



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU



HRVATSKA KOMORA®
PRIMALJA
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES

Prvi znanstveno stručni simpozij primalja “ELIJA SOTERA” PROGRAM



Split, 8. - 9. studenoga 2024.

Poštovane kolegice i kolege,

Vrijeme u kojem živimo i radimo predstavlja prekretnicu u svakom aspektu naše struke. Usvajanje Zakona o primaljstvu i postepena implementacija odredbi u praksu prati osnivanje prijediplomskih i diplomskih studija. Odgovornosti koje primalje imaju u svakodnevnom radu vremenom postaju sve veće, a očekivane kompetencije šire. Mnogi od nas su postale mentori mlađim kolegicama, što znači formalni edukatori i (pre)nosioци teoretskih i praktičnih znanja. Organizacija predavanja i stručnih skupova tek je jedan od koraka koji postaju logičan dio navedenog mozaika. Nakon dužih priprema s radošću i ponosom Vam želimo dobrodošlicu na prvi znanstveno stručni simpozij primalja u Splitu pod simboličnim naslovom Elija Sotera.

Ispred Organizacijskog odbora

Jelena Jerković, bacc. obs.



Naslov skupa: Znanstveno stručni simpozij „Elija Sotera“

Organizatori: Sveučilište u Splitu - Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Hrvatska komora primalja - Podružnica Splitsko-dalmatinske županije,

Predsjednik organizacijskog odbora: Jelena Jerković

Dopredsjednici organizacijskog odbora: Diana Aranza, Matea Dolić, Nikša Galić

Tajnik: Ana Drobnić

Organizacijski odbor: Dijana Biluš, Ana Čović, Nikša Galić, Ana Gudelj, Sanja Horvat, Jelena Jović, Nela Kalaš, Ivana Kujundžić, Matijana Mardešić, Ines Matković, Željka Perković, Antonija Prlenda, Mia Rogošić, Radojka Vukšić

Znanstveni odbor: Marko Mimica (predsjednik), Damir Roje, Jelena Marušić, Nađa Aračić, Sandra Benzon, Indira Kosović, Ivan Palada, Anet Papazovska Cherepnalkovski, Jasminka Rešić Karara, Martina Šunj, Mario Marendić, Mario Podrug

Vrijeme održavanja: 8. i 9. studeni 2024.

Mjesto održavanja: Dvorana Dr Petar Rismondo, atrij Klinike za ženske bolesti i porode KBC Split

Kotizacija: nije predviđena

Prijava uključuje: Slobodan pristup svim sjednicama, radni materijali i pauze uz kavu.

Bodovanje: Hrvatska komora primalja sudionicima dodjeljuje 8, a predavačima 10 bodova.

Kontakt: tel. (021) 551 228; mob. 092 328 9608; e-mail: azizic@kbsplit.hr

Mrežne stranice s dodatnim informacijama:

www.kbsplit.hr/novosti/detalj/prvi-znanstveno-strucni-simpozij-primalja-elija-sotera-split-8-i-9-studenog-2024

Urednik knjige sažetaka: Damir Roje



Povodom prvog znanstveno – stručnog simpozija primalja „Elija Sotera“, Rotary Club Split i Matko Trebotić namjenski doniraju šest grafika za uređenje seminarske dvorane dr Kruno Cambj na trećem katu zgrade Klinike za ženske bolesti i porode KBC Split, a koja je preuređena i tehnički opremljena sredstvima Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu 2023. godine.

Svečana primopredaja će se održati neposredno prije otvaranja Simpozija, 8. studenog 2024. (petak) u 15:30 sati u seminarskoj dvorani dr Kruno Cambj.

Više informacija možete naći na:

<https://www.kbsplit.hr/novosti/detalj/donacija-sest-grafika-rotary-cluba-split-i-matka-trebotica-klinici-za-zenske-bolesti-i-porode>

PROGRAM:

PETAK 8. studenoga 2024.

Voditelji sjednice: Marko Mimica, Jelena Jerković

- 16:00 – 16:15 Pozdravna riječ i otvaranje
- 16:15 – 16:35 Mimica M. Edukacija u primaljstvu i mjesto Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu
- 16:35 – 16:55 Jerković J. Forenzičko primaljstvo
- 16:55 – 17:15 Papazovska Cherepnalkovski A. Parenteralna prehrana nedonoščadi
- 17:15 – 17:30 Rasprava
- 17:30 – 18:00 Stanka za kavu
- 18:00 – 18:15 Rašić J. Kombinirani test probira u KBC-u Split
- 18:15 – 18:30 Vukorepa J. Rana amniocenteza u KBC-u Split
- 18:30 – 18:45 Petričević S. Ishod trudnoće s povišenim rizikom za Down sindrom ploda prema bioke-miskom trostrukom testu probira i urednim kariogramom
- 18:45 – 19:00 Mudnić Pulje M. Doprinos primalje u liječenju ektopične trudnoće metotreksatom u KBC-u Split
- 19:00 – 19:15 Rasprava

SUBOTA 9. studenoga 2024.

Voditelji sjednice: Damir Roje, Radojka Vukšić

- 09:00 – 09:20 Vukšić R. Zakon o primaljstvu
- 09:20 – 09:40 Roje D. OASIS
- 09:40 – 10:00 Lozo P. Ogljed o izvorima i razvoju samosvijesti hrvatskih primalja
- 10:00 – 10:15 Rasprava
- 10:15 – 10:45 Stanka za kavu
- 10:45 – 11:00 Mustapić-Jogun I. Abdominalna trudnoća (prikaz slučaja)
- 11:00 – 11:15 Maričinko L. Gestacijski dijabetes i primaljska skrb u zbrinjavanju trudnice s gestacijskim dijabetesom
- 11:15 – 11:30 Spirić E. Hrvatska udruga primalja kroz povijest
- 11:30 – 11:45 Prlenda A. Utjecaj radne okoline i načina rada na život i zdravlje primalja
- 11:45 – 12:00 Matok Glavaš B. Izumiremo li kao profesija?
- 12:00 – 12:15 Rasprava
- 12:15 – 12:30 Završna riječ, podjela Potvrdnica o sudjelovanju, zatvaranje skupa

KNJIGA SAŽETAKA

Pozvana predavanja

EDUKACIJA U PRIMALJSTVU I MJESTO SVEUČILIŠNOG ODJELA ZDRAVSTVENIH STUDIJA SVEUČILIŠTA U SPLITU

Marko Mimica

Primaljstvo pripada reguliranim profesijama čije je formalno obrazovanje regulirano EU Direktivom 2005/36/EC te Zakonom o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija. Na taj način se osigurava standarde obrazovanja, prakse i etike, čime se osigurava kvaliteta zdravstvene skrbi za trudnice i novorođenčad. U skladu s navedenom direktivom najveće promjene se očekuju u području samostalnosti primalja kroz praćenje normalnog tijeka trudnoće i izvođenje spontanijh porođaja.

Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015. – 2020. Ministarstva zdravlja RH, pitanje nedostatka specijalista vidi kao problem koji se mora rješavati ne samo povećanjem broja specijalizacija, već i kontinuiranom preraspodjelom poslova prema dodatno stečenim kompetencijama medicinskih sestara i primalja, odnosno drugih zdravstvenih profesija.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije postoji globalni nedostatak zdravstvenih djelatnika, posebno medicinskih sestara i primalja. Procjenjuje se da više od 50% trenutnog nedostatka zdravstvenih djelatnika otpada upravo na medicinske sestre i primalje.

Sukladno tome strateški je cilj poticanje razvoja odgovarajućeg sustava obrazovanja u primaljstvu, što podrazumijeva otvaranje novih prijediplomskih/diplomskih studija primaljstva i povećanje kvota na do sada otvorenim studijima primaljstva.

Cjelokupan program obrazovanja u primaljstvu kompatibilan je sa sličnim programima u zemljama članicama Europske unije i omogućuje mobilnost studenata i nastavnika. Naglasak u obrazovanju treba staviti na razvijanje vještina upravljanja, znanstveno-istraživački rad i nastavničke vještine.

Prema Zakonu o primaljstvu djelatnost primalja obuhvaća sve postupke, znanja i vještine primaljske skrbi. Voditelj tima primaljske skrbi jest primalja koja je završila najmanje prijediplomski studij, koja je upisana u registar primalja pri Hrvatskoj komori primalja i kojoj je dano odobrenje za samostalni rad.

Na temelju svega navedenog očita je nužnost pokretanja diplomskog studija u svrhu napredovanja obrazovanja prvostupnica/ka primaljstva, čime bi se osigurao kontinuitet u obrazovanju primalja kao regulirane profesije, s obzirom da su primalje jedina zdravstvena struka koja nije imala mogućnost podizanja obrazovne vertikale.

Autor: izv. prof. prim. dr. sc. Marko Mimica, dr. med., specijalist ginekologije i opstetricije, uži specijalist humane reprodukcije, Klinika za ženske bolesti i porode KBC Split, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu, e-pošta: marko.mimica1@gmail.com

FORENZIČKO PRIMALJSTVO

Jelena Jerković

Radilišta primalja mogu i jesu najčešće: rađaonice, zavodi i odjeli ginekoloških i neonatoloških klinika, jedinice intenzivne skrbi, hitni ginekološki prijemi, centri reproduktivne medicine, ginekološke ordinacije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ), obiteljska savjetovišta, odnosno sva ona u čijoj djelatnosti primalja ima profesionalnu i pravnu odgovornost. Primalja je jedan od članova zdravstvenog tima, koja zbog prirode svoga posla, može: a) prva doći u doticaj s nekim materijalnim dokazom važnim za istragu kaznenog djela, b) biti prvi kontakt ženi-žrtvi za većinu kaznenog djela takve kvalifikacije, c) biti prvi kontakt rodbini žrtve; koristiti sredstva za prikupljanje i obradu dokaza tijekom pregleda, d) rukovati laboratorijskim uzorcima itd. Prema nekim istraživačima za vrijeme forenzičke obrade žene žrtve nekog kaznenog djela, u koju su uključene primanje i medicinske sestre, ostali članovi tima ne pokazuju dostatnu empatiju za emocionalne patnje i traumatizaciju žrtve, osobito tijekom provođenja inicijalne obrade. Prema istim autorima viđeno je da je od drugih članova tima, koji su ovlašteni provoditi postupke obrade, veća vjerojatnost reviktimizacije žrtve nego od onih koje u procesu obrade provode primalje. Pristup primalja njihovom proživljavanju traume, s gledišta posebno utkanog empatijskog pristupa u temeljima primaljske skrbi, od iznimnog je značenja u procesu komunikacije i dolaženja do relevantnih anamnestičkih podataka značajnih za sam slučaj. U tom je pogledu glavna dužnost primalja koje sudjeluju u forenzičkoj obradi žene žrtve primarno zadržati empatijski pristup, koji je ključni čimbenik u postupcima uzimanja podataka o povijesti slučaja, fizikalnom pregledu, identifikaciji i prikupljanju dokaza, pohranjivanju i obilježavanju dokaza te osiguranju tzv. lanca izvornosti dokaza. U tom kontekstu, forenzički stručno osposobljene primalje su one koje povrh osnovnih znanja i vještina s visokom razinom kompetencije mogu: a) uočavati i bilježiti vidljive ozljede na ženi žrtvi (svih dobni skupina, trudnicama, babinjačama), b) primjenjivati primaljska znanja, vještine i kliničko iskustvo primaljstva u okvirima zahtjeva pravne i forenzičke znanosti te kliničke sudske medicine, c) pravovaljano izuzimati dokaze, d) sustavno analizirati činjenice i dokaze, e) sudjelovati u pregledu žene žrtve seksualnog delikata, f) sudjelovati u programima podrške žrtvama i svjedocima, g) svjedočiti na sudu u svojstvu stručne osobe i h) provoditi istraživanja vezana uz slučajeve u forenzičkom primaljstvu.

Autor: Jelena Jerković, *bacc. obs.*, Klinika za ženske bolesti i porode KBC Split; e-pošta: jjerkov@kbsplit.hr

PARENTERALNA PREHRANA NEDONOŠČADI

Anet Papazovska Cherepnalkovski

Parenteralna prehrana (PP) univerzalno se koristi u neonatalnim i pedijatrijskim jedinicama intenzivnog liječenja. Jedna od najčešćih indikacija za ranu parenteralnu prehranu je prematuritet. Većina somatskog rasta i nakupljanja dušika i minerala događa se tijekom trećeg tromjesečja trudnoće. Idealna postnatalna prehrana za nedonoščad treba omogućiti postnatalni razvoj jednak fetalnom rastu u maternici. Neadekvatna prehrana u ranoj dobi odgađa vrijeme ponovnog dobivanja porođajne težine i posljedično dovodi do izvanmaterničnog zastoja u rastu. Također se može povezati s dugoročnim štetnim neurorazvojnim učincima. 2018. godine stručna društva su izdala opsežne smjernice za propisivanje PP-e na temelju fizioloških faza izmjena tekućine i elektrolita u neposrednom postnatalnom razdoblju i nakon njega. Štoviše, promjenjive potrebe za energijom, makro- i mikro nutrijentima detaljno su opisane na temelju patofizioloških procesa u novorođenčadi. Ovaj rad će obuhvatiti ključne aspekte neonatalne PP-e. Naglasak će biti na prednostima standardiziranih pripravaka PP u odnosu na individualizirane. Bit će riječi o morbiditetu povezanom s parenteralnom prehranom i našim iskustvima u liječenju ekstremno nezrele nedonoščadi na parenteralnoj prehrani. Pozornost će biti usmjerena na njegu središnjih venskih puteva i pripreme za parenteralnu prehranu gdje je uloga primalja ključna. Primalje njihovom stručnosti pridonose u cijelom procesu da bi se osigurao siguran i učinkovit pristup.

Autor: *doc. dr. sc. Anet Papazovska Cherepnalkovsk, Klinika za ženske bolesti i porode KBC Split i Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu; e-pošta: anet.cherepnalkovski@gmail.com*

ZAKON O PRIMALJSTVU

Mia Rogošić, Radojka Vukšić

U Republici Hrvatskoj sve do 2008. godine nije postojao poseban zakon koji regulira primaljstvo kao zasebnu profesiju. Kao dio usklađivanja s pravnom stečevinom EU Hrvatski sabor 3. listopada 2008. godine proglašava Zakon o primaljstvu. Isti je izmjenama i dopunama 2010. godine usklađen s odredbama Direktive 2005/36/EZ u pogledu osposobljavanja i stručnih kompetencija primalja. Zakonom se kroz 37 članaka opisuje i regulira odnos primalje prema drugim primaljama, kao i prema Hrvatskoj komori primalja. Regulira se i odnos primalje prema ženi, trudnici, roditelji, babinjači, novorođenčetu te ocu kao partneru u roditeljskoj ulozi. Ovim su utvrđene i kompetencije primalje ovisno o razini obrazovanja, sadržaj i način djelovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti, kontrola kvalitete te stručni nadzor nad radom primalja u Hrvatskoj. Zakon o primaljstvu također definira profesiju primalja kao samostalnu u provođenju skrbi, pri čemu voditelj tima primaljske skrbi može biti prvostupnica primaljstva, odnosno osoba koja je završila najmanje preddiplomski studij, dok član tima primaljske skrbi može biti primalja-asistentica, prvostupnica primaljstva ili magistra primaljstva. Kako bi primalje mogle obnašati svoje dužnosti potrebno je da budu registrirane članice Hrvatske komore primalja. Hrvatska komora primalja je kao samostalna, strukovna, neovisna, zakonski utemeljena organizacija osnovana 2009. godine. Djeluje na području Republike Hrvatske, štiti prava i zastupa interese primalja, unapređuje primaljsku djelatnost, brine se za ugled primalja i pravilno obavljanje primaljskog zvanja. Misija Hrvatske komore primalja je zaštita prava i interesa primalja, promicanje identiteta i dostojanstva struke te razvoj primaljstva kroz unaprjeđenje obrazovanja i zakonodavstva. Komora svojim članovima omogućava trajno stručno usavršavanje te daje, obnavlja i oduzima odobrenja za samostalan rad. Prema podacima iz Registra članova Komore u Republici Hrvatskoj se na dan 4. travnja 2024. godine nalaze 2404 člana. Od ukupnog broja najviše članova se nalazi u Gradu Zagrebu, njih 713, što je gotovo jedna trećina ukupnog broja primalja, dok ih je najmanje u Ličko-Senjskoj županiji, preciznije njih 25. Iako je primaljstvo u EU priznata i samostalna profesija i smatra se jednom od pet najznačajnijih profesija, u RH je i dalje zanemareno. Dio problematike leži u tome što Zakon o primaljstvu kao temeljno obrazovanje za primalje navodi završetak preddiplomskog studija sukladno ranije spomenutoj Direktivi 2005/36 EZ. Stoga je jasno kako je važan strateški cilj Hrvatske komore primalja upravo poticanje razvoja odgovarajućeg sustava obrazovanja u primaljstvu. Iznimno je zabrinjavajući podatak kako je više od trećine aktivnog članstva, preciznije 870 članica upisanih u Registar Hrvatske komore primalja starosne dobi od 54 do 64 godine života. Iz navedenog je očigledno da će najkasnije za deset godina spomenute članice imati uvjete za odlazak u mirovinu. Imajući u vidu trenutnu situaciju u kojoj broj prvostupnica primaljstva u RH koje na godišnjoj razini stječu odobrenje za samostalan rad i broj spomenutih članica kojima se bliži odlazak u mirovinu nije niti približno usporediv, očito je kako se izjednačavanje tih brojki doima nedostižnim. Osim uspostave i razvoja odgovarajućeg obrazovanja za primalje u svim makroregijama kao vodeći cilj razvoja struke, Hrvatska komora primalja drugim strateškim ciljem smatra podizanje dostojanstva i razvoja struke. Treći je strateški cilj Komore za razdoblje do 2025. godine unaprjeđenje primaljstva kroz promjene u zakonodavnom i institucionalnom okruženju, čime bi se omogućila adekvatna zdravstvena reforma kojom je primalja cijenjena i ravnopravna s drugim zdravstvenim djelatnicima, a kojom je dostojanstvo primaljske struke zaštićeno i promovano.

Zakon o primaljstvu je dostupan na (pristup 2. studenog 2024.):

<https://www.zakon.hr/z/397/Zakon-o-primaljstvu>

https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2008_10_120_3436.html

Zakon o izmjenama i dopunama zakona o primaljstvu je dostupan na (pristup 2. studenog 2024.):

https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2010_12_145_3675.html

Autori: Mia Rogošić, mag. obs., Klinika za ženske bolesti i porode KBC Split; e - pošta: miarogosic95@gmail.com, Radojka Vukšić, univ. bacc. obs., Klinika za ženske bolesti i porode KBC Split; e-pošta: rvuksic@kbsplit.hr

OASIS

Damir Roje

Latinski naziv razdora međice u porođaju (lat. *Ruptura perinei*) u suvremenoj je literaturi zamijenio akronim OASIS (engl. *Obstetrical Anal Sphincter Injuries*), koji se dijeli u četiri stupnja: 1.) zahvaćenost samo koža, 2.) uključuje mišiće, ali ne i analni sfinkter, 3.) ozljeda mišića koja zahvaća analni sfinkter, 4.) ozljeda proširena na sluznicu anusa. Izdvojeno se prepoznaje izolirani razdor sluznice rodnice i rektuma uz očuvan integritet kože i analnog sfinktera, što se prema engleskom jeziku naziva *button hole injuri*, a u slobodnom hrvatskom prijevodu znači „ozljeda nalik otvoru za dugme“. Suvremene preporuke o zbrinjavanju OASIS-a uključuju: a) izbjegavati Kristellerov hvat, b) usporevanje defleksije glave u izgonu bez poticanja roditelje na tiskanje (smanjuje rizik ozljede za 50-70%), c) perinealni *support* (čuvanje međice od prerastezanja kod defleksije glave u porođaju), d) topli oblog na perineumu između trudove (umanjuje rizik ozljede 50%), e) restriktivan odnos prema epiziotomiji (ako se koristi, onda prednost ima mediolateralni urez), f)) sve žene i neovisno o epiziotomiji moraju nakon porođaja biti klinički pregledane rektalno. Zanimljivo je i da se šivanje većih razdora u cilju da to obavi iskusniji liječnik može odgoditi za 8 do 12 sati. Jednokratna primjena antibiotika i laksativi nakon zbrinjavanja opravdani su postupci. Kao rizični čimbenici za OASIS navode se: brzi porođaj (lat. *Partus praecipitatus*), produženo drugo porođajno doba, dorzoposteriorni stavovi, operativno dovršenje vaginalnog porođaja i distocija ramena. Mediolateralna epiziotomija umanjuje vjerojatnost OASIS-a (omjer vjerojatnosti 0,21), što je posebno izraženo uz porođaj vakuumom (omjer vjerojatnosti 0,11). Vjerojatnost ponavljanja OASIS-a je u 5,1% porođaja i ne predstavlja indikaciju za elektivni carski rez u narednom porođaju.

Autor: prof. prim. dr. sc. Damir Roje, dr. med., specijalist ginekologije i opstetricije, uži specijalist fetalne medicine i porodništva, Klinika za ženske bolesti i porode KBC Split, Medicinski fakultet i Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu; e-pošta: rojedamir@gmail.com

OGLED O IZVORIMA I RAZVOJU SAMOSVIJESTI HRVATSKIH PRIMALJA

Petar Lozo

Cilj: primarni cilj rada je istražiti uzroke zastoja razvoja profesionalne samosvijesti hrvatskih primalja, a sekundarni ispitati moguću povezanost s razvojnom krizom u hrvatskom zdravstvenom sustavu i društvu.

Metode: Multicentrično retrospektivno pretraživanje radova o povijesti primaljstva u nas i u svijetu, usporedba uloge, značaja i položaja hrvatskih primalja s ulogom, značajem i položajem primalja u modernim, održivim i otpornim zdravstvenim sustavima. Analiza moguće povezanosti s rezultatima znanstvenih istraživanja uzroka razvojne krize u Hrvatskoj, posebice zdravstvenog sustava.

Rezultati: Oduzimanje dotadašnje samostalnosti u radu primalja istraživači nazivaju vješto prikrivenim komunističkim udarom na obitelj. U pretpristupnim pregovorima obvezali smo se prihvatiti sve „vrijednosne i pravne stečevine“ Europske unije (EU). Ni nakon 11 godina to nismo učinili u cijelosti. Istraživači navode kao ogledni model hrvatski zdravstveni sustav koji nije organiziran u skladu sa suvremenim znanstvenim spoznajama. Dokazali su nerazvijenu profesionalnu stručnu i strukovnu samosvijest zdravstvenih djelatnika. Jedina smo članica EU u kojoj zdravstveni djelatnici rade bez izgrađenih temeljnih stručnih i strukovnih alata. Primalje su i dalje podcijenjene i zanemarene. Njihova stručna znanja, vještine i potencijali se ne koriste na pravi način.

Rasprava: Povijest primaljstva u našim krajevima je dobro istražena. Jasno je zašto su talijanski okupatori Dalmacije zatvorili Primaljsku školu u Zadru 1918. godine. Još se namjerno prešućuje ili zamagljuje komunističko oduzimanje primaljama samostalnog vođenja porođaja, kao i svijetli primjeri doprinosa hrvatskih primalja tijekom Domovinskog rata. Naše društvo i država se danas suočavaju sa zastrašujuće niskom stopom fertiliteta, masovnim iseljavanjem iz države, među vodećima smo po obolijevanju i mortalitetu od kardiovaskularnih bolesti i malignoma, te posljedično sa značajno nižom prosječnom životnom dobi u odnosu na prosjek EU. Zaustavljen je razvoj profesionalne stručne i strukovne samosvijesti zdravstvenih djelatnika. Usvajanjem Zakona o primaljstvu (2008.), koji pretpostavlja visokoškolsko obrazovanje i kvalitetnu edukaciju, desetljećima zanemarivan razvoj profesionalne samosvijesti primalja se mora ubrzati kako bi se poboljšala učinkovitost i kvaliteta primaljskih usluga i ugleda u društvu! Prijetnje su otvoreni i prikriveni višeslojni globalistički udari na obitelj uz posebice neslućeno brz razvoj i uporabu umjetne inteligencije u zdravstvu.

Zaključak: Hrvatskoj je nužan i neizbježan razvoj profesionalne stručne i strukovne samosvijesti svih zdravstvenih djelatnika. To će pridonijeti izvlačenju zdravstva iz krize i omogućiti izgradnju modernog, otpornog i održivog zdravstvenog sustava.

Autor: *prim. dr. sc. Petar Lozo, dr. med., Poliklinika Lozo; Zadar; e-pošta: petarlozo@gmail.com*

KNJIGA SAŽETAKA

Slobodna priopćenja

NASLOV: KOMBINIRANI TEST PROBIRA U KBC SPLIT

Jelena Rašić

Kombinirani test u ovom trenutku predstavlja zlatni standard probira na kromosomopatije ploda. Provodi se od jedanaestog do četrnaestog tjedna trudnoće. Konačni izračun individualnog rizika trudnice za trisomije trinaestog (Sy. Patau), 18. (Sy. Edwards) i 21. kromosoma (Sy. Down) dobiva se uz pomoć računala koristeći životnu dob trudnice, ultrazvukom izmjerenu vrijednost nuhalne prozirnosti te koncentracije plazma proteina A povezanog s trudnoćom (PAPP-A) i slobodne frakcije beta podjedinice humanog korionskog gonadotropina (β HCG). Dobiveni rizik veći od 1:250 smatra se opravdanim za provedbu postupaka invazivne prenatalne dijagnostike, od kojih je najčešća rana amniocenteza (RACZ). U presječnom retrospektivnom istraživanju su prikazani rezultati kombiniranog testa u Klinici za ženske bolesti i porode KBC Split u dvanaestogodišnjem periodu od uvođenja u rutinski rad 2011. do konca 2022. godine. Od ukupno zabilježenih 57138 poroda tijekom trudnoće je napravljeno 12290 (21,5%) testova. Udio trudnica s kombiniranim testom se povećavao do 2014. godine kada je iznosio 32,9%, nakon čega pada s udjelom od 16,1% 2022. godine. Slična je dinamika zabilježena i kod udjela trudnica starijih od 35 godina u odnosu na sve provedene kombinirane testove u pojedinoj godini. Usporedbom broja indiciranih RACZ rezultatima kombiniranog testa (N=201) i onog koji bi bio isključivim kriterijem životne dobi (trudnice starije od 36 godina u trenutku zanošenja) (N=2210), može se zaključiti da je kombiniranim testom deset puta manje trudnoća okarakterizirano s visokim rizikom čime je smanjen broj invazivnih zahvata za 90,9%. Značajno smanjenje kombiniranog testa u zadnjih osam godina istraživanog perioda (2014. – 2022.) za 55,1% (1430:642) prati još značajnije smanjenje broja RACZ za 80,4% (102:20) ($\chi^2 = 11,64$; $p = 0,0006$). Vjerojatni je razlog uvođenje testova utemeljenih na analizi fetalne frakcije slobodne DNA iz krvi trudnice (NIPT) što predstavlja daljnji iskorak u prenatalnoj dijagnostici kromosomopatija ploda.

Napomena: Prezentirani rad je proizašao iz završnog rada autorice kojeg je izradila i obranila 2024. godine na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu pod mentorstvom prof. prim. dr. sc. Damir Roje.

Autor: Jelena Rašić, *bacc. obs., Klinika za ženske bolesti i porode KBC Split; e-pošta: rasicjelena4@gmail.com*

RANA AMNIOCENTEZA U KBC SPLIT

Jelena Vukorepa

SAŽETAK: Rana amniocenteza (RACZ) je invazivni zahvat prenatalne dijagnostike kojim se amnionska tekućina aspirira transabdominalnom punkcijom. Primarno se provodi u svrhu kariotipizacije ploda.

Rad predstavlja retrospektivnu analizu podataka vezanih uz postupak i rezultate RACZ u cilju kariotipizacije ploda u Klinici za ženske bolesti i porode KBC Split (Klinika) od uvođenja metode 2005. do konca 2022. godine. Od 79.192 poroda RACZ je napravljena u 1.931 trudnice (2,44%). Najveći broj zahvata (N= 208) napravljen je 2009. godine, a potom se broj godine smanjivao do 12 postupaka 2020. godine. Udio RACZ u odnosu na broj porođaja od 2005. do 2009. godine iznosi 3,78% (835/22054), od 2010. do 2015. je 3,31% (908/27405), a od 2016. do 2022. 0,63% (188/29733). Najveći broj RACZ napravljen je u 17. tjednu trudnoće, (N=941; 48,84%). Tek je nakon 2016. prosječna dob izvođenja RACZ bila ranije, u 16. tjednu. Najčešća indikacija je životna dob trudnice (N=1394; 72,10%). Od 2014. godine broj zahvata s ovom indikacijom značajno opada do najmanjeg broja od samo dvije RACZ 2022. godine. Jedan je liječnik sam napravio više od četvrtine (535; 27,71%) svih zahvata, a pet liječnika zajedno više od tri četvrtine (1513; 78,35%). Preostalih 12 liječnika ukupno je izvršilo nešto više od petine postupaka (N=418; 21,65%). Patološki nalaz kariograma ploda dobiven je nakon 68 RACZ (3,52%). U zadnjoj godini (2022.) broj patoloških nalaza kariograma iznosi 35%, što je 10 puta više od prosječne vrijednosti (3,52%). Najveći udio patoloških kariograma (70%) je zabilježen nakon neinvazivnog prenatalnog testiranja (NIPT) kao probirnog testa. Pretpostavlja se da je upravo uvođenje NIPT metode probira dovelo do smanjenja broja RACZ u ispitivanoj populaciji trudnica u Splitu. Rezultat je manje RACZ uz veći udio patoloških nalaza.

Napomena: Prezentirani rad je proizašao iz završnog rada autorice kojeg je izradila i obranila 2023. godine na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu pod mentorstvom prof. prim. dr. sc. Damir Roje.

Autor: *Jelena Vukorepa, bacc. obs., Klinika za ženske bolesti i porode KBC Split; e-pošta: jvukorepa@kbsplit.hr*

ISHOD TRUDNOĆA S POVIŠENIM RIZIKOM ZA DOWN SINDROM PLODA PREMA BIOKEMIJSKOM TROSTRUKOM TESTU PROBIRA I UREDNIM KARIOGRAMOM

Sonja Petričević

Cilj: Ispitati perinatalni ishod u trudnica s povišenim rizikom za trisomiju 21. kromosoma (Syndrom Down), 18. kromosoma (Syndrom Edwards), i 13. kromosoma (Syndrom Patau) prema trostrukom biokemijskom testu probira u kojih je nakon rane amniocenteze dobiven uredan kariogram ploda.

Ispitanice i metode: Provedeno je retrospektivno istraživanje u Klinici za ženske bolesti i porode KBC Split (Klinika) i Centralnom laboratoriju KBC Split u periodu od 4. veljače 2005. do 6. travnja 2011. Ispitanice su bile sve trudnice kod kojih je trostruki biokemijski test probira na kromosomopatije ploda pokazao visoki rizik ($< 1:250$) i s urednim kariogramom prema citogenetskom nalazu nakon rane amniocenteze. Kontrolnu skupinu su objedinile po dvije slijedeće trudnice prema Protokolu trostrukog biokemijskog testa probira za kromosomopatije ploda evidentirane nakon svake pojedine ispitanice, a koje su kao rezultat imale nizak rizik ($>1:250$).

Rezultati: U Klinici je od 4. veljače 2005 do 06. travnja 2011. godine napravljeno 2933 trostrukih testova. Od toga je 2666 (90,9%) pokazalo niski rizik i kod svih je kasnije uslijedio porođaj zdravog ploda. Kod 3 (0,1%) trudnice test je pokazao visoki rizik i RACZ-om je dokazan patološki nalaz. Visokorizičan trostruki test naknadno urednog kariograma (ispitivana skupina) je imalo 264 (9%) trudnica.

Između ispitivane i kontrolne skupine su dokazane statistički značajne razlike u životnoj dobi ($t=8,85$; $p=0,00$), paritetu ($\chi^2=5,78$; $p=0,016$) i spolu ploda ($\chi^2=4,87$; $p=0,027$), dok u porođajnoj dobi trudnoće ($t=0,15$; $p=0,87$) nije dokazana statistički značajna razlika. Hospitalizirano je 55% novorođenčadi ispitivane i 40,54% iz kontrolne skupine ($\chi^2 = 4,40$; $p=0,036$). Prosječno trajanje hospitalizacije bilo je duže u ispitivanoj skupini ($z=2,75$; $p=0,006$). Usporedbom vrijednosti svih hormona trostrukog testa pronađena je statistička značajnost prikazano u izmjerenim vrijednostima [AFP ($z=5,31$; $p=0,000$), β hCG ($z=7,97$; $p=0,000$), E₃ ($z=7,37$; $p=0,000$)], kao i u relativnoj mjeri prema populacijskom standardu (MoM; engl *Multiple of the Median*) [AFP MoM ($z=9,88$; $p=0,000$), β hCG MoM ($z=4,54$; $p=0,000$) i E₃ MoM ($z=7,37$; $p=0,000$)]. Dobni rizik za trisomiju 21. kromosoma značajno se razlikovao ($\chi^2=62,8$; $p=0,000$) između skupina. Prosječni rizik za trisomiju 21. kromosoma u ispitivanoj skupini prema testu je bio 3,5 puta manji nego prema dobi ($t=9,88$; $p=0,000$). Prema rezultatima ovog istraživanja postoji statistički značajna linearna povezanost ($y= 104,5671+0,093^*x$) dobnog rizika za trisomiju 21. kromosoma i rizika izračunatog prema testu uz Pearsonov koeficijent korelacije $r=0,36051$ ($p= 0,003$). Nije dokazana povezanost visokorizičnog nalaza trostrukog biokemijskog testa drugog tromjesečja u trudnica s urednim kariogramom ploda s kasnijom pojavom poremećaja trudnoće. Učestalost carskog reza u ispitivanoj skupini je bila gotovo dvostruko veća, ali granične statističke značajnosti.

Napomena: Prezentirani rad je proizašao iz diplomskog rada autorice kojeg je izradila i obranila 2014. godine na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu pod mentorstvom prof. prim. dr. sc. Damir Roje.

Autor: Sonja Petričević, mag. med, techn., Klinika za ženske bolesti i porode KBC Split;
e-pošta: sonja.pejkovic1@gmail.com

DOPRINOS PRIMALJE U LIJEČENJU VANMATERIČNE TRUDNOĆE METOTREKSATOM U KBC SPLIT

Martina Mudnić Pulje, Martina Šunj

Uvod: Izvanmaterična trudnoća je po život ugrožavajuće stanje i s incidencijom od 0,25-1,4% danas predstavlja po učestalosti treći uzrok smrtnosti majke povezane sa trudnoćom. Osim u slučaju ponovljene ektopične trudnoće liječenje ovisi o životnoj dobi i reproduktivskoj anamnezi pacijentice, a moguće ga je provesti ekspektativno, medikamentozno i kirurški.

Cilj: Prikazati doprinosa primalje kod pacijentica s ektopičnom trudnoćom liječenih metotreksatom u Klinici za ženske bolesti i porode KBC Split (Klinika).

Ispitanice i metode: Provedeno je retrospektivno istraživanje u Klinici u periodu 2013. - 2017. godine, kojim je obuhvaćeno 100 ispitanica.

Rezultati: zabilježena je prosječna životna dob od 31 godine. Liječenje metotreksatom primijenjeno je u 44% slučajeva. Kod tih je pacijentica prosječna prijemna vrijednost β HCG-a iznosila 2431 IU/L.

Rasprava: Najčešće primjenjivana metoda liječenja ektopične trudnoće je medikamentozno uz lijek metotreksat. Iako su opisane brojne komplikacije, primjena na ispravan način i uz dosljednu provedbu pravila 5P može značajno smanjiti vjerojatnost njihovog javljanja. Pri tome je ključna odgovornost primalje. Nakon adekvatne primjene lijeka važno je pravovremeno uočiti očekivane nuspojave i na njih primjereno reagirati. Tim više jer je većina nuspojava lijeka reverzibilna ukoliko se uoče u ranoj fazi. Uz navedeno potrebno je obratiti pozornost i na simptome koji ukazuju na moguće kliničke komplikacije dijagnosticirane ektopične trudnoće kao što su: bol i vaginalno krvarenje. Da bi osigurali kvalitetnu suradnju pacijentice potrebno je provesti edukaciju u kojoj moramo objasniti način primjene lijeka, znakove i simptome mogućih komplikacija, te mogućnost pojave ostalih simptoma ili znakova.

Zaključak: Doprinos primalje u liječenju ektopične trudnoće metotreksatom važan je za sigurnost pacijentice i konačni uspjeh ovakvog načina liječenja. Kontinuirani nadzor pacijentice, uočavanje nuspojave lijeka, pravilna primjena lijeka uvažavajući važnost poštivanja pravila 5P te edukacija su izuzetno važni za konačni uspjeh liječenja.

Napomena: Prezentirani rad je proizašao iz završnog rada autorice kojeg je izradila i obranila 2018. godine na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu pod mentorstvom izv. prof. dr. sc. Martine Šunj.

Autori: Martina Mudnić Pulje, bacc. obs., Klinika za ženske bolesti i porode KBC Split;

e-pošta: mmudpulj@kbsplit.hr

Izv. prof. dr. sc. Martina Šunj, Klinika za ženske bolesti i porode KBC Split i Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu; e-pošta: martinasunj@gmail.com

ABDOMINALNA TRUDNOĆA

Ivana Mustapić-Jogun

Abdominalna trudnoća izuzetno je rijedak oblik ektopične trudnoće kod koje se oplođena jajna stanica implantira i razvija unutar trbušne šupljine. Zbog nespecifičnih simptoma dijagnoza se često postavi relativno kasno, što je posebno važno obzirom da može ozlijediti vitalne organe, značajno ugroziti zdravlje trudnice i dovesti do smrti.

Cilj rada je prikazati jedini slučaj abdominalne trudnoće u posljednjih 30 godina zabilježen u Klinici za ženske bolesti i porode KBC Split (Klinika).

Na hitni prijem Klinike javila se 38-godišnja primigravida sa sumnjom na abdominalnu trudnoću koja je postavljena u privatnoj poliklinici. Do dolaska u Kliniku osim sekundarne amenoreje nije imala niti jedan simptom koji bi upućivao na patološku trudnoću bilo koje vrste. Medicinska dokumentacija koju je donijela sa sobom sastojala se od temeljito napisanog ginekološkog nalaza i ultrazvučnih slika. Po prijemu trudnica je klinički pregledana. Anamnezom nisu nađeni u literaturi opisani rizični čimbenici nastanka abdominalne trudnoće (prethodna upalna ili mehanička oštećenja jajovoda, upalne bolesti zdjelice, endometrioza). Ponovljeni ultrazvučni pregled u potpunosti je potvrdio inicijalnu sumnju i opisao intaktnu trudnoću izvan maternice sa živim plodom koji je odgovarao za 16 tjedana trudnoće i posteljicom uz vanjsku stranu maternice i zdjelčni zid. Laboratorijski nalazi su bili u okviru referentnih vrijednosti uz povišeni β -hCG koji je iznosio 16924 IU/L. Magnetskom rezonancom je završena dijagnostička obrada, a nalaz je odgovarao ultrazvučnom. Oformljen je multidisciplinarni tim na čelu sa subspecijalistom ginekološke onkologije, a u čijem su sastavu bili ginekolog subspecijalist fetalne medicine i porodništva, abdominalni kirurg, urolog i anesteziolog. Dogovoreno je da se liječenje trudnice provede operativno, laparotomijskim pristupom. Tijekom zahvata posteljica je u cijelosti odstranjena te zajedno s plodom poslana na patohistološku analizu. Poslijeoperacijski tijek je bio uredan i pacijentica je napustila Kliniku u dobrom općem stanju. U prezentaciji je prikazan slikovni materijal ultrazvučnih i slika magnetske rezonance, kao i fotografija te video zapis operacijskog zahvata.

Napomena: Prezentirani rad je proizašao iz završnog rada autorice kojeg je izradila i obranila 2024. godine na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu pod mentorstvom prof. dr. sc. Damira Roje.

Autor: *Ivana Mustapić-Jogun, bacc. obs., Klinika za ženske bolesti i porode KBC Split;*
e- pošta: imusjog@kbsplit.hr

GESTACIJSKI DIJABETES I PRIMALJSKA SKRB U ZBRINJAVANJU TRUDNICE S GESTACIJSKIM DIJABETESOM

Leona Marčinko

Gestacijski dijabetes (GDM) se definira kao intolerancija glukoze različitog stupnja s pojavom ili prvim prepoznavanjem tijekom trudnoće. Na temelju populacijskih ispitivanja učestalost pojave gestacijskog dijabetesa je 2 do 6% trudnica te izrazito oscilira po etničkim skupinama. Najznačajniji rizični čimbenik je životna dob. Šećerna bolest nastaje zbog apsolutnog ili relativnog manjka ili djelovanja inzulina rezultat čega je hiperglikemija. Dijabetes u trudnoći može uzrokovati mnogobrojne štetne posljedice za majku i dijete. Trudnice sa pregestacijskim dijabetesom imaju iznimno visoki rizik za razvoj gestacijskog dijabetesa. Kao takve bi trebale proći rani (u prvom tromjesečju) probir. Sve one imaju povišen rizik od spontanijh pobačaja, razvoja preeklampsije, rađanja djece s kongenitalnim malformacijama i makrosomne djece. Dijabetes u trudnoći može povećati rizik od pretilosti, hipertenzije i dijabetesa tipa 2 kod djece kasnije u životu. Fetalna makrosomija određuje se kao povećanje tjelesne mase iznad 4000 g u terminu, odnosno kada je dijete veće od 90. centile za svoju dob. Od majčinskih komplikacija najčešće se pojavljuju infekcije, preeklampsija, dijabetična nefropatija i retinopatija. Fetalne komplikacije uključuju anomalije razvitka, hipoksiju, hipoglikemiju, respiracijski distres i mnoge druge. OGTT (engl. *Oral Glucosae Toleracne test*; test dvosatnog opterećenja 75 g glukozom) koristimo kao uvjet za postavljanje dijagnoze GDM – a. Primalja kao segment edukacije i liječenja gestacijskog dijabetesa obvezna je informirati trudnicu o raznim komplikacijama i rizicima koje šećerna bolest nosi. Edukacija je temelj reguliranja pacijentica pod dijagnozom gestacijskog dijabetesa, zbog čega je važno uspostaviti suosjećajni odnos i biti raspoloživ za potencijalna pitanja i podršku.

Autor: *Jelena Marčinko, primalja asistentica, Opća Bolnica Sisak, e-pošta: leonamarcinko46@gmail.com*

HRVATSKA UDRUGA ZA PROMICANJE PRIMALJSTVA (HUPP) KROZ POVIJEST

Erika Spirić

Organiziranje primalja u udruhu kako bi se zajednički izborile za bolje radne i životne uvjete seže još u vrijeme prije drugog svjetskog rata. 1952. godine, pet godina nakon povezivanja europskih primalja osniva se Udruženje primalja NR Hrvatske. Udruženje je uspješno rješavalo mnoge probleme, koji su bili od životne važnosti za primalje, ali i za skrb koju su pružale ženama.

Od samog početka te kroz sve godine djelovanja Udruge izlazi Primaljski vjesnik, koji donosi stručne članke, novosti u medicini, ali i druge obavijesti važne za primalje.

Još jedna manifestacija, koju je pokrenulo Udruženje primalja RH i nastavilo s njom do današnjih dana, a za edukaciju primalja od iznimne važnosti, je Simpozij koji se organizira redovito svake godine, osim za vrijeme trajanja domovinskog rata, kada je i Udruga kratko prekinula s radom.

Kroz sve godine djelovanja Udruga se angažirala na poticanju školovanja primalja i otvaranja studija primaljstva, osiguravanju radnih mjesta za primalje, povezivanju sa srodnim udrugama, učlanjenju u ICM (engl. *International Confederation of Midwives*) i Europsku udruhu primalja, i u konačnici sudjeluje u kreiranju Zakona o primaljstvu i osnivanju Hrvatske komore primalja.

Primalje su u jednom dijelu svog postojanja izgubile identitet. Počeli su ih nazivati sestrama, same su se nazivale sestrama i trebalo je mnogo godina napora i aktivnosti Udruge primalja da bi se ženama približila primalja te da bi žene ponovo prihvatile, prepoznale i počele cijeniti primalju i primaljsku skrb koju im ona može pružiti.

Sve ono što je Društvo primalja nekad uspjelo postići, kada nisu imale ni osnovna sredstva za rad, mi danas možemo mnogo više i bolje. Ako ćemo biti složne i ako ćemo vjerovati u sebe, svoje znanje i svoje sposobnosti. Za početak će biti dovoljno da se počnemo nazivati primaljama.

Autor: *Erika Spirić, bacc. obs. Hrvatska komora primalja; e-pošta: erika.spirico1@gmail.com*

UTJECAJ RADNE OKOLINE I NAČINA RADA NA ŽIVOT I ZDRAVLJE PRIMALJA

Antonija Prlenda

Primalje čine najbrojniju skupinu zdravstvenih djelatnika koja se bavi zdravstvenom zaštitom te su zbog prirode svog posla izložene velikom broju potencijalno opasnih situacija i štetnih tvari. Bavljenje primaljstvom zahtjeva fizičke predispozicije kao što su dobar vid, sluh i spretnost ali i mentalne kao što je dobra moć prosuđivanja, dobre komunikacijske i menadžerske vještine. Smanjenje štetnih utjecaja pridonosimo održanju istih kroz što duži vremenski period, odnosno kroz čitav radni vijek. Isto tako pad kvalitete bilo kojeg čimbenika može imati utjecaj na pad u kvaliteti obavljanja profesionalnih aktivnosti kao i pad u kvaliteti življenja same primalje.

Dugo radno vrijeme, zahtjevne i izazovne smjene mogu negativno utjecati na fizičko, emocionalno i mentalno zdravlje primalje što posljedično utječe na vlastito blagostanje primalje ali je isto tako sprječava da pacijentima pruža najbolju moguću skrb. Nemogućnost ili pak neuspješno prilagođavanje uvjetima radne okoline može stvoriti predispoziciju za nastanak bolesti i/ili ozljeda. Primalje kao i svi ostali zdravstveni radnici mogu biti u opasnosti od nastanka profesionalnih bolesti kao što su zarazne bolesti, npr. HIV, hepatitis B ili C i tuberkuloza, alergije uključujući dermatitis, bolesti vezanih uz rad, prvenstveno bolesti mišićno-koštanog sustava, posebno vrata, leđa i ramena, ozljeda (npr. kože ili oka) te različitih psiholoških problema. Bolesti mišićno-koštanog sustava i kardiovaskularne bolesti najviše doprinose gubitku ili umanjenju radne sposobnosti i k tome prijevremenom umirovljenju. Profesionalne bolesti su bolesti koje se javljaju kao posljedica obavljanja neke djelatnosti. Najčešće nastaju uslijed dugotrajne izloženosti pojedinim, za profesiju specifičnim tvarima, mikroorganizmima i okolnostima, te uslijed kontinuirano nepovoljnog i za zdravlje štetnog položaja tijela pri obavljanju svakodnevnih radnih zadataka. Profesionalnim bolestima, njihovom liječenju i nadasve sprečavanju se u suvremenoj medicini pridaje sve više pažnje. Usto, rad na „primaljskim radilištima“ nerijetko može biti povezan s povišenom razinom buke, izloženosti uređajima koji proizvode zračenja, psihičkom stresu izazvanim prirodom posla i prenatrpanim rasporedom.

Rizični faktori koji postoje u primaljskoj struci sami po sebi nisu uvijek jedini i isključivi uzročnik profesionalnog oboljenja. Za njegovu pojavu su važnija učestalost i intenzitet pojavljivanja rizičnih okolnosti.

Autor: Antonija Prlenda, univ. bacc. med. techn., Klinikq za ženske bolesti i porode KBC Split;
e-pošta: aprlenda@kbsplit.hr

IZUMIREMO LI KAO PROFESIJA?

Biserka Matok Glavaš

Primalja je osoba koja je uspješno završila program edukacije za primalje koji je uredno priznat u državi u kojoj se nalazi, a koji se temelji na ICM-ovim (engl. *International Confederation of Midwives*) Esencijalnim kompetencijama osnovne primaljske prakse i okvirima ICM-ovih Globalnih standarda obrazovanja za primalje; osoba koja je stekla potrebne kvalifikacije kako bi bila registrirana i/ili zakonski licencirana za obavljanje primaljske skrbi i korištenje titule „primalja“; koja dokazuje kompetencije u praksi primaljstva.

Hrvatska komora primalja osnovana je 27. ožujka 2009. godine kao samostalna, neovisna, strukovna, zakonski utemeljena organizacija primalja koja djeluje na području Republike Hrvatske, štiti prava i zastupa interese primalja, unapređuje primaljsku djelatnost, brine se za ugled primalja i pravilno obavljanje primaljskog zvanja.

Vizija Hrvatske komore primalja neovisno je primaljstvo u Republici Hrvatskoj.

Misija Hrvatske komore primalja je da štiti prava i interese primalja, promiče identitet i dostojanstvo struke te razvija primaljstvo kroz unaprjeđenje obrazovanja i zakonodavstva.

Važan strateški cilj komore koji je naveden u revidiranom strateškom planu Hrvatske komore primalja iz 2019. godine je poticanje razvoja odgovarajućeg sustava obrazovanja u primaljstvu.

Hrvatska komora primalja vodi Registar članova. Najstariji registar koji je dostupan je iz svibnja 2016. kad je bilo upisano ukupno 2549 primalja. U kolovozu 2023. godine registar broji 2422 člana, od čega je 2357 aktivnih članica te pokazuje tendenciju pada. Ono što posebno zabrinjava je činjenica da je nešto manje od dvije trećine članstva (870 primalja) starosne dobi između 54 i 64 godine života. Iz navedenog je sasvim jasno da će najkasnije za deset godina iste otići u mirovinu. Trenutna upisna kvota na dva studija primaljstva, u Rijeci i Splitu je oko 30 studenata. Jasno je da takvim tempom za deset godina možemo imati maksimalno tristotinjak primalja, odnosno svega trećinu od onih koje će u istom razdoblju zadovoljavati uvjete za mirovinu. Izumiremo li kao profesija?

Autor: *Biserka Matok Glavaš, mag. obs., Klinika za ženske bolesti i porode KB Merkur, Hrvatska komora primalja; e-pošta: biba.matok@gmail.com*

POPIS PREDAVAČA:

Pozvana predavanja (abecednim redom):

Jelena Jerković, bacc. obs., Klinika za ženske bolesti i porode KBC Split; e-pošta: jjerkov@kbsplit.hr

prim. dr. sc. **Petar Lozo**, dr. med., Poliklinika Lozo; Zadar; e-pošta: petarlozo@gmail.com

izv. prof. prim. dr. sc. **Marko Mimica**, dr. med., specijalist ginekologije i opstetricije, uži specijalist humane reprodukcije, Klinika za ženske bolesti i porode KBC Split, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu, e-pošta: marko.mimica1@gmail.com

doc. dr. sc. **Anet Papazovska Cherepnalkovski**, Klinika za ženske bolesti i porode KBC Split i Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu; e-pošta: anet.cherepnalkovski@gmail.com

prof. prim. dr. sc. **Damir Roje**, dr. med., specijalist ginekologije i opstetricije, uži specijalist fetalne medicine i porodništva, Klinika za ženske bolesti i porode KBC Split, Medicinski fakultet i Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu; e-pošta: rojedamir@gmail.com

Radojka Vukšić, univ. bacc. obs., Klinika za ženske bolesti i porode KBC Split; e-pošta: rvuksic@kbsplit.hr

Slobodna priopćenja (abecednim redom):

Leona Marčinko, primalja asistentica, Opća Bolnica Sisak, e-pošta: leonamarcinko46@gmail.com

Biserka Matok Glavaš, mag. obs., Klinika za ženske bolesti i porode KB Merkur, Hrvatska komora primalja, e-pošta: biba.matok@gmail.com

Martina Mudnić Pulje, bacc. obs., Klinika za ženske bolesti i porode KBC Split; e-pošta: mmudpulj@kbsplit.hr

Ivana Mustapić-Jogun, bacc. obs., Klinika za ženske bolesti i porode KBC Split; e-pošta: imusjog@kbsplit.hr

Sonja Petričević, mag. med. techn., Klinika za ženske bolesti i porode KBC Split; e-pošta: sonjapejković1@gmail.com

Antonija Prlenda, univ. bacc. med. techn., Klinika za ženske bolesti i porode KBC Split; e-pošta: aprlenda@gmail.com

Jelena Rašić, bacc. obs., Klinika za ženske bolesti i porode KBC Split; e-pošta: rasicjelena4@gmail.com

Erika Spirić, bacc. obs., Hrvatska komora primalja; e-pošta: erika.spirico1@gmail.com

Jelena Vukorepa, bacc. obs., Klinika za ženske bolesti i porode KBC Split; e-pošta: jvukorepa@kbsplit.hr

