

VODIČ ZA INTRAPARTALNU SKRB

u Federaciji Bosne i Hercegovine



Impressum

Autori:

Doc. dr. sc. Tatjana Barišić
Prof. dr. sc. Vajdana Tomić
Prof. dr. sc. Fatima Gavrankapetanović-Smailbegović
Prim. dr. Goran Čerkez
Mr.oec. Amila Tatarević, Udruženje "Baby Steps"
Dr. sc. Enida Imamović

Lektor:

Prof. Ivona Baković

Recenzenti:

Doc. dr. sc. Igor Hudić
Prof. dr. sc. Gordana Bogdanović

Dizajn:

Saša Đorđević

Naziv i sjedište izdavača:

Federalno ministarstvo zdravstva, Sarajevo

Mjesto i godina izdavanja:

Sarajevo
Travanj, 2024. godine

Naziv i sjedište štamparije:

„Grafika Šaran“, Sarajevo

Broj primjeraka:

150 primjeraka

Izradu i tiskanje *Vodiča za intrapartalnu skrb u Federaciji Bosne i Hercegovine* podržao je Populacijski fond Ujedinjenih naroda Bosne i Hercegovine. Stavovi, mišljenja i preporuke autora ovog Vodiča ne predstavljaju nužno stavove Populacijskog fonda Ujedinjenih nacija.

ISBN 978-9958-813-26-9

CIP zapis dostupan u COBISS sistemu Nacionalne i univerzitetske biblioteke BiH pod ID brojem 60190726

VODIČ ZA INTRAPARTALNU SKRB

u Federaciji Bosne i Hercegovine

Sarajevo
Travanj, 2024.

Riječ recenzenata

Vodič za intrapartalnu skrb u Federaciji BiH je napisan shodno smjernicama zasnovanim na najboljim znanstvenim dokazima gdje je korištena prikladna metodologija sa jasnim preporukama sa ciljem sigurnog porođaja i kvalitetne postnatalne skrbi.

Preporuke iz Vodiča će pomoći ljekarima i drugim zdravstvenim djelatnicima u svakodnevnom radu u porodilištu te doprinijeti u smanjenju perinatalnog morbiditeta i mortaliteta.

Vodič ima u sudskomedicinski značaj za zdravstvene djelatnike u porodilištima u procjeni opravdanosti podizanja tužbi ili odbrane u započetim procesima kod neželjenih perinatalnih ishoda.

Doc. dr. sc. Igor Hudić, dr. med.
specijalista ginekologije i akušerstva
subspecijalista humane reprodukcije

“Izrada vodiča za intrapartalnu skrb na nivou Federacije BiH je veoma bitno za unapređenje zdravstvene zaštite trudnica i novorođenčadi. Pokrenuta inicijativa za izradu vodiča zasnovana na svim medicinskim postulatima, empatiji prema pacijenticama, humanizaciji porođaja, informiranosti pacijentice u svakom trenutku o njenom stanju i stanju ploda je bit dobrog akušerstva.

Adekvatna antenatalna skrb, prepoznavanje faktora rizika, te adekvatna intrapartalna skrb je najutjecajnije strategije i vodi ka smanjenju perinatalnog morbiditeta i mortaliteta.

Univerzalni pristup, uvođenja smjernica u svakodnevnu praksu (na novou svih zdravstvenih ustanova koje pružaju usluge obavljanja porođaja, privatne ustanove, te bolnice sva tri nivoa), omogućava usavršavanje i unapređenje zdravstvene zaštite, međusobnu saradnju i razmjenu iskustava.

Prof. dr. med. sc. Gordana Bogdanović

Predgovor

Jedan od strateških prioriteta Federalnog ministarstva zdravstva jest unaprijediti zdravlje žena i osigurati kvalitetnu i dostupnu zdravstvenu zaštitu za svaku ženu. U tom kontekstu, namjera nam je da svakoj rodilji omogućimo kvalitetan i siguran porođaj, te sveobuhvatnu postnatalnu zaštitu.

Imajući u vidu činjenicu da je suvremena klinička praksa utemeljena na dokazima, te uključuje primjenu kliničkoga zapažanja ali i iskustava temeljenih na dobrim praksama, Federalno ministarstvo zdravstva dalo je potporu izradi niza kliničkih vodiča iz područja zaštite zdravlja majke i djeteta.

Ovaj *Vodič* temelji se na preporukama Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) za siguran porođaj. Cilj koji smo imali je podizanje standarda za „zdrave trudnice“ koje nemaju prethodno identificirane rizične čimbenike.

Standardizacijom dobre kliničke prakse trebalo bi osigurati i unaprijediti kvalitetu i sigurnost zdravstvene zaštite utemeljenu na dokazima bez obzira na okruženje ili razinu zdravstvene zaštite.

Sve ovo znači da je vodič za intrapartalnu skrb utemeljen na dokazima i ljudskim pravima, te da bi preporuke definirane *Vodičem* trebalo provoditi tijekom porođaja i neposrednoga postnatalnog razdoblja, a pritom pružanje maternalne zaštite treba provoditi uz poštivanje dostojanstva žene, te njezinog prava na privatnost i povjerljivost.

Svakako, veliki je izazov prihvaćanje smjernica i njihovo uključivanje u rutinsku svakodnevnicu, a kako bi žene u Federaciji Bosne i Hercegovine dobivale najvišu kvalitetu skrbi. Uvjeren sam da će ovaj *vodič* pronaći svoj put do zdravstvenih stručnjaka te standardiziranjem dobre kliničke prakse temeljene na dokazima unaprijediti kvalitetu i sigurnost zdravstvene zaštite u području spolnoga i reproduktivnoga zdravlja.

Zahvaljujem se Populacijskom fondu Ujedinjenih naroda (Ured za Bosnu i Hercegovinu) koji je pružio potporu izradi ovog *kliničkog vodiča* s vjerom da će smjernice pridonijeti većoj dosljednosti i sveobuhvatnosti u skrbi o trudnoći i poboljšati iskustva i ishode dobre zdravstvene zaštite trudnica.

FEDERALNI MINISTAR ZDRAVSTVA
Dr. Nediljko Rimac

Sadržaj

1.	Uvod	8	3.3	Drugo porođajno doba	34
2.	Kome je Vodič namijenjen?	9	3.3.1	Definicija i trajanje drugoga porođajnog doba	34
3.	Intrapartalna skrb utemeljena na dokazima i ljudskim pravima	9	3.3.2	Položaj žena tijekom porođaja koje nisu primile epiduralnu analgeziju	35
3.1	Maternalna zdravstvena zaštita u svim fazama porođaja	12	3.3.3	Položaj žena tijekom porođaja koje primaju epiduralnu analgeziju	36
3.1.1	Maternalna zdravstvena zaštita uz poštivanje dostojanstva žena	12	3.3.4	Metoda istiskivanja	36
3.1.2	Učinkovita komunikacija	14	3.3.5	Metoda istiskivanja za žene s epiduralnom analgezijom	37
3.1.3	Pratnja tijekom porođaja	15	3.3.6	Tehnike prevencije perinealne traume	38
3.1.3.1	Zdravstvene ustanove	16	3.3.7	Primjena epiziotomije	38
3.1.4	Kontinuitet njege	17	3.3.8	Fundalni pritisak	40
3.2	Prvo porođajno doba	18	3.4	Treće porođajno doba	41
3.2.1	Definicije latentne i aktivne faze prvoga porođajnog doba	18	3.4.1	Profilaktički uterotonici	41
3.2.2	Trajanje prvoga porođajnog doba	19	3.4.2	Odgodeno podvezivanje pupčane vrpce	42
3.2.3	Napredovanje prvoga porođajnog doba	19	3.4.3	Kontrolirana trakcija pupčane vrpce	42
3.2.4	Prijem na porođajni odjel	21	3.4.4	Masaža uterusa	43
3.2.5	Klinička pelvimetrija po prijemu	22	3.5	Njega novorođenčeta	44
3.2.6	Rutinska kardiografija	22	3.5.1	Rutinska nazalna ili oralna sukcija	44
3.2.7	Brijanje perinealnoga područja / stidnih dlaka	23	3.5.2	Kontakt kožom na kožu	44
3.2.8	Klistiranje po prijemu	24	3.5.3	Dojenje	45
3.2.9	Digitalni vaginalni pregled	24	3.5.4	Profilaksa vitaminom K za preveniranje hemoragijske bolesti	45
3.2.10	Kontinuirana kardiografija (CTG) tijekom porođaja	25	3.5.5	Kupanje i druga postnatalna njega novorođenčeta	45
3.2.11	Intermitentna auskultacija otkucaja srca fetusa tijekom porođaja	26	3.6	Njega žene nakon porođaja	47
3.2.12	Epiduralna analgezija za olakšavanje bolova	26	3.6.1	Procjena tonusa maternice	47
3.2.13	Opioidna analgezija za ublažavanje bolova	28	3.6.2	Antibiotici za vaginalni porođaj bez komplikacija	47
3.2.14	Tehnike opuštanja za zbrinjavanje bolova	28	3.6.3	Rutinska antibiotska profilaksa za epiziotomiju	48
3.2.15	Ručne tehnike zbrinjavanja bolova	29	3.6.4	Rutinska procjena majke nakon porođaja	48
3.2.16	Olakšavanje bolova radi sprječavanja sporoga napredovanja porođaja	29	3.6.5	Otpust iz zdravstvene ustanove nakon vaginalnoga porođaja bez komplikacija	49
3.2.17	Oralni unos tekućine i hrane	30	4.	Praćenje i evaluacija primjene preporuka	50
3.2.18	Mobilnost i položaj tijela roditelja	30	5.	Ažuriranje preporuka	50
3.2.19	Čišćenje vagine	31	6.	Reference	51
3.2.20	Aktivno vođenje porođaja	31	7.	Prilozi	52
3.2.21	Rutinska amniotomija	32	Prilog 1:	Preporuke za zdravstvene ustanove u Federaciji BiH	52
3.2.22	Rana amniotomija i oksitocin	32	Prilog 2:	Partogram	60
3.2.23	Oksitocin za žene s epiduralnom analgezijom	32			
3.2.24	Upotreba spazmolitika	33			
3.2.25	Intravenske tekućine za prevenciju sporoga napredovanja porođaja	33			

1. Uvod

Svake se godine u svijetu porodi oko 140 milijuna žena. Broj porođaja u Federaciji BiH iz godine u godinu kontinuirano opada: 2017. godine bilo je 19.824 porođaja, u 2022. godini rođeno je 16.070 djece, što predstavlja pad od 1,95 % u odnosu na 2021. godinu kada je rođeno 16.390 djece.

Za sve zdrave trudnice očekuje se da je porođaj fiziološki proces koji će proći bez komplikacija za većinu trudnica i njihove novorođenčadi. Većinom su to vaginalni porođaji trudnica koje na početku porođaja nemaju identificiranih rizičnih faktora za komplikacije. Međutim, u situacijama kada nastanu komplikacije, povećava se rizik od ozbiljnoga morbiditeta i smrti za ženu i za novorođenče. Upravo iz toga razloga praćenje trudova i tijeka porođaja te rano prepoznavanje i liječenje komplikacija ključni su za sprječavanje nepovoljnih ishoda porođaja. Poboljšanje kvalitete skrbi tijekom porođaja smatra se najutjecajnijom strategijom za smanjenje mrtvorodne djece te smrti majki i novorođenčadi.

Unatoč brojnim raspravama i istraživanjima koji godinama traju, koncept „normalnosti“ u porođaju nije univerzalan ili standardiziran. Posljednja dva desetljeća došlo je do znatnoga porasta u primjeni niza praksi za pokretanje, ubrzavanje, prekid, nadzor ili praćenje fiziološkoga procesa porođaja, s ciljem poboljšanja ishoda za majke i za novorođenčad. Sve učestalija medikalizacija porođajnih procesa, koja zdravstvenim djelatnicima omogućuje kontrolu procesa rađanja, može zdravim trudnicama nametnuti nepotrebne medicinske intervencije koje zadiru u fiziološke procese porođaja te imati negativan utjecaj na porođajno iskustvo.

Stoga je radna skupina Federalnog ministarstva zdravstva razvila *Vodič za intrapartalnu skrb u Federaciji Bosne i Hercegovini* (u daljnjem tekstu: *Vodič FBiH*).

Vodič FBiH sadrži preporuke o neophodnoj intrapartalnoj skrbi za nekomplikiran porođaj, koje se odnose na zdravstvenu zaštitu zdravih trudnica tijekom porođaja i njihove novorođenčadi u bilo kojoj zdravstvenoj ustanovi u Federaciji BiH. Ovaj se *Vodič* temelji na preporukama Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) za siguran porođaj (1). Pojam „zdrava trudnica“ u *Vodiču* odnosi se na trudnice koje nemaju prethodno identificirane rizične faktore. Vođenje trudnica s visokorizičnim trudnoćama, zatim trudnica kod kojih se razvijaju komplikacije tijekom porođaja te trudnica koje zahtijevaju specijaliziranu intrapartalnu skrb izvan su opsega ovog *Vodiča*.

Na temelju premisa da sve žene zaslužuju visoku kvalitetu intrapartalne skrbi, *Vodič* uključuje prakse neophodne za zdravstvenu zaštitu svih trudnica bez obzira na njihov status. Naglašava se važnost da skrb za trudnice temelji na ljudskim pravima, kako bi se optimiziralo iskustvo porođaja za žene i njihovu novorođenčad kroz holistički pristup.

Pojam „pozitivno porođajno iskustvo“ u svrhu ovoga *Vodiča* definiran je kao iskustvo koje ispunjava ili u pozitivnome smislu nadilazi ženina prethodna osobna i sociokulturna uvjerenja i očekivanja, uključujući rađanje zdravoga novorođenčeta u klinički i psihološki sigurnom okruženju s kontinuiranom praktičnom i emocionalnom podrškom od strane pratnje pri porođaju te ljubaznoga i kompetentnoga osoblja. Temelji se na premisi da većina žena želi fiziološki porođaj te da pri tome imaju osjećaj osobnoga postignuća i kontrole kroz sudjelovanje u donošenje odluka, čak i kada su medicinske intervencije neophodne.

Pružanje emocionalne podrške trudnicama tijekom porođaja, dobra i učinkovita komunikacija, skrb s poštovanjem, opcije rađanja i poštivanje ženskih vrijednosti koje promiču izbor tijekom prve i druge faze porođaja, bitne su komponente koje trebaju nadopuniti sve potrebne kliničke intervencije za optimizaciju kvalitetne skrbi koja se pruža ženi. Stoga je važno da se intrapartalne kliničke intervencije provode samo kada postoje jasni dokazi da mogu poboljšati rezultate i minimalizirati moguće štete.

Preporuke definirane *Vodičem* trebalo bi provoditi tijekom porođaja i neposrednoga postnatalnog razdoblja, a izbjegavati nepotrebne, na dokazima neutemeljene i potencijalno štetne i neučinkovite prakse. Standardizacijom dobre kliničke prakse trebalo bi osigurati i unaprijediti kvalitetu i sigurnost zdravstvene zaštite utemeljenu na dokazima bez obzira na okruženje ili razinu zdravstvene zaštite.

Preporuke obuhvaćaju: pitanja skrbi tijekom porođaja (skrb zasnovana na poštivanju ljudskih prava), učinkovitu komunikaciju, prava na pratnju na porođaju; definira prvu fazu porođaja: definira latentnu i aktivnu prvu fazu, definira trajanje i progresiju prvoga porođajnog doba, prijem u odjel, pitanja procjene stanja ploda na prijemu, digitalni pregled rodnice, čišćenje rodnice, kontakt kožom na kožu, dojenje, pitanja za profilaksu novorođenčeta vitaminom K, kupanje i neposrednu postnatalnu njegu novorođenčeta; brigu o ženi nakon porođaja, procjenu tonusa maternice, primjenu antibiotika, rutinsku postporođajnu procjenu majke nakon nekomplikiranoga vaginalnog porođaja.

2. Kome je *Vodič* namijenjen?

Ovaj je *Vodič* primarno namijenjen kvalificiranomu zdravstvenom osoblju koje izravno pruža usluge trudnicama i njihovoj novorođenčadi u zdravstvenim ustanovama u Federaciji BiH. To uključuje ginekologe/opstetričare, primalje, liječnike opće prakse, medicinske sestre.

Vodič će također koristan osoblju koje je uključeno u proces edukacije i osposobljavanja zdravstvenih djelatnika, studenata, voditelja kolegija i voditelja zdravstvenih ustanova, programa za zdravlje majke i djeteta, nevladinim organizacijama i stručnim udrugama uključenima u planiranje i promicanje usluga za zdravlje majke i djeteta.

3. Intrapartalna skrb utemeljena na dokazima i ljudskim pravima

Vodič sadrži preporuke o neophodnoj intrapartalnoj skrbi za nekomplikirani porođaj koje se odnose na zdravstvenu zaštitu zdravih trudnica tijekom porođaja i njihove novorođenčadi u bilo kojoj zdravstvenoj ustanovi u Federaciji BiH. Ovaj se *Vodič* temelji na preporukama Svjetske zdravstvene organizacije za siguran porođaj¹ koje su prilagođene zdravstvenomu sustavu u Federaciji BiH, a rezultat su prakse utemeljene na dokazima, mišljenju stručnjaka iz predmetnoga područja i profesionalnom konsenzusu zdravstvenih stručnjaka iz FBiH.

Cilj je preporuka poboljšati kvalitetu osnovne intrapartalne njege i procedura koje se pružaju roditeljima u svim zdravstvenim ustanovama u FBiH s krajnjim ciljem poboljšanja ishoda za majku i novorođenče.

Ove preporuke trebaju poštivati i provoditi kompetentni, ljubazni i motivirani zdravstveni djelatnici kako bi sve žene dobile kvalitetnu intrapartalnu njegu utemeljenu na dokazima te kako bi se svim ženama omogućio siguran porođaj i pozitivno iskustvo porođaja u skladu s pristupom utemeljenom na ljudskim pravima.

¹ Preporuke SZO-a o intervencijama za promicanje zdravlja za zdravlje majke i novorođenčadi, Ženeva, 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172427/1/9789241508742_report_eng.pdf, pristupljeno 16. kolovoza 2016.).

Maternalna zaštita u Federaciji BiH provodi se uz poštivanje pravičnosti, obveznosti i prihvatljivosti dostojanstva žena.

Pravičnost

Pacijentima u Federaciji Bosne i Hercegovine pruža se jednaka, primjerena, kontinuirana, kvalitetna i sigurna zdravstvena zaštita koja se temelji na partnerskome odnosu pacijenata, kao primatelja zdravstvenih usluga, i zdravstvene ustanove, privatne prakse odnosno zdravstvenoga djelatnika ili zdravstvenoga suradnika, kao pružatelja zdravstvenih usluga. Partnerski odnos temelji se na uzajamnome povjerenju i poštovanju između pacijenta i zdravstvene ustanove, privatne prakse odnosno zdravstvenoga djelatnika ili zdravstvenoga suradnika na svim razinama zdravstvene zaštite te pravima, obavezama i odgovornostima partnera u ovome odnosu. Zabranjuje se svaki vid diskriminacije na temelju rase, boje kože, spola, spolne orijentacije, genetskoga naslijeđa, jezika, religije ili vjerovanja, političkih i drugih uvjerenja, nacionalnoga i socijalnoga podrijetla, prilikom obavljanja radnji na osnovi Zakona o zdravstvenoj zaštiti Federacije BiH te Zakona o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata i propisa donesenih na osnovi ovoga zakona (čl. 2 i čl. 3).

Poštivanje kulture, vrijednosti i uvjerenja pri pružanju zdravstvenih usluga je vrlo važno svim pacijentima, posebno ženama tijekom trudnoće, porođaja i razdoblju nakon porođaja.

Važno je svim ženama pružiti isti standard zdravstvene zaštite, bez obzira na njihovu dob, etničku pripadnost, rasu, vjeru, socioekonomski status, HIV-status, jezik ili druge značajke. Zdravstveni djelatnici ne smiju prosuđivati pacijente na temelju njihova izgleda, socioekonomskoga statusa ili drugih značajki koje nisu povezane sa zdravstvenim stanjem ili zahtjevom za zdravstvenom zaštitom.

Obaveznost

Politika pružanja maternalne zaštite uz poštivanje dostojanstva žena u skladu je s općim načelima *Tehničkih smjernica Vijeća za ljudska prava iz 2012. o primjeni pristupa zasnovanog na ljudskim pravima u provedbi politika i programa za smanjenje maternalnog morbiditeta i mortaliteta* (4), kao što stoji u izjavama u okviru 3.1.

Pružanje zdravstvenih usluga uz poštivanje dostojanstva pacijenta regulirano je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i Zakonom o pravima pacijenata.

Prihvatljivost

Pružanje maternalne zaštite uz puno poštivanje ljudskih prava pacijentica obveza je svih zdravstvenih djelatnika. Međutim, pokazalo se da se ovo pravo ne poštuje u potpunosti te je neophodno raditi na stručnome usavršavanju zdravstvenih djelatnika i/ili definirati neophodne mjere za unaprjeđenje. Akteri (uključujući žene, zdravstvene djelatnike i administratore) naglašavaju važnost pružanja i osiguravanja pružanja maternalne zaštite svim ženama uz poštivanje njihova dostojanstva.

Odabrane izjave Vijeća za ljudska prava UN-a koje podržavaju pružanje maternalne zaštite uz poštivanje dostojanstva žena

- 1 Pristup temeljen na ljudskim pravima odnosi se na zdravlje, a ne na izolirane patologije; temelji se na osnaživanju žena da traže svoja prava, a ne samo na izbjegavanju maternalne smrtnosti ili morbiditeta.
- 2 Potrebne su mjere za rješavanje društvenih odrednica zdravlja žena koje utječu na uživanje građanskih, političkih, ekonomskih, socijalnih i kulturnih prava. [Ovo uključuje rodnu diskriminaciju i marginalizaciju na temelju etničke pripadnosti, rase, kaste, nacionalnoga podrijetla i po drugim osnovama.]
- 3 Poštivanje ljudskih prava zahtijeva pružanje “posebne pažnje ranjivim ili marginaliziranim skupinama”.
- 4 Dizajn, organizacija i koordinacija komponenti zdravstvenoga sustava trebaju se voditi temeljnim načelima ljudskih prava uključujući nediskriminaciju/jednakost, transparentnost, učešće i odgovornost.
- 5 Osiguravanje prava na spolno i reproduktivno zdravlje žena zahtijeva ispunjavanje standarda u pogledu zdravstvenih ustanova, dobara i usluga.
- 6 Od država se zahtijeva da koriste „maksimalno raspoložive resurse“ za progresivno ostvarivanje ekonomskih, socijalnih i kulturnih prava; ako ograničenja resursa onemogućavaju državi da odmah ispuni prava žena na spolno i reproduktivno zdravlje, država mora pokazati da je iskoristila sva sredstva koja su joj bila na raspolaganju da to učini kao prioritet.

Izvor: Ujedinjeni narodi, 2012. (4).

3.1 Maternalna zdravstvena zaštita u svim fazama porođaja

3.1.1

Maternalna zdravstvena zaštita uz poštivanje dostojanstva žena

» Preporuka 1

Preporučuje se pružanje maternalne zaštite uz poštivanje dostojanstva žena, a odnosi se na zaštitu koja je organizirana i pruža se svim ženama uz puno poštivanje njihova dostojanstva, prava na privatnost i povjerljivost, osigurava da tretman neće biti štetan i da se sa ženama neće loše postupiti te omogućava informirani izbor i kontinuiranu podršku tijekom trudova i porođaja.

Napomene

- ▶ Pružanje maternalne zaštite uz puno poštivanje dostojanstva žena, njihove osobnosti i njihovih prava na privatnost, povjerljivost, informirani pristanak i tretman u skladu je s najvišim mogućim standardima zdravstvene zaštite uz odnos s pacijentima temeljen na poštovanju (Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata, *Službene novine Federacije BiH*, broj 40/10, Zakon o zdravstvenoj zaštiti Federacije BiH).
- ▶ Maternalna zdravstvena zaštita koja se temelji na poštivanju prava žena doprinosi kvaliteti usluga zdravstvene zaštite i rezultira većim zadovoljstvom pacijentica tijekom ovoga posebno osjetljivog razdoblja u životu žena. Maternalna zaštita uz poštivanje dostojanstva žena mogla bi poboljšati iskustvo žena tijekom porođaja te riješiti zdravstvene nejednakosti.
- ▶ Pružanje maternalne zaštite uz puno poštivanje dostojanstva žena može se unaprijediti uvođenjem odgovarajućih intervencija i mjera na razini zdravstvenoga sustava koje će unaprijediti ovaj značajni dio intervencija na međuljudskoj razini između žene i zdravstvenih djelatnika koji joj pružaju zdravstvene usluge kao i na razini zdravstvene ustanove i zdravstvenoga sustava.
- ▶ Angažman zdravstvenih djelatnika, ravnatelja zdravstvenih ustanova, žena i predstavnika ženskih udruga i pokreta za ženska prava te međusobna učinkovita komunikacija iznimno su važni kako bi se osiguralo da zdravstvene usluge tijekom trudnoće, porođaja i 40 dana nakon porođaja odgovaraju potrebama žena u svim kontekstima i okruženjima te da se pružaju uz poštivanje ljudskih prava u ovome području.
- ▶ Također, važno je provoditi istraživanja o zadovoljstvu pacijenata kada je u pitanju odnos zdravstvenih djelatnika prema njima te rezultate istraživanja koristiti tijekom kontinuiranoga stručnog usavršavanja zdravstvenih djelatnika.
- ▶ Zdravstvene ustanove i cjelokupna zajednica trebaju osigurati dobro okruženje za zdravstvene djelatnike koji također mogu doživjeti nepoštivanje i zlostavljanje na radnome mjestu, kod kuće ili u zajednici. (Zakon o zaštiti na radu: *Službene novine Federacije BiH* 79/20, članak 22; Pravilnik o procjeni rizika *Službene novine Federacije BiH* broj 23/21, izrada o procjeni rizika, članak broj 5)

Tablica 3.1.

Osnovne potrebe za provođenje maternalne zaštite uz poštivanje dostojanstva žena

POTREBE	OPIS
Osoblje	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Odgovarajući broj kompetentnih, osposobljenih, nadziranih i adekvatno plaćenih kvalificiranih zdravstvenih djelatnika prisutnih tijekom porođaja, s odgovarajućom kombinacijom vještina, koji rade u multidisciplinarnim timovima i koji su sposobni pružiti kontinuiranu zaštitu roditeljima tijekom i nakon porođaja uz puno poštivanje njihova dostojanstva
Obuka	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Osoblje: redovito praktično usavršavanje uz rad u području pružanja usluga kako bi se omogućilo učinkovito pružanje maternalne zaštite uz poštivanje dostojanstva žena u skladu sa zakonom (kontinuirana edukacija) ▶ Osoblje za pružanje pomoći: usavršavanje za učinkovit angažman u zajednici s fokusom na uključivanje glasa žena i pružanje prilika za interakciju zajednice s upravom zdravstvene ustanove i medicinskim osobljem, npr. dani otvorenih vrata ustanove ▶ Ostalo: orijentacijske sesije za korisnike usluga i pratnju
Materijali	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pisani, ažurirani standardi i mjerila koji ocrtavaju jasne ciljeve, operativne planove i mehanizme praćenja za maternalnu zaštitu uz poštivanje dostojanstva žena ▶ Briga o osoblju porođajnog odjela ▶ Materijali za edukaciju u pristupačnome pisanom ili slikovnom formatu dostupni na jezicima zajednica kojima zdravstvena ustanova pruža usluge ▶ Standardni obrazac informiranoga pristanka ▶ Informacije (pisane ili slikovne, npr. letak) za žene i njihovu pratnju ▶ Osnovni lijekovi koji se daju u prvim fazama i kasnije tijekom porođaja dostupni u dovoljnim količinama u svakome trenutku u predaonicama i rađaonicama, dostupna anestezija.
Oprema	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Osnovna i adekvatna oprema za porođaj koja je u svakom trenutku dostupna u dovoljnim količinama u rađaonicama
Infrastruktura	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Unaprijeđeno fizičko okruženje: <ul style="list-style-type: none"> • Smještaj majke i novorođenčeta u istoj sobi kako bi bili zajedno • Čist, prikladno osvijetljen, dobro prozračen porođajni odjel i neonatologija koji omogućavaju privatnost te su primjereno opremljeni i uredno održavani. • Kontinuirana opskrba električnom energijom porođajnog odjela i neonatologije • Čiste i pristupačne kupaonice za trudnice kod kojih je nastupio porođaj • Sigurna voda za piće i prostor za održavanje higijene ruku sapunom ili sredstvima za dezinfekciju ruku na bazi alkohola • Zavjese, paravani, pregrade i dovoljan broj kreveta • Prostor za pratnju, uključujući fizički privatni prostor za ženu i njezinu pratnju ▶ Ljekarna u zdravstvenoj ustanovi i sustav upravljanja zalihama lijekova i potrepština kojim upravlja magistar farmacije
Nadzor i praćenje	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Redoviti suportivni nadzor od strane voditelja porođajnog odjela / voditelja klinike ▶ Sastanci osoblja za pregled praksi maternalne zaštite uz puno poštivanje dostojanstva žena ▶ Lako dostupan mehanizam za korisnike usluga i zdravstvene djelatnike koji pružaju usluge za podnošenje pritužbi upravi (npr. kutija za pohvale/žalbe koja mora biti postavljena na vidljivo mjestu u čekaonici) ▶ Uspostava mehanizama odgovornosti u slučaju lošega postupanja ili povreda prava/propisa ▶ Uspostava postupaka donošenja informiranoga pristanka

3.1.2

Učinkovita komunikacija

» Preporuka 2

Preporučuje se učinkovita komunikacija između zdravstvenih djelatnika, trudnica i pratnje tijekom porođaja primjenom jednostavnih i kulturološki prihvatljivih metoda.

Napomene

- ▶ Komunikacija među zdravstvenim djelatnicima koji pružaju usluge maternalne zaštite i roditelja treba uključivati najmanje sljedeće:
- ▶ Predstaviti se roditelji i njezinoj pratnji.
- ▶ Pružiti roditelji i njezinoj obitelji potrebne informacije na jasan i koncizan način (jezikom razumljivim ženi i njezinoj obitelji) izbjegavajući medicinski rječnik i koristeći slikovni i grafički materijal kada je to potrebno za objašnjenje procesa ili postupaka.
- ▶ S pozitivnim stavom odgovoriti roditelji i obitelji na pitanja vodeći računa o njezinim potrebama i sklonostima.
- ▶ Podržavanje emocionalnih potreba roditelja s empatijom i suosjećanjem, kroz ohrabrenje, pohvalu, uvjeravanje i aktivno slušanje.
- ▶ Podrška roditelji da shvati da ima izbor i osiguravanje podrške njezinu izboru.
- ▶ Svi postupci koji će se poduzeti moraju se objasniti roditelji te od nje dobiti usmeni i, kada je potrebno, i pismeni informirani pristanak za preglede zdjelice i ostale postupke.
- ▶ Poticati roditelje da izraze svoje potrebe i sklonosti te redovito obavještavati pacijenticu i njezinu obitelj o tome što se događa.
- ▶ Osigurati da se privatnost i povjerljivost poštuju u svakom trenutku.
- ▶ Osigurati da je roditelja upoznata s dostupnim mehanizmima za žalbe pacijenta i rješavanje pritužbi.
- ▶ Ostvariti interakciju s pratnjom roditelja po izboru kako bi se pružila jasna objašnjenja o tome kako roditelja može biti dobro podržana u svim fazama porođaja.
- ▶ Zdravstveni sustavi trebaju osigurati da je osoblje osposobljeno za komunikaciju s pacijenticama koja se zasniva na poštivanju ljudskih prava i ima odgovarajuće vještine savjetovanja.
- ▶ Loša ili uvredljiva komunikacija od strane zdravstvenih djelatnika može utjecati na zadovoljstvo roditelja pruženim uslugama i dovesti do donošenja odluke o promjeni zdravstvene ustanove tijekom idućih trudnoća. Također, može utjecati na povjerenje u usluge zdravstvene zaštite i ugled zdravstvene ustanove.
- ▶ Komunikacija zdravstvenih djelatnika koja se zasniva na poštivanju prava pacijenata i odvija se u partnerstvu s roditeljama i njihovim obiteljima može pomoći roditeljama da budu informirane i da se osjećaju sigurno te ih osnažiti da uz stečeno povjerenje u zdravstvene djelatnike lakše prođu kroz ovo životno važno iskustvo.
- ▶ Senzibilno priopćiti loše vijesti i uputiti na psihosocijalnu podršku.

Tablica 3.2.

Osnovne potrebe za komunikaciju s fokusom na poštivanje prava pacijenata

POTREBE	OPIS
Osoblje	▶ Odgovarajući broj kvalificiranoga osoblja za pružanje zdravstvene zaštite tijekom porođaja, s odgovarajućim vještinama, koje radi u multidisciplinarnim timovima
Obuka	▶ Osnovni kurikulum za obrazovanje te kurikulum za osposobljavanje tijekom radnoga odnosa koji se odnosi na komunikaciju koja odražava društvene, kulturne i jezične potrebe žena ▶ Izrada ili prilagodba kurikula „Komunikacijske vještine“ ili „Odnos s pacijentom“ za zdravstvene djelatnike koji pružaju usluge zdravstvene zaštite žena tijekom trudnoće, porođaja i razdoblja nakon porođaja ▶ Kurikulum se treba temeljiti na poštivanju ljudskih prava pacijenata te odgovoriti na društvene, kulturne i jezične potrebe žena ▶ Redovito stručno usavršavanje o komunikaciji zdravstvenih djelatnika
Infrastruktura	▶ Objekti za edukaciju koji podržavaju razvoj vještina i kompetencija u učinkovitoj komunikaciji
Nadzor i praćenje	▶ Podrška potpunom kliničkom osoblju koje se brine o trudnicama u stručnome usavršavanju na temu komuniciranja ▶ Redoviti suportivni nadzor i pregled od strane voditelja porođajnog odjela / ravnatelja ustanove uz pozitivnu podršku kliničara ▶ Redoviti multidisciplinarni sastanci u svrhu rasprave i pregleda pristupa komunikaciji s roditeljama tijekom porođaja ▶ Ispitivanje zadovoljstva pacijenata
Zdravstveno- edukativni materijali za roditelje	▶ Zdravstveno-edukativni materijali ili alati za jasno informiranje o napredovanju porođaja (npr. dilatacija vrata maternice 0 – 10 cm prikazana na slikovnome grafikonu) namijenjeni roditeljama i njihovoj pratnji tijekom porođaja

3.1.3

Pratnja tijekom porođaja

Svaka roditelja u Federaciji BiH ima pravo na pratnju tijekom porođaja po svome izboru. Sve trudnice trebaju imati javno i lako dostupne informacije (na mrežnoj stranici) o pravu na pratnju.

Prilikom kontrolnoga pregleda u trudnoći zdravstveni djelatnik informira roditelju o mogućnosti prisutnosti odabrane pratnje na porođaju.

Roditeljica treba informirati zdravstvene djelatnike o svojoj odabranoj pratnji prilikom prijema u rodilište.

Pratnja u ovome kontekstu može biti bilo koja osoba koju roditelja odabere za pružanje kontinuirane podršku neposredno prije i tijekom porođaja. To može biti osoba iz njezine obitelji ili kruga prijatelja i rodbine, kao što su njezin suprug/partner, prijateljica ili rođakinja, netko iz zajednice. Pratnja može pridonijeti pozitivnomu iskustvu porođaja i treba biti suosjećajna i pouzdana.

» Preporuka 3

Sve roditelje u Federaciji BiH imaju pravo odabrati pratnju tijekom svih faza porođaja.

Napomene

- ▶ Primjena jednostavnih mjera može pomoći poštivanju privatnosti te je potrebno da zdravstvena ustanova ispunjava minimalne uvjete za prisutnost pratnje pri porođaju.
- ▶ Za potrebe privatnosti porodilište treba osigurati privatnost, odnosno paravane ako se više porođaja događa u istoj prostoriji.
- ▶ Odabrana pratnja:
 - osoba koju roditelj odabere da joj pruža kontinuiranu podršku tijekom cijeloga trajanja trudova i porođaja (to može biti netko iz njezine obitelji ili kruga prijatelja);
 - treba biti informirana i educirana o svojoj ulozi na porođaju i samome tijeku porođaja, putem informativnih brošura i edukacija;
 - prenosi informacije o porođaju, premošćuje komunikacijski jaz između zdravstvenih djelatnika i roditelja te potpomaže nefarmakološke načine olakšanja bolova;
 - ima ulogu predstavnika roditelja, što znači da se zalaže za njezinu dobrobit;
 - pruža praktičnu i emocionalnu podršku roditelji bodreći je i pomažući joj da očuva osjećaj kontrole i samopouzdanja te joj pruža kontinuiranu fizičku prisutnost.

Odabrana pratnja bit će pravovremeno (prije porođaja) informirana o svojoj ulozi putem **pisane upute ili letka**. Pratnja će imati ciljanu edukaciju prije porođaja.

U zdravstvenim ustanovama u FBiH pratnja pri porođaju mora biti zdrava osoba (dokaz / potpisana izjava da nema: povišenu tjelesnu temperaturu, kapljičnu respiratornu infekciju, proljev, povraćanje, infekciju kože ruku, vrata, lica, otvoreni prišt ili ranu ili infekciju očiju) **koja treba minimalno nositi masku, kapu i zaštitno odijelo**. Osoblje s aktivnom respiratornom infekcijom, infekcijom kože ruku, vrata, lica, otvorenim prištom ili ranom te infekcijom očiju ne smije ulaziti u rađaonicu i operacijski trakt.

Ako pratnja na porođaju ima negativnu epidemiološku anamnezu, prije ulaska u rađaonicu obavezno je higijensko pranje i dezinfekcija ruku.

Ako u kriznim situacijama pratnja pri porođaju nije moguća, to će na vrijeme biti priopćeno roditelji i/ili odabranoj pratnji.

3.1.3.1

Zdravstvene ustanove

Zdravstvene ustanove regulirat će prisutnost pratnje na porođaju donošenjem internih akata, edukacijom zaposlenih, zaštitom privatnosti i optimalizacijom fizičke infrastrukture.

Zdravstvene ustanove dat će ženama informacije neophodne za donošenje informirane odluke tijekom posjeta u okviru antenatalne skrbi.

Pravo žena na privatnost i povjerljivost u zdravstvenoj ustanovi mora se poštivati. Ovo podrazumijeva osiguravanje paravana i drugih mjera važnih za omogućavanje prisutnosti pratnje na porođaju.

Pratnja na porođaju preporučuje se na vaginalnome porođaju i carskom rezu. Veliki dio porođaja carskim rezom izvodi se u spinalnoj anesteziji, što znači da je roditelj budna tijekom zahvata. U ovoj situaciji preporuka je da kliničko osoblje učini sve kako bi pratnja bila uz roditelja tijekom porođaja. Tijekom porođaja carskim rezom pod općom anestezijom ili hitnoga carskog reza iz sigurnosnih razloga nekad nije moguće da pratnja bude prisutna tijekom porođaja. Isto se odnosi na zdravstvene ustanove koje ne mogu osigurati uvjete za prisustvo pratnje na porođaju.

Ako u kriznim situacijama u Federaciji BiH pratnja na porođaju nije moguća, to će na vrijeme biti priopćeno roditelji i/ili odabranoj pratnji.

Zdravstveni djelatnici trebaju biti informirani i educirani o pravu na odabranu pratnju na porođaju kako bi bili u mogućnosti pružiti kvalitetnu zdravstvenu zaštitu. Prilikom kontrolnih pregleda i razgovora s roditeljom zdravstveni djelatnici trebaju nastojati ukazati roditelji na prednosti pratnje na porođaju i detaljnije objasniti ulogu pratnje. Zdravstveni će djelatnici dati pisanu uputu za pratnju (letak/brošuru) te, ako je to moguće, pozvati pratnju na edukativni razgovor uz dogovoreni pregled trudnice.

Zdravstvene ustanove trebaju imati usuglašenu pisanu informaciju/letak koji će omogućiti jasne informacije namijenjene osobama koje će biti pratnja na porođaju i njezinoj ulozi u podršci ženi tijekom trudova i porođaja.

Podizanje svijesti o prednostima pratnje na porođaju:

- ▶ Informiranje putem plakata i postera u čekaonicama te javno dostupnim informacijama za cjelokupno stanovništvo
- ▶ Informiranje putem tečaja za trudnice
- ▶ Edukacija zdravstvenih djelatnika
- ▶ Organiziranje dana otvorenih vrata u rodilištima

3.1.4

Kontinuitet njege

» Preporuka 4

Preporučuje se kontinuirana zdravstvena zaštita svih roditelja u postnatalnome razdoblju koju pružaju educirane polivalentne sestre / sestre iz primarne zdravstvene zaštite. Kontinuitet njege ostvarivat će se i u slučajevima potrebe za psihosocijalnom podrškom, i to na način da će korisnik usluga ostvarivati svoje potrebe za podrškom u centrima za mentalno zdravlje.

Napomene

- ▶ Kontinuitet u pružanju zdravstvene zaštite roditelja u postnatalnome razdoblju iznimno je važan, a kako bi usluge u ovome području bile učinkovitije, dostupnije i kvalitetnije, bit će neophodno kontinuirano jačati kapacitete sestara u zajednici u domovima zdravlja te osnaživati i poticati bolju suradnju između bolnica i domova zdravlja. Također, neophodno je bolje uvezivanje polivalentnih sestara / sestara u zajednici s centrima za mentalno zdravlje, a naročito kod evidentiranja postporođajne depresije

3.2 Prvo porođajno doba

3.2.1

Definicije latentne i aktivne faze prvoga porođajnog doba

» Preporuka 5

U praksi se preporučuje korištenje sljedećih definicija latentne i aktivne faze prvoga porođajnog doba:

Latentna prva faza vremenski je razdoblje koje karakteriziraju bolne kontrakcije maternice i različite promjene na cerviksu, a uključuje rastezanje i stanjivanje vrata maternice u određenome stupnju te sporije napredovanje dilatacije do 5 cm za prvi i svaki idući porođaj.

Aktivna prva faza vremenski je razdoblje koje karakteriziraju redovite bolne kontrakcije maternice, rastezanja i stanjivanja vrata maternice te brža dilatacija od 5 cm do potpunoga širenja za prvi i svaki idući porođaj.

Napomene

- ▶ Latentno prvo doba (ili latentna faza) ponekad se opisuje kao „rana“ ili „pasivna“ prva faza.
- ▶ Nema precizno definirana standardna trajanja latentne faze prvoga porođajnog doba te se to razdoblje može znatno razlikovati od žene do žene. Trajanje aktivne faze prvoga porođajnog doba, koja obuhvaća dilataciju cerviksa od 5 cm do potpune dilatacije, obično ne prelazi 12 sati za prvi porođaj i 10 sati za sve iduće porođaje.
- ▶ Srednje trajanje aktivne faze prvoga porođajnog doba iznosi oko 4 sata kod prvorotkinja i 3 sata kod drugorotkinja i višerotkinja, kada se početna točka dilatacije cerviksa postavi na 5 cm.
- ▶ Produženo trajanje prvoga porođajnog doba ne bi trebalo biti osnova za automatske medicinske intervencije.
- ▶ Trajanje porođaja izrazito je varijabilno i ovisi o individualnim fiziološkim značajkama i tijeku trudnoće.

3.2.2

Trajanje prvoga porođajnog doba

» Preporuka 6

Žene trebaju biti obaviještene o tome da standardno trajanje latentne faze prvoga porođajnog doba nije utvrđeno i da može u velikoj mjeri varirati od žene do žene.

Međutim, trajanje aktivne faze prvoga doba (dilatacija cerviksa od 5 cm do faze potpune dilatacije) obično ne prelazi 12 sati za prvi porođaj i 10 sati za sve kasnije porođaje.

Napomene

- ▶ Očekivano trajanje aktivne faze prvoga porođajnog doba ovisi o referentnom pragu koji se koristi za njezino nastupanje.
- ▶ Zdravstveni djelatnici trebali bi podržati trudnice kod kojih su trudovi nastupili spontano kako bi one doživjele trudove i porođaj u skladu sa svojim individualnim prirodnim reproduktivnim procesom, bez intervencija za skraćivanje trajanja porođaja, pod uvjetom da je stanje majke i djeteta zadovoljavajuće, da postoji progresivna dilatacija vrata maternice, te da je očekivano trajanje porođaja unutar preporučenih granica.
- ▶ Zdravstveni djelatnici trebaju upozoriti zdrave trudnice da je trajanje porođaja vrlo varijabilno i da ovisi o njihovim individualnim fiziološkim procesima i značajkama trudnoće.

3.2.3

Napredovanje prvoga porođajnog doba

» Preporuka 7

Za trudnice sa spontano započetim porođajem dilatacija cerviksa (ili vrata maternice - hrvatski izraz) od 1 cm/h tijekom aktivne faze prvoga porođajnog doba (praćeno linijom napredovanja dilatacije na partogramu) nije točan za identifikaciju žena s rizikom od nepovoljnih ishoda porođaja i stoga se ne preporučuje u ovu svrhu.

Napomene

- ▶ U bolničkim uvjetima pokušaji održavanja progresije dilatacije cerviksa od 1 cm/h dovode do nepotrebnih intervencija zbog percepcije da je napredovanje porođaja patološki sporo. Rodilje kod kojih postoji sumnja na sporo napredovanje porođaja treba pažljivo procijeniti kako bi se isključio razvoj komplikacija (npr. cefalopelvina disproporcija) i obratila pažnja i na njihove psihofizičke potrebe.
- ▶ Unaprijed postavljene linije na cervikografu samo su jedan element postojećega partograma SZO-a. Zdravstveni djelatnici trebali bi nastaviti iscrtavati na cervikografu dilataciju cerviksa u odnosu na vrijeme kao i druge parametre partograma (uključujući otkucaje srca fetusa, porođajnu oteklinu (*caput succedaneum*), oblikovanje glave fetusa, stanje plodove vode, spuštanje fetusa,

tjelesnu temperaturu majke, krvni tlak i izlučivanje urina) za praćenje dobrobiti žene i njezina čeda te identificirati rizike od nepovoljnih ishoda porođaja.

- ▶ Ova preporuka zamjenjuje preporuku koja se odnosi na partogram aktivne faze s četverosatnom linijom djelovanja u *Preporukama SZO-a za stimulaciju porođaja* (5).

» Preporuka 8

Minimalna stopa dilatacije cerviksa od 1 cm/h tijekom aktivne prve faze porođaja nerealno je brza za neke žene, stoga se ne preporučuje za identifikaciju normalnoga napredovanja porođaja. Sama brzina dilatacije cerviksa manja od 1 cm/h ne bi trebala biti indikacija za opstetričku intervenciju.

» Preporuka 9

Porođaj se možda neće prirodno ubrzati dok se ne dosegne prag dilatacije cerviksa od 5 cm. Stoga se ne preporučuje korištenje medicinskih intervencija za ubrzavanje trudova i porođaja (kao što je stimulacija porođaja oksitocinom ili carski rez) prije ovoga praga, pod uvjetom da je stanje fetusa i majke zadovoljavajuće.

Napomene

- ▶ Cilj je ovih preporuka spriječiti jatrogene nepovoljne maternalne i perinatalne ishode minimiziranjem nepotrebnih medicinskih intervencija i poboljšati porođajno iskustvo majke.
- ▶ Dokazi pokazuju važne varijacije u distribuciji obrazaca dilatacije cerviksa među ženama bez rizičnih faktora za komplikacije, pri čemu je kod mnogih žena napredovanje sporije od 1 cm/h tijekom većega dijela porođaja, a ipak postižu vaginalni porođaj s normalnim ishodom.
- ▶ Iako ove smjernice zdravstvenim djelatnicima nude mjerilo prema kojemu mogu procijeniti žene tijekom porođaja, to ne znači da porođaj koji je olakšan na odgovarajući način ne može rezultirati nepovoljnim ishodima. Ostale poznate i nepoznate varijable mogu pridonijeti nepovoljnim ishodima.
- ▶ Prije razmatranja bilo koje medicinske intervencije, žene sa sumnjom na sporo napredovanje porođaja treba pažljivo procijeniti kako bi se isključile komplikacije (npr. cefalopelvina disproporcija) i kako bi se utvrdilo jesu li njihove emocionalne, psihičke i fizičke potrebe tijekom porođaja zadovoljene.

Tablica 3.3.

Osnovne potrebe za spore, ali normalne obrasce dilatacije cerviksa

POTREBE	OPIS
Obuka	▶ Praktično osposobljavanje zdravstvenih djelatnika
Materijal	▶ Revidirani priručnici i klinički protokoli za zdravstvene djelatnike i buduće zdravstvene djelatnike koji se osposobljavaju ▶ Promotivni materijal za žene o normalnom porođaju i o tome kada otići u zdravstvenu ustanovu na procjenu ▶ Revidirani pisani partogram
Infrastruktura	▶ Dovoljan broj kreveta na porođajnome odjelu radi osiguranja kapaciteta za trudnice čiji porođaj duže traje
Nadzor i praćenje	▶ Stalni nadzor i praćenje uz redovitu reviziju i pregled ishoda koji se odnose na primjenu sporijih obrazaca dilatacije za vođenje porođaja

3.2.4

Prijem na porođajni odjel

» Preporuka 10

U FBiH ženu koja dolazi u zdravstvenu ustanovu sa znakovima porođaja treba primiti i pružiti joj odgovarajuću podršku čak i kada ima rane znakove porođaja, osim ako ona, na svoju odgovornost, želi čekati kod kuće da nastupi aktivna faza porođaja.

Napomene

- ▶ Ova se preporuka odnosi na odgađanje prijema trudnice na porođajni odjel (tj. u prostor zdravstvene ustanove gdje se obavljaju porođaji), a ne na odgađanje prijema na odjel na kojem ona čeka da nastupi aktivna faza niti na odgađanje prijema u zdravstvenu ustanovu.
- ▶ Nadalje, odgađanje prijema na porođajni odjel ne znači odgađanje prvoga kontakta sa zdravstvenim djelatnikom niti odgađanje procjene trudnice nakon prijema.

Kod žena koje su primljene na porođajni odjel tijekom latentne faze prvoga porođajnog doba, treba izbjegavati medicinske intervencije za ubrzavanje trudova i porođaja ako je to za dobrobit majke i fetusa.
- ▶ Sveobuhvatna procjena majke i fetusa od strane zdravstvenog djelatnika po dolasku trudnice u zdravstvenu ustanovu ključna je kako bi se osiguralo da su isključene nedijagnosticirane komplikacije ili komplikacije koje se tek razvijaju.
- ▶ Rutinska promatranja radi procjene dobrobiti majke i fetusa trebaju se provoditi prema potrebi na svim ženama koje čekaju prijem na porođajni odjel.

- ▶ Planove porođaja potrebno je individualizirati prema ženinim potrebama i preferencijama, a u skladu s mogućnostima.
- ▶ Ženama u latentnoj fazi porođaja i njihovoj pratnji trebale bi biti dostupne čiste, udobne čekaonice, s prostorom u kojem se žene mogu kretati i u kojem imaju lak pristup čistim, održanim toaletima, kao i hrani i vodi za piće.

3.2.5

Klinička pelvimetrija po prijemu

» Preporuka 11

Rutinska klinička pelvimetrija po prijemu na porođajni odjel ne preporučuje se zdravim trudnicama.

Napomene

- ▶ Klinička pelvimetrija procjena je prikladnosti oblika i veličine zdjelice trudnice (ravan zdjeličnog ulaza, ravan širokog dijela zdjelične šupljine, izlazna ravnina zdjelice) za vaginalni porođaj kroz unutarnji pregled zdjelice i ne smije se miješati sa standardnim pregledom zdjelice koji je potreban za kliničku procjenu stanja vrata maternice, plodove vode, položaja fetusa i spuštanja fetusa u zdjelicu po prijemu trudnice u rodilište.
- ▶ U okruženjima u kojima se klinička pelvimetrija rutinski izvodi kod zdravih trudnica po prijemu u rodilište, pružatelji zdravstvenih usluga trebaju biti svjesni da nema dovoljno dokaza koji podupiru ovu praksu.
- ▶ Rutinska klinička pelvimetrija u zdravih trudnica po prijemu na porođajni odjel može povećati broj carskih rezova bez jasne koristi za ishod porođaja.
- ▶ Zdravstveni djelatnici trebaju, u skladu s preporučenom kliničkom praksom, procijeniti sve žene koje dolaze u zdravstvenu ustanovu sa znakovima da se bliži porođaj.
- ▶ To uključuje izvođenje digitalnoga vaginalnog pregleda uz pristanak žene kako bi se procijenio status porođaja (početak i faza) u skladu sa mogućnostima zdravstvene ustanove.

3.2.6

Rutinska kardiokografija

» Preporuka 12

Rutinska kardiokografija (CTG) se preporučuje za procjenu intrauterinog stanja ploda nakon prijema trudnice na porođajni odjel kod zdravih trudnica sa spontanom početkom porođaja u Federaciji BiH.

» Preporuka 13

Za procjenu intrauterinog stanja ploda nakon prijema trudnice na porođajni odjel preporučuje se i auskultacija pomoću Dopplerova ultrazvučnog uređaja ili Pinardova fetalnog stetoskopa u skladu s dostupnošću medicinske opreme u ustanovi.

Napomene

- ▶ U FBiH preporučuje se rutinska kardiokografija za procjenu intrauterinog stanja ploda nakon prijema trudnice na porođajni odjel kod zdravih trudnica sa spontanom početkom porođaja.
- ▶ Kliničari bi se trebali bolje zaštititi od pravnih problema pažljivim vođenjem medicinskih zapisa i bilješki koji jasno dokumentiraju rezultate procjene fetalnoga stanja umjesto da se isključivo oslanjaju na kontinuirani CTG nadzor kao glavni argument u obrani svoje kliničke prakse.
- ▶ Kardiokografija nakon prijema trudnice kod koje je nastupio porođaj vjerojatno povećava rizik od carskoga reza bez poboljšanja ishoda porođaja. Osim toga, povećava se i vjerojatnost da će žena i njezin plod biti podvrgnuti kaskadi drugih intervencija uključujući kontinuirani CTG nadzor i uzorkovanje krvi fetusa, što povećava troškove porođaja i može negativno utjecati na ženino iskustvo porođaja.
- ▶ Procjena stanja fetusa nakon prijema trudnice i redovito tijekom porođaja auskultacijom srčanoga ritma fetusa vitalni je i sastavni dio pružanja kvalitetne intrapartalne skrbi. U aktivnoj fazi porođaja auskultacija se obično izvodi svakih 15 – 30 minuta, dok se u drugome porođajnome dobu obično izvodi svakih 5 minuta.

3.2.7

Brijanje perinealnoga područja / stidnih dlaka

» Preporuka 14

Ne preporučuje se rutinsko brijanje perinealnoga područja / stidnih dlaka prije vaginalnoga porođaja.

Napomene

- ▶ Ova preporuka odnosi se na svako brijanje ženskoga vanjskoga genitalnog područja u kontekstu vaginalnoga porođaja.
- ▶ Odluku o brijanju perinealnoga područja / stidnih dlaka treba prepustiti ženi, a ne zdravstvenomu djelatniku. U situaciji kada žena odluči da se perinealno područje / stidne dlake briju prije porođaja, treba joj savjetovati da se dogovori gdje će se obaviti brijanje i tko će to uraditi, pri čemu to treba biti osoba koja joj najviše odgovara (npr. kod kuće neposredno prije porođaja).
- ▶ Preporuka se ne odnosi na žene koje se pripremaju za carski rez.
- ▶ Dokazi koji podržavaju ovu preporuku mogu se naći u izvornim smjernicama koje su dostupne na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf.

3.2.8

Klistiranje po prijemu

» Preporuka 15

Ne preporučuje se primjena klistira radi smanjenja primjene stimulacije porođaja.

Napomene

- ▶ Rutinsko davanje klistira ne smanjuje trajanje porođaja niti daje bilo kakve druge kliničke koristi. Smatra se invazivnim i kod žene izaziva osjećaj nelagodnosti.
- ▶ Ne preporučuje se klistiranje trudnica pri prijemu na porođajni odjel.
- ▶ Primijećeno je da za rutinska primjena klistira nema dokaza koji bi potvrdili da skraćuje trajanje porođaja ili donosi bilo kakve kliničke koristi. Osim toga, ova se praksa smatra invazivnom i može izazvati nelagodu kod žena.
- ▶ Posebno je naglašeno da je ova preporuka usmjerena na izvedivost, smanjenje opterećenja zdravstvenih resursa i prihvatljivost među zdravstvenim djelatnicima i roditeljima. Stoga je snažno preporučeno da se izbjegava rutinska primjena klistira tijekom porođaja. Dodatno, ranije se smatralo se da primjena klistira smanjuje broj stolica nakon porođaja koje često stvaraju nelagodu ženama.
- ▶ Međutim, važno je napomenuti da negativne strane klistira uključuju i to da je postupak izuzetno neugodan i uzrokuje bol tijekom trudnoće te da može rezultirati pojavom vodenastih stolica tijekom porođaja, što može povećati rizik od infekcija.
- ▶ Dokazi koji podržavaju ovu preporuku mogu se naći u izvornim smjernicama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf.

3.2.9

Digitalni vaginalni pregled

» Preporuka 16

Digitalni vaginalni pregled u intervalima od četiri sata preporučuje se za rutinsku procjenu aktivne faze porođaja kod žena niskoga rizika.

Napomene

- ▶ Struka je suglasna da u nekim situacijama stanje majke ili fetusa može opravdati češće vaginalne preglede od onih navedenih u ovoj preporuci.
- ▶ Digitalni vaginalni pregled u intervalima od svako 4 sata preporučuje se za rutinsku procjenu aktivne faze porođaja kod žena niskoga rizika.

- ▶ Važno je dati prioritet smanjenju učestalosti i ukupnog broja vaginalnih pregleda, posebno u situacijama gdje postoje dodatni rizici od infekcije, kao što su ruptura amnijske membrane ili produženi porođaj.
- ▶ Treba izbjegavati vaginalne preglede kod iste žene od strane više zdravstvenih djelatnika otprilike u isto ili različito vrijeme. Ova je praksa uobičajena u nastavnom okruženju u kojem veći broj stručnih timova (ili studenata) obavlja vaginalne preglede u svrhu učenja.
- ▶ Trenutno nema konkretnih znanstvenih dokaza koji bi podržali najbolju učestalost vaginalnih pregleda kao mjeru prevencije infektivnih komplikacija kod majke i novorođenčeta. Stoga je ova preporuka usklađena sa sličnom preporukom koja se nalazi u Smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) za poticanje porođaja iz 2014. godine (5).
- ▶ Dokazi koji podržavaju ovu preporuku mogu se naći u izvornim smjernicama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf.

3.2.10

Kontinuirana kardiokografija (CTG) tijekom porođaja

» Preporuka 17

Kontinuirana kardiokografija ne preporučuje se za procjenu intrauterinog stanja ploda kod zdravih trudnica kod kojih je porođaj nastupio spontano.

Napomene

- ▶ Kontinuirani CTG povećava broj carskih rezova i drugih medicinskih intervencija, nije isplativ i ima različite razine prihvatljivosti i izvedivosti.
- ▶ Kontinuirani CTG doprinosi neznačajnom apsolutnom smanjenju neonatalnih konvulzija (1 manje na 1.000), što može ili ne mora imati daljnje posljedice na zdravlje novorođenčeta.
- ▶ Kontinuirani CTG ne bi trebalo koristiti kao zamjenu za pružanje suportivne intrapartalne skrbi usmjerene na ženu.
- ▶ Kontinuirani CTG može ograničiti druge korisne neinvazivne metode tijekom porođaja, kao što su mogućnost izbora položaja pri porođaju i mogućnosti slobodnoga kretanja, što može biti stresno za ženu.
- ▶ Kliničari bi mogli biti bolje zaštićeni od sudskih sporova kvalitetnijim vođenjem medicinskih bilješki i evidencija, koji jasno pokazuju nalaze intrauterine patnje, umjesto da se oslanjaju na kontinuirani CTG nadzor u obrani kliničke prakse.

3.2.11

Intermitentna auskultacija otkucaja srca fetusa tijekom porođaja

» Preporuka 18

Zdravim se trudnicama tijekom porođaja preporučuje intermitentna auskultacija otkucaja srca fetusa Dopplerovim ultrazvučnim uređajem ili Pinardovim fetalnim stetoskopom.

Napomene

- ▶ Postoje dokazi koji upućuju na to da bi intermitentna auskultacija (IA) ručnim Dopplerovim ultrazvučnim uređajem, kardiotokografija (CTG) ili strogi nadzor Pinardovim fetalnim stetoskopom mogli povećati otkrivanje abnormalnih fetalnih otkucaja srca, što može smanjiti ishode hipoksije – ishemije.
- ▶ Postoji nedostatak dokaza o prednostima različitih protokola, tako da postoje varijacije u postupanju u različitim zdravstvenim ustanovama. Standardizacija je važna za zdravstvenu zaštitu i medicinsko-pravne svrhe, stoga je SZO usvojio slijedeći protokol (6):
 - Interval: Auskultacija svakih 15 – 30 minuta u aktivnoj fazi prvoga porođajnog doba i svakih 5 minuta u drugome porođajnom dobu.
 - Trajanje: Svaka auskultacija treba trajati najmanje 1 minutu; ako otkucaji srca fetusa nisu uvijek u normalnu rasponu (tj. 110 – 160 otkucaja u minuti), auskultaciju treba produžiti kako bi obuhvatila najmanje tri kontrakcije maternice.
 - Vrijeme: auskultacija tijekom kontrakcije maternice i nastaviti najmanje 30 sekundi nakon kontrakcije.
 - Evidentiranje: Evidentirati početni broj otkucaja srca fetusa (jedan broj izbrojenih otkucaja u minuti) i prisutnost ili odsutnost ubrzanja i usporavanja otkucaja srca fetusa.
- ▶ Bez obzira na metodu koja se koristi, ženi treba jasno objasniti tehniku i njezinu svrhu. Ženi također treba objasniti rezultate auskultacije i razjasniti daljnji postupak.

3.2.12

Epiduralna analgezija za olakšavanje bolova

» Preporuka 19

Epiduralna se analgezija preporučuje zdravim trudnicama koje zahtijevaju ublažavanje bolova tijekom porođaja, ovisno o preferencijama žene.

Napomene

- ▶ Epiduralna analgezija dokazana je metoda za ublažavanje bolova povezanih s kirurškim zahvatom, uključujući operacije u predjelu abdomena, te se preporučuje kao opcija za ublažavanje bolova.
- ▶ Epiduralna je analgezija djelotvornija opcija za ublažavanje bolova, ali u usporedbi s opioidnom analgezijom zahtijeva više sredstava za provedbu i zbrinjavanje njezinih nepovoljnih efekata koji su svakako češći kod epiduralne analgezije.

- ▶ Kako bi se izbjegle komplikacije i očuvala što je moguće veća motorička funkcija, pri primjeni epiduralne analgezije potrebno je koristiti najmanju moguću djelotvornu koncentraciju lokalnoga anestetika (7).
- ▶ Ženama koje su primile epiduralnu analgeziju u drugome porođajnom dobu preporučuje se omogućavanje položaja za vrijeme porođaja po njihovu izboru, uključujući uspravan položaj.
- ▶ Ženama s epiduralnom analgezijom u drugome porođajnom dobu preporučuje se odgoda tiskanja jedan do dva sata nakon potpune dilatacije ili dok se ženi ne vrati osjetilni nagon za izgonom.

Tablica 3.4.

Osnovne potrebe za primjenu epiduralne analgezije

POTREBE	OPIS
Osoblje	<ul style="list-style-type: none">▶ Epiduralna analgezija: anesteziolog ili drugi liječnik specijalist osposobljen za uvođenje katetera ili igle u epiduralni prostor i primjenu epiduralne analgezije; drugo educirano osoblje, npr. medicinska sestra osposobljena za praćenje trudnica s epiduralnom analgezijom▶ Opioid: Potreban je liječnik za propisivanje opioida
Obuka	<ul style="list-style-type: none">▶ Epiduralna analgezija: potrebno je specijalističko medicinsko obrazovanje▶ Opioid: prilično jednostavan za primjenu
Materijal	<ul style="list-style-type: none">▶ Epiduralna analgezija: otopina za infuziju, sterilno pakiranje (uključujući rukavice, ogrtač, kapu, masku, sterilne paravane), pribor za uvođenje igle u epiduralni prostor, otopina za dezinfekciju kože, intravenski kateter, odgovarajući lijekovi za reanimaciju, kisik▶ Opioid: lijek (npr. petidin), igla, šprica, intravenski kateter (opcionalno), otopina za dezinfekciju kože, kisik, odgovarajući lijekovi za reanimaciju
Oprema i infrastruktura	<ul style="list-style-type: none">▶ Epiduralna analgezija: stalak za drip, infuzijska pumpa, kisik i kompletna oprema za reanimaciju▶ Opioid: kisik i kompletna oprema za reanimaciju
Vrijeme	<ul style="list-style-type: none">▶ Vrijeme potrebno zdravstvenomu djelatniku za davanje i praćenje epiduralne analgezije znatno je duže od vremena za davanje i praćenje prilikom korištenja opioida
Nadzor i praćenje	<ul style="list-style-type: none">▶ Dvojni specijalistički nadzor▶ I epiduralna analgezija i opiodi zahtijevaju nadzor i praćenje▶ Komplikacije povezane s epiduralnom analgezijom obično zahtijevaju specijalistički nadzor i praćenje od strane anesteziologa i opstetričara (ako je potrebno instrumentalno dovršiti porođaj)

3.2.13

Opioidna analgezija za ublažavanje bolova

» Preporuka 20

Parenteralni opiodi, kao što su fentanil, dijamorfin i petidin, preporučene su opcije za zdrave trudnice koje zahtijevaju ublažavanje bolova tijekom porođaja, ovisno o preferencijama žene, ali i kod trenutne nemogućnosti primjene drugih metoda regionalne analgezije.

Napomene

- ▶ Mnoge roditelje zahtijevaju ublažavanje bolova za vrijeme porođaja i željele bi imati na raspolaganju nekoliko opcija. Opioidi donekle ublažavaju bol tijekom porođaja, unatoč nekim neželjenim reakcijama, poput pospanosti, mučnine i povraćanja.
- ▶ Prije upotrebe zdravstveni djelatnici trebaju informirati roditelje o mogućim neželjenim reakcijama na opioide, kao što su pospanost, mučnina i povraćanje kod majke i neonatalna respiratorna depresija, te o dostupnim alternativnim opcijama ublažavanja bolova.
- ▶ Zdravstveni djelatnici trebaju biti osposobljeni za upravljanje neželjenim reakcijama u slučaju da se pojave, moraju biti svjesni da opioidne lijekove treba pohraniti na sigurno mjesto te da je potrebno voditi evidenciju o njihovu izdavanju kako bi se smanjio rizik od zloupotrebe.

3.2.14

Tehnike opuštanja za zbrinjavanje bolova

» Preporuka 21

Tehnike opuštanja, uključujući progresivno opuštanje mišića, disanje, glazbu, mentalnu tehniku usredotočene svjesnosti (engl. *mindfulness*) i druge tehnike, preporučuju se zdravim trudnicama koje zahtijevaju ublažavanje bolova tijekom porođaja, ovisno o preferencijama žene, a u skladu s mogućnostima ustanove.

Napomene

- ▶ Većina žena želi neki oblik ublažavanja bolova tijekom porođaja, a dokazi pokazuju da tehnike opuštanja mogu smanjiti nelagodu porođaja, ublažiti bolove i poboljšati iskustvo porođaja kod majke.
- ▶ Nefarmakološke opcije ublažavanja bolova, kao što su uranjanje u vodu (ako postoje uvjeti u zdravstvenoj ustanovi), akupunktura te kulturološke i tradicionalne prakse, žene bi mogle smatrati umirujućima.
- ▶ Pružatelji usluga skrbi trebaju obavijestiti žene da će tehnike opuštanja imati korisne učinke, ali ne mogu u potpunosti ukloniti bolove.
- ▶ Zdravstveni stručnjaci trebaju obavijestiti trudnice da su tehnike opuštanja općenito sigurne, s vrlo niskim rizikom od nuspojava, iako se korisni učinci ovih tehnika temelje na ograničenim znanstvenim dokazima.

3.2.15

Ručne tehnike zbrinjavanja bolova

» Preporuka 22

Ručne tehnike, poput masaže ili primjene toplih obloga, preporučuju se zdravim trudnicama koje traže ublažavanje bolova tijekom porođaja, ovisno o preferencijama žene.

Napomene

- ▶ Većina žena želi neki oblik farmakološkoga ili nefarmakološkoga ublažavanja bolova tijekom porođaja, a masaža može smanjiti nelagodu porođaja, ublažiti bolove i poboljšati iskustvo porođaja kod majke.
- ▶ Zdravstveni djelatnici trebaju pokazati razumijevanje za potrebu za ublažavanjem porođajnih bolova i izbor žene u pogledu ove potrebe.
- ▶ Topli oblozi nisu štetni, a žene ih mogu smatrati umirujućima.
- ▶ Zdravstveni djelatnici trebaju upoznati žene s opcijama koje su dostupne za ublažavanje bolova u njihovu porodilištu te razgovarati o prednostima i nedostacima tih opcija u sklopu prenatalne zaštite.

3.2.16

Ublažavanje bolova radi sprječavanja sporoga napredovanja porođaja

» Preporuka 23

Ne preporučuje se ublažavanje bolova radi sprječavanja sporoga napredovanja porođaja i smanjenja primjene stimulacije porođaja.

Napomene

- ▶ Nema jasnih dokaza koji bi upućivali na to da je bilo koji oblik ublažavanja bolova povezan sa smanjenjem trajanja porođaja ili učestalosti stimulacije porođaja.
- ▶ Ublažavanje bolova ne mora nužno smanjiti potrebu za stimulacijom porođaja, ali ima druge bitne prednosti koje ga čine bitnom komponentom dobre intrapartalne zaštite.
- ▶ Dokazi koji idu u prilog ovoj preporuci mogu se pronaći u izvornim smjernicama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf.

3.2.17

Oralni unos tekućine i hrane

» Preporuka 24

Ženama s niskim rizikom preporučuje se oralni unos tekućine i hrane tijekom porođaja.

Napomene

- ▶ Ženama s niskim rizikom preporučuje se oralni unos tekućine i hrane tijekom porođaja u umjerenim količinama. Budući da ograničavanje oralnoga unosa tekućine i hrane nije pokazalo povoljne učinke na važne kliničke ishode, uključujući augmentaciju porođaja, u smjernicama je naglasak na tome da se poštuju želje žene u vezi s unosom hrane i tekućine, u skladu s preporukama liječnika za svaku pojedinačnu pacijenticu.
- ▶ Dokazi koji idu u prilog ovoj preporuci mogu se pronaći u izvornim smjernicama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf.

3.2.18

Mobilnost i položaj tijela roditelje

» Preporuka 25

Preporučuje se poticanje pokretljivosti i uspravnoga položaja tijela tijekom porođaja kod žena s niskim rizikom.

Napomene

- ▶ Žene žele rađati u sigurnome okruženju koje ih podržava i koje podrazumijeva slobodu kretanja.
- ▶ Iako dokazi ne upućuju na to da pokretljivost i uspravan položaj tijekom porođaja smanjuju primjenu augmentacije porođaja oksitocinom, potvrđene su kliničke prednosti u smislu smanjenja broja carskih rezova.
- ▶ Zdravstveni djelatnici trebaju informirati i podržati odluku žene o položaju tijela koji će zauzeti tijekom prvoga porođajnog doba.
- ▶ Dokazi koji idu u prilog ovoj preporuci mogu se pronaći u izvornim smjernicama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf.

3.2.19

Čišćenje vagine

» Preporuka 26

Ne preporučuje se rutinsko čišćenje vagine klorheksidinom tijekom porođaja u svrhu prevencije zaraznih bolesti.

Napomene

- ▶ Ova se preporuka temelji na nedostatku kliničkih prednosti za novorođenče, a ne na potencijalnom učinku intervencija na moguće infekcije vanjskih genitalnih organa majke povezane sa streptokokom skupine B (BHSB).
- ▶ Dokazi koji idu u prilog ovoj preporuci mogu se pronaći u izvornim smjernicama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf.

3.2.20

Aktivno vođenje porođaja

» Preporuka 27

Ne preporučuje se aktivno vođenje porođaja radi prevencije sporoga napredovanja porođaja.

Napomene

- ▶ Aktivno vođenje porođaja ima potencijalne prednosti u smislu smanjenja trajanja porođaja i smanjenja stope carskih rezova.
- ▶ Usprkos tomu što postoje određene prednosti u vidu skraćivanja trajanja porođaja te smanjenja stope carskih rezova, aktivno vođenje porođaja ne preporučuje se uvijek jer se smatra da je primjena ovoga pristupa preskriptivna i intervencijska te bi mogla narušiti prava, izbor i autonomiju žena.
- ▶ Osim toga, intervencija se smatra složenom i zahtijeva znatne zdravstvene resurse, što možda nije izvedivo u mnogim okruženjima.
- ▶ Kontinuirani individualni pristup jedina je komponenta aktivnoga vođenja porođaja koja se pokazala korisnom.
- ▶ Dokazi koji idu u prilog ovoj preporuci mogu se pronaći u izvornim smjernicama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf.

3.2.21

Rutinska amniotomija

» Preporuka 28

Ne preporučuje se korištenje samo amniotomije za prevenciju sporoga napredovanja porođaja.

Napomene

- ▶ Usprkos uobičajenoj primjeni amniotomije za prevenciju sporoga napredovanja porođaja u kliničkoj praksi, nema jasnih dokaza o prednostima ove metode.
- ▶ Dokazi koji idu u prilog ovoj preporuci mogu se pronaći u izvornim smjernicama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf.

3.2.22

Rana amniotomija i oksitocin

» Preporuka 29

Ne preporučuje se rana amniotomija s ranom augmentacijom oksitocinom radi prevencije sporoga napredovanja porođaja.

Napomene

- ▶ Varijabilno smanjenje trajanja prvoga porođajnog doba samo po sebi ne opravdava intervenciju, s obzirom na to da nisu pronađene bitne razlike u drugim važnim kliničkim ishodima.
- ▶ Postoji značajno preklapanje između ove intervencije i ostalih komponenti aktivnoga vođenja porođaja te je ova preporuka jednako preskriptivna i intervencijska.
- ▶ Primjena preporuke može ugroziti prava, izbor i autonomiju žena.
- ▶ Dokazi koji idu u prilog ovoj preporuci mogu se pronaći u izvornim smjernicama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf.

3.2.23

Oksitocin za žene s epiduralnom analgezijom

» Preporuka 30

Ne preporučuje se primjena oksitocina za prevenciju sporoga napredovanja porođaja kod žena koje primaju epiduralnu analgeziju.

Napomene

- ▶ Augmentaciju oksitocinom treba izvesti samo kada je indicirana kao tretman potvrđenoga sporog napredovanja porođaja kod žena koje primaju epiduralnu analgeziju.
- ▶ Dokazi koji idu u prilog ovoj preporuci mogu se pronaći u izvornim smjernicama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf.

3.2.24

Upotreba spazmolitika

» Preporuka 31

Ne preporučuje se upotreba spazmolitika za sprječavanje sporoga napredovanja porođaja.

Napomene

- ▶ Skraćivanje trajanja prvoga porođajnog doba za jedan sat smatralo se klinički beznačajnim jer nije dovelo do poboljšanja drugih kritičnih ishoda kod majke ili fetusa.
- ▶ Dokazi koji idu u prilog ovoj preporuci mogu se pronaći u izvornim smjernicama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf.

3.2.25

Intravenske tekućine za prevenciju sporoga napredovanja porođaja

» Preporuka 32

Ne preporučuje se davanje intravenskih tekućina u cilju skraćivanja trajanja porođaja.

Napomene

- ▶ Ova se intervencija ne preporučuje jer bi rizik od prekomjernoga nakupljanja tekućine kod majke mogao postati prenaplašen, osobito kada intravenska infuzija oksitocina postane indicirana tijekom porođaja.
- ▶ Žene s niskim rizikom treba poticati da piju tekućinu tijekom porođaja.
- ▶ Davanje tekućine intravenskim putem može biti neophodno za druge indikacije i suportivnu njegu tijekom porođaja, čak i za žene s niskim rizikom.
- ▶ Rasprostranjeno i nepotrebno rutinsko davanje tekućine intravenskim putem svim ženama kod kojih je nastupio porođaj i u mnogim zdravstvenim ustanovama ima značajan utjecaj na korištenje resursa i smanjuje pokretljivost žena.
- ▶ Dokazi koji idu u prilog ovoj preporuci mogu se pronaći u izvornim smjernicama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf.

3.3 Drugo porođajno doba

3.3.1

Definicija i trajanje drugoga porođajnog doba

» Preporuka 33

U praksi se preporučuje upotreba sljedeće definicije i trajanja drugoga porođajnog doba.

- Drugo porođajno doba vremenski je razdoblje između potpune dilatacije vrata maternice i rođenja djeteta tijekom kojega žena ima nevoljni nagon na izgon ploda kao rezultat ekspanzivnih kontrakcija maternice.
- Žene treba informirati da trajanje drugoga porođajnog doba varira od žene do žene. Kod prvorođkinja porođaj se obično završi unutar 3 sata, a u svakom idućem porođaju obično se završi unutar 2 sata.

Napomene

- ▶ U FBiH za implementiranje preporuke za trajanje drugoga porođajnog doba u rodilištima potrebna je edukacija primalja i ginekologa/opstetričara u sklopu kontinuirane edukacije kroz radionice, panel-rasprave i znanstveno-stručne skupove (simpozije, kongrese).
- ▶ Izrada kliničkoga vodiča i njegovo predstavljanje zdravstvenim stručnjacima važan je korak za implementiranje preporuka, što će zasigurno rezultirati revidiranjem rađaonskih partograma koji uključuju drugo porođajno doba.
- ▶ Revidiranje nastavne literature i trajno usavršavanje akademskoga osoblja omogućit će studentima medicine i primaljstva kao i specijalizantima ginekologije i opstetricije usvajanje najnovijih znanja na kojima se temelje preporuke.
- ▶ Jednako je važno educirati roditelje i osobe u pratnji o tome što podrazumijeva „normalan“ porođaj i optimalno trajanje drugoga porođajnog doba.
- ▶ Izrada edukativnih materijala dostupnih u trudničkim ambulancama i na porođajnim odjelima te tečajevi za trudnice bili bi učinkoviti načini informiranja i educiranja žena.
- ▶ Početak drugoga porođajnog doba u kliničkoj praksi često nije moguće precizno odrediti, što potvrđuju istraživanja. Žena može osjetiti nagon za izgon ploda prije potpune dilatacije ili ga možda još uvijek neće osjetiti u trenutku kada se dijagnosticira potpuna dilatacija. Ako se vaginalnim pregledom ustanovi potpuna dilatacija, nepoznato je koliko dugo je prisutna.
- ▶ Stručne osobe prisutne tijekom porođaja trebaju biti svjesne da žena može osjetiti nagon za tiskanje pri dilataciji vrata maternice ispod 10 cm.
- ▶ Odluka o skraćivanju drugoga porođajnog doba treba biti zasnovana na praćenju stanja majke i fetusa kao i na napredovanju porođaja. Kada je stanje žene zadovoljavajuće i fetus u dobrom stanju te kada postoje dokazi o napredovanju u spuštanju fetalne glave, tada ne postoji osnova za intervenciju.

- ▶ Međutim, kada se drugo porođajno doba produži preko gore navedenoga standardnog trajanja, izgledi za spontani porođaj u optimalnome roku smanjuju se i potrebno je razmotriti intervenciju za ubrzanje porođaja.
- ▶ Epiduralna analgezija može utjecati na trajanje drugoga porođajnog doba.
- ▶ Neopravdana indikacija za carski rez je produženo drugo porođajno doba na temelju očekivanja da drugo porođajno doba ne bi trebalo trajati duže od 1 sata.
- ▶ Optimalna je dužina porođaja individualna i povezana je s pozitivnim iskustvom porođaja.

3.3.2

Položaj žena tijekom porođaja koje nisu primile epiduralnu analgeziju

» Preporuka 34

Ženama koje nisu primile epiduralnu analgeziju preporučuje se položaj tijela za vrijeme porođaja po njihovu izboru, uključujući i uspravne položaje.

Napomene

- ▶ U FBiH za sustavno implementiranje preporuke za promjenu položaja tijela tijekom porođaja po izboru žene potrebna je dodatna edukacija uz rad ginekologa/opstetričara i primalja kao i edukacija tijekom formalnoga obrazovanja, te edukacija žena putem edukativnih materijala dostupnih u trudničkim ambulancama i porođajnim odjelima te na tečajevima za psihofizičku pripremu trudnica za porođaj.
- ▶ Dokazi upućuju na to da uspravan položaj tijela tijekom drugoga porođajnog doba može smanjiti broj epiziotomija i instrumentalno dovršenih vaginalnih porođaja, ali također može biti povezan s povećanim rizikom od postporođajnoga krvarenja (PPH) i perinealnog rascjepa drugoga stupnja.
- ▶ Rodilju treba informirati o prednostima i rizicima uspravnoga položaja.
- ▶ Važno je da se ženi ne nameće bilo koji određeni položaj i da se ona ohrabruje i podržava da zauzme bilo koji položaj koji je njoj najugodniji.
- ▶ Zdravstveni djelatnik treba osigurati adekvatno praćenje stanja fetusa u položaju koji je žena izabrala. Ako je promjena položaja neophodna kako bi se osiguralo adekvatno praćenje fetusa, ženi treba jasno objasniti razlog.

3.3.3

Položaj žena tijekom porođaja koje primaju epiduralnu analgeziju

» Preporuka 35

Ženama s epiduralnom analgezijom preporučuje se poticanje zauzimanja položaja za rađanje po njihovu izboru, uključujući i uspravne položaje.

Napomene

- ▶ U FBiH uspravan položaj pri porođaju bio bi izvediv u rodilištima gdje je dostupan tzv. „hodajući epidural“ jer je manje restriktivan od tradicionalne epiduralne analgezije. Usvajanje uspravnih položaja uz epiduralnu analgeziju zahtijevat će dodatnu edukaciju uz rad jer mnogi opstetričari, anesteziolozi i primalje vjerojatno nisu dovoljno upoznati s ovom metodom.
- ▶ Jednako je važno informirati žene o tome kroz edukativne materijale koji bi bili dostupni u trudničkim ambulantomama i porođajnim odjelima te na tečajevima za trudnice.
- ▶ Dokazi sugeriraju da može postojati mala ili nikakva razlika ishoda porođaja prema položaju tijela roditelja s epiduralnom analgezijom. Odabir položaja tijekom drugoga porođajnog doba mogao bi pozitivno utjecati na iskustvo porođaja kod majke.
- ▶ Uspravni položaji s tradicionalnom epiduralnom analgezijom, koja osigurava gusti neuroaksijalni blok, možda neće biti izvedivi; međutim, većina epiduralne analgezije koja se trenutno nudi su „niske doze“ i „mobilna“ epiduralna analgezija, koja bi trebala omogućiti izbor položaja tijekom porođaja.
- ▶ Važno je da se ženi ne nameće bilo koji određeni položaj i da se ona potiče i podržava da zauzme bilo koji položaj koji joj se čini najudobnijim.
- ▶ Zdravstveni djelatnik trebao bi osigurati adekvatno praćenje stanje fetusa u položaju koji je žena odabrala.
- ▶ Ako je potrebna promjena položaja kako bi se osiguralo odgovarajuće praćenje fetusa, o tome treba pravovremeno informirati ženu.

3.3.4

Metoda istiskivanja

» Preporuka 36

Žene u ekspanzivnoj fazi drugoga porođajnog doba treba poticati i podržavati da slijede vlastiti nagon za istiskivanjem.

Napomene

- ▶ U FBiH za implementiranje preporuke potrebna je edukacija uz rad primalja i ginekologa/opstetričara kroz radionice i panel-rasprave te edukacija tijekom formalnoga obrazovanja. Jednako je važno educirati žene pomoću edukativnih materijala koji bi bili dostupni u trudničkim ambulantomama i porođajnim odjelima kao i na tečajevima za trudnice.
- ▶ Ženama je važno tijekom intrapartalne zaštite da imaju osjećaj kontrole nad svojim procesom porođaja, uz podršku ljubavnoga osoblja koje ih smiruje i ima osjećaj za njihove potrebe (8).
- ▶ Pružatelji zdravstvenih usluga trebali bi izbjegavati nametanje usmjeravanoga istiskivanja ženama u drugome porođajnom dobu jer nema dokaza o bilo kakvoj dobrobiti ove tehnike.
- ▶ Poticanje žena da koriste vlastitu prirodnu, fiziološku metodu tiskanja/istiskivanja u drugome porođajnom dobu moglo bi pomoći ženama da osjećaju veću kontrolu nad svojim iskustvom porođaja i da uživaju u svojim reproduktivnim pravima.

3.3.5

Metoda istiskivanja za žene s epiduralnom analgezijom

» Preporuka 37

Za žene s epiduralnom analgezijom u drugome porođajnom dobu preporučuje se odgoda istiskivanja nakon potpune dilatacije ili dok se ženi ne vrati osjetilni nagon za izgonom u kontekstu gdje su dostupni resursi za duži ostanak u drugome porođajnom dobu i gdje se perinatalna hipoksija može adekvatno procijeniti i kontrolirati.

Napomene

- ▶ U FBiH za implementiranje preporuke potrebna je edukacija uz rad primalja i ginekologa/opstetričara kroz radionice i panel-rasprave te edukacija tijekom formalnoga obrazovanja. Jednako je važno educirati žene pomoću edukativnih materijala koji bi bili dostupni u trudničkim ambulantomama i porođajnim odjelima kao i na tečajevima za trudnice.
- ▶ Dokazi upućuju na to da odgađanje istiskivanja vjerojatno povećava vjerojatnost spontanoga vaginalnog porođaja nakon nešto dužih trudova. Odgađanje istiskivanja moglo bi povećati rizik od niskih vrijednosti pH krvi iz pupčane vrpce.
- ▶ Pružatelji zdravstvenih usluga trebali bi izbjegavati nametanje trenutnoga istiskivanja ženama u drugome porođajnom dobu jer nema dokaza o bilo kakvoj prednosti trenutnoga istiskivanja i praksa bi mogla dovesti do daljnje medicinske intervencije.
- ▶ Žene vjeruju svojim fiziološkim signalima (uključujući potrebu za tiskanjem/istiskivanjem), uz podršku ljubavnoga osoblja koje ih ohrabruje i koje je osjetljivo na njihove potrebe.

3.3.6

Tehnike prevencije perinealne traume

» Preporuka 38

Ženama u drugome porođajnom dobu preporučuju se tehnike za smanjenje perinealne traume i olakšavanje spontanoga porođaja (uključujući masažu perineuma, tople obloge i čuvanje perineuma „rukom“), na temelju preferencija žene.

Napomene

- ▶ U FBiH za implementiranje preporuke prevencije perinealne traume tijekom porođaja potrebna je dodatna edukacija uz rad primalja kao i edukacija tijekom njihovoga formalnog obrazovanja.
- ▶ Jednako je važno educirati žene o tome putem edukativnih materijala koji bi bili dostupni u trudničkim ambulancama i porođajnim odjelima te na tečajevima za psihofizičku pripremu trudnica za porođaj. Također je potrebno definirati mehanizam nadzora i kontrole provođenja preporuke u praksi.
- ▶ Dokazi upućuju na to da masaža perineuma i topli oblozi mogu povećati izgleda za očuvanje perineuma i smanjiti rizik od rascjepa trećega i četvrtoga stupnja te da pristup „korištenja ruku“ (čuvanje) vjerojatno smanjuje nastanak rascjepa prvoga stupnja.
- ▶ Većina žena prihvaća ove preventivne perinealne tehnike koje nisu skupe i visoko cijeni ishode na koje one utječu.

3.3.7

Primjena epiziotomije

» Preporuka 39

Rutinska ili liberalna primjena epiziotomije ne preporučuje se ženama sa spontanom vaginalnim porođajem.

Napomene

- ▶ Prijelaz s politike rutinske ili liberalne na selektivnu/restruktivnu primjenu epiziotomije zahtijeva promjenu organizacijske kulture, edukaciju uz rad i tijekom formalnoga obrazovanja. Potrebno je putem radionica i panel-rasprava primaljama i ginekolozima/opstetričarima predložiti rezultate istraživanja kao visoko pouzdanih dokaza za prednost politike selektivne/restruktivne primjene epiziotomije.
- ▶ Praćenje i kontinuirana revizija kliničke prakse u svim rodilištima FBiH osigurat će implementaciju preporuke, što jednako vrijedi i za druge preporuke.

- ▶ Zbog korisnih učinaka selektivne/restruktivne u usporedbi s rutinskom/liberalnom epiziotomijom, važno je naglasiti da se rutinska/liberalna primjena epiziotomije „ne preporučuje“, a preporučuje se selektivna/ restruktivna primjena epiziotomije.
- ▶ „Prihvatljivu“ stopu epiziotomije teško je odrediti. Ulogu epiziotomije u hitnim opstetričkim stanjima, kao što je fetalni distres koji zahtijeva instrumentalni vaginalni porođaj, tek treba utvrditi.
- ▶ Ako se izvodi epiziotomija, nužna je učinkovita lokalna anestezija i informirani pristanak žene.
- ▶ Preferirana tehnika je mediolateralna incizija jer je incizija u središnjoj liniji povezana s većim rizikom od složene opstetričke ozljede analnoga sfinktera.
- ▶ Kontinuirana tehnika šivanja poželjnija je od prekinutoga šivanja (9).

Tablica 3.5.

Osnovne potrebe za primjenu epiziotomije

POTREBE	OPIS
Obuka	▶ 1 – 2 tjedna praktične obuke o načinu primjene restruktivne epiziotomije
Materijal	▶ Materijal za šivanje (1 – 3 paketa upijajućeg poliglikola po epiziotomiji, ovisno o opsegu i tehnici) ▶ Lidokain ▶ Šprica/igla/brisovi
Oprema	▶ Odgovarajuće osvjetljenje, sterilizatori, instrumenti (pinceta, držači za šavove, škare) ▶ Održavanje opreme
Vrijeme	▶ Prosječno vrijeme potrebno za zbrinjavanje epiziotomije je 21 – 25 minuta, ovisno o vrsti metode (kontinuirani ili pojedinačni šavovi) i drugim faktorima, kao što su opseg incizije, vještine pružatelja usluga, materijal itd.
Nadzor i praćenje	▶ Redovni nadzor i pregled od strane voditelja odjela/klinike/ustanove

3.3.8

Fundalni pritisak

» Preporuka 40

Ne preporučuje se primjena ručnoga pritiska na fundus radi olakšavanja porođaja tijekom drugoga porođajnog doba.

Napomene

- ▶ U FBiH potrebna je edukacija primalja i ginekologa/opstetričara o tome da se fundalni pritisak ili pritisak po Kristelleru ne preporučuje. Da bi izbjegli primjenu hvata po Kristelleru potrebno je raditi na intenzivnoj psihofizičkoj pripremi trudnica u okviru kojih je potrebno obučiti ih da u fazi ekpulzije što više koriste voljni mehanizam (u nekim situacijama svjesni smo neophodnosti primjene hvata zbog nesaradnje porodilje).
- ▶ Izuzetak može biti primjena blagog ručnog pritiska na fundus maternice tijekom drugog porođajnog doba kod instrumentalnog dovršenja porođaja vacuum extractorom.
- ▶ Radionice uz panel-raspravu koje bi obuhvatile zdravstvene djelatnike iz svih rodilišta u FBiH osigurale bi, uz praćenje i kontinuiranu reviziju kliničke prakse, sustavnu implementaciju preporuke. Redovan nadzor i praćenje na odjelu/klinici dovode do poštivanja primjene preporuke o fundalnome pritisku.
- ▶ U tijeku je ispitivanje nježnoga potpomognutog guranja (*Gentle Assisted Pushing / GAP*) (10), koje bi moglo pružiti važne dokaze o učincima primjene pritiska na fundus prema posebnome protokolu.

3.4 Treće porođajno doba

3.4.1

Profilaktički uterotonici

» Preporuka 41

Primjena uterotonika za prevenciju postporođajnoga krvarenja (engl. *PPH - postpartum haemorrhage*) tijekom trećega porođajnog doba preporučuje se kod svih porođaja.

» Preporuka 42

Oksitocin (10 IU, IM/IV) je preporučeni uterotonik za prevenciju postporođajnoga krvarenja (PPH).

- Oksitocin (10 jedinica IV ili IM) ima prednost u odnosu na druge uterotonike jer je učinkovit 2 – 3 minute nakon davanja, ima minimalne nuspojave i može se koristiti kod svih žena.
- Daje se profilaktički ženi prilikom rađanja prednjega ramena ploda ili unutar 1 – 2 minute od rođenja djeteta. Potrebno je stegnuti i prerezati pupčanu vrpču unutar 2 – 3 minute nakon primjene oksitocina.

» Preporuka 43

U okruženjima gdje oksitocin nije dostupan, preporučuje se upotreba drugih injektibilnih uterotonika (ako je prikladno, ergometrin/metilergometrin ili fiksna kombinacija oksitocina i ergometrina) ili oralnoga misoprostola (600 µg). (*Preporučuje se*)

Napomene

- ▶ Potreban je oprez pri odabiru derivata ergota (ergometrin/metilergometrin) za prevenciju postporođajnoga krvarenja jer ti lijekovi imaju jasne kontraindikacije kod žena s hipertenzivnim poremećajima.
- ▶ Dokazi koji idu u prilog ovoj preporuci mogu se pronaći u izvornim smjernicama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf.

3.4.2

Odgodeno podvezivanje pupčane vrpce

» Preporuka 44

Odgodeno podvezivanje pupčane vrpce (ne prije 1 minute nakon porođaja) preporučuje se za poboljšanje zdravstvenih ishoda majke i dojenčeta.

Napomene

- ▶ Nema dokaza da odgađanje podvezivanja pupčane vrpce povećava mogućnost prijenosa HIV-a s majke na novorođenče. Stoga se kasno podvezivanje pupčane vrpce preporučuje i kod žena koje žive s HIV-om ili kod žena s nepoznatim HIV-statusom.
- ▶ Dokazi koji idu u prilog ovoj preporuci mogu se pronaći u izvornim smjernicama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148793/1/9789241508209_eng.pdf.

3.4.3

Kontrolirana trakcija pupčane vrpce

» Preporuka 45

Kontrolirana trakcija pupčane vrpce preporučuje se za vaginalne porođaje ako primalja ili ginekolog/opstetričar i roditelj smatraju da su smanjenje gubitka krvi i skraćenje trećega porođajnog doba važni.

Napomene

- ▶ S rođiljom treba razmotriti odluku o primjeni kontrolirane trakcije pupčane vrpce u kontekstu profilaktičkoga uterotonika.
- ▶ Ako se ergot-alkaloidi (ergometrin/metilergometrin) koriste za prevenciju postporođajnog krvarenja, tada se kontrolirana trakcija pupčane vrpce za minimiziranje retencije placente smatra neophodnom.
- ▶ Rano podvezivanje pupčane vrpce općenito je kontraindicirano.
- ▶ Dokazi koji idu u prilog ovoj preporuci mogu se pronaći u izvornim smjernicama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf.

3.4.4

Masaža uterusa

» Preporuka 46

Kontinuirana masaža uterusa ne preporučuje se kao intervencija za prevenciju postporođajnog krvarenja kod žena koje su primile profilaktički oksitocin.

Napomene

- ▶ Nema dokaza o ulozi masaže uterusa u prevenciji postporođajnog krvarenja kada se ne koriste uterotonici ili ako se koristi uterotonik koji nije oksitocin. Primarna intervencija je korištenje uterotonika.
- ▶ Rutinska i česta procjena tonusa maternice ostaje ključni dio neposredne postpartalne njege, posebno za optimizaciju rane dijagnoze postporođajnog krvarenja.
- ▶ Dokazi koji idu u prilog ovoj preporuci mogu se pronaći u izvornim smjernicama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf.

3.5 Njega novorođenčeta

3.5.1

Rutinska nazalna ili oralna sukcija

» Preporuka 47

U novorođenčadi rođene kroz čistu amnijsku tekućinu koja nakon rođenja počnu samostalno disati, ne bi se trebala provoditi sukcija usta i nosa.

Napomene

- ▶ Za implementaciju preporuke ključno je upoznavanje primalja, ginekologa/opstetričara te neonatologa u rodilištu s preporukom i znanstvenim dokazima koji ju podupiru. Za kontinuirano provođenje u praksi dobar je podsjetnik izrada plakata i njihovo postavljanje u rodilišnim prostorima.
- ▶ Revidiranje nastavne literature i nastavnih tekstova za studente primaljstva i medicine kao i osiguranje pristupa recentnoj stručnoj literaturi djelatnicima u zdravstvenom sustavu uz nadzor i kontinuiranu reviziju, važni su preduvjeti provođenja dobre, standardizirane kliničke prakse.
- ▶ Dokazi koji idu u prilog ovoj preporuci mogu se pronaći u izvornim smjernicama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693_eng.pdf.

3.5.2

Kontakt kožom na kožu

» Preporuka 48

Novorođenčad bez komplikacija trebala bi biti u kontaktu kožom na kožu s majkom tijekom prvoga sata nakon rođenja kako bi se spriječila hipotermija i promoviralo dojenje.

Napomene

- ▶ Dokazi koji idu u prilog ovoj preporuci mogu se pronaći u izvornim smjernicama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44774/1/9789241502825_eng.pdf.

3.5.3

Dojenje

» Preporuka 49

Sva novorođenčad, uključujući i onu niske porođajne težine koja mogu sisati, trebala bi se staviti na dojku što je prije moguće nakon rođenja kada su klinički stabilna, a majka i novorođenče spremni.

Napomene

- ▶ Izvor i dokazi koji idu u prilog ovoj preporuci mogu se pronaći u izvornim smjernicama dostupnim na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259269/1/WHO-MCA-17.07-eng.pdf> i http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241548366.pdf.

3.5.4

Profilaksa vitaminom K za preveniranje hemoragijske bolesti

» Preporuka 50

Sva novorođenčad trebala bi dobiti 1 mg vitamina K intramuskularno nakon rođenja (tj. nakon prvoga sata do kada bi dojenče trebalo biti u kontaktu kožom na kožu s majkom i kada bi dojenje trebalo početi).

Napomene

- ▶ Dokazi koji idu u prilog ovoj preporuci mogu se pronaći u izvornim smjernicama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44774/1/9789241502825_eng.pdf.

3.5.5

Kupanje i druga postnatalna njega novorođenčeta

» Preporuka 51

Kupanje treba odgoditi do 24 sata nakon rođenja. Ako to nije moguće iz kulturoloških razloga, kupanje treba odgoditi najmanje šest sati. Preporučuje se da odjeća za novorođenče bude prikladna za ambijentalnu temperaturu. To znači jedan do dva sloja odjeće više nego što odrasli nose i šeširć/kapica za novorođenče. Majka i novorođenče ne smiju biti odvojeni i trebaju biti u istoj prostoriji 24 sata dnevno.

Napomene

- ▶ Za implementaciju preporuke ključno je upoznavanje primalja, ginekologa/opstetričara te neonatologa u rodilištu s preporukom i znanstvenim dokazima koji je podupiru.
- ▶ Revidiranje nastavne literature i nastavnih tekstova za studente primaljstva i medicine kao i osiguranje pristupa recentnoj stručnoj literaturi djelatnicima u zdravstvenom sustavu, uz nadzor i kontinuiranu reviziju, važni su preduvjeti provođenja dobre, standardizirane kliničke prakse.
- ▶ Dokazi koji idu u prilog ovoj preporuci mogu se pronaći u izvornim smjernicama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf

3.6 Njega žene nakon porođaja

3.6.1

Procjena tonusa maternice

» Preporuka 52

Procjena tonusa maternice nakon porođaja za ranu identifikaciju atonije maternice preporučuje se za sve žene.

Napomene

- ▶ Rutinska i česta procjena tonusa maternice ostaje ključni dio neposredne postpartalne njege, posebno za optimizaciju rane dijagnoze postporođajnog krvarenja.
- ▶ Dokazi koji idu u prilog ovoj preporuci mogu se pronaći u izvornim smjernicama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf.

3.6.2

Antibiotici za vaginalni porođaj bez komplikacija

» Preporuka 53

Rutinska antibiotska profilaksa ne preporučuje se ženama s vaginalnim porođajem bez komplikacija.

Napomene

- ▶ „Vaginalni porođaj bez komplikacija” u ovom kontekstu označava vaginalni porođaj u odsustvu bilo kojeg specifičnoga rizičnog faktora ili kliničkih znakova peripartalne infekcije majke.
- ▶ Pažljivo praćenje svih žena nakon porođaja ključno je kako bi se odmah identificirao svaki znak endometritisa i uvelo odgovarajuće antibiotsko liječenje.
- ▶ Postoji zabrinutost zbog mogućih javnozdravstvenih implikacija prilikom visoke stope rutinske upotrebe antibiotika nakon vaginalnoga porođaja bez ikakvih posebnih rizičnih faktora.
- ▶ Preporuke o upotrebi antibiotika za uobičajena intrapartalna stanja ili intervencije koje često izazivaju zabrinutost zbog povećanoga rizika od infekcije dostupne su u izvornim smjernicama SZO-a.
- ▶ Dokazi koji idu u prilog ovoj preporuci mogu se pronaći u izvornim smjernicama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf.

3.6.3

Rutinska antibiotska profilaksa za epiziotomiju

» Preporuka 54

Rutinska antibiotska profilaksa ne preporučuje se ženama s epiziotomijom.

Napomene

- ▶ Ova se preporuka odnosi na upotrebu antibiotika prije ili neposredno nakon šivanja epiziotomije nakon vaginalnoga porođaja
- ▶ Antibiotike treba primijeniti samo kada postoje klinički znakovi infekcije rane epiziotomije, potvrđeno vaginalnim brisom.
- ▶ Perinealni rascjep drugoga stupnja anatomski je sličan epiziotomiji i ne opravdava upotrebu profilaktičkih antibiotika.
- ▶ U situaciji u kojoj se rana epiziotomije proširi i postane perinealni rascjep trećega ili četvrtoga stupnja, potrebno je primijeniti profilaktičke antibiotike prema preporuci u izvornome dokumentu sa smjericama (11).
- ▶ Dokazi koji idu u prilog ovoj preporuci mogu se pronaći u izvornim smjericama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf.

3.6.4

Rutinska procjena majke nakon porođaja

» Preporuka 55

Kod svih žena nakon porođaja potrebno je redovito procjenjivati vaginalno krvarenje, kontraktilnost maternice, visinu fundusa, temperaturu i broj otkucaja srca (puls) rutinski tijekom prva 24 sata, počevši od prvoga sata nakon porođaja. Krvni tlak treba izmjeriti ubrzo nakon porođaja.

Ako je krvni tlak normalan, drugo mjerenje krvnoga tlaka treba obaviti unutar idućih šest sati. Pražnjenje urina treba dokumentirati unutar šest sati.

Napomene

- ▶ Dokazi koji idu u prilog ovoj preporuci mogu se pronaći u izvornim smjericama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf.

3.6.5

Otpust iz zdravstvene ustanove nakon vaginalnoga porođaja bez komplikacija

» Preporuka 56

Nakon vaginalnoga porođaja bez komplikacija u zdravstvenoj ustanovi zdrave majke i novorođenčad trebaju biti zbrinute u ustanovi najmanje 24 sata nakon porođaja.

Napomene

- ▶ U zdravstvenim ustanovama treba osigurati odgovarajući standard njege za majke i novorođenčad, u skladu s drugim postojećim smjericama SZO-a.
- ▶ Za novorođenče to uključuje neposrednu procjenu pri porođaju i potpuni klinički pregled oko jedan sat nakon rođenja i ponovno prije otpusta.
- ▶ Prije otpusta treba kontrolirati krvarenje kod majke, majka i novorođenče ne smiju imati znakove infekcije, a novorođenče treba dobro dojiti.
- ▶ Dokazi koji idu u prilog ovoj preporuci mogu se pronaći u izvornim smjericama dostupnim na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf.

4. Praćenje i evaluacija primjene preporuka

Svaka zdravstvena ustanova dužna je razviti sustav monitoringa i evaluacije primjene preporuka definiranih ovim *Vodičem*. Provedbu i učinak ovih preporuka pratit će se na razini zdravstvenih ustanova.

Također, provodit će se istraživanja o zadovoljstvu pacijentica i pratnje kada je u pitanju odnos zdravstvenih djelatnika prema njima te rezultate istraživanja, između ostaloga, koristiti za poboljšanje organizacije ove djelatnosti, unaprjeđivanje rada stručnih timova i kvalitete usluga kao i daljnje stručno usavršavanje tijekom kontinuirane edukacije zdravstvenih djelatnika i suradnika.

5. Ažuriranje preporuka

Preporuke uključene u ovaj *Vodič* radna skupina za izradu smjernica FBiH redovito će pregledavati i, prema potrebi, određivati im prioritete.

U slučaju da se identificiraju novi dokazi (koji bi eventualno mogli utjecati na postojeću bazu dokaza za bilo koju od preporuka), preporuka će biti ažurirana. Ako se za određenu preporuku ne pronađu nova izvješća ili informacije, izvršit će se revizija preporuke. *Vodič* za intrapartalnu skrb u FBiH sustavno će se primjenjivati i poduzet će se proces utvrđivanja i premošćivanja nedostataka u dokazima nakon provedbe preporuka u skladu s procesom ažuriranja.

6. Reference

- WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018.
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti Federacije BiH. Službene novine Federacije BiH; br. 46/10.
- Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata. Službene novine Federacije BiH; br. 40/10.
- United Nations Human Rights Council. Technical guidance on the application of a human rightsbased approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality. United Nations; 2012 (A/ HRC/21/22; http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf, accessed 17 January 2018).
- United Nations Human Rights Council. Technical guidance on the application of a human rightsbased approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality. United Nations; 2012 (A/ HRC/21/22; http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf, accessed 17 January 2018).
- Lewis, D., Downe, S., FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent auscultation. *Int J Gynecol Obstet.* 2015; 131(1): 9–12.
- Best practice in the management of epidural analgesia in the hospital setting. London: Faculty of Pain Medicine of the Royal College of Anaesthetists; 2010 (https://www.aagbi.org/sites/default/files/epidural_analgesia_2011.pdf, accessed 17 January 2018).
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O. T., Bonet, M., Gülmezoglu, A. M. What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PLoS One.* 2018; 13(4): e0194906.
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., Garner, P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; (2): CD000081.
- Hofmeyr, G. J., Singata, M., Lawrie, T. A., Vogel, J. P., Landoulsi, S., Seuc, A. H. et al. A multicentre randomized controlled trial of gentle assisted pushing in the upright posture (GAP) or upright posture alone compared with routine practice to reduce prolonged second stage of labour (the Gentle Assisted Pushing study): study protocol. *Reprod Health.* 2015; 12:114.
- WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peri-partum infections. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf, accessed 17 January 2018).

7. Prilozi

» Prilog 01

Preporuke za zdravstvene ustanove u Federaciji BiH

BR.	PREPORUKE	PREPORUČUJE SE	NE PREPORUČUJE SE	PROVODI SE SAMO U IZNIMNIM SITUACIJAMA
Maternalna zdravstvena zaštita uz poštivanje dostojanstva žene				
1	Preporučuje se pružanje maternalne zaštite uz poštivanje dostojanstva žena, a odnosi se na zaštitu koja je organizirana i pruža se svim ženama uz puno poštivanje njihova dostojanstva, prava na privatnost i povjerljivost, osigurava da tretman neće biti štetan i da se sa ženama neće loše postupati te omogućava informirani izbor i kontinuiranu podršku tijekom trudova i porođaja.	●		
2	Preporučuje se učinkovita komunikacija između zdravstvenih djelatnika, trudnica i pratnje tijekom porođaja primjenom jednostavnih i kulturološki prihvatljivih metoda.	●		
3	Sve roditelje u Federaciji BiH imaju pravo odabrati pratnju tijekom svih faza porođaja.	●		
4	Preporučuje se kontinuirana zdravstvena zaštita svih roditelja u postnatalnome razdoblju koju pružaju educirane polivalentne sestre / sestre iz primarne zdravstvene zaštite. Kontinuitet njege ostvarivat će se i u slučajevima potrebe za psihosocijalnom podrškom, i to na način da će korisnik usluga ostvarivati svoje potrebe za podrškom u centrima za mentalno zdravlje.	●		

BR.	PREPORUKE	PREPORUČUJE SE	NE PREPORUČUJE SE	PROVODI SE SAMO U IZNIMNIM SITUACIJAMA
Prvo porođajno doba				
5	U praksi se preporučuje korištenje sljedećih definicija latentne i aktivne faze prvoga porođajnog doba: Latentna prva faza vremenski je razdoblje koje karakteriziraju bolne kontrakcije maternice i različite promjene na cerviksu, a uključuje rastezanje i stanjivanje vrata maternice u određenome stupnju te sporije napredovanje dilatacije do 5 cm za prvi i svaki idući porođaj. Aktivna prva faza vremenski je razdoblje koje karakteriziraju redovite bolne kontrakcije maternice, rastezanja i stanjivanja vrata maternice te brža dilatacija od 5 cm do potpunoga širenja za prvi i svaki idući porođaj.	●		
6	Žene trebaju biti obaviještene o tome da standardno trajanje latentne faze prvoga porođajnog doba nije utvrđeno i da može u velikoj mjeri varirati od žene do žene. Međutim, trajanje aktivne faze prvoga doba (dilatacija cerviksa od 5 cm do faze potpune dilatacije) obično ne prelazi 12 sati za prvi porođaj i 10 sati za sve kasnije porođaje.	●		
7	Za trudnice sa spontano započetim porođajem dilatacija cerviksa (ili vrata maternice - hrvatski izraz) od 1 cm/h tijekom aktivne faze prvog porođajnog doba (praćeno linijom napredovanja dilatacije na partografu) nije točan za identifikaciju žena s rizikom od nepovoljnih ishoda porođaja i stoga se ne preporučuje u ovu svrhu.		●	
8	Minimalna stopa dilatacije cerviksa od 1 cm/h tijekom aktivne prve faze porođaja nerealno je brza za neke žene, stoga se ne preporučuje za identifikaciju normalnoga napredovanja porođaja. Sama brzina dilatacije cerviksa manja od 1 cm/h ne bi trebala biti indikacija za operativnu intervenciju.		●	
9	Porođaj se možda neće prirodno ubrzati dok se ne dosegne prag dilatacije cerviksa od 5 cm. Stoga se ne preporučuje korištenje medicinskih intervencija za ubrzavanje trudova i porođaja (kao što je stimulacija porođaja oksitocinom ili carski rez) prije ovoga praga, pod uvjetom da je stanje fetusa i majke zadovoljavajuće.		●	

BR.	PREPORUKE	PREPORUČUJE SE	NE PREPORUČUJE SE	PROVODI SE SAMO U IZNIMNIM SITUACIJAMA
10	U FBiH ženu koja dolazi u zdravstvenu ustanovu sa znakovima porođaja treba primiti i pružiti joj odgovarajuću podršku čak i kada ima rane znakove porođaja, osim ako ona, na svoju odgovornost, želi čekati kod kuće da nastupi aktivna faza porođaja.	●		
11	Rutinska klinička pelvimetrija po prijemu na porođajni odjel ne preporučuje se zdravim trudnicama.		●	
12	Rutinska kardiotokografija (CTG) se preporučuje za procjenu intrauterinog stanja ploda nakon prijema trudnice na porođajni odjel kod zdravih trudnica sa spontanom početkom porođaja u Federaciji BiH.	●		
13	Za procjenu intrauterinog stanja ploda nakon prijema trudnice na porođajni odjel preporučuje se i auskultacija pomoću Dopplerova ultrazvučnog uređaja ili Pinardova fetalnog stetoskopa u skladu s dostupnošću medicinske opreme u ustanovi.	●		
14	Ne preporučuje se rutinsko brijanje perinealnoga područja / stidnih dlaka prije vaginalnoga porođaja.		●	
15	Ne preporučuje se primjena klistira radi smanjenja primjene stimulacije porođaja.		●	
16	Digitalni vaginalni pregled u intervalima od četiri sata preporučuje se za rutinsku procjenu aktivne faze porođaja kod žena niskoga rizika.	●		
17	Kontinuirana kardiotokografija ne preporučuje se za procjenu intrauterinog stanja ploda kod zdravih trudnica kod kojih je porođaj nastupio spontano.		●	
18	Zdravim se trudnicama tijekom porođaja preporučuje intermitentna auskultacija otkucaja srca fetusa Dopplerovim ultrazvučnim uređajem ili Pinardovim fetalnim stetoskopom.	●		
19	Epiduralna se analgezija preporučuje zdravim trudnicama koje zahtijevaju ublažavanje bolova tijekom porođaja, ovisno o preferencijama žene.	●		
20	Parenteralni opioidi, kao što su fentanil, dijamorfin i petidin, preporučene su opcije za zdrave trudnice koje zahtijevaju ublažavanje	●		

BR.	PREPORUKE	PREPORUČUJE SE	NE PREPORUČUJE SE	PROVODI SE SAMO U IZNIMNIM SITUACIJAMA
	bolova tijekom porođaja, ovisno o preferencijama žene, ali i kod trenutne nemogućnosti primjene drugih metoda regionalne analgezije.			
21	Tehnike opuštanja, uključujući progresivno opuštanje mišića, disanje, glazbu, mentalnu tehniku usredotočene svjesnosti (engl. <i>mindfulness</i>) i druge tehnike, preporučuju se zdravim trudnicama koje zahtijevaju ublažavanje bolova tijekom porođaja, ovisno o preferencijama žene, a u skladu s mogućnostima ustanove.	●		
22	Ručne tehnike, poput masaže ili primjene toplih obloga, preporučuju se zdravim trudnicama koje traže ublažavanje bolova tijekom porođaja, ovisno o preferencijama žene.	●		
23	Ne preporučuje se ublažavanje bolova radi sprječavanja sporoga napredovanja porođaja i smanjenja primjene stimulacije porođaja.		●	
24	Ženama s niskim rizikom preporučuje se oralni unos tekućine i hrane tijekom porođaja.	●		
25	Preporučuje se poticanje pokretljivosti i uspravnoga položaja tijela tijekom porođaja kod žena s niskim rizikom.	●		
26	Ne preporučuje se rutinsko čišćenje vagine klorheksidinom tijekom porođaja u svrhu prevencije zaraznih bolesti.		●	
27	Ne preporučuje se aktivno vođenje porođaja radi prevencije sporoga napredovanja porođaja.		●	
28	Ne preporučuje se korištenje samo amniotomije za prevenciju sporoga napredovanja porođaja.		●	
29	Ne preporučuje se rana amniotomija s ranom augmentacijom oksitocinom radi prevencije sporoga napredovanja porođaja.		●	
30	Ne preporučuje se primjena oksitocina za prevenciju sporoga napredovanja porođaja kod žena koje primaju epiduralnu analgeziju.		●	
31	Ne preporučuje se upotreba spazmolitika za sprječavanje sporoga napredovanja porođaja.		●	
32	Ne preporučuje se davanje intravenskih tekućina u cilju skraćivanja trajanja porođaja.		●	

BR.	PREPORUKE	PREPORUČUJE SE	NE PREPORUČUJE SE	PROVODI SE SAMO U IZNIMNIM SITUACIJAMA
Drugo porođajno doba				
33	U praksi se preporučuje upotreba sljedeće definicije i trajanja drugoga porođajnog doba. <ul style="list-style-type: none"> • Drugo porođajno doba vremenski je razdoblje između potpune dilatacije vrata maternice i rođenja djeteta tijekom kojega žena ima nevoljni nagon na izgon ploda kao rezultat ekspanzivnih kontrakcija maternice. • Žene treba informirati da trajanje drugoga porođajnog doba varira od žene do žene. Kod prvotkinja porođaj se obično završi unutar 3 sata, a u svakom idućem porođaju obično se završi unutar 2 sata. 	●		
34	Ženama koje nisu primile epiduralnu analgeziju preporučuje se položaj tijela za vrijeme porođaja po njihovu izboru, uključujući i uspravne položaje.	●		
35	Ženama s epiduralnom analgezijom preporučuje se poticanje zauzimanja položaja za rađanje po njihovu izboru, uključujući i uspravne položaje.	●		
36	Žene u ekspanzivnoj fazi drugoga porođajnog doba treba poticati i podržavati da slijede vlastiti nagon za istiskivanjem.	●		
37	Za žene s epiduralnom analgezijom u drugome porođajnom dobu preporučuje se odgoda istiskivanja nakon potpune dilatacije ili dok se ženi ne vrati osjetilni nagon za izgonom u kontekstu gdje su dostupni resursi za duži ostanak u drugome porođajnom dobu i gdje se perinatalna hipoksija može adekvatno procijeniti i kontrolirati.			●
38	Ženama u drugome porođajnom dobu preporučuju se tehnike za smanjenje perinealne traume i olakšavanje spontanoga porođaja (uključujući masažu perineuma, tople obloge i čuvanje perineuma „rukom”), na temelju preferencija žene.	●		
39	Rutinska ili liberalna primjena epiziotomije ne preporučuje se ženama sa spontanom vaginalnim porođajem.		●	
40	Ne preporučuje se primjena ručnoga pritiska na fundus radi olakšavanja porođaja tijekom drugoga porođajnog doba.		●	

BR.	PREPORUKE	PREPORUČUJE SE	NE PREPORUČUJE SE	PROVODI SE SAMO U IZNIMNIM SITUACIJAMA
Treće porođajno doba				
41	Primjena uterotonika za prevenciju postporođajnog krvarenja (engl. <i>PPH – postpartum haemorrhage</i>) tijekom trećega porođajnog doba preporučuje se kod svih porođaja.	●		
42	Oksitocin (10 IU, IM/IV) je preporučeni uterotonik za prevenciju postporođajnog krvarenja (PPH). <ul style="list-style-type: none"> • Oksitocin (10 jedinica IV ili IM) ima prednost u odnosu na druge uterotonike jer je učinkovit 2 – 3 minute nakon davanja, ima minimalne nuspojave i može se koristiti kod svih žena. • Daje se profilaktički ženi prilikom rađanja prednjega ramena ploda ili unutar 1 – 2 minute od rođenja djeteta. Potrebno je stegnuti i prerezati pupčanu vrpцу unutar 2 – 3 minute nakon primjene oksitocina. 	●		
43	U okruženjima gdje oksitocin nije dostupan, preporučuje se upotreba drugih injektibilnih uterotonika (ako je prikladno, ergometrin/metilergometrin ili fiksna kombinacija oksitocina i ergometrina) ili oralnoga misoprostola (600 µg). (<i>Preporučuje se</i>)	●		
44	Odgodeno podvezivanje pupčane vrpce (ne prije 1 minute nakon porođaja) preporučuje se za poboljšanje zdravstvenih ishoda majke i djeteta.	●		
45	Kontrolirana trakcija pupčane vrpce preporučuje se za vaginalne porođaje ako primalja ili ginekolog/opstetričar i roditelja smatraju da su smanjenje gubitka krvi i skraćivanje trećega porođajnog doba važni.	●		
46	Kontinuirana masaža uterusa ne preporučuje se kao intervencija za prevenciju postporođajnog krvarenja kod žena koje su primile profilaktički oksitocin.		●	

BR.	PREPORUKE	PREPORUČUJE SE	NE PREPORUČUJE SE	PROVODI SE SAMO U IZNIMNIM SITUACIJAMA
Njega novorođenčeta				
47	U novorođenčadi rođene kroz čistu amnijsku tekućinu koja nakon rođenja počnu samostalno disati, ne bi se trebala provoditi sukcija usta i nosa.		●	
48	Novorođenčad bez komplikacija trebala bi biti u kontaktu kožom na kožu s majkom tijekom prvoga sata nakon rođenja kako bi se spriječila hipotermija i promoviralo dojenje.	●		
49	Sva novorođenčad, uključujući i onu niske porođajne težine koja mogu sisati, trebala bi se staviti na dojku što je prije moguće nakon rođenja kada su klinički stabilna, a majka i novorođenče spremni.	●		
50	Sva novorođenčad trebala bi dobiti 1 mg vitamina K intramuskularno nakon rođenja (tj. nakon prvoga sata do kada bi dojenče trebalo biti u kontaktu kožom na kožu s majkom i kada bi dojenje trebalo početi).	●		
51	Kupanje treba odgoditi do 24 sata nakon rođenja. Ako to nije moguće iz kulturoloških razloga, kupanje treba odgoditi najmanje šest sati. Preporučuje se da odjeća za novorođenče bude prikladna za ambijentalnu temperaturu. To znači jedan do dva sloja odjeće više nego što odrasli nose i šeširić/kapica za novorođenče. Majka i novorođenče ne smiju biti odvojeni i trebaju biti u istoj prostoriji 24 sata dnevno.	●		
52	Procjena tonusa maternice nakon porođaja za ranu identifikaciju atonije maternice preporučuje se za sve žene.	●		
53	Rutinska antibiotska profilaksa ne preporučuje se ženama s vaginalnim porođajem bez komplikacija.		●	
54	Rutinska antibiotska profilaksa ne preporučuje se ženama s epiziotomijom.		●	

BR.	PREPORUKE	PREPORUČUJE SE	NE PREPORUČUJE SE	PROVODI SE SAMO U IZNIMNIM SITUACIJAMA
55	Kod svih žena nakon porođaja potrebno je redovito procjenjivati vaginalno krvarenje, kontrahiranost maternice, visinu fundusa, temperaturu i broj otkucaja srca (puls) rutinski tijekom prva 24 sata, počevši od prvoga sata nakon porođaja. Krvni tlak treba izmjeriti ubrzo nakon porođaja. Ako je krvni tlak normalan, drugo mjerenje krvnoga tlaka treba obaviti unutar idućih šest sati. Pražnjenje urina treba dokumentirati unutar šest sati.	●		
56	Nakon vaginalnoga porođaja bez komplikacija u zdravstvenoj ustanovi zdrave majke i novorođenčad trebaju biti zbrinute u ustanovi najmanje 24 sata nakon porođaja.	●		

» Prilog 02

Partogram

VODIČ ZA PORODAJ

Ime _____ Paritet _____ Početak trudnoća _____ Dijagnoza aktivnog porodaja (Datum _____)

Prsnuće plodovih ovoja (Datum _____) Vrijeme [] Faktori rizika _____

	Vrijeme	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
	Sati	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3		
	OPREZ!	AKTIVNA PRVA FAZA												DRUGA FAZA				
PODRŠKA	Pratnja	N																
	Olakšanje bola	N																
	Oralna tekućina	N																
	Položaj	SP																
FETUS	Početni FHR	<110, ≥160																
	Usporavanje FHR	L																
	Amnionska tekućina	M+++ , B																
	Pozicija fetusa	P, T																
	Glava	+++																
PORODILJA	Puls	<60, ≥120																
	Sistolni KP	<80, ≥140																
	Dijastolni KP	≥90																
	Temperatura °C	<35.0, ≥37.5																
	Urin	P++, A++																
	Kontraksije na 10 min	≤2, >5																
	Trajanje kontrakcija	<20, >60																
NAPREDAK PORODAJA	Cerviks (Označite X)	10																
		9	≥ 2h															
		8	≥ 2.5h															
		7	≥ 3h															
		6	≥ 5h															
	5	≥ 6h																
	Spuštanje glavice fetusa (Označite O)	5																
4																		
3																		
2																		
1																		
0																		
LEKOVI	Oksitocin (U/L, kapanje/min)																	
	Lijek																	
	IV tekućine																	
ZAJEDNIČKO DONOŠENJE ODLUKE	PROCJENA																	
	PLAN																	
INCIJALI																		

U aktivnoj prvoj fazi označite 'X' da biste zabilježili dilataciju cerviksa. "Oprez" se aktivira kada nema progresije u nalazu na cerviksu. U drugoj fazi umetnite 'X' da označite kada počinje tiskanje.

UPUTE: ZAKRŽUJTE BILU KOJE OPAŽANJE KOJE ZADOVOLJAVIA KRITERIJE U STUPCU 'UPOZORENJE', UPOZORITE STARJU PRIMALJU ILI LJEČNIKA I ZABILJEŽITE PROCJENU I PODUZETE MJERE, AKO SE PORODAJ PRODUŽI IZNAD 12 H, NASTAVITE PREMA NOVOM VODIČU ZA PORODAJ, Kratice: D – Da, N – Ne, O – Odbijeno, NP – Nepoznato, LP – U ležećem položaju, P – Pokretno, R – Rano, K – Kasno, V – Varjabilno, I – Intaktno, Č – Čisto, M – Mekonij, K – Krv, PR – Prednji, ST – Stražnji, PO – Poprečni, P+ – Protein, A+ – Aceton

© Svjetska zdravstvena organizacija, 2021. Neka prava pridržana. Licenca ICC BY-NC-SA 3.0 IGO. Vodič Svjetske Zdravstvene Organizacije za porodaj bi se trebao koristiti zajedno s korisničkim priručnikom. Odgovornost za tumačenje i korištenje materijala je na čitatelja. SZO ni u kojem slučaju neće biti odgovorna za štetu nastalu njegovom uporabom.



Zahvaljujemo Populacijskom fondu Ujedinjenih naroda (engl. *United Nations Population Fund – UNFPA*) u BiH, koji je prepoznao potrebu za izradom i primjenom kliničkih vodiča zasnovanih na dokazima u svrhu unaprjeđenja kvalitete zdravstvene zaštite u području spolnoga i reproduktivnoga zdravlja, s posebnim naglaskom na zdravlju trudnica i roditelja. UNFPA je vodeća agencija Ujedinjenih naroda u području unaprjeđenja spolnoga i reproduktivnoga zdravlja i reproduktivnih prava čiji ured u Bosni i Hercegovini kontinuirano podržava Federalno ministarstvo zdravstva i Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske u izgradnji društva u kojem je svaka trudnoća željena, svaki porođaj siguran i u kojem je svaka mlada osoba u mogućnosti ostvariti svoj potencijal.

