

Primaljska skrb roditelje kod porođaja u vodi

Magdalena Kurbanović, univ. bacc. obs., IBCLC

Opća bolnica Pula

UVOD

Porođaj u vodi predstavlja jednu od strategija pružanja primaljske skrbi u potpori fiziološkog porođaja. Upotreba vode u porođaju mijenja dinamiku porođaja te vraća kontrolu roditeljima budući da omogućuje kontinuiranu skrb i dostupnost mirnog okruženja i privatnosti u kojem roditelja može raditi bez nepotrebnih medicinskih intervencija. Potreba za porođajem u vodi značajno je porasla u zadnja tri desetljeća što je posljedica odgovora na rastuću medikalizaciju porođaja. Porođaj u vodi predstavlja pristup rađanju koji podupire autonomiju roditelje, mijenjajući okruženje i kvalitetu interakcija svih osoba uključenih u skrb (1).

Porođaj u vodi pruža mnoge dobrobiti za majku i novorođenče. Pozitivni fiziološki učinci uranjanja u vodu tijekom porođaja poboljšavaju neurohormonalne interakcije. To vodi do ublažavanja boli, olakšavanja napredovanja porođaja, poboljšavanja prokrvljenosti maternice, manje bolnih kontrakcija i kraćeg trajanja porođaja, s manje opstetričkih intervencija, što u konačnici ima brojne povoljne učinke na majku i novorođenče (2). Porođaj u vodi doprinosi očuvanju privatnosti jer se žene osjećaju zaštićene vodom (3). Upotreba vode tijekom porođaja pruža roditelji alternativni način postizanja ugone, mobilnosti i privatnosti te tako povećava mogućnost za iskustvo porođaja kojim će biti vrlo zadovoljna. Voda pruža okruženje u kojem se žena može ponašati instinktivno i osjećati kontrolu. Kada žena ima osjećaj kontrole tijekom porođaja ona doživljava veći stupanj emocionalnog blagostanja u postnatalnom razdoblju (4).

OSOBITOSTI PRIMALJSKE SKRBI PRI POROĐAJU U VODI

Da bi se omogućile dobrobiti porođaja u vodi i najveći mogući stupanj sigurnosti nužno je da ustanove koje pružaju uslugu porođaja u vodi osiguraju sustave i strukture koji će stvoriti protokole i smjernice za porođaj u vodi, a koji su zasnovani na dokazima. Dok se smjernice i protokoli razlikuju od ustanove do ustanove, postoje opća načela koja proizlaze iz literature, a odnose se na dobrobiti i sagledavanje rizika upotrebe vode u porođaju (5).

OBRAZOVANJE I STAVOVI PRIMALJA O POROĐAJU U VODI

Primaljsku skrb tijekom porođaja u vodi trebale bi pružati primalje koje su posebno educirane za pružanje takve skrbi te imaju odgovarajuće iskustvo u tom području. Standardni zahtjevi za odgovarajuće iskustvo često podrazumijevaju sudjelovanje u najmanje dvama porođajima u vodi pod nadzorom mentora te pohađanje edukacijskog seminara ili radionice o porođaju u vodi (4). Sustav mentorstva je vrlo bitan u edukaciji za pružanje primaljske skrbi pri porođaju u vodi jer njime primalje dobivaju ne samo znanja i sposobnosti, nego i samopouzdanje za pružanje takvog oblika skrbi radi postojanja potpore iskusne primalje u svakom trenutku (6).

Osim odgovarajuće edukacije nužno je da primalje koje skrbe o ženama tijekom porođaja u vodi imaju pozitivne stavove prema porođaju u vodi. Primalje koje nemaju mnogo iskustva s porođajem u vodi ili se protive takvom načinu rađanja mogu postati osjetljivije na moguće probleme te je vjerojatnije da će koristiti nepotrebne intervencije ili uputiti roditelju da napusti vodu. Negativni stavovi primalja prema porođaju u vodi utječu na odabir roditelje te će roditelje češće odabirati porođaj u vodi ako primalje iz ustanove koja nudi tu uslugu imaju pozitivan stav prema tome. To objašnjava velike razlike između postotaka porođaja u vodi između različitih ustanova koje nude takvu uslugu (5).

Ključni korak u uvođenju porođaja u vodi u kliničku praksu neke ustanove je rasprava među svim osobljem koje je uključeno u rad s roditeljima. To uključuje porodničare, neonatologe, primalje, administraciju i osoblje zaduženo za održavanje ustanove. Primalje, kao i ostalo osoblje, mogu biti zabrinuti da će porođaj u vodi uzrokovati povećanje njihovog radnog opterećenja radi posebnosti aspekta skrbi koje zahtijeva. Pružajući svom osoblju uključenom u skrb roditelja ključne izvore informacija o porođaju u vodi, kao što su rezultati istraživanja te donošenje jasnih i detaljnih smjernica, može se pridonijeti razumijevanju potencijalnih dobrobiti porođaja u vodi te smanjenju negativnih stavova (7).

OPREMA ZA POROĐAJ U VODI

Osim odgovarajuće opreme koja je potrebna pri konvencionalnom porođaju, za porođaj u vodi nužna je i posebna oprema. Uranjanje u vodu može se odvijati u samostojnim kadama koje mogu biti trajno postavljene u sobu za rađanje ili u kadama ili bazenima koji se mogu seliti iz sobe u sobu po potrebi. Prednost trajno postavljenih kada koje su spojene na vodovodni sustav je u tome što se ne moraju puniti ni prazniti uz upotrebu crijeva te se tako smanjuje rizik kontaminacije. Mobilne kade na kotačima mogu pružiti veću dostupnost jer se mogu po potrebi prebacivati u sobu ako žena poželi porođaj u vodi. Bazeni napravljeni od plastike ili sličnih materijala su također jedna od opcija. Njihova upotreba je uglavnom vezana za kućne porođaje, no prikladne su i za upotrebu u ustanovama, pogotovo kada broj porođaja u vodi u nekoj ustanovi nije velik te ne opravdava trošak trajne kade. Prednost u ustanovama im je i mogućnost jednostavne pohrane kada nisu u upotrebi. Kod trajnih kada nužno je pridržavati se protokola za čišćenje radi kontrole infekcije, dok se za plastične bazene uz čišćenje preporuča upotreba jednokratnih plastičnih podložaka koji će obložiti bazen (8). Bazeni ili kada mora biti dovoljno duboka da omogućiti uranjanje žene do razine grudi kada sjedi ili kleči u vodi da bi dobroti uranjanja u vodu bile omogućene. Osim bazena ili kade potrebna je kontinuirana dostupnost dovoljnih količina tople i hladne vode za njihovo punjenje. Kod upotrebe bazena potrebna je i vodootporna pumpa za pražnjenje bazena te se savjetuje probno punjenje i pražnjenje bazena prije upotrebe radi vremenske orijentacije. Oko kade ili bazena potrebno je imati protuklizne obloge na podu da bi se spriječio rizik od nezgoda primalja ili roditelje pri izlasku ili ulasku u vodu. Bazenu ili kadi bi se trebalo moći pristupiti s dviju ili više strana. U bolničkom okruženju savjetuje se dostupnost uređaja za dizanje u blizini kade za porođaj kojim bi se roditelja mogla brzo evakuirati iz vode ako dođe do komplikacija. Potrebno je imati pripremljeno područje za reanimaciju novorođenčeta sa svom potrebnom opremom i lijekovima.

Također je potrebno imati potreban pribor za reanimaciju majke, kao i pripremljen prostor za dovršetak porođaja izvan vode u slučaju komplikacija ili u slučaju želje majke da napusti vodu u bilo kojem trenutku porođaja. Za nadzor stanja fetusa tijekom porođaja potrebni su vodootporni doppler uređaj ili vodootporna opstetrička slušalica (*pinard*) te u nekim slučajevima vodootporna telemetrijska kardiografija za kontinuirani nadzor. Vodootporni termometri mogu se koristiti za mjerenje temperature vode, a također je potrebno imati i toplomjer za mjerenje temperature majke prije ulaska u vodu, kao i tijekom porođaja. Za osobnu zaštitu od infekcije potrebna je odgovarajuća zaštitna oprema za primalju koja uključuje plastične pregače te dugie rukavice. Stolčići ili

stepenice se mogu postaviti pored kade za lakši ulazak i izlazak roditelje iz vode, a također se mogu koristiti za lakše pozicioniranje primalje pri izvođenju postupaka u vodi. Preporuča se i upotreba vodootporne svjetiljke koja bi pomogla u vizualizaciji ispod površine vode posebice ako postane krvava, kao i upotreba ogledala koja bi olakšala vizualizaciju perinealnog područja i procjenu napretka u drugom porođajnom dobu primalji, ali i samoj roditelji. Savjetuje se upotreba mrežice ili sita za eliminiranje moguće fekalne kontaminacije vode tijekom porođaja. Potrebno je imati dovoljne zalihe suhih, toplih ručnika za majku i za novorođenče radi sprečavanja pothlađivanja, a za novorođenče se preporuča i upotreba kapica (7, 5, 9, 10).



KONTROLA INFEKCIJE

Radi postojanja rizika od infekcije prilikom upotrebe vode pri porođaju nužno je oblikovanje i pridržavanje protokola za kontrolu infekcije. Sustavan proces čišćenja kade i opreme mora biti zabilježen u protokolima ustanove te provoden nakon svakog porođaja u vodi (7). Ne preporuča se upotreba kada koje sadrže mlaznice, no ako se koristi takva kada nužno je redovito čišćenje mlaznica, odvoda, crijeva i filtera. Pri punjenju kade ili bazena preporuča se puštanje vode iz slavine da teče pet minuta u odvod prije nego se započne punjenje kade radi smanjenja rizika od infekcije bakterijama *Pseudomonas aeruginosa* i *Legionella pneumophila*.

Savjetuju se rutinska mikrobiološka testiranja kade ili bazena te vode. Sav pribor i oprema koju nije moguće detaljno dezinficirati mora biti jednokratna. Ako voda postane kontaminirana fekalijama za vrijeme porođaja potrebno je koristiti jednokratne mrežice za uklanjanje fekalija, a ako je kontaminacija velika savjetuje se privremeni izlazak roditelja iz vode te čišćenje i izmjena vode u kadi (10).

Smatra se da je rizik zaraze primalja virusom humane imunodeficijencije (HIV) prilikom porođaja u vodi manji od rizika kojem bi bile izložene mogućim prskanjem krvi prilikom konvencionalnog porođaja radi razrjeđenja koncentracije virusa vodom i činjenice da je izrazito osjetljiv na toplinu, no rizik od zaraze virusom hepatitisa B (HBV) znatno je veći kod porođaja u vodi te se preporuča cijepljenje osoblja, kao i probir roditelja koje rađaju u vodi (8). Nužno je također nošenje zaštitne opreme koja uključuje duge rukavice te prekrivanje svih oštećenja na koži vodo otpornim zavojima (10).

ODABIR KANDIDATKINJA ZA POROĐAJ U VODI

Da bi se omogućio najveći stupanj sigurnosti za roditelja i novorođenče nužan je pažljiv odabir kandidatkinja za porođaj u vodi. Sva istraživanja koja pokazuju da rizik porođaja u vodi nije ništa veći od rizika prisutnog u konvencionalnim porođajima odnose se na fiziološki porođaj roditelja koje su imale nekomplikiranu trudnoću te je potrebno definirati kriterije koji to određuju. Primalja mora koristiti svoje znanje i kliničku procjenu pri odabiru roditelja koje će imati dobrotu porođaja u vodi (5).

Rodilje koje mogu koristiti porođaj u vodi moraju biti zdrave žene kod kojih ne postoje medicinski ili porodnički faktori rizika, te koje su prethodno dale informirani pristanak za porođaj u vodi. Trudnoća mora biti jednoplodna, gestacijske dobi između 37 i 42 tjedna, fetus mora biti u stavu glavom. Rodilja ne smije biti nositelj virusa humane imunodeficijencije (HIV), hepatitisa B ili C virusa.

Savjetuje se da indeks tjelesne mase roditelja ne prelazi 35,0 prije trudnoće odnosno pri prvom antenatalnom pregledu. Pozitivni vaginalni bris na streptokok grupe B nije kontraindikacija za porođaj u vodi, no u tom slučaju se primjenjuju intravenski antibiotici, kao i u slučaju roditelja s prijevremenim prsnućem vodenjaka do kojeg je došlo prije više od 18 do 24 sata prije uranjanja u vodu. Savjetuje se da roditelja bude u aktivnoj fazi porođaja prije ulaska u vodu no konačna odluka se prepušta procjeni primalje.

Za vrijeme porođaja dodatni kriteriji se moraju uzeti u obzir za ostanak u vodi. Svi promatrani maternalni i fetalni parametri moraju biti u granicama normale u svakom trenutku. Ne smije postojati kontraindikacija za intermitentnu auskultaciju fetalnih otkucaja srca. Amnionska tekućina mora biti bistra uz prisutnu urednu srčanu akciju fetusa (10).

KONTRAIKACIJE ZA POROĐAJ U VODI

Ne postoje jedinstvene kontraindikacije za porođaj u vodi. One se razlikuju među ustanovama i primaljama obzirom na njihovo iskustvo s određenim komplikacijama. No neke kontraindikacije se smatraju uobičajenim kod većine pružatelja porođaja u vodi.

Većina ustanova i primalja smatra višeploidnu trudnoću te porođaj zatkom apsolutnim kontraindikacijama za porođaj u vodi, kao i dijagnozu preeklampsije, intrauterinog zastoja rasta fetusa, postojanje faktora rizika za distociju fetalnih ramena ili indeks tjelesne mase iznad 35,0. Prijevremeni porođaj uglavnom je kontraindikacija za porođaj u vodi, iako su zabilježeni porođaji u vodi u gestacijskoj dobi od 33 tjedna. Postojanje prijašnje dijagnoze postpartalnog krvarenja, prekomjernog krvarenja ili infekcije roditelja se također smatra kontraindikacijom za porođaj u vodi. Uranjanje u vodu tijekom porođaja ne savjetuje se ni ženama koje imaju zabilježenu distociju fetalnih ramena i carski rez u prethodnim porođajima. Određena medicinska stanja koja uključuju dijabetes ovisan o inzulinu, aktivni herpes, HIV pozitivan status, zloupotreba alkohola ili droga, bilo koja teža bolest te problemi s pokretljivošću koji mogu otežati hitan izlazak iz vode tijekom porođaja smatraju se kontraindikacijom za porođaj u vodi.

Kontraindikacije tijekom porođaja uključuju mekonijsku amnionsku tekućinu, pireksiju, poremećaje fetalne srčane frekvencije, intrapartalno krvarenje. Upotreba opioidnih analgetika unutar dva do četiri sata od ulaska u vodu strogo je zabranjena. U većini ustanova epiduralna analgezija se također smatra kontraindikacijom za porođaj u vodi (4).

PRIMALJSKA SKRB TIJEKOM PRVOG POROĐAJNOG DOBA U VODI

Zadaća primalje tijekom prvog porođajnog doba je ponuditi roditeljama koje odgovaraju kriterijima porođaj u vodi kao metodu opuštanja i ublažavanja boli. Pri tome treba osigurati informirani pristanak roditelje. Rodilji treba omogućiti ulazak u vodu kada ona to želi. Smjernice vezane uz određenu dilataciju materničnog ušća nisu preporučljive. Primalja treba savjetovati roditelji ulazak u vodu kada kontrakcije postanu jake, redovite i bolne, ali odluku treba prepustiti roditelji.

Priprema roditelje za porođaj u smislu primjene klizme se obavlja samo uz pristanak roditelje. Preporučljivo je tuširanje roditelje prije ulaska u kadu. Primalja treba osigurati da bude prisutna uz roditelju u svakom trenutku dok se ona nalazi u vodi. Prostorija u kojoj se odvija porođaj u vodi bi trebala biti ugodna, prigušenih svjetala i ugodne temperature (11). Kadu za porođaj primalja mora prethodno napuniti vodom na način da prvo nekoliko minuta pušta vodu da teče u odvod da bi se smanjio rizik od infekcije, a zatim napuniti kadu s toplom vodom. U vodu nije preporučeno stavljati nikakve dodatke, posebice eterična ulja, jer postoje naznake da mogu imati štetan utjecaj na novorođenčeta. Upotreba aromaterapije za opuštanje se može koristiti na druge načine. Voda u kadi treba dosezati do ženinih grudi dok sjedi ili kleči u kadi, ali ne prelaziti razinu pazuha da bi se ostvario najpovoljniji učinak vode i osigurala potpuna uronjenost novorođenčeta prilikom rađanja. Temperatura vode treba biti prilagođena ugodi roditelje, ali je preporučljivo da ne prelazi 37,5 stupnjeva Celzijevih pa je zadaća primalje da kontrolira temperaturu vode svakih sat vremena da bi se spriječila pireksija majke i posljedična fetalna tahikardija. Primalja također treba voditi brigu o čistoći vode tijekom porođaja. Tijekom prvog porođajnog doba u vodi primalja treba provoditi mjerenja tjelesne temperature roditelje svakih sat vremena te bilježiti rezultate u dokumentaciju. Porast majčine temperature može upućivati na previsoku temperaturu vode te je u tom slučaju potrebno savjetovati roditelji da privremeno napusti vodu te tako pružiti priliku da se temperatura vrati u normalne granice. Također je potrebno temperaturu u kadi regulirati na način da se u kadu dodaje hladna voda te promiješa (10).

Auskultacija fetalnih otkucaja srca se izvodi prema smjernicama ustanove u istim vremenskim intervalima kao i kod konvencionalnog porođaja. Ako za vrijeme intermitentnog nadzora srčane frekvencije fetusa primalja primijeti odstupanja od normalnog potrebno je zatražiti od roditelje da odmah napusti vodu te je nužno pristupiti detaljnoj procjeni stanja fetusa (11). Za vrijeme porođaja u vodi primalja treba redovito poticati roditelju na uzimanje tekućine i održavanje optimalne hidracije te primalja treba također svaka dva sata poticati roditelju na izlazak iz kade u

svrhu odlaska na toalet radi mokrenja, da bi se smanjila mogućnost kontaminacije vode urinom i moguće infekcije te radi olakšavanja kliničke procjene hidracije. Vaginalni pregledi se mogu obavljati u vodi ako su nužni no ponekad je potrebno da roditelja napusti vodu zbog obavljanja vaginalnog pregleda ako nalaz nije bio jasan ili primalja nije mogla obaviti pregled u vodi.

Zauzimanje različitih položaja i pokretanje tijekom boravka u vodi važno je za ostvarivanje dobrobiti porođaja u vodi. Primalja treba poticati roditelju na promjenu položaja tijekom prvog porođajnog doba. Rodilja u vodi može klečati, čučati, biti u položaju na rukama i koljenima, sjediti ili plutati dok joj pratnja ili primalja podupire zdjelicu, također je moguća upotreba posebno dizajniranih stolčića za kadu.

Ako utjecaj vode nije dovoljan za adekvatno ublažavanje boli tijekom porođaja primalja treba roditelji savjetovati različite komplementarne metode ublažavanja boli koje su sigurne za primjenu u vodi kao što su različite tehnike disanja, vizualizacije i opuštanja. Također je moguće koristiti tehnike masaže prilikom porođaja u vodi. Od farmakoloških sredstava za ublažavanje boli prilikom porođaja u vodi preporučuje se samo upotreba smjese dušikovog(I) oksida i kisika budući da jedino ona nema utjecaj na roditeljnu mogućnost brzog izlaska iz vode uslijed komplikacija.

PRIMALJSKA SKRB TIJEKOM DRUGOG POROĐAJNOG DOBA U VODI

Ako roditelja odluči ostati u vodi i tijekom drugog porođajnog doba nužno je da uz nju budu dvije primalje odnosno dva zdravstvena djelatnika obučena za porođaj u vodi da bi se omogućila sigurnost i asistencija u slučaju hitnih stanja. I tijekom drugog porođajnog doba primalja mora pažljivo nadzirati temperaturu vode u kadi i brinuti se da ne prelazi 37,5 °C, no u ovoj fazi porođaja nužno je i osigurati da temperatura ne pada ispod 36 °C radi smanjenja rizika od stimulacije udisanja novorođenčeta dok se nalazi pod vodom.

Auskultacija fetalnih otkucaja srca tijekom drugog porođajnog doba treba se izvoditi nakon svake kontrakcije ili kontinuirano. Ako primalja primijeti odstupanja od normalne srčane akcije mora zatražiti od roditelje da napusti vodu da bi se smanjio rizik od rađanja potencijalno ugroženog novorođenčeta ispod vode. Instinktivne ekspluzivne kontrakcije uočljive tijekom drugog porođajnog doba u vodi mogu se razlikovati od onih tijekom konvencionalnog porođaja.

Primalja treba potaknuti ženu na fiziološko tiskanje odnosno treba izbjegavati usmjereno tiskanje jer je ono povezano s lošijim neonatalnim ishodima. Tijekom porođaja u vodi nije potrebno kontroliranje izlaska glave novorođenčeta odnosno čuvanje međice. Rađanje u vodi ima učinak usporavanja izlaska glave dok roditelja u vodi ima bolji

osjećaj te kontrolira izlazak glave kratkim potiscima (10). Primalja treba zauzeti *hands off* pristup tijekom izlaska glavice te nadzirati napredak uz pomoć ogledala ako je potrebno (5). Ako napredak izostaje primalja može nježno verbalno potaknuti majku na tiskanje te savjetovati promjenu položaja. Važno je da primalja dopusti spontano rađanje tijela te da izbjegava doticanje glave i lica novorođenčeta jer ga to može potaknuti na udisanje. Ponekad roditelji tijekom izlaska glave imaju nekontroliranu potrebu dignuti zdjelicu iznad vode. U slučaju da je glava novorođenčeta već rođena i izložena zraku primalja mora osigurati da žena ostane iznad vode do kraja porođaja radi utjecaja koji zrak može imati na stimulaciju disanja kod novorođenčeta (10). Nije potrebno provjeravati nalazi li se pupkovina oko vrata novorođenčeta, ona se može otpustiti i otpetljati rađanjem tijela novorođenčeta (5). Podvezivanje i presijecanje pupkovine ne smije se obaviti ispod površine vode ni u kojem slučaju jer to može potaknuti novorođenče na disanje.

Nakon što je tijelo novorođenčeta u potpunosti rođeno potrebno ga je odmah nježno i pažljivo podići iz vode s licem okrenutim prema gore (10). Ako roditelj rađa u položaju na rukama i koljenima ili klečeći okrenuta prema rubu bazena potrebno joj je pažljivo dodati novorođenče između nogu, pri tome pazeći na duljinu pupkovine da ne bi došlo do prekidanja. Nakon što je novorođenče dignuto iznad površine vode glava mu ne smije biti ponovno uronjena (5). Novorođenče se stavlja u majčino naručje tako da mu je glava u svakom trenutku iznad vode, ali tijelo može biti uronjeno u vodu da bi se spriječilo pothlađivanje. Primalja mora neposredno nakon porođaja provjeriti stanje pupkovine da se uvjeri da nije došlo do prekidanja. Kopče za podvezivanje pupkovine moraju tijekom drugog porođajnog doba biti na dohvata ruke primalje. Minutu nakon što je novorođenče bilo izloženo zraku primalja daje prvu APGAR ocjenu. Novorođenče se postavlja u kontakt kože na kožu s majkom te mu se tako osigurava toplina. Lice i glavu novorođenčeta primalja treba obrisati i osušiti te može staviti kapicu na glavu da smanji gubitak topline kondukcijom dok tijelo novorođenčeta treba ostati uronjeno u vodu. Ako majka digne tijelo novorođenčeta iznad razine vode onda primalja treba staviti suhi ručnik preko tijela novorođenčeta.

Porođaj u vodi je često nježniji i opušteniji te je novorođenčetu ponekad potrebno malo više vremena da započne disanje. No ako je novorođenčetu potrebna reanimacija potrebno je odmah podvezati i prerezati pupkovinu i odnijeti novorođenče na prethodno pripremljeno mjesto za reanimaciju. Mjesto za reanimaciju mora biti unaprijed opskrbljeno svom potrebnom opremom te primalja mora odmah započeti s postupcima reanimacije. Druga primalja u tom slučaju pomaže roditelji da polako i bez panike napusti kadu.

PRIMALJSKA SKRB TIJEKOM TREĆEG POROĐAJNOG DOBA U VODI

Uvažavajući fiziološke principe porođaja u vodi primalja treba svim roditeljama omogućiti izbor fiziološkog trećeg porođajnog doba kod kojih ne postoje komplikacije. U fiziološkom trećem porođajnom dobu pupkovina se ne podvezuje dok još pulsira. Nakon što pupkovina prestane s pulsiranjem, posteljica se skupa s ovojima spontano istiskuje u vodu samo roditeljnim naporima. Podvezivanje pupkovine koja još pulsira ometa fiziološki proces i može dovesti do povećanog krvarenja i retencije posteljice.

Primalja mora procijeniti i zabilježiti gubitak krvi tijekom trećeg porođajnog doba što preciznije. Točna procjena gubitka krvi prilikom porođaja u vodi nije jednostavna radi razrjeđenja krvi u vodi (10). To je ujedno i razlog zašto mnogo primalja nerado dopušta fiziološko treće porođajno doba u vodi. Primalja može procijeniti gubitak krvi pokušajem vizualizacije majčinih bedara kroz vodu. Ako je voda toliko tamna da primalja ne vidi boju majčinih bedara gubitak krvi je vjerojatno veći. Pri procjeni gubitka krvi primalji može pomoći i skupljanje ugrušaka krvi mrežicom i spuštanje svjetiljke u vodu (12). Radi teže procjene gubitka krvi u vodi nužna je procjena fizičkog stanja roditelje. Važno je da roditelj odmah napusti vodu ako postoji sumnja na postpartalno krvarenje, pri tome je bitno da je primalja svjesna da fizičke manifestacije gubitka krvi postaju očite tek nakon značajnog gubitka krvi. Gubitak krvi tijekom porođaja u vodi se bilježi kao veći ili manji od 500 ml radi nemogućnosti preciznijeg određivanja.

Aktivno vođenje trećeg porođajnog doba skraćuje njegovo trajanje i smanjuje gubitak krvi. Za aktivno vođenje trećeg porođajnog doba nužno je da roditelj napusti vodu. Primalja mora pričekati da žena napusti kadu prije nego primjeni oksitocin jer se intramuskularna primjena lijekova ne preporučuje u vodi. Nakon primjene oksitocina zadaća primalje je promatrati znakove odljuštenja posteljice te primijeniti kontrolirano potezanje za pupkovinu dok drugu ruku drži na fundusu maternice.

Rutinski pregled rodnice i međice može se obaviti nakon dovršetka trećeg porođajnog doba uz pristanak roditelje, ali šivanje mogućih ozljeda međice je potrebno odgoditi jedan sat da bi se omogućila revitalizacija tkiva međice nakon utjecaja dugotrajne uronjenosti u vodu (10).

PRIMALJSKA SKRB TIJEKOM ČETVRTOG POROĐAJNOG DOBA U VODI

Tijekom četvrtog porođajnog doba u vodi koje obuhvaća razdoblje od dva sata nakon porođaja, primalja se mora pobrinuti da su majka i novorođenče na toplom da bi se spriječilo pothlađivanje. Preporuča se postavljanje kapice

na glavu novorođenčeta te zamjena mokrih ručnika sa suhim. Osiguravanje da je novorođenčeva glava suha i topla poboljšava njegovu termoregulaciju. Temperatura vode i dalje mora biti što bliže 36 do 37 stupnjeva Celzijevih dok su majka i dijete u kadi te je nužno nadzirati temperaturu novorođenčeta dok se ono nalazi u vodi.

Kao i nakon konvencionalnog porođaja, primalja mora pažljivo nadzirati stanje roditelje i novorođenčeta tijekom četvrtog porođajnog doba te na vrijeme prepoznati znakove komplikacija. Prilikom napuštanja vode primalja mora podupirati roditelju radi mogućnosti fiziološke maternalne hipotenzije uzrokovane naglim gubitkom krvi i mokrog poda koji mogu uzrokovati nestabilnost majke i njen pad (10).

PRIMALJSKA SKRB PRILIKOM KOMPLIKACIJA PRI POROĐAJU U VODI

Postupci prilikom rješavanja nekih komplikacija se razlikuju kod porođaja u vodi. Budući da pojava komplikacija predstavlja indikaciju da roditelja odmah napusti vodu nužno je imati protokole za hitnu evakuaciju roditelje iz vode. Također se savjetuje da primalja na početku porođaja objasni roditelji i njenoj pratnji postupke za što brži izlazak iz vode te da provede vježbu hitnog izlaska iz vode ako stanje roditelje to dopušta.

DISTOCIJA RAMENA

Postupci pri distociji ramena kod porođaja u vodi zahtijevaju varijacije postupaka koji se uobičajeno provode kod konvencionalnog porođaja. Kada ustanovi distociju ramena primalja treba prvo savjetovati roditelji da čučne ili se postavi u položaj na rukama i koljenima te tako poveća funkcionalni promjer zdjelice (7). Promjena položaja je olakšana u vodi te je roditelja u mogućnosti brzo zauzeti položaj koji može osloboditi fetalna ramena. Ako promjena položaja u vodi ne uzrokuje oslobađanje ramena primalja treba savjetovati roditelji da napusti kadu tako da ustane i dignu jednu nogu na rub kade ili bazena. Taj položaj omogućuje hiperfleksiju kukova kao što to čini McRobertsov manevar i često je upravo on dovoljan za oslobađanje zastoja ramena (5).

PUPKOVINA OMOTANA OKO VRATA

Većina pupkovina omotanih oko vrata se spontano otpetlja prilikom porođaja tijela bez potrebe za bilo kakvim intervencijama osim pažljivog postupanja primalje prilikom preokretanja novorođenčeta (9).

PREKIDANJE PUPKOVINE

Prekidanje ili avulzija pupkovine je rijetka komplikacija koja se povezuje s porođajem u vodi te nastaje radi



instinktivnog dizanja novorođenčeta iznad razine vode. Prekidanje pupkovine nema teške posljedice ako se odmah prepozna. No kod porođaja u vodi gdje je smanjena vidljivost pupkovine radi prisutne krvi u vodi pucanje pupkovine ako je neprepoznato može uzrokovati iskrvarenje novorođenčeta. Stoga se savjetuje primaljama da nakon svakog porođaja u vodi pažljivo provjere pupkovinu i ako primijete da je došlo do prekidanja odmah čvrsto rukom stegnu djetetov kraj pupkovine i podvežu ga (9).

ZAKLJUČAK

Postoje dokazi da je porođaj u vodi povezan s mnogim dobrobitima za majku i novorođenče, te da rizik takvog porođaja nije ništa veći od rizika konvencionalnog porođaja. Za vrijeme cijelog trajanja porođaja u vodi potrebna je stalna prisutnost primalje uz roditelju koja joj pruža potporu, ali i nadzire stanje fetusa i roditelje te bez odgode savjetuje izlazak iz vode na znak komplikacija. Porođaj u vodi omogućava primaljama mogućnost pružanja primaljske skrbi koja se zasniva na principima fiziološkog porođaja, holističkog pristupa te kontinuirane skrbi.

LITERATURA:

1. International Confederation of Midwives. Philosophy and model of midwifery care. Hague: International Confederation of Midwives; 2014.
2. Mollamahmutoğlu, L., Moraloğlu, Ö., Özyer, Ş. et al. The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*. 2012;13(1):45-49.
3. Torkamani, S. A., Kangani, F., Janani, F., The effects of delivery in water on duration of delivery and pain compared with normal delivery. *Pak J Med Sci*. 2010;26(3):551-555.
4. Policy for first stage labour and birth in water in South Australia. Government of South Australia, Department of Health; 2011.
5. Pairman, S., Pincombe, J., Thorogood, C., Tracy, S., *Midwifery: Preparation for practice*. 3rd ed. London: Churchill Livingstone, Elsevier; 2015.
6. Woodward, J. L., The challenge of conducting a waterbirth randomised controlled trial. [dissertation]. Birmingham: University of Birmingham; 2011. 552p.
7. Avery, M. D., editor. *Supporting a physiologic approach to pregnancy and birth: A practical guide*. Ames: Wiley-Blackwell; 2013.
8. Vuković-Bobić, M., Habek, D., Komplementarne metode vođenja poroda. *Liječnički vjesnik*, 2006;128:25-30.
9. Chapman, V., Charles, C., editors. *The midwife's labour and birth handbook*. 2nd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009.
10. Department of Health, Western Australia. *WA Water Birth Clinical Guidelines*. Perth: Health Networks Branch, Department of Health, Western Australia; 2009. Updated October 2012.
11. Maternity Services Guideline Group. *Care of the pregnant woman in a birthing pool for labour and delivery*. London: Obstetric & Gynaecology Governance Group, NHS General; 2014.
12. Harper, B., From newborn breathing to hospital protocols. *Midwifery Today Magazine*. 2000:54.