika (25).

Za razvoj kvalitetnih i pouzdanih kliničkih smjernica nužan je transparentan i javno dostupan proces u kojem će sudjelovati multidisciplinarni tim sastavljen od svih bitnih dionika. Osim zdravstvenih stručnjaka, metodologa i statističara, to su pacijenti i pacijentice odnosno korisnici zdravstvene skrbi te predstavnici udruga pacijenta (26).

U svjetlu napora primalja za postizanjem profesionalne autonomije i provođenja skrbi prema kompetencijama koje im Zakon o primaljstvu kao i Direktiva Europske unije definira, nužno je uključivanje primalja u razvoj smjernica. S obzirom na to da su primalje zdravstveni stručnjaci čije kompetencije uključuju vođenje fizioloških porođaja, neizostavna je njihova uključenost u izradu smjernica, posebice pri određivanju kriterija i definiranja fiziološkog porođaja, u svrhu omogućavanja primaljskog modela skrbi.

Osim stručnih udruženja neizostavnu ulogu u razvoju i evaluaciji kliničkih smjernica moraju imati i predstavnice korisnica zdravstvene skrbi. U Hrvatskoj djeluju različite udruge koje se zalažu za prava roditelja i ranjivih skupina žena te je nužno uključiti i njihovu perspektivu u izradu smjernica kako bi se osiguralo pozitivno iskustvo i aktivno sudjelovanje korisnica skrbi.

Prilikom uključivanja udruga u razvoj smjernica korisno je upoznati ih s procesom izrade smjernica i alatima kojima se one procjenjuju kako bi mogli pridonijeti poboljšanju njezine metodološke kvalitete.



Primjer dobre prakse

Jedan od glavnih instrumenata za procjenu kvalitete smjernica je AGREE II. Alat AGREE II je validiran i testiran brojnim znanstvenim istraživanjima koji služi za procjenu kvalitete kliničkih smjernica, ali i pruža metodološke strategije razvoja smjernica. Stoga se može koristiti retrospektivno, kao kontrola kvalitete postojećih smjernica ali i prospektivno, pri pisanju novih kliničkih smjernica. Instrument se sastoji od 23 čestice organizirane u šest domena te dvije globalne ocjene.

Rezultati procjene kliničkih smjernica upotrebom alata AGREE II mogu poslužiti za određivanje jačine i manjkavosti smjernica, usporedbu metodološke kvalitete i odabir kvalitetnih smjernica za prilagodbu, primjenu ili podržavanje. Stoga su važan alat za udruge civilnog društva čija primjena može pomoći u procjeni i odabiru smjernica koje će podržati te na taj način poduprijeti njihovu implementaciju i pridržavanje (27).

Kao aktivnost u okviru projekta RADAR – Osnježivanje zagovaračkih potencijala udruga za zaštitu ženskih prava u zdravstvu održana je edukacija o korištenju AGREE II alata u kojoj su sudjelovale udruge. Tom prilikom predstavnice udruga koje djeluju u području zaštite prava žena, uključujući i neke ranjive skupine, imale su priliku upoznati se s alatom te ga primijeniti u evaluaciji smjernica iz područja svojeg djelovanja.

Članice dviju udruga civilnog društva, Centra za edukaciju, savjetovanje i istraživanje (CESI) i Centra za kulturne djelatnosti (CKD) upotrebom alata AGREE II procijenile su Smjernice SZO-a za medicinski prekid trudnoće. Rezultati njihovih nezavisnih procjena bili su ujednačeni te su obje procjeniteljice navedenim smjernicama dale ukupno ocjenu 5/7 uz konačnu procjenu da bi smjernice preporučile uz određene modifikacije. Modifikacije koje su smatrale nužnim odnose se na veće uključivanje ciljnih skupina i njihovih povratnih informacija u kreiranje preporuka te dodatna istraživanja u ovom području, posebice onih koja uključuju iskustva pacijentica, kao i razvoj dodatnih alata za praćenje i evaluaciju provedbe smjernica.

Istim alatom dvije članice neprofitne organizacije civilnog društva Ženska soba procijenile su Smjernice SZO-a za medicinsko-pravnu skrb o žrtvama seksualnog nasilja te je njihova procjena iznosila visokih 6/7 uz konačnu procjenu da bi smjernice preporučile za upotrebu. Usprkos visokoj ukupnoj ocjeni obje procjeniteljice ocijenile su najmanjom mogućom ocjenom uključenost ciljnih skupina u izradu smjernica uz komentar da su u izradu uključeni stručnjaci iz navedenog područja, ali ne i ciljana populacija, odnosno žrtve seksualnog nasilja.

Rezultati upotrebe alata za procjenu kliničkih smjernica potvrdili su vrijednost uključivanja predstavnica korisničkih udruga kao važnih dionika u proces razvoja smjernica. Njihova jedinstvena perspektiva stavlja naglasak na ishode koji su orijentirani na potrebe pacijentica i koji utječu na kvalitetu života ciljne skupine. Kvaliteta procjene smjernica pokazuje pripremljenost i spremnost udruga na aktivno sudjelovanje u procesu razvoja i evaluacije kliničkih smjernica iz područja re-produktivnog zdravlja žena u Hrvatskoj.

Zaključak

Usporedna analiza kliničkih smjernica vodećih inozemnih stručnih udruženja pokazala je kako su preporuke za skrb za vrijeme porođaja za žene s fiziološkim porođajem u najvećoj mjeri usklađene i temeljene na znanstvenim dokazima. Rezultati ove kvalitativne analize također su pokazali kako je područje skrbi za vrijeme porođaja za žene s fiziološkim porođajem zanemareno područje u hrvatskom zdravstvenom sustavu jer se struka u svome radu ne vodi recentnim nacionalnim stručnim smjernicama, što je vidljivo iz toga da takve smjernice uopće ne postoje.

Usprkos postojanju aktivnih stručnih društava koja se bave područjem perinatologije, izrada smjernica za skrb za vrijeme porođaja sasvim izvjesno nije prioritet. S obzirom na to da se skrb za vrijeme u Hrvatskoj pruža pod nadzorom liječnika i liječnica specijalista ginekologije i opstetricije, stručna društva te profesije trebala bi osigurati izradu smjernica kako bi ujednačena skrb bila dostupna ženama diljem Hrvatske. Uočljiv je značajan raskorak između preporuka kliničkih smjernica i skrbi koja se provodi i koja je dostupna ženama unutar hrvatskog zdravstvenog sustava, a koja se zasniva na zastarjelim praksama temeljenim na anegdotalnim dokazima i pristranosti.

Potrebno je uspostaviti plan izrade smjernica prema prioritetima, a skrb za vrijeme porođaja za žene s fiziološkom trudnoćom trebala bi biti prioritet s obzirom na broj porođaja u Hrvatskoj.



Literatura

1. Sackett DL. Evidence-based medicine. *Semin Perinatol.* 1997 Feb;21(1):3-5.
2. Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust.* Washington (DC): National Academies Press (US); 2011.
3. Mukherjee V, Evans L. Implementation of the Surviving Sepsis Campaign guidelines. *Curr Opin Crit Care.* 2017;23(5):412-416.
4. Casanova Querol T, Santiago Bautista JM, Lafuente Salinas M, i sur. Health outcomes after the implementation of multidisciplinary clinical guidelines for the care of hip fractures. *Rev Clin Esp (Barc).* 2022;222(2):73-81.
5. Arora S, Yadav P, Bajaj H, i sur. Improving clinical outcomes of very low birth weight infants: Implementation of standardized management guidelines in tertiary care hospital in Haryana. *Int J Pediatr Adolesc Med.* 2020;7(4):174-180.
6. Zeitlin J, Manktelow BN, Piedvache A, i sur. Use of evidence based practices to improve survival without severe morbidity for very preterm infants: results from the EPICE population based cohort. *BMJ.* 2016;354:i2976.
7. Garpel SJ. Effects of an Interdisciplinary Practice Bundle for Second-Stage Labor on Clinical Outcomes. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2018;43(4):184-194
8. Tokalić R. Potpunost izvješća i kvaliteta dokaza u kliničkim smjernicama [doktorska disertacija]. Split: Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet; 2021.
9. Hrvatsko društvo za perinatalnu medicinu. HDGO smjernice iz Fetalne medicine i Opstetricije [Internet]. Zagreb: HDGO; 2022. [pristupljeno 20. 2. 2022.]. Dostupno na: <https://www.hdgo.hr/Default.aspx?sifraStranica=903>
10. Stanojević M. Rodilište – Prijatelj majki i djece. Priručnik za zdravstvene i nezdravstvene djelatnike rodilišta. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku; 2020.
11. World Health Organization recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513809/>
12. International Federation of Gynecology and Obstetrics; International Confederation of Midwives; White Ribbon Alliance; International Pediatric Association; World Health Organization Mother-baby friendly birthing facilities. *Int J Gynecol Obstet;* 2015;128(2):95–99.
13. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. London, UK: National Institute for Health and Care Excellence: 2017.
14. The Royal College of Midwives. Midwifery care in labour guidance for all women in all settings. London: The Royal College of Midwives; 2018.
15. Drandić D, Knezić Frković B, Kurbanović M, Skukan Šoštarić Ž. Iskustva trudnica, roditelja i babinjača u zdravstvenom sustavu u Hrvatskoj 2018. i 2019. godine. Zagreb: Roditelji u akciji – Roda; 2020.

16. Lazzerini M, Covi B, Mariani I, i sur. Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region. *Lancet Reg Health Eur.* 2022;13:100268.
17. Szczurek-Żelazko, J. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej [Internet]. Warszawa (PT): Minister Zdrowia; 2018. Dostępno na: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf>
18. Ministry of Health of The Republic of Lithuania. Akušerijos diagnostikos ir gydymo metodikos: Normalus gimdymas [Internet]. Vilnius (LT): Ministry of Health of The Republic of Lithuania; 2014. Dostępno na: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Programos_ir_projektai/Sveicarijos_parama/Akuserines%20metodikos/Normalus%20gimdymas.pdf
19. GT Santé de la femme. Violences gynécologiques et obstétricales [Internet]. Luxembourg (LU): GT Santé de la femme; 2021. Dostępno na: <https://conseil-scientifique.public.lu/fr/publications/perinat/violences-gynecologiques-et-obstetricales.html>
20. Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România, Colegiul Medicilor din România. Asistența nașterii în prezentația craniană [Internet]. Bukureșt (RO): Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România, Colegiul Medicilor din România; 2019. Dostępno na: <https://sogr.ro/wp-content/uploads/2019/06/1.-Asistența-nașterii-în-prezentația-craniană.pdf>
21. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för förlossningsvård [Internet]. Stockholm (SE): Socialstyrelsen; 2022. Dostępno na: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/forlossningsvard/>
22. Pravobraniteljica za ravnopravnost spolova, Roditelji u akciji – Roda. Rezultati istraživanja udruge Roditelji u akciji i Pravobraniteljice za ravnopravnost spolova o dostupnosti skrbi za reproduktivno zdravlje žena u vrijeme pandemije bolesti COVID-19. Zagreb: Pravobraniteljica za ravnopravnost spolova i Roditelji u akciji – Roda; 2020.
23. Direktiva 2005/36 EK. Dostępno na: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/?uri=celex%3A32005L0036>, Pristupljeno 15. 3. 2022.
24. Švaljug D, Kuljak Ž. Školovanje primalja u Republici Hrvatskoj i stjecanje kompetencija u primaljstvu. *Primaljski vjesnik.* 2018;24:30-35.
25. Zhao Y, Lu H, Zang Y, Li X. A systematic review of clinical practice guidelines on uncomplicated birth. *BJOG.* 2020;127(7):789-797.
26. Qaseem A, Forland F, Macbeth F, i sur. Guidelines International Network: toward international standards for clinical practice guidelines. *Ann Intern Med.* 2012;156(7):525-531.
27. AGREE Next Steps Consortium. The AGREE II Instrument [Internet]. AGREE Next Steps Consortium: 2017. Pristupljeno 15. 11. 2022. Dostępno na: <http://www.agreetrust.org>.

Impresum

Autorica: Magdalena Kurbanović, univ. bacc. obs., mag. med. techn., IBCLC, doktorandica doktorske škole iz znanstvenog područja biomedicina i zdravstvo

Lektorica: Ranka Đurđević

Godina izdanja: 2022.

Nakladnik: Roditelji u akciji – Roda, Ulica Jurja Žerjavića 10, Zagreb



ISBN 978-953-8131-44-8 (pdf izdanje)





Iceland
Liechtenstein
Norway



**Active
citizens fund**

RODA
2021
GODINA RODE



*Kvenna
nabijöfin*




otvorena medija grupacija


VLADA REPUBLIKE HRVATSKE
Ured za udruge


**GRAD
ZAGREB**

Projekt „RADAR – Osnaživanje zagovaračkih potencijala organizacija civilnoga društva za zaštitu ženskih ljudskih prava u zdravstvu“ je podržan sa 149.983,05 eura financijske podrške Islanda, Lihtenštajna i Norveške u okviru EGP i Norveških grantova. Ovaj sadržaj omogućen je financijskom podrškom Islanda, Lihtenštajna i Norveške u okviru EGP i Norveških grantova. Ovaj sadržaj isključiva je odgovornost udruge Roditelji u akciji - Roda i ne odražava nužno stavove država donatorica i Upravitelja Fonda.

Projekt sufinancira Ured za udruge Vlade Republike Hrvatske. Stajališta izražena u ovom materijalu isključiva su odgovornost udruge Roditelji u akciji - Roda i ne odražavaju nužno stajalište Ureda za udruge Vlade Republike Hrvatske.

Ovaj je dokument izrađen uz financijsku podršku Grada Zagreba. Sadržaj ovoga dokumenta u isključivoj je odgovornosti udruge Roditelji u akciji - Roda i ni pod kojim se uvjetima ne može smatrati kao odraz stajališta Grada Zagreba.