3. ZNANSTVENO-STRUČNI SIMPOZIJ PRIMALJA

s međunarodnim sudjelovanjem

„Elija Sótera“



KNJIGA SAŽETAKA

6. i 7. studenog 2026.

KBC Split

HRVATSKA KOMORA PRIMALJA
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES
Podružnica Split

Fakultet zdravstvenih znanosti
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Predgovor

Poštovane kolegice i kolege, dragi sudionici,

s osobitim zadovoljstvom predstavljamo knjigu sažetaka trećeg međunarodnog simpozija primalja „Elija Sotera", u organizaciji Kliničkog bolničkog centra Split i Fakulteta zdravstvenih znanosti Sveučilišta u Splitu, pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske, Splitsko-dalmatinske županije, Grada Splita i Hrvatske akademije medicinskih znanosti – Podružnice Split.

Ovaj međunarodni susret okuplja stručnjake povezane zajedničkom odgovornošću za zdravlje i dobrobit žene, novorođenčeta i obitelji. Sudjelovanje predavača i kolega iz različitih sredina otvara prostor za razmjenu znanja, usporedbu iskustava i povezivanje praksi koje mogu unaprijediti kvalitetu skrbi.

Suvremeno primaljstvo zahtijeva znanje koje se neprestano obnavlja, sposobnost kritičkog promišljanja i spremnost na suradnju. Jednako tako, zahtijeva osjetljivost za iskustvo žene, njezine potrebe, strahove i očekivanja. U trenutcima koji mogu biti obilježeni radošću, neizvjesnošću ili ranjivošću, stručnost i ljudskost moraju djelovati zajedno. Tada naša prisutnost, izgovorena riječ i pravodobna odluka postaju važan dio sigurnosti i povjerenja.

Radovi predstavljeni u ovoj knjizi sažetaka odražavaju širinu profesionalnih interesa i zajedničku želju za napretkom. Njihova je vrijednost u povezivanju istraživanja i prakse, otvaranju prostora za stručni dijalog te poticanju promjena koje mogu unaprijediti svakodnevnu skrb. Vjerujemo da će razmjena različitih iskustava i perspektiva osnažiti primaljsku profesiju i suradnju svih članova zdravstvenog tima.

Zahvaljujemo autorima i predavačima koji su svojim znanjem i angažmanom oblikovali sadržaj simpozija te svim sudionicima koji mu svojom prisutnošću i doprinosom daju smisao. Zahvalnost upućujemo organizatorima, pokroviteljima i svima koji su prepoznali važnost ovog međunarodnog okupljanja i podržali njegovo ostvarenje. Posebno zahvaljujemo kolegicama i kolegama koji i u zahtjevnim okolnostima svakodnevnog rada pronalaze snagu za učenje, istraživanje i dijeljenje iskustva.

Neka ova knjiga sažetaka bude trajni poticaj da stečene spoznaje pretvorimo u promišljene odluke, bolju suradnju i pažljiviju skrb. Pravi će se dosezi ovog susreta prepoznati u onome što ćemo nakon njega donijeti u svoje timove i u svaki susret sa ženom.

Jer iza svakog našeg postupka ostaje nečije iskustvo. Naša je zajednička odgovornost učiniti ga sigurnim, dostojanstvenim i ljudskim.

Organizacijski odbor „Elija Sotera"

Podatci o skupu

Naslov skupa:
3. znanstveno-stručni simpozij primalja s međunarodnim sudjelovanjem „Elija Sotera“

Organizatori:
Klinički bolnički centar Split, Hrvatska komora primalja – Podružnica Split, Fakultet zdravstvenih znanosti Sveučilišta u Splitu

Pokrovitelji:
Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, Ministarstvo demografije i useljeništva Republike Hrvatske, Splitsko-dalmatinska županija, Grad Split, Hrvatska akademija medicinskih znanosti – Podružnica Split

Sponzori:
Johnson & Johnson MedTech, Pharmacol

Predsjednik organizacijskog odbora:
Jelena Jerković

Dopredsjednici organizacijskog odbora:
Matea Dolić, Diana Aranza, Marko Mimica

Tajnik:
Ana Drobnić

Organizacijski odbor:
Dijana Biluš, Ana Čović, Nikša Galić, Kristina Gavranić, Ana Gudelj, Jelena Jović, Nela Kalaš, Ivana Kujundžić, Matijana Mardešić, Ines Matković, Željka Perković, Antonija Prlenda, Mia Rogošić, Radojka Vukšić, Bianka Mimica, Gabriela Tenžera, Rahela Orlandini, Klara Čogelja, Stipe Dumančić

Znanstveni odbor:
Damir Roje (predsjednik), Marko Dražen Mimica, Melania Tudose, Jelena Marušić, Sandra Benzon, Indira Kosović, Ivan Palada, Anet Papazovska Cherepnalkovski, Jasminka Rešić Karara, Martina Šunj, Zdeslav Benzon, Mario Marendić, Mario Podrug, Matea Dolić, Diana Aranza, Zdravko Odak, Andrea Dagelić

Vrijeme održavanja:
6. i 7. studenoga 2026.

Mjesto održavanja:
Dvorana Petar Rismondo, Klinika za ženske bolesti i porode KBC Split

Kotizacija:
Nije predviđena

Prijava uključuje:
Isključivo elektroničkom poštom na azizic@kbsplit.hr

Bodovanje:
Hrvatska komora primalja
8 bodova pasivni
10 bodova aktivni sudionici

Kontakt:
Tel. 021/551 228
Mob. 092 328 9608

Urednik knjige sažetaka:
Andrea Dagelić

Petak | 6. studenoga 2026.

VRIJEME	PREDAVAČ	TEMA
13:50 – 14:20	Pozdravne riječi	Otvaranje simpozija
14:20 – 14:40	Mario Podrug	Obrazovanje primalja za budućnost: sveučilišni diplomski studij Primaljstvo
14:40 – 15:00	Jelena Jerković	Primalja – promotor „humaniziranog poroda“
15:00 – 15:20	Mirela Pavičić Ivelja	Kvaliteta zdravstvene zaštite u primaljstvu – temeljni pojmovi, načela i pokazatelji kvalitete
15:20 – 15:40	Mirela Stipanović	Kvaliteta zdravstvene zaštite u primaljstvu kroz primjere dobre i loše kliničke prakse
15:40 – 16:00	Kristina Bitanga	Krizna komunikacija u opstetriciji
16:00 – 16:15	**Rasprava**	**Matea Dolić, Marko Mimica**
16:15 – 16:30	**Pauza uz kavu**	
16:30 – 16:50	Melania Tudose	Humanized Childbirth in Europe: Advancing Quality Maternity Care Through Midwifery Leadership and Competency Development
16:50 – 17:10	Iva Podhorsky Štorek, Snježana Tončić	Zakonski okvir i profesionalne kompetencije primalja u Republici Hrvatskoj
17:10 – 17:30	Diana Aranza	Komparativna analiza kurikuluma diplomskog studija primaljstva Fakulteta zdravstvenih znanosti u međunarodnom kontekstu
17:30 – 17:50	Maja Dernaj	Rodilja u središtu skrbi: iskustva rodilišta Našice u humanizaciji poroda
17:50 – 18:10	Kate Vandamme-Mijović	Carski rez i iskustvo poroda – kako očuvati humanizirani pristup?
18:10 – 18:30	Karla Babić	Humanizacija poroda i kvaliteta skrbi: kako okruženje, komunikacija i podrška oblikuju iskustvo rodilje
18:30 – 18:50	Vesna Gall	Tko sam ja kada ne pokušavam biti netko?
18:50 – 19:10	Zdeslav Benzon	Glazba kao nefarmakološka metoda ublažavanja boli u porodu
19:10 – 19:30	**Rasprava**	**Ana Drobnić, Nikša Galić**
19:30	**Druženje**	**Biberon Food & Cafe KBC Split**

Subota | 7. studenoga 2026.

8:30 – 10:15 // RADIONICE		
Reanimacija novorođenčeta	Klara Čogelja, Željka Perković	Klinika za ženske bolesti i porode, Ambulanta, prizemlje
Reanimacija odrasle osobe	Hitna medicinska pomoć SDŽ	Klinika za ženske bolesti i porode, Dnevna bolnica, prizemlje
Baby handling	Antonela Pavić	Klinika za ženske bolesti i porode, Dnevna bolnica, prizemlje
Kirurško šivanje međice	Andrea Dagelić	Klinika za ženske bolesti i porode, Predavaonica, III. kat
Distocija	Ana Drobnić	Klinika za ženske bolesti i porode, LKV, V. kat
Čuvanje međice	Matijana Mardešić	Klinika za ženske bolesti i porode, LKV, V. kat
CTG	Damir Roje	Klinika za ženske bolesti i porode, Predavaonica, II. kat

VRIJEME	PREDAVAČ	TEMA
10:15 – 10:30	**Pauza za kavu**	
10:30 – 10:50	Dalia Meštrović	Suradnja rodilišta i patronažne službe: izazovi i iskustva iz svakodnevne prakse
10:50 – 11:10	Klara Čogelja	Neposredno zbrinjavanje prematurusa gestacijske dobi manje od 32 tjedna
11:10 – 11:20	Mirela Grčić	Predznanje trudnica o prenatalnom probiru na kromosomopatije ploda i utjecaj edukacijske intervencije na stav i odluku
11:20 – 11:30	Kristina Gavranić	Ljubav pod pritiskom: izazovi profesionalnog izgaranja i preopterećenosti u modernom primaljstvu
11:30 – 11:40	Katija Sessa	Povezanost poteškoća s dojenjem, socijalne podrške i pojave baby bluesa u ranom postpartalnom razdoblju
11:40 – 11:50	Gabrijela Pervan	Od trudnoće do oporavka nakon poroda: uloga fizioterapije u suvremenoj primaljskoj skrbi
11:50 – 12:00	Blaženka Sumpor	Kontinuitet primaljske skrbi u RH – od pripreme za trudnoću do babinja
12:00 – 12:15	**Rasprava**	**Diana Aranza, Andrea Dagelić**
12:15 – 13:30	**Ručak**	
13:30 – 13:40	Antonija Prlenda	Primalja izvan rađaonice: „Sve ono što radimo kada ne hvatamo bebe“
13:40 – 13:50	Tina Vukorepa	Prikaz slučaja perinatalnog ishoda trudnoće s novootkrivenim karcinomom debelog crijeva
13:50 – 14:00	Sanja Jelić	Primarna prevencija raka vrata maternice
14:00 – 14:10	Maja Klarić	Hitne opstetričke simulacijske vježbe i njihova uloga u sigurnosti rodilja
14:10 – 14:20	Estera Milat, Marija Parčina	Postpartalno krvarenje – pogled primalje
14:20 – 14:30	**Rasprava**	**Jelena Jerković, Mia Rogošić**
14:30 – 14:45	**Završna riječ**	

„Elija Sótera“



POZVANA PREDAVANJA

(sažetci)

Obrazovanje primalja za budućnost: sveučilišni diplomski studij Primaljstvo

Mario Podrug; Matea Dolić

Fakultet zdravstvenih znanosti Sveučilišta u Splitu, Split, Hrvatska

Razvoj suvremenog zdravstvenog sustava zahtijeva kontinuirano unaprjeđenje kompetencija zdravstvenih djelatnika, uključujući primalje, čija je uloga ključna u očuvanju reproduktivnog zdravlja te pružanju kvalitetne i sigurne skrbi ženama, novorođenčadi i obiteljima. Sveučilišni diplomski studij Primaljstvo Sveučilišta u Splitu usmjeren je na daljnji razvoj stručnih, znanstvenih, nastavnih i upravljačkih kompetencija primalja te jačanje njihove uloge u suvremenom zdravstvenom sustavu.

Studijski program objedinjuje temeljna znanja i vještine iz područja kliničkog primaljstva, upravljanja u zdravstvu, osiguravanja kvalitete, sigurnosti majčinstva i upravljanja rizicima. Poseban naglasak stavljen je na primaljstvo utemeljeno na dokazima, znanstveno-istraživački rad, statistiku u zdravstvu, kontrolu i prevenciju infekcija te primjenu informacijskih sustava i umjetne inteligencije u zdravstvu. Program uključuje i područja pedagogije, didaktike i metodike nastave, čime se razvijaju kompetencije potrebne za obrazovanje budućih primalja i prijenos stručnih znanja. Dodatna područja, poput antenatalne dijagnostike, ultrazvučnog nadzora trudnoće, seksualnog i reprodukcijskog zdravlja, uroginekologije i skrbi za neurorizično dijete, omogućuju proširenje stručnih znanja i razvoj specifičnih kompetencija.

Studij potiče povezivanje teorijskih znanja s kliničkom praksom, kritičko promišljanje, istraživački pristup i cjeloživotno učenje. Podrška studentima, učenje u manjim skupinama, suvremene nastavne metode i dostupnost digitalnih obrazovnih alata pridonose kvaliteti studiranja i profesionalnom razvoju.

Obrazovanje na diplomskoj razini važan je korak u osnaživanju primaljske profesije, razvoju nastavnog i znanstvenog potencijala te unaprjeđenju kvalitete i sigurnosti primaljske skrbi. Ulaganjem u obrazovanje primalja stvaraju se temelji za razvoj kompetentnih stručnjakinja koje mogu odgovoriti na buduće izazove zdravstvene skrbi, aktivno sudjelovati u razvoju struke i pridonositi unaprjeđenju zdravstvenih ishoda žena, novorođenčadi i obitelji.

Ključne riječi: primaljstvo; diplomski studij; obrazovanje primalja; primaljstvo utemeljeno na dokazima; kvaliteta zdravstvene skrbi

Educating midwives for the future: University Graduate Programme in Midwifery

Mario Podrug; Matea Dolić

University of Split, Faculty of Health Sciences, Split, Croatia

The development of contemporary healthcare systems requires continuous improvement of healthcare professionals' competencies, including those of midwives, whose role is essential in protecting reproductive health and providing high-quality, safe care to women, newborns and

families. The University Graduate Programme in Midwifery at the University of Split aims to further develop midwives' professional, scientific, educational and managerial competencies and to strengthen their role within the modern healthcare system.

The curriculum integrates knowledge and skills in clinical midwifery, healthcare management, quality assurance, safe motherhood and risk management. Particular emphasis is placed on evidence-based midwifery, scientific research, healthcare statistics, infection prevention and control, and the application of information systems and artificial intelligence in healthcare. The programme also incorporates pedagogy, didactics and teaching methodology, developing the competencies required for educating future midwives and transferring professional knowledge. Additional subject areas, including antenatal diagnostics, ultrasound monitoring of pregnancy, sexual and reproductive health, urogynaecology and care for neurologically at-risk infants, broaden professional knowledge and support the development of specialised competencies.

The programme promotes the integration of theoretical knowledge and clinical practice, critical thinking, a research-oriented approach and lifelong learning. Student support, small-group learning, contemporary teaching methods and access to digital educational tools contribute to the quality of education and professional development.

Graduate-level education is an important step towards strengthening the midwifery profession, developing its educational and scientific capacity, and improving the quality and safety of midwifery care. Investing in midwifery education lays the foundation for competent professionals capable of responding to future healthcare challenges, actively contributing to the development of the profession and improving health outcomes for women, newborns and families.

Keywords: midwifery; graduate education; midwifery education; evidence-based midwifery; quality of healthcare

Autori: *Mario Podrug (e-pošta: mpodrug@fzz.unist.hr), Matea Dolić (matea.kbc@gmail.com)*

Primalja – promotorica humaniziranog poroda

Jelena Jerković
Klinika za ženske bolesti i porode, Klinički bolnički centar Split, Split, Hrvatska

Porod je klinički događaj i duboko osobno iskustvo u kojem žena mora ostati aktivna sudionica, s pravom na informacije, izbor i poštovanje. Humanizirana skrb povezuje sigurnost majke i djeteta s očuvanjem dostojanstva, autonomije i povjerenja. Cilj je predavanja istaknuti primalju kao promotoricu takve skrbi i potaknuti promišljanje o tome kako se profesionalna odgovornost očituje u svakom susretu sa ženom koja rađa.

Uloga primalje razmatra se kroz podršku fiziološkom porodu, razumljivo informiranje, sudjelovanje žene u odlukama, zaštitu privatnosti i emocionalnu prisutnost. Poseban naglasak stavlja se na očuvanje ovih načela kada su potrebne medicinske intervencije. I u hitnoj situaciji žena treba objašnjenje, podršku i osjećaj da je njezin glas važan. Riječi kojima joj se obraćamo, način na koji je slušamo i odnos prema njezinu tijelu sastavni su dio profesionalne skrbi.

Humanizacija poroda zahtijeva i odgovornost cijelog tima. Pravodobna razmjena informacija, jasno definirane uloge i međusobno poštovanje stvaraju uvjete za usklađeno djelovanje. Primalja pritom povezuje potrebe žene s postupcima tima, zastupa njezino dostojanstvo i upozorava na praksu koja ga ugrožava. Organizacija rada, kontinuirana edukacija i otvorenost prema preispitivanju ustaljenih postupaka trebaju omogućiti da humanizirani pristup postane dosljedan standard skrbi.

Zaključno, promicati humanizirani porod znači preuzeti odgovornost za ono što činimo i za način na koji žena to doživljava. Primaljska stručnost dobiva punu vrijednost kada ženi omogućuje da se osjeća sigurno, uključeno i poštovano. Dostojanstvo žene mora ostati temelj svakog postupka jer iskustvo poroda ostaje s njom i nakon izlaska iz rodilišta.

Ključne riječi: primalja; humanizirani porod; dostojanstvo žene; komunikacija; timska suradnja

The midwife as a promoter of humanised childbirth

Jelena Jerković
Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospital of Split, Split, Croatia

Childbirth is a clinical event and a deeply personal experience in which the woman must remain an active participant, with the right to information, choice and respect. Humanised care combines maternal and neonatal safety with the preservation of dignity, autonomy and trust. This lecture aims to highlight the midwife as a promoter of such care and to encourage reflection on how professional responsibility is expressed in every encounter with a woman giving birth.

The midwife's role is explored through support for physiological childbirth, clear information, women's participation in decisions, protection of privacy and emotional presence. Particular emphasis is placed on preserving these principles when medical interventions are required. Even in an

emergency, the woman needs explanations, support and a sense that her voice matters. The words we use, the way we listen and how we treat her body are integral to professional care.

Humanising childbirth also requires responsibility across the whole team. Timely information exchange, clearly defined roles and mutual respect create conditions for coordinated care. The midwife connects the woman's needs with the team's actions, advocates for her dignity and raises concerns about practices that threaten it. Work organisation, continuing education and openness to reviewing established practices should enable a humanised approach to become a consistent standard of care.

In conclusion, promoting humanised childbirth means accepting responsibility both for our actions and for the way women experience them. Midwifery expertise achieves its full value when it enables women to feel safe, involved and respected. Women's dignity must underpin every procedure, because the experience of childbirth stays with them long after they leave the maternity unit.

Keywords: midwife; humanised childbirth; women's dignity; communication; teamwork

Autor: *Jelena Jerković, e-pošta: jelena.jerkovic@kbsplit.hr*

Kvaliteta zdravstvene zaštite u primaljstvu: temeljni pojmovi, načela i pokazatelji kvalitete

Mirela Pavičić Ivelja

Klinika za infektologiju, Klinički bolnički centar Split; Fakultet zdravstvenih znanosti Sveučilišta u Splitu; Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, Hrvatska

Kvaliteta zdravstvene zaštite u primaljstvu višedimenzionalan je koncept koji obuhvaća sigurnost, djelotvornost, pravodobnost, dostupnost, pravednost i usmjerenost skrbi na ženu, uz poštovanje njezina dostojanstva, autonomije i prava na informirano odlučivanje. Kvalitetna primaljska skrb temelji se na stručnim kompetencijama, profesionalnim i etičkim načelima, primjeni znanstvenih dokaza, odgovornosti za vlastiti rad te kontinuiranom vrednovanju i unaprjeđenju kliničke prakse.

Cilj je predavanja prikazati temeljne pojmove, načela i pokazatelje kvalitete primaljske skrbi, razmotriti ulogu profesionalnih kompetencija primalja u osiguravanju kvalitete te analizirati mogućnosti praćenja i unaprjeđenja kvalitete u hrvatskom zdravstvenom sustavu u usporedbi s europskim standardima i praksama. Poseban naglasak stavlja se na kompetencije potrebne za samostalno planiranje, organiziranje, provođenje i evaluaciju primaljske skrbi, pravodobno prepoznavanje fizioloških i patoloških stanja, prevenciju neželjenih događaja, učinkovitu komunikaciju i multidisciplinarnu suradnju.

Procjena kvalitete razmatra se kroz strukturne, procesne i ishodne pokazatelje, uz uključivanje pokazatelja iskustva rodilja. U hrvatskom kontekstu analiziraju se nacionalni okvir kvalitete zdravstvene zaštite, dostupnost perinatalnih podataka i mogućnosti sustavnijeg praćenja rezultata primaljske skrbi. Međunarodna perspektiva obuhvaća preporuke Svjetske zdravstvene organizacije, pokazatelje mreže Euro-Peristat i međunarodne kompetencijske standarde primaljstva, s naglaskom na usporedivost podataka, praksu utemeljenu na dokazima, sigurnost majke i novorođenčeta te skrb usmjerenu na ženu.

Zaključno, kvaliteta primaljske skrbi zahtijeva povezivanje stručnih kompetencija, profesionalne odgovornosti, standardiziranih postupaka, sustavnog mjerenja pokazatelja i kontinuirane evaluacije. Razvoj kulture kvalitete koja uključuje stručni nadzor, istraživanje, cjeloživotno učenje i iskustva korisnica važan je preduvjet za unaprjeđenje sigurnosti, učinkovitosti i humanosti primaljske skrbi u Hrvatskoj te njezino smisleno uspoređivanje s međunarodnim praksama.

Ključne riječi: primaljstvo; kvaliteta zdravstvene zaštite; profesionalne kompetencije; pokazatelji kvalitete; sigurnost pacijenata

Quality of healthcare in midwifery: fundamental concepts, principles and quality indicators

Mirela Pavičić Ivelja

Department of Infectious Diseases, University Hospital of Split; University of Split, Faculty of Health Sciences; University of Split School of Medicine, Split, Croatia

The quality of healthcare in midwifery is a multidimensional concept encompassing safety, effectiveness, timeliness, accessibility, equity and woman-centred care, while respecting women's dignity, autonomy and right to make informed decisions. High-quality midwifery care is based on professional competencies, professional and ethical principles, the application of scientific evidence, accountability for one's own practice, and the continuous evaluation and improvement of clinical practice.

The aim of this lecture is to present the fundamental concepts, principles and quality indicators of midwifery care, to examine the role of midwives' professional competencies in ensuring quality, and to analyse opportunities for monitoring and improving quality within the Croatian healthcare system in comparison with European standards and practices. Particular emphasis is placed on the competencies required for the independent planning, organisation, provision and evaluation of midwifery care, the timely recognition of physiological and pathological conditions, the prevention of adverse events, effective communication and multidisciplinary collaboration.

Quality assessment is examined through structural, process and outcome indicators, including indicators reflecting women's experiences of childbirth. In the Croatian context, the national healthcare quality framework, the availability of perinatal data and opportunities for more systematic monitoring of midwifery care outcomes are analysed. The international perspective encompasses recommendations of the World Health Organization, indicators developed by the Euro-Peristat network and international midwifery competency standards, with an emphasis on data comparability, evidence-based practice, maternal and newborn safety, and woman-centred care.

In conclusion, the quality of midwifery care requires the integration of professional competencies, professional accountability, standardised procedures, systematic measurement of quality indicators and continuous evaluation. Developing a culture of quality that incorporates professional supervision, research, lifelong learning and women's experiences is an essential prerequisite for improving the safety, effectiveness and humaneness of midwifery care in Croatia and for meaningful comparison with international practices.

Keywords: midwifery; quality of healthcare; professional competencies; quality indicators; patient safety

Autor: *Mirela Pavičić Ivelja, e-pošta: mpavivelj@kbsplit.hr*

Kvaliteta zdravstvene zaštite u primaljstvu kroz primjere dobre i loše kliničke prakse

Mirela Stipanović
Klinički bolnički centar Split, Split, Hrvatska

Kvaliteta zdravstvene zaštite u primaljstvu temelj je sigurne i učinkovite skrbi za majku i novorođenče, a mjeri se strukturnim, procesnim i ishodnim pokazateljima kvalitete u skladu s Pravilnikom o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (NN 79/11). Cilj je ovog rada analizirati ključne aspekte kvalitete zdravstvene zaštite izravnom usporedbom primjera dobre i loše kliničke prakse. Dobra praksa temelji se na medicini utemeljenoj na dokazima, što uključuje neprekidni kontakt „koža na kožu“ unutar prvog sata nakon poroda, slobodu kretanja rodilje, selektivnu primjenu episiotomije te obvezno poštovanje prava pacijentica na informirani pristanak i suodlučivanje. Nasuprot tome, loša praksa očituje se u prekomjernoj medikalizaciji fiziološkog poroda, neopravdanom porastu operativnih dovršenja poroda, izvođenju intervencija bez pristanka te nedostatnoj komunikaciji koja rezultira pritužbama pacijentica.

U tom kontekstu rad poseban naglasak stavlja na dva ključna ishodna pokazatelja kvalitete: stopu carskih rezova i opstetričku traumu. Svjetska zdravstvena organizacija navodi da stope carskih rezova iznad 10 do 15 % nisu povezane s nižom smrtnošću majki i novorođenčadi, a u Republici Hrvatskoj stopa stalno raste i iznosi između 28 % i 30 %. Ovako visok udio posljedica je starije dobi prvorotkinja, ali i sve izraženije defenzivne medicine. Drugi je pokazatelj opstetrička trauma (rupture perineuma 3. i 4. stupnja) kod spontanih vaginalnih poroda, koja služi kao mjerilo primaljske vještine i stručnosti u vođenju drugoga porođajnog doba. Sinergija procesnih i ishodnih pokazatelja ključan je preduvjet za prepoznavanje nedostataka u praksi, a integrirani pristup njihovu praćenju temelj je za uklanjanje zastarjelih kliničkih praksi i sustavno osiguravanje sigurne, dostojanstvene i suvremene primaljske skrbi.

Ključne riječi: kvaliteta zdravstvene zaštite; primaljstvo; klinička praksa; carski rez; opstetrička trauma

Quality of healthcare in midwifery through examples of good and poor clinical practice

Mirela Stipanović
University Hospital of Split, Split, Croatia

The quality of healthcare in midwifery is the foundation of safe and effective care for mother and newborn, and it is measured through structural, process and outcome quality indicators in accordance with the Ordinance on Healthcare Quality Standards and the Method of Their Implementation (Official Gazette No. 79/2011). The aim of this paper is to analyse key aspects of healthcare quality through a direct comparison of examples of good and poor clinical practice. Good practice is based on evidence-based medicine, which includes continuous skin-to-skin contact within the first hour after birth, freedom of movement for the woman in labour, selective use of episiotomy, and mandatory respect for the right to informed consent and shared decision-making.

Conversely, poor practice manifests as excessive medicalisation of physiological labour, an unjustified increase in operative deliveries, interventions performed without consent, and inadequate communication resulting in patient complaints.

In this context, the paper places particular emphasis on two key outcome quality indicators: the caesarean section rate and obstetric trauma. The World Health Organization states that caesarean section rates above 10–15% are not associated with lower maternal and newborn mortality, whereas in the Republic of Croatia the rate is rising steadily and stands between 28% and 30%. This high rate is a consequence of the older age of primiparous women and of increasingly prominent defensive medicine. The second indicator is obstetric trauma (third- and fourth-degree perineal tears) in spontaneous vaginal births, which serves as a measure of midwifery skill and expertise in managing the second stage of labour. The synergy between process and outcome indicators is a key prerequisite for identifying shortcomings in practice, while an integrated approach to their monitoring provides a foundation for eliminating outdated clinical practices and systematically ensuring safe, dignified and modern midwifery care.

Keywords: healthcare quality; midwifery; clinical practice; caesarean section; obstetric trauma

Autor: *Mirela Stipanović, e-pošta: mirela.stipanovic@kbsplit.hr*

Krizna komunikacija u opstetriciji

Kristina Bitanga
Klinički bolnički centar Split, Split, Hrvatska

Opstetricija je područje zdravstvene skrbi u kojem se medicinski događaji odvijaju u okolnostima izrazite emocionalne osjetljivosti, velikih očekivanja i mogućih nepredvidivih komplikacija. U takvom okruženju kvalitetna komunikacija važan je dio sigurnosti pacijentica, profesionalnog postupanja i očuvanja povjerenja u zdravstvene djelatnike i ustanovu.

Krizna komunikacija ne odnosi se isključivo na postupanje nakon medicinske pogreške ili nepovoljnog ishoda, nego obuhvaća i situacije u kojima zbog nedostatka informacija, nerazumijevanja ili neprimjerenog pristupa dolazi do straha, nesigurnosti i narušavanja povjerenja rodilje i njezine obitelji. U izlaganju se razmatraju ključni izazovi komunikacije s rodiljama i njihovom pratnjom tijekom hitnih opstetričkih stanja, važnost empatije, pravodobnog i razumljivog informiranja te razgovora nakon kriznog događaja.

Posebna pozornost posvećuje se komunikaciji unutar zdravstvenog tima, primjeni strukturiranih komunikacijskih alata, poput modela SBAR i komunikacije zatvorene petlje, te stvaranju profesionalnog okruženja u kojem svaki član tima može pravodobno upozoriti na potencijalni rizik. Razmatraju se i načela otvorene komunikacije nakon neželjenih događaja, uz razlikovanje medicinske komplikacije od stručne pogreške i poštovanje profesionalnih odgovornosti.

U kontekstu suvremenog medijskog okruženja spominju se izazovi javnih pritužbi i društvenih mreža, zaštita povjerljivosti zdravstvenih podataka te važnost odgovornog institucionalnog komuniciranja. Kroz primjere iz svakodnevne prakse naglašava se uloga primalje u prepoznavanju komunikacijskih rizika, pružanju emocionalne podrške i očuvanju dostojanstva rodilje.

Učinkovita krizna komunikacija ne započinje nastankom kriznog događaja, nego se temelji na svakodnevnoj profesionalnoj komunikaciji, međusobnom povjerenju i kulturi sigurnosti pacijenata.

Ključne riječi: krizna komunikacija; opstetricija; primaljstvo; komunikacija u zdravstvu; povjerenje

Crisis communication in obstetrics

Kristina Bitanga
University Hospital of Split, Split, Croatia

Obstetrics is a field of healthcare in which medical events take place in circumstances characterised by heightened emotional sensitivity, high expectations and the possibility of unforeseen complications. In such an environment, effective communication is an essential component of patient safety, professional practice and maintaining trust in healthcare professionals and institutions.

Crisis communication is not limited to responding to medical errors or adverse outcomes. It also encompasses situations in which insufficient information, misunderstandings or inappropriate communication lead to fear, uncertainty and a loss of trust among women in labour and their families. This presentation addresses the key challenges of communicating with women in labour and their birth companions during obstetric emergencies, emphasising the importance of empathy, timely and understandable information, and follow-up discussions after a crisis.

Particular attention is given to communication within the healthcare team, the use of structured communication tools such as the SBAR framework and closed-loop communication, and the development of a professional environment in which every team member feels able to raise concerns about potential risks in a timely manner. The principles of open communication following adverse events are also discussed, with an emphasis on distinguishing medical complications from professional errors and respecting professional responsibilities.

In the context of today's media environment, the presentation also addresses the challenges posed by public complaints and social media, the protection of patient confidentiality and the importance of responsible institutional communication. Through examples from everyday clinical practice, the presentation highlights the role of midwives in identifying communication risks, providing emotional support and preserving the dignity of women in labour.

Effective crisis communication does not begin when a crisis occurs; rather, it is built on everyday professional communication, mutual trust and a culture of patient safety.

Keywords: crisis communication; obstetrics; midwifery; healthcare communication; trust

Autor: *Kristina Bitanga, e-pošta: kristina.bitanga@kbsplit.hr*

Humanizirani porod u Europi: unaprjeđenje kvalitete skrbi za rodilje kroz primaljsko vodstvo i razvoj kompetencija

Melania-Elena Pop-Tudose
Fakultet opće zdravstvene njege Sveučilišta Bioterra u Bukureštu, Bukurešt, Rumunjska

Uvod: Uz sve veću zabrinutost zbog opstetričkog nasilja i kršenja prava žena, humanizirani porod ključan je za kvalitetnu skrb za rodilje. Primalje su u Europi nezamjenjive članice tima za intrapartalnu skrb, no među zemljama postoje znatne razlike u njihovoj profesionalnoj regulaciji, priznatosti, autonomiji i djelokrugu rada: od sustava koji podržavaju samostalnu praksu do onih u kojima institucionalne prepreke ograničavaju primjenu njihovih profesionalnih kompetencija.

Cilj: Ispitati prakse vođenja poroda u Europi te razmotriti kako primaljsko vodstvo, autonomija i razvoj kompetencija mogu unaprijediti humaniziranu skrb za rodilje.

Metode: Proveden je narativni pregled literature u bazama PubMed, Cochrane Library, Scopus i Google Scholar, koji je obuhvatio 97 publikacija objavljenih od 2012. do 2026. godine o praksama vođenja poroda, primaljskim modelima skrbi, regulaciji, profesionalnoj autonomiji i kompetencijama u europskim regijama.

Rezultati: Analiza pokazuje da se pridržavanje standarda skrbi s poštovanjem u Europi i dalje suočava s trajnim izazovima te se znatno razlikuje među zemljama i regijama. Ističe se ključna uloga primalja u promicanju humaniziranog poroda i potreba za razvojem primaljskih jedinica, modela kontinuirane primaljske skrbi i primaljskog vodstva diljem Europe. Ti su modeli temeljne sastavnice skrbi s poštovanjem usmjerene na ženu i pridonose pozitivnom iskustvu poroda. Međutim, sposobnost primalja da pružaju takvu skrb ograničavaju regionalne razlike u profesionalnoj priznatosti, autonomiji i djelokrugu rada primalja te u primaljskom vodstvu i razvoju kompetencija, kao i nedostatak osoblja, organizacijska ograničenja i slaba međuprofesionalna suradnja.

Zaključak: Unaprjeđenje humaniziranog poroda u Europi zahtijeva ulaganje u obrazovanje primalja, razvoj kompetencija, profesionalnu autonomiju i vodstvo, uz odgovarajuću regulaciju. Priznavanje punog djelokruga rada primalja i jačanje međuprofesionalne suradnje ključni su za promicanje skrbi s poštovanjem, utemeljene na dokazima i usmjerene na ženu te za poboljšanje ishoda poroda.

Ključne riječi: humanizirani porod; primaljsko vodstvo; skrb pod vodstvom primalje; skrb usmjerena na ženu; profesionalne kompetencije

Humanised childbirth in Europe: advancing quality maternity care through midwifery leadership and competency development

Melania-Elena Pop-Tudose

Bioterra University of Bucharest, Faculty of General Medical Assistance, Bucharest, Romania

Introduction: Amid growing concern about obstetric violence and violations of women's rights, humanised childbirth is essential to quality maternity care. Across Europe, midwives, as essential members of the intrapartum care team, face significant differences in professional regulation, recognition, autonomy and scope of practice, ranging from systems that support autonomous practice to those in which institutional barriers limit the exercise of their professional competencies.

Aim: To examine childbirth practices across Europe and to explore how midwifery leadership, autonomy and competency development can advance humanised maternity care.

Methods: A narrative literature review was conducted using PubMed, the Cochrane Library, Scopus and Google Scholar, covering 97 publications from 2012 to 2026 on childbirth practices, midwifery models of care, regulation, professional autonomy and competencies across European regions.

Results: The analysis shows that adherence to standards of respectful maternity care across Europe continues to face persistent challenges and varies considerably between countries and regions. It highlights the essential role of midwives in promoting humanised childbirth and the need to promote midwife-led units, midwifery continuity-of-care models and midwifery leadership across Europe. These models are fundamental components of respectful, woman-centred maternity care and contribute to positive childbirth experiences. However, regional disparities in midwives' professional recognition, autonomy and scope of practice, as well as in midwifery leadership and competency development, together with staff shortages, organisational constraints and limited interprofessional collaboration, affect midwives' capacity to provide such care.

Conclusion: Advancing humanised childbirth in Europe requires investment in midwifery education, competency development, professional autonomy and leadership, alongside appropriate regulation. Recognising midwives' full scope of practice and strengthening interprofessional collaboration are essential to promoting respectful, evidence-based, woman-centred care and improving childbirth outcomes.

Keywords: humanised childbirth; midwifery leadership; midwife-led care; woman-centred care; professional competencies

Autor: *Melania-Elena Pop-Tudose, e-pošta: melania.tudose@moasele.ro*

Zakonski okvir i profesionalne kompetencije primalja u Republici Hrvatskoj

Iva Podhorsky Štorek; Snježana Tončić

Hrvatska komora primalja, Zagreb, Hrvatska

Uvod: Profesionalne kompetencije primalja povezuju obrazovanje, zakonske ovlasti i odgovornost za sigurnost žene i novorođenčeta. Razlikovanje zakonskog djelokruga od organizacije rada važno je za njihovu primjenu u zdravstvenoj zaštiti.

Cilj: Prikazati zakonski okvir primaljske djelatnosti u Republici Hrvatskoj te pojasniti odnos profesionalne samostalnosti, granica postupanja i odgovornosti.

Metode: Rad je stručni pregled odabranih odredaba Zakona o primaljstvu, europskog okvira priznavanja stručnih kvalifikacija i stručnih dokumenata Hrvatske komore primalja. Pravni prikaz povezuje se s ilustrativnim situacijama iz primaljske skrbi, bez provođenja empirijskog istraživanja.

Rasprava: Razmatraju se razlike između djelokruga primalje asistentice i primalje, uvjeti rada povezani s obrazovanjem i odobrenjem za samostalan rad te položaj magistre primaljstva. Naglasak je na vođenju fiziološke trudnoće i poroda, prepoznavanju odstupanja i pravodobnom uključivanju liječnika. Primjeri prikazuju odnos zakonske ovlasti i stručne osposobljenosti, primjenu ordinirane terapije te važnost poštovanja prava pacijentice. Posebno se obrađuju dokumentiranje skrbi i postupanje kada nisu osigurani potrebni uvjeti rada. Razmatra se i potreba jasnijeg povezivanja razina obrazovanja s profesionalnim ulogama.

Zaključak: Sigurna primaljska skrb zahtijeva poznavanje vlastitog djelokruga, održavanje stručne osposobljenosti i pravodobnu suradnju unutar tima. Povezivanje pravne i primaljske perspektive pridonosi jasnijoj podjeli odgovornosti i zaštiti prava pacijentica.

Ključne riječi: primaljstvo; kompetencije; zakonodavstvo; profesionalna odgovornost; prava pacijenata

Legal framework and professional competencies of midwives in the Republic of Croatia

Iva Podhorsky Štorek; Snježana Tončić

Croatian Chamber of Midwives, Zagreb, Croatia

Introduction: Midwives' professional competencies link education, legal authority and responsibility for the safety of women and newborns. Distinguishing the legal scope of practice from work organisation is important for applying these competencies in healthcare.

Aim: To present the legal framework for midwifery practice in the Republic of Croatia and to clarify the relationship between professional autonomy, limits of practice and accountability.

Methods: This paper provides a professional review of selected provisions of the Croatian Midwifery Act, the European framework for the recognition of professional qualifications and professional documents issued by the Croatian Chamber of Midwives. The legal overview is linked to illustrative situations in midwifery care, without conducting empirical research.

Discussion: The paper examines differences between the scopes of practice of midwifery assistants and midwives, requirements for practice related to education and professional licensing, and the position of midwives holding a master's degree. Emphasis is placed on providing care during physiological pregnancy and childbirth, recognising deviations from the normal course and ensuring the timely involvement of a physician. Examples illustrate the relationship between legal authority and professional competence, the administration of prescribed treatment and the importance of respecting patients' rights. Particular attention is given to documenting care and responding to situations in which the necessary working conditions are not provided. The need for clearer links between educational levels and professional roles is also discussed.

Conclusion: Safe midwifery care requires knowledge of one's scope of practice, the maintenance of professional competence and timely collaboration within the healthcare team. Integrating legal and midwifery perspectives contributes to a clearer allocation of responsibilities and the protection of patients' rights.

Keywords: midwifery; competencies; legislation; professional accountability; patients' rights

Autori: *Iva Podhorsky Štorek (e-pošta: predsjednica@komora-primalja.hr), Snježana Tončić*

Komparativna analiza kurikuluma diplomskog studija primaljstva Fakulteta zdravstvenih znanosti u međunarodnom kontekstu

Diana Aranza

Fakultet zdravstvenih znanosti Sveučilišta u Splitu, Split, Hrvatska

Suvremeni trendovi u obrazovanju primalja usmjereni su na razvoj naprednih kliničkih kompetencija, prakse utemeljene na dokazima, istraživačkih sposobnosti i profesionalnog vodstva. Uvođenje diplomskog sveučilišnog studija primaljstva u Republici Hrvatskoj na Fakultetu zdravstvenih znanosti (FZZ) Sveučilišta u Splitu važan je iskorak u razvoju profesije te zahtijeva usporedbu s međunarodno priznatim modelima obrazovanja.

Cilj je ovog rada analizirati kurikulum diplomskog studija primaljstva razvijen na FZZ-u u odnosu na magistarske programe primaljstva u zemljama OECD-a (Organizacija za ekonomsku suradnju i razvoj) te utvrditi njegove sličnosti, razlike i razvojne mogućnosti. Provedena je komparativna analiza kurikuluma diplomskog studija primaljstva FZZ-a i rezultata narativnog pregleda 15 magistarskih programa primaljstva iz 12 zemalja OECD-a. Uspoređivani su ciljevi studija, ishodi učenja, razvijene kompetencije te zastupljenost napredne kliničke prakse, istraživanja, vodstva, javnog zdravstva, obrazovnih modela i profesionalnog razvoja.

Analiza pokazuje da se međunarodni programi mogu svrstati u četiri dominantna modela: istraživački, upravljački, model naprednih kliničkih kompetencija i kliničko-specijalistički model. Kurikulum FZZ-a objedinjuje obilježja svih navedenih pristupa te jasno naglašava i obrazovne kompetencije. Najveća podudarnost utvrđena je s programima u Austriji, Irskoj, Njemačkoj i Švicarskoj, dok se od ostalih razlikuje integriranim pristupom obrazovanju i naglašenom usklađenošću s europskim regulatornim okvirom. U odnosu na vodeće međunarodne programe prostor za daljnji razvoj prepoznaje se u preciznijoj operacionalizaciji koncepta *Advanced Practice Midwifery* (napredna primaljska praksa), jačanju međunarodne dimenzije kurikuluma te većem uključivanju sadržaja iz globalnog zdravlja, kulturne kompetencije i digitalnog zdravstva.

Kurikulum diplomskog studija primaljstva razvijen na FZZ-u u velikoj je mjeri usklađen sa suvremenim međunarodnim trendovima te je jedan od sadržajno najcjelovitijih modela među analiziranim programima. Integracija naprednih kliničkih, istraživačkih, upravljačkih i obrazovnih kompetencija pruža kvalitetnu osnovu za razvoj autonomne i kompetentne primalje te daljnje unaprjeđenje visokoškolskog obrazovanja primalja u Republici Hrvatskoj.

Ključne riječi: diplomski studij; komparativna analiza; kompetencije; kurikulum; primaljstvo

Comparative analysis of the graduate midwifery curriculum of the Faculty of Health Sciences in an international context

Diana Aranza

University of Split, Faculty of Health Sciences, Split, Croatia

Current trends in midwifery education focus on developing advanced clinical competencies, evidence-based practice, research skills and professional leadership. The introduction of a graduate university programme in midwifery in the Republic of Croatia at the Faculty of Health Sciences (FHS), University of Split, is an important step forward for the profession and calls for comparison with internationally recognised educational models.

This paper aims to analyse the graduate midwifery curriculum developed at the FHS in relation to master's programmes in midwifery in OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) countries and to identify its similarities, differences and opportunities for development. A comparative analysis was conducted of the FHS graduate midwifery curriculum and the findings of a narrative review of 15 master's programmes in midwifery from 12 OECD countries. Study aims, learning outcomes and competencies developed were compared, as was the representation of advanced clinical practice, research, leadership, public health, educational models and professional development.

The analysis shows that international programmes can be grouped into four dominant models: research, management, advanced clinical competencies and clinical specialist. The FHS curriculum combines features of all these approaches and also places clear emphasis on educational competencies. The greatest similarity was found with programmes in Austria, Ireland, Germany and Switzerland, while it differs from the others in its integrated approach to education and its strong alignment with the European regulatory framework. Compared with leading international programmes, scope for further development lies in a more precise operationalisation of the concept of Advanced Practice Midwifery, strengthening the international dimension of the curriculum and including more content on global health, cultural competence and digital health.

The graduate midwifery curriculum developed at the FHS is largely aligned with current international trends and is one of the most comprehensive models among the programmes analysed. The integration of advanced clinical, research, management and educational competencies provides a sound basis for developing autonomous and competent midwives and for further improving higher education in midwifery in the Republic of Croatia.

Keywords: graduate programme; comparative analysis; competencies; curriculum; midwifery

Autor: *Diana Aranza, e-pošta: daranza@fzz.unist.hr*

Rodilja u središtu skrbi: iskustva rodilišta Našice u humanizaciji poroda

Maja Dernaj
Opća županijska bolnica Našice, Našice, Hrvatska

Skrb usmjerena na rodilju suvremeni je holistički pristup u porodništvu koji rodilju prepoznaje kao aktivnu sudionicu poroda. Rodilja je u središtu zbivanja i, uz stručno vodstvo medicinskog tima, sudjeluje u donošenju odluka o svojem porodu. Humanizirani pristup rađanju porod ne promatra kao isključivo medicinski, već kao intiman i prirodan događaj prožet komunikacijom, brigom, razumijevanjem, podrškom i empatijom.

Humanizacija se primjenjuje u svim aspektima zdravstvene skrbi, s posebnim naglaskom na porodništvo, čime postaje i važan čimbenik održivog društvenog razvoja. Ona je snažan mehanizam osnaživanja koji ženama pruža utjehu i oslonac te se smatra ključnim alatom za smanjenje straha od trudnoće i poroda, izraženog u suvremenom društvu. Svjetska zdravstvena organizacija promiče ovaj koncept skrbi kao vodeću vrijednost koju bi sve zemlje trebale podržavati i primjenjivati, prepoznajući važnost pozitivnog iskustva poroda za sve žene.

Humanizacija poroda započinje s primaljama. Kao zdravstveni profesionalci u skrbi za rodilju one povezuju znanstveno utemeljenu skrb i empatiju. Primalje poštuju prava žena i prirodne procese, što rezultira sigurnijim i humanijim iskustvom rađanja. Svaka rodilja zaslužuje dostojanstveno i pozitivno iskustvo rađanja, odnosno spoj vrhunske profesionalne medicinske skrbi i razumijevanja njezinih psihofizičkih potreba.

Primaljska uloga ostvaruje se kroz cijeli kontinuitet skrbi za rodilju. Individualan pristup ostvaruje se pružanjem podrške, savjeta i prenatalne edukacije, praćenjem fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja žene te prisutnošću poznate primalje tijekom poroda i u ranom postporođajnom razdoblju.

Rodilišta sekundarne razine zdravstvene zaštite, poput rodilišta u Našicama, imaju iznimno važnu prednost: najčešće omogućuju kontinuiranu primaljsku skrb, pri čemu je primalja u potpunosti posvećena jednoj rodilji. Takva rodilišta imaju vrlo dobre preduvjete za provođenje primaljskog modela skrbi, a trudnice u njima mogu očekivati individualiziran pristup i visok stupanj posvećenosti zdravstvenog osoblja. Intiman i obiteljski ambijent omogućuje primaljama i liječnicima personaliziranu skrb usmjerenu na specifične potrebe rodilje, što pridonosi većem osjećaju sigurnosti i ugode.

Struktura i kadrovski kapaciteti rodilišta u Našicama omogućuju model skrbi usmjeren na ženu, s neprekidnim nadzorom i potporom rodilji tijekom cijelog poroda. Takav model rezultira većim zadovoljstvom rodilja pruženom skrbi i većom psihofizičkom opuštenošću. Skrb poznate primalje tijekom svih faza poroda ključni je čimbenik u smanjenju straha i osjećaja usamljenosti, a time i u povećanju zadovoljstva rodilje.

Ključne riječi: humanizacija; porod; primalja; rodilja; skrb usmjerena na ženu

The woman at the centre of care: experiences of the Našice maternity unit in humanising childbirth

Maja Dernaj

Našice General County Hospital, Našice, Croatia

Woman-centred care is a contemporary holistic approach in obstetrics that recognises the woman in labour as an active participant in childbirth. She is at the centre of events and, with professional guidance from the medical team, takes part in decisions about her own birth. A humanised approach does not regard childbirth as an exclusively medical event, but as an intimate and natural one, permeated by communication, care, understanding, support and empathy.

Humanisation applies to all aspects of healthcare, with particular emphasis on obstetrics, and thus also becomes an important factor in sustainable social development. It is a powerful means of empowerment that offers women comfort and support, and it is considered a key tool for reducing the fear of pregnancy and childbirth that is widespread in modern society. The World Health Organization promotes this concept of care as a leading value that all countries should support and apply, recognising the importance of a positive childbirth experience for all women.

The humanisation of childbirth begins with midwives. As healthcare professionals caring for women in labour, they link evidence-based care with empathy. Midwives respect women's rights and natural processes, resulting in a safer and more humane birth experience. Every woman deserves a dignified and positive birth experience that combines excellent professional medical care with an understanding of her physical and psychological needs.

The midwife's role extends across the entire continuum of care. An individual approach is achieved through support, advice and antenatal education, monitoring of the woman's physical, psychological and social well-being, and the presence of a known midwife during labour and the early postpartum period.

Secondary-level maternity units, such as the one in Našice, offer an important advantage: they usually allow continuous midwifery care, with a midwife fully dedicated to one woman. Such units are well placed to implement a midwifery model of care, and pregnant women can expect an individualised approach and a high level of commitment from staff. The intimate, family-like setting enables midwives and physicians to provide personalised care tailored to each woman's specific needs, which contributes to a greater sense of safety and comfort.

The structure and staffing of the Našice maternity unit enable a woman-centred model of care, with continuous monitoring and support throughout labour. This model results in greater satisfaction with care and greater physical and psychological relaxation. Care from a known midwife throughout all stages of labour is a key factor in reducing fear and loneliness, and thereby in increasing women's satisfaction.

Keywords: humanisation; childbirth; midwife; woman in labour; woman-centred care

Autor: *Maja Dernaj, e-pošta: majadernaj@gmail.com*

Carski rez i iskustvo poroda: kako očuvati humanizirani pristup?

Kate Vandamme-Mijović
Opća bolnica Dubrovnik, Dubrovnik, Hrvatska

Uvod: Carski rez istodobno je operativni zahvat i iskustvo rađanja koje za ženu ima osobno i emocionalno značenje. Uz sigurnost majke i djeteta, važni su očuvanje dostojanstva, razumljive informacije i podrška tijekom cijelog procesa skrbi.

Cilj: Prikazati mogućnosti očuvanja humaniziranog pristupa prije, tijekom i nakon carskog reza te istaknuti ulogu primalje u podršci ženi i povezivanju s djetetom.

Metode: Rad je stručni prikaz temeljen na pregledu literature o primaljskoj skrbi, podršci tijekom poroda i iskustvu rađanja. Razmatraju se mogućnosti primjene opisanih načela u skrbi za žene koje rađaju carskim rezom.

Rasprava: Humanizirani pristup uključuje pripremu žene za zahvat, objašnjenje očekivanih događaja i osjeta te uvažavanje njezinih pitanja, strahova i preferencija. Tijekom zahvata važni su izravno obraćanje ženi, jasna komunikacija i podrška njezinu sudjelovanju u skladu s kliničkim okolnostima. Kada stanje majke i djeteta dopušta, podržavaju se prvi susret i bliskost. U hitnim situacijama komunikacija se prilagođava raspoloživom vremenu, uz očuvanje podrške i informiranje o djetetu ako je odvajanje potrebno. Nakon zahvata skrb obuhvaća oporavak i mogućnost razgovora o iskustvu poroda.

Zaključak: Humanizirani pristup sastavni je dio sigurne i individualizirane skrbi pri carskom rezu. Primalja svojom prisutnošću, informiranjem i uvažavanjem potreba žene pridonosi očuvanju njezina dostojanstva i povezanosti s djetetom.

Ključne riječi: carski rez; iskustvo poroda; humanizirana skrb; primalja; podrška

Caesarean birth and the childbirth experience: maintaining a humanised approach

Kate Vandamme-Mijović
Dubrovnik General Hospital, Dubrovnik, Croatia

Introduction: Caesarean birth is both a surgical procedure and a childbirth experience with personal and emotional significance for the woman. Alongside maternal and neonatal safety, care should preserve dignity and provide understandable information and support throughout the process.

Aim: To present opportunities for maintaining a humanised approach before, during and after caesarean birth, and to highlight the midwife's role in supporting the woman and her connection with her baby.

Methods: This professional overview is based on a review of the literature on midwifery care, support during childbirth and women's birth experiences. It discusses how the principles described may be applied to the care of women giving birth by caesarean section.

Discussion: A humanised approach includes preparing the woman for surgery, explaining expected events and sensations, and acknowledging her questions, fears and preferences. During surgery, directly addressing the woman, communicating clearly and supporting her involvement according to clinical circumstances are essential. When maternal and neonatal conditions allow, the first meeting and closeness with the baby should be supported. In emergencies, communication is adapted to the time available while maintaining support and providing information about the baby when separation is necessary. Following surgery, care includes recovery and an opportunity to discuss the birth experience.

Conclusion: A humanised approach is an integral part of safe, individualised care during caesarean birth. Through presence, information and respect for the woman's needs, the midwife helps preserve her dignity and connection with her baby.

Keywords: caesarean birth; childbirth experience; humanised care; midwife; support

Autor: *Kate Vandamme-Mijović, e-pošta: k.vandammemijovic@gmail.com*

Humanizacija poroda i kvaliteta skrbi: kako okruženje, komunikacija i podrška oblikuju iskustvo rodilje?

Karla Babić

Klinika za ženske bolesti i porode, Klinički bolnički centar Split, Split, Hrvatska

Porod je važno fizičko i psihološko iskustvo koje može dugoročno utjecati na emocionalnu dobrobit žene, njezin osjećaj kompetentnosti i doživljaj početka majčinstva. Način na koji žena doživljava porod ne ovisi isključivo o njegovu ishodu i medicinskim postupcima, već i o osjećaju sigurnosti, poštovanja, podrške i uključenosti u donošenje odluka. Humanizacija poroda podrazumijeva pristup koji u središte skrbi stavlja ženu, njezine potrebe, vrijednosti i individualno iskustvo. Cilj je izlaganja istaknuti čimbenike koji pridonose pozitivnom iskustvu poroda te razmotriti ulogu primalje u stvaranju okruženja koje podržava fizičku i emocionalnu dobrobit rodilje.

Istraživanja pokazuju da žene pozitivno iskustvo poroda povezuju s osjećajem sigurnosti, kvalitetnom komunikacijom, emocionalnom podrškom i odnosom povjerenja sa zdravstvenim djelatnicima. Posebno su važni poštovanje dostojanstva i privatnosti, razumljivo objašnjavanje postupaka, mogućnost postavljanja pitanja te sudjelovanje u odlukama koje se odnose na porod. Sustavni kvalitativni pregledi ističu da žene cijene stručnost zdravstvenih djelatnika, ali i njihovu empatiju, dostupnost i spremnost da prepoznaju individualne potrebe rodilje (Downe i sur., 2018.; Shakibazadeh i sur., 2018.). Kontinuirana podrška tijekom poroda povezana je s većom vjerojatnošću spontanog vaginalnog poroda i manjom vjerojatnošću negativne evaluacije poroda (Bohren i sur., 2017.). Osim toga, fizičko okruženje, privatnost, mogućnost kretanja i prisutnost osobe od povjerenja također mogu pridonijeti osjećaju sigurnosti i kontrole tijekom poroda.

Primalja ima važnu ulogu u oblikovanju iskustva rodilje, ne samo kroz stručnu skrb nego i kroz interakciju s rodiljom tijekom poroda i nakon njega. Aktivno slušanje, empatična komunikacija, uvažavanje ženinih želja, traženje informiranog pristanka i pružanje kontinuirane podrške mogu pridonijeti osjećaju autonomije, povjerenja i dostojanstva. Humanizacija poroda ne znači odsutnost medicinskih intervencija, nego očuvanje individualnog pristupa i poštovanja žene u svim okolnostima. Kvalitetna skrb prepoznaje rodilju kao aktivnu sudionicu vlastitog poroda te nastoji osigurati da se, uz medicinsku sigurnost, osjeća saslušanom, podržanom i uvaženom.

Ključne riječi: humanizacija poroda; iskustvo rodilje; primaljska skrb; komunikacija; emocionalna podrška

Humanising childbirth and quality of care: how do environment, communication and support shape women's birth experience?

Karla Babić

Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospital of Split, Split, Croatia

Childbirth is an important physical and psychological experience that can have a lasting impact on a woman's emotional well-being, her sense of competence and how she experiences the beginning of motherhood. How a woman experiences childbirth depends not only on its outcome and on medical procedures, but also on her sense of safety, respect, support and involvement in decision-making. Humanising childbirth means an approach that places the woman, her needs, values and individual experience at the centre of care. This presentation aims to highlight the factors that contribute to a positive birth experience and to consider the midwife's role in creating an environment that supports the physical and emotional well-being of the woman in labour.

Research shows that women associate a positive birth experience with a sense of safety, good communication, emotional support and a trusting relationship with healthcare professionals. Respect for dignity and privacy, clear explanation of procedures, the opportunity to ask questions and participation in decisions about childbirth are particularly important. Systematic qualitative reviews emphasise that women value healthcare professionals' expertise, but also their empathy, availability and willingness to recognise each woman's individual needs (Downe et al., 2018; Shakibazadeh et al., 2018). Continuous support during labour is associated with a higher likelihood of spontaneous vaginal birth and a lower likelihood of a negative evaluation of the birth experience (Bohren et al., 2017). In addition, the physical environment, privacy, freedom of movement and the presence of a trusted companion can contribute to a sense of safety and control during childbirth.

The midwife plays an important role in shaping the woman's experience, not only through professional care but also through her interaction with the woman during and after birth. Active listening, empathetic communication, respect for the woman's wishes, seeking informed consent and providing continuous support can foster a sense of autonomy, trust and dignity. Humanising childbirth does not mean the absence of medical interventions, but preserving an individual approach and respect for the woman in all circumstances. High-quality care recognises the woman as an active participant in her own birth and seeks to ensure that, alongside medical safety, she feels heard, supported and respected.

Keywords: humanisation of childbirth; birth experience; midwifery care; communication; emotional support

Literatura / References

1. Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(7), CD003766.
2. Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O. T., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLOS ONE*, 13(4), e0194906.

3. Shakibazadeh, E., Namadian, M., Bohren, M. A., Vogel, J. P., Rashidian, A., Nogueira Pileggi, V., Madeira, S., Leathersich, S., Tunçalp, Ö., Oladapo, O. T., Souza, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2018). Respectful care during childbirth in health facilities globally: A qualitative evidence synthesis. *BJOG*, 125(8), 932–942.

Autor: *Karla Babić, e-pošta: karla.babic@kbsplit.hr*

Tko sam ja kada se ne trudim biti netko? Osobni i profesionalni identitet u sestrinstvu i primaljstvu

Vesna Gall

Klinika za ženske bolesti i porodništvo, Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Zagreb, Hrvatska

Volimo li svoj posao? Mnogi od nas itekako. Trudimo li se biti izvrsni u njemu? Itekako. Ali postoji zamka: profesija može biti izvor smisla i osobnog ostvarenja, ali i prostor dokazivanja vlastite vrijednosti. Zato se trebamo zapitati: živim li onako kako želim, prema vlastitim vrijednostima i standardima, ili onako kako drugi od mene očekuju? Cilj je predavanja razmotriti kako razumijevanje i prihvaćanje sebe oblikuju profesionalno djelovanje, težnju za izvrsnošću i odnos s osobama kojima pružamo skrb.

Svi smo postojali mnogo prije nego što smo počeli raditi. Imali smo svoju životnu priču, odnose, interese, želje i strahove. Taj dio sebe ne smijemo zaboraviti, nego mu trebamo ostaviti prostor da se i dalje razvija. Profesija nas oblikuje, ali ne obuhvaća sve što jesmo. Osobni i profesionalni život međusobno se prožimaju: u posao unosimo svoja iskustva i vrijednosti, dok nas susreti s rađanjem, bolešću, gubitkom i oporavkom osobno mijenjaju. Što za nas tada znači profesionalna izvrsnost? Kada želja da radimo kvalitetno i odgovorno postaje zahtjev da uvijek znamo, možemo i spriječimo nepovoljan ishod? Kako strah od pogreške, osude ili gubitka povjerenja pojačava potrebu za kontrolom i utječe na prihvaćanje neizvjesnosti, traženje pomoći i uvažavanje pacijentovih izbora?

Ključna poruka predavanja jest da stručno znanje o nečijem stanju ne daje automatski razumijevanje njegova osobnog iskustva. Ni slično vlastito iskustvo ne znači da znamo kako se druga osoba osjeća i što joj treba. Ono može pomoći, ali i potaknuti da drugome pripisujemo vlastite osjećaje, strahove i rješenja. Razumijevanje i prihvaćanje sebe pomažu nam prepoznati što je naše, a što pripada drugoj osobi.

Kroz primjere iz sestrinske i primaljske prakse razmotrit ćemo slušanje, razumijevanje i prisutnost u stvarnim uvjetima rada, povezujući profesionalnu izvrsnost sa znanjem, suradnjom i prihvaćanjem vlastitih granica. Što bolje prepoznajemo i prihvaćamo sebe, lakše možemo drugoj osobi ostaviti prostor da osjeća, razumije i bira drukčije od nas.

Ključne riječi: profesionalni identitet; profesionalna izvrsnost; samoprihvaćanje; sestrinstvo; primaljstvo

Who am I when I stop trying to be someone? Personal and professional identity in nursing and midwifery

Vesna Gall

Department of Obstetrics and Gynaecology, Sestre milosrdnice University Hospital Centre, Zagreb, Croatia

Do we love our work? Many of us certainly do. Do we strive to excel at it? Certainly. But there is a pitfall: our profession can be a source of meaning and personal fulfilment, but also a space for proving our own worth. We should therefore ask ourselves: am I living the way I want to, according

to my own values and standards, or the way others expect me to? This lecture aims to consider how understanding and accepting ourselves shapes our professional practice, our pursuit of excellence and our relationships with the people we care for.

We all existed long before we started working. We had our own life story, relationships, interests, desires and fears. We must not forget that part of ourselves, but should leave it room to keep growing. Our profession shapes us, but it does not encompass everything we are. Personal and professional lives are intertwined: we bring our experiences and values into our work, while encounters with birth, illness, loss and recovery change us personally. What, then, does professional excellence mean to us? When does the wish to work well and responsibly become a demand that we always know, always can and always prevent an adverse outcome? How does fear of error, judgement or loss of trust intensify our need for control and affect our acceptance of uncertainty, our willingness to seek help and our respect for patients' choices?

The key message of this lecture is that professional knowledge of a person's condition does not automatically provide an understanding of their personal experience. Nor does a similar experience of our own mean that we know how another person feels or what they need. It can help, but it can also lead us to attribute our own feelings, fears and solutions to others. Understanding and accepting ourselves helps us recognise what is ours and what belongs to the other person.

Through examples from nursing and midwifery practice, we will explore listening, understanding and presence in real working conditions, linking professional excellence with knowledge, collaboration and acceptance of our own limits. The better we recognise and accept ourselves, the more easily we can leave others room to feel, understand and choose differently from us.

Keywords: professional identity; professional excellence; self-acceptance; nursing; midwifery

Autor: *Vesna Gall, e-pošta: gall.vesna@gmail.com*

Glazba kao nefarmakološka metoda ublažavanja boli u porodu

Zdeslav Benzon

Klinika za ženske bolesti i porode, Klinički bolnički centar Split, Split, Hrvatska

Uvod: Porođajna bol i anksioznost značajno utječu na iskustvo poroda, osobito u prvorotkinja. Uz farmakološke metode ublažavanja boli, sve se veća pozornost posvećuje nefarmakološkim postupcima. Slušanje glazbe jednostavna je, neinvazivna i lako dostupna metoda koja se može primijeniti u rađaonici.

Cilj: Prikazati utjecaj slušanja glazbe na intenzitet porođajne boli i razinu anksioznosti u prvorotkinja te mogućnosti primjene ove metode u primaljskoj skrbi.

Metode: Sažetak se temelji na sustavnom pregledu s metaanalizom objavljenom 2025. godine, koji je obuhvatio devet randomiziranih kontroliranih istraživanja. Analiziran je učinak glazbenih intervencija na porođajnu bol i anksioznost tijekom vaginalnog poroda, a ishodi su procjenjivani vizualno-analognom ljestvicom (VAS).

Rezultati: Primjena glazbe bila je povezana sa statistički značajnim smanjenjem intenziteta porođajne boli u latentnoj fazi prvoga porođajnog doba i u drugom porođajnom dobu. Objedinjeni rezultati nisu potvrdili statistički značajan učinak na anksioznost. Razlike u vrsti glazbe, trajanju intervencije i metodologiji istraživanja ograničavaju pouzdanost zaključaka.

Zaključak: Slušanje glazbe može biti korisna dopunska metoda ublažavanja porođajne boli. Njezina primjena omogućuje individualiziran pristup rodilji, uz poštovanje njezinih osobnih želja i potreba. Primalja ima važnu ulogu u pružanju emocionalne potpore i stvaranju ugodnog okruženja. Glazba ne zamjenjuje standardne metode analgezije, ali može biti vrijedan dio cjelovite primaljske skrbi.

Ključne riječi: glazba; porođajna bol; anksioznost; prvorotkinje; primaljska skrb

Music as a non-pharmacological method of pain relief in childbirth

Zdeslav Benzon

Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospital of Split, Split, Croatia

Introduction: Labour pain and anxiety significantly affect the childbirth experience, particularly among first-time mothers. Alongside pharmacological pain relief, increasing attention is being paid to non-pharmacological approaches. Listening to music is a simple, non-invasive and readily accessible intervention that can be offered in the delivery room.

Aim: To present the effects of listening to music on labour pain intensity and anxiety in first-time mothers and to consider its potential application in midwifery care.

Methods: This abstract is based on a systematic review and meta-analysis published in 2025 that included nine randomised controlled trials. The studies evaluated the effects of music interventions on labour pain and anxiety during vaginal birth, and outcomes were assessed using a visual analogue scale (VAS).

Results: Music interventions were associated with statistically significant reductions in labour pain intensity during the latent phase of the first stage and during the second stage of labour. Pooled results did not demonstrate a statistically significant effect on anxiety. Differences in music selection, intervention duration and study methodology limit the certainty of these findings.

Conclusion: Listening to music may be a useful complementary approach to labour pain relief. Its use supports individualised care that respects each woman's preferences and needs. Midwives play an important role in providing emotional support and creating a comfortable birth environment. Music does not replace standard methods of analgesia, but it may be a valuable component of holistic midwifery care.

Keywords: music; labour pain; anxiety; first-time mothers; midwifery care

Literatura / References

1. Vaid, R., Fareed, A., Farhat, S., Hammoud, Z., Asif, M. I., Ochani, S., et al. (2025). Sounds of comfort: The impact of music therapy on labor pain and anxiety in primigravida women during vaginal delivery: A systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health*, 22, 67. https://doi.org/10.1186/s12978-025-02023-z

Autor: *Zdeslav Benzon, e-pošta: zdeslav.benzon@gmail.com*

Suradnja rodilišta i patronažne službe: izazovi i iskustva iz svakodnevne prakse

Dalia Meštrović

Odjel patronažne zdravstvene zaštite, Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije, Split, Hrvatska

Otpust rodilje i novorođenčeta iz rodilišta važan je prijelaz iz bolničke u izvanbolničku skrb. Patronažna sestra pruža stručnu i emocionalnu podršku obitelji, prati stanje majke i djeteta te prepoznaje potrebe koje nisu uvijek vidljive tijekom boravka u rodilištu. Sigurnost i kontinuitet skrbi ovise o pravodobnoj razmjeni informacija i usklađenom postupanju zdravstvenih djelatnika.

Cilj je izlaganja prikazati izazove suradnje rodilišta i patronažne službe na primjerima iz svakodnevne prakse te potaknuti raspravu o mogućim organizacijskim poboljšanjima. Posebna pozornost posvetit će se zakašnjelim ili nepotpunim obavijestima o otpustu, neusklađenim preporukama o dojenju i dohrani te praćenju novorođenčadi s poteškoćama hranjenja, gubitkom tjelesne mase ili žuticom. Razmotrit će se i prepoznavanje poteškoća u tjelesnom oporavku i emocionalnom stanju rodilje.

Izlaganje obuhvaća i neplanirane porode kod kuće ili na putu do rodilišta, kada zbog brzog napredovanja poroda nije moguće pravodobno stići u bolnicu. Takve situacije naglašavaju potrebu za koordinacijom hitne medicinske službe, rodilišta i patronažne službe, osobito na zemljopisno raznolikom području Splitsko-dalmatinske županije. Izazov predstavljaju i dostupnost službenih telefonskih kontakata, mogućnost izravne stručne konzultacije te organizacija nastavka skrbi vikendom i blagdanima.

Učinkovita suradnja nadilazi administrativnu razmjenu podataka. Potrebni su jasni komunikacijski kanali, potpune informacije pri otpustu, usklađene stručne preporuke i dvosmjerna komunikacija. Time se pridonosi ranom prepoznavanju rizika i sigurnijoj postnatalnoj skrbi za majku i novorođenče.

Ključne riječi: patronažna služba; rodilište; kontinuitet skrbi; međuprofesionalna suradnja; postnatalna skrb

Collaboration between maternity units and community nursing services: challenges and experiences from everyday practice

Dalia Meštrović

Community Nursing Department, Split-Dalmatia County Health Centre, Split, Croatia

Discharge from a maternity unit marks an important transition from hospital-based to community-based care for mothers and newborns. Community nurses provide professional and emotional support to families, monitor maternal and newborn health, and identify needs that may not have been apparent during hospitalisation. Safe, continuous care depends on timely information sharing and effective coordination among healthcare professionals.

This presentation aims to highlight challenges in collaboration between maternity units and community nursing services, drawing on everyday clinical practice, and to encourage discussion of potential organisational improvements. Particular attention will be given to delayed or incomplete discharge notifications, inconsistent advice on breastfeeding and supplementary feeding, and follow-up of newborns with feeding difficulties, weight loss or jaundice. Difficulties related to maternal physical recovery and emotional well-being will also be addressed.

Unplanned births at home or en route to hospital, when rapid progression of labour prevents timely arrival at a maternity unit, will also be discussed. These situations highlight the importance of coordination between emergency medical services, maternity units and community nursing services, particularly in the geographically diverse Split-Dalmatia County. Further challenges include the availability of direct professional contact numbers, opportunities for consultation and continuity of care during weekends and public holidays.

Effective collaboration extends beyond the administrative exchange of information. It requires clear communication channels, comprehensive discharge information, consistent professional recommendations and two-way communication between healthcare services. Strengthening these aspects can support early identification of risks and safer postnatal care for mothers and newborns.

Keywords: community nursing; maternity units; continuity of care; interprofessional collaboration; postnatal care

Autor: *Dalia Meštrović, e-pošta: dalia.mestrovic@dz-sdz.hr*

Neposredno zbrinjavanje nedonoščadi gestacijske dobi ispod 32 tjedna

Klara Čogelja

Zavod za neonatologiju, Klinika za ženske bolesti i porode, Klinički bolnički centar Split; Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, Hrvatska

Prijevremeni porod vodeći je uzrok novorođenačkog i dojenačkog mortaliteta i morbiditeta u svijetu. Moderna medicina svladala je brojne izazove, no incidencija prijevremenog poroda i dalje iznosi 6 – 10 %, a prema nekim podatcima udio poroda prije 28. tjedna gestacije iznosi oko 1 %. Zahvaljujući razvoju neonatologije i intenzivne skrbi za nedonoščad, povećalo se preživljenje i smanjila učestalost kroničnih posljedica u ovoj osjetljivoj i posebnoj skupini pacijenata.

Prilagodba na izvanmaternični život jedan je od najdramatičnijih trenutaka u fiziologiji čovjeka. Dok zdrava novorođenčad taj prijelaz prolazi bez liječničke pomoći ili uz minimalnu pomoć, za nedonoščad je to vrlo složen proces koji zahtijeva strukturiran multidisciplinarni pristup. Kako bi se poboljšala prognoza i smanjile kronične posljedice nedonošenosti, osmišljen je koncept takozvanog zlatnog sata, koji podrazumijeva niz znanstveno utemeljenih postupaka reanimacije i stabilizacije neposredno nakon prijevremenog poroda.

Nedonoščad gestacijske dobi ispod 32 tjedna osobito je osjetljiva na poremećaje prilagodbe iz intrauterinog u ekstrauterini život. Nezrelost pluća, središnjega živčanog sustava, kože, cirkulacije i metabolizma povećava rizik od respiracijskih, hemodinamskih i metaboličkih komplikacija. Zbrinjavanje nedonoščadi započinje prenatalno: pravodobnim prepoznavanjem prijetećeg prijevremenog poroda, primjenom tokolize, magnezijeva sulfata i kortikosteroida kada je to moguće, a ponajprije transportom in utero u tercijarni ili kvartarni centar u kojem dijete može biti odgovarajuće zbrinuto.

Nedonoščad ispod 32. tjedna heterogena je skupina pacijenata. Preživljenje nedonoščadi rođene nakon 28. tjedna gestacije ne bi trebalo biti upitno, dok je ekstremno nezrela nedonoščad rođena prije 28. tjedna skupina koja neonatolozima predstavlja poseban izazov. Objema skupinama pripadaju djeca vrlo niske i ekstremno niske porođajne mase, no prognoza ovisi prvenstveno o zrelosti, a ne o samoj tjelesnoj masi.

Čimbenici povezani s nedonošenošću uključuju funkcionalnu i strukturnu nezrelost pluća, nedostatak autoregulacijskih mehanizama, osjetljivost germinativnog matriksa, nezrelost centra za disanje, zbog koje su nedonoščad sklona apnejama, nerazvijenost epidermisa te veliku površinu kože u odnosu na tjelesnu masu, zbog čega brzo gube tjelesnu toplinu. Postupci zlatnog sata usmjereni su na reanimaciju i stabilizaciju, uzimajući u obzir navedene osobitosti fiziologije nedonoščadi.

Odgođeno klemanje pupkovine (30 – 60 sekundi) poboljšava krvni tlak, smanjuje potrebu za vazopresorima i kasnijom transfuzijom eritrocita te smanjuje rizik od nekrotizirajućeg enterokolitisa (NEK) i intraventrikularnog krvarenja (IVH). Aeracija pluća deprimiranog nedonoščeta prije odvajanja od pupkovine poboljšava srčanu akciju, povećava plućni protok i poboljšava cerebralnu i sistemsku oksigenaciju.

Kako bi se spriječio gubitak topline, nedonošče se bez sušenja zamata u plastičnu (polietilensku ili poliuretansku) vrećicu. Svaki stupanj tjelesne temperature ispod 36 °C smanjuje preživljenje za 28 %. Potpora disanju započinje s pet inflacijskih upuha kako bi se postigao funkcionalni rezidualni kapacitet pluća. Rani nCPAP u rađaonici postao je zlatni standard u mnogim zemljama jer smanjuje potrebu za intubacijom, održava prohodnost dišnih putova, sprječava kolaps alveola i poboljšava plućnu popustljivost. Primjenjuje se tlak od 5 cm H_2O kako bi se izbjegao pneumotoraks.

U reanimaciji nedonoščadi ispod 28 tjedana primjenjuje se početna koncentracija kisika od 30 %. Ta skupina često, ponajprije zbog apneja, zahtijeva intubaciju i primjenu surfaktanta. Postavljanje središnjeg venskog katetera omogućuje ranu parenteralnu prehranu kako bi se spriječili hipoglikemija i katabolizam, a primjenjuju se i profilaksa gljivičnih infekcija, antibiotici i kofein-citrat.

Izlaganje će biti usmjereno na neposredno zbrinjavanje nedonoščadi ispod 32 tjedna gestacijske dobi uz prikaz stvarnih slučajeva. Bit će opisani postupci u prvom satu života, o kojima uvelike ovisi prognoza nedonoščadi. Cilj nije samo povećati preživljenje vrlo nezrele i ekstremno nezrele nedonoščadi, nego zajedničkim naporima smanjiti kronične posljedice i omogućiti im kvalitetan i funkcionalan život.

Ključne riječi: nedonoščad; zlatni sat; reanimacija novorođenčeta; odgođeno klemanje pupkovine; nCPAP

Immediate care of preterm infants born before 32 weeks of gestation

Klara Čogelja

Division of Neonatology, Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospital of Split; University of Split School of Medicine, Split, Croatia

Preterm birth is a leading cause of neonatal and infant mortality and morbidity worldwide. Although modern medicine has overcome numerous challenges, the incidence of preterm birth remains 6–10%, and according to some estimates approximately 1% of births occur before 28 weeks of gestation. Advances in neonatology and neonatal intensive care have improved survival and reduced the incidence of long-term complications in this vulnerable and unique patient population.

The transition to extrauterine life is one of the most dramatic events in human physiology. While healthy newborns undergo this transition with little or no medical assistance, for preterm infants it is a highly complex process requiring a structured, multidisciplinary approach. To improve outcomes and reduce the long-term consequences of prematurity, the concept of the so-called golden hour has been developed: a series of evidence-based resuscitation and stabilisation procedures performed immediately after preterm birth.

Preterm infants born before 32 weeks of gestation are particularly vulnerable to disturbances in the transition from intrauterine to extrauterine life. Immaturity of the lungs, central nervous system, skin, circulation and metabolism increases the risk of respiratory, haemodynamic and metabolic complications. Care begins before birth with the timely recognition of threatened pre-

term birth, the administration of tocolytics, magnesium sulfate and antenatal corticosteroids whenever feasible, and, most importantly, in utero transfer to a tertiary or quaternary centre where the infant can receive appropriate care.

Infants born before 32 weeks are a heterogeneous patient population. Survival of infants born after 28 weeks of gestation should not be in question, whereas extremely preterm infants born before 28 weeks are a group that presents particular challenges for neonatologists. Both groups include infants with very low and extremely low birth weight; however, prognosis depends primarily on maturity rather than on birth weight alone.

Factors associated with prematurity include functional and structural lung immaturity, deficient autoregulatory mechanisms, vulnerability of the germinal matrix, immaturity of the respiratory centre, which predisposes these infants to apnoea, an underdeveloped epidermis and a large skin surface area relative to body mass, resulting in rapid heat loss. Golden hour interventions focus on resuscitation and stabilisation while taking these physiological characteristics into account.

Delayed umbilical cord clamping (30–60 seconds) improves blood pressure, reduces the need for vasopressors and subsequent red blood cell transfusions, and decreases the risk of necrotising enterocolitis (NEC) and intraventricular haemorrhage (IVH). Lung aeration in a non-vigorous preterm infant before cord clamping improves heart rate, increases pulmonary blood flow and improves cerebral and systemic oxygenation.

To prevent heat loss, the preterm infant is placed without drying in a plastic (polyethylene or polyurethane) bag. Each degree of body temperature below 36 °C reduces survival by 28%. Respiratory support begins with five inflation breaths to establish functional residual capacity. Early nasal continuous positive airway pressure (nCPAP) in the delivery room has become the standard of care in many countries because it reduces the need for intubation, maintains airway patency, prevents alveolar collapse and improves lung compliance. A pressure of 5 cm H_2O is used to avoid pneumothorax.

For infants born before 28 weeks, an initial oxygen concentration of 30% is used during resuscitation. This group frequently requires intubation and surfactant administration, mainly because of apnoea. Placement of a central venous catheter enables early parenteral nutrition to prevent hypoglycaemia and catabolism, and antifungal prophylaxis, antibiotics and caffeine citrate are also administered.

This presentation will focus on the immediate care of preterm infants born before 32 weeks of gestation, illustrated by real clinical cases. The procedures performed during the first hour of life, on which the prognosis of these infants largely depends, will be described. The goal is not only to improve the survival of very and extremely preterm infants, but also, through joint efforts, to reduce long-term complications and enable them to have a good-quality, functional life.

Keywords: preterm infants; golden hour; neonatal resuscitation; delayed cord clamping; nCPAP

Literatura / References

1. Sharma, D. (2017). Golden hour of neonatal life: Need of the hour. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology*, 3, 16. https://doi.org/10.1186/s40748-017-0057-x

2. Sharma, D. (2017). Golden 60 minutes of newborn's life: Part 1: Preterm neonate. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(22), 2716–2727. https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1261398

Autor: *Klara Čogelja, e-pošta: klara.cogelja@yahoo.com*

„Elija Sótera“



SLOBODNA PRIOPĆENJA

(sažetci)

Predznanje trudnica o prenatalnom probiru na kromosomopatije ploda i utjecaj edukacijske intervencije na stav i odluku

Mirela Grčić
Poliklinika Hormona – centar za žensko zdravlje, Split, Hrvatska

Uvod: Prenatalni probir na kromosomopatije ploda sastavni je dio suvremene perinatologije. U svakodnevnom radu najčešće se primjenjuju kombinirani test i neinvazivno prenatalno testiranje (NIPT, engl. *non-invasive prenatal testing*). Znanje trudnica o stvarnim mogućnostima i ograničenjima probirnih testova te o njihovu odnosu prema dijagnostičkim metodama (amniocenteza, biopsija korionskih resica) ključan je čimbenik u donošenju osobne odluke, a razgovor s ginekologom i primaljom u tome ima veliku važnost.

Cilj: Ispitati predznanje trudnica o prenatalnim probirnim testovima na kromosomopatije ploda i utjecaj edukacijske intervencije na donošenje osobne odluke.

Metode: Trudnice su anketu o prenatalnim probirnim testovima ispunjavale dva puta: a) nakon prvog pregleda u trudnoći, prije razgovora o mogućnostima probira, i b) u trenutku donošenja odluke, odnosno nakon edukacijske intervencije ginekologa i primalje, a najmanje četiri tjedna nakon prvog anketiranja. Istraživanje je provedeno u Poliklinici Hormona u Splitu 2026. godine. U analizi podataka korišteni su McNemarov test za zavisne uzorke i hi-kvadrat test, uz razinu statističke značajnosti $p < 0,05$.

Rezultati: Prvu je anketu ispunilo 38 trudnica, a drugu 22. Nakon edukacije 55 % trudnica, tri puta više nego u prvoj anketi, ispravno je prepoznalo da kombinirani test i NIPT imaju isti cilj ($p < 0,01$). Razgovor s ginekologom i primaljom nije značajno promijenio visok udio trudnica koje su vjerovale da NIPT otkriva „sve anomalije ploda“, ali se udio odgovora „ne znam“ i „nisam sigurna“ granično značajno smanjio (36,3 % vs. 9,1 %). Na pitanje o mogućoj štetnosti NIPT-a za trudnoću ispravno je odgovorilo 73 % trudnica prije i 81 % nakon edukacije. Porast udjela netočnih odgovora prema kojima NIPT otkriva kromosomopatije pouzdanije od amniocenteze (4,5 % vs. 27,3 %), kao i porast udjela točnih odgovora (27,3 % vs. 40,9 %), nisu bili statistički značajni. Granično značajno smanjenje udjela neodlučnih trudnica u tom pitanju (68,2 % vs. 31,8 %) ostavlja širok prostor za doradu komunikacijskog protokola. Trudnice su i prije i nakon edukacije ispravno prepoznale ograničene mogućnosti ultrazvuka u probiru na kromosomopatije ploda, a velika većina ispitanica u objema anketama (95,5 % i 90,1 %) točno je prepoznala NIPT kao probirni test. U prvoj anketi 72,7 % trudnica izjasnilo se da će odluku donijeti nakon razgovora s osobljem Poliklinike. Edukacijska intervencija statistički je značajno povećala udio trudnica koje su se odlučile za jedan od probirnih testova ($p = 0,03$).

Zaključak: Edukacijska intervencija ginekologa i primalje ima važnu ulogu u donošenju konačne odluke, odnosno u optimalnom izboru među ponuđenim mogućnostima u skladu sa željama i svjetonazorom svake trudnice. Sustav, ustanove i pojedinci imaju odgovornost i priliku osmisliti kvalitetne edukacijske protokole i kontinuirano ih dorađivati, a rezultati ovakvih istraživanja u tome mogu pružiti konkretnu pomoć.

Ključne riječi: prenatalni probir; NIPT; kombinirani test; edukacijska intervencija

Pregnant women's baseline knowledge of prenatal screening for fetal chromosomal abnormalities and the impact of an educational intervention on attitudes and decision-making

Mirela Grčić

Hormona Polyclinic – Women's Health Centre, Split, Croatia

Introduction: Prenatal screening for fetal chromosomal abnormalities is an integral part of contemporary perinatal care. The combined first-trimester test and non-invasive prenatal testing (NIPT) are the most commonly used tools in routine practice. Pregnant women's knowledge of the actual capabilities and limitations of screening tests, and of their relationship to diagnostic procedures (amniocentesis, chorionic villus sampling), is a key determinant of individual decision-making, and consultations with gynaecologists and midwives play an important role in this process.

Aim: To assess pregnant women's baseline knowledge of prenatal screening tests for fetal chromosomal abnormalities and the impact of an educational intervention on individual decision-making.

Methods: Pregnant women completed a questionnaire on prenatal screening tests at two time points: (a) after their first pregnancy consultation, before discussion of the screening options, and (b) at the time of decision-making, after an educational intervention by a gynaecologist and a midwife and at least four weeks after the first questionnaire. The study was conducted at Hormona Polyclinic in Split in 2026. The McNemar test for paired samples and the chi-square test were used, with statistical significance set at $p < 0.05$.

Results: The first questionnaire was completed by 38 pregnant women and the second by 22. After the intervention, 55% of respondents correctly recognised that the combined test and NIPT share the same aim, a threefold increase compared with the first questionnaire ($p < 0.01$). Consultations with the gynaecologist and midwife did not significantly change the high proportion of women who believed that NIPT detects "all fetal abnormalities", although the proportion answering "I don't know" or "I'm not sure" decreased with borderline significance (36.3% vs. 9.1%). The question on the possible harmful effects of NIPT on pregnancy was answered correctly by 73% of women before and 81% after the intervention. The increase in incorrect answers stating that NIPT detects chromosomal abnormalities more reliably than amniocentesis (4.5% vs. 27.3%), as well as the increase in correct answers (27.3% vs. 40.9%), was not statistically significant. The borderline significant decrease in undecided respondents on this question (68.2% vs. 31.8%) leaves conside-

rable scope for improving the communication protocol. Both before and after the intervention, women correctly recognised the limited role of ultrasound in screening for fetal chromosomal abnormalities, and the vast majority in both questionnaires (95.5% and 90.1%) correctly identified NIPT as a screening test. In the first questionnaire, 72.7% of women stated that they would decide after consulting the Polyclinic staff. The educational intervention significantly increased the proportion of women who opted for one of the screening tests ($p = 0.03$).

Conclusion: An educational intervention by gynaecologists and midwives plays an important role in final decision-making, that is, in an optimal choice among the available options in line with each woman's wishes and values. Healthcare systems, institutions and individual professionals have both the responsibility and the opportunity to develop high-quality educational protocols and refine them continuously, and the results of studies such as this one can offer practical support.

Keywords: prenatal screening; NIPT; combined test; educational intervention

Autor: *Mirela Grčić, e-pošta: mirela.grcic@hormona.hr*

Ljubav pod pritiskom: izazovi profesionalnog izgaranja i preopterećenosti u modernom primaljstvu

Kristina Gavranić

Klinika za ženske bolesti i porode, Klinički bolnički centar Split, Split, Hrvatska

Primaljstvo je profesija utemeljena na stručnosti, odgovornosti, empatiji i podršci ženi tijekom trudnoće, poroda i postpartalnog razdoblja. Međutim, suvremeno primaljstvo obilježavaju sve veći profesionalni zahtjevi, nedostatak osoblja, smjenski i noćni rad, emocionalno opterećenje te potreba za brzim donošenjem odluka u nepredvidivim kliničkim situacijama.

Dugotrajna izloženost takvim uvjetima može pridonijeti kroničnom stresu, emocionalnoj iscrpljenosti i profesionalnom izgaranju. Znanstvena istraživanja upozoravaju na važnost organizacijskih čimbenika u očuvanju dobrobiti primalja te upućuju na povezanost radnog opterećenja s pojedinim aspektima pružanja skrbi i ishodima poroda.

Preopterećenost primalja nije samo pitanje zadovoljstva zaposlenika, nego i pitanje kvalitete i sigurnosti zdravstvene skrbi. Posebno se ističe etička dimenzija profesionalne odgovornosti u situacijama kada raspoloživi ljudski i organizacijski resursi ne omogućuju pružanje skrbi u skladu s profesionalnim standardima.

Cilj je predavanja prikazati izazove profesionalnog izgaranja i preopterećenosti u modernom primaljstvu, istaknuti važnost odgovarajuće organizacije rada, kadrovske popunjenosti, timske podrške i prevencije profesionalnog stresa te naglasiti potrebu za sustavnim pristupom zaštiti primalja i sigurnosti rodilja i novorođenčadi.

Ključne riječi: primaljstvo; profesionalno izgaranje; radno opterećenje

Love under pressure: the challenges of burnout and work overload in modern midwifery

Kristina Gavranić

Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospital of Split, Split, Croatia

Midwifery is a profession founded on expertise, responsibility, empathy and support for women during pregnancy, childbirth and the postpartum period. However, modern midwifery is marked by growing professional demands, staff shortages, shift and night work, emotional strain and the need to make rapid decisions in unpredictable clinical situations.

Prolonged exposure to such conditions can contribute to chronic stress, emotional exhaustion and burnout. Research highlights the importance of organisational factors in protecting midwives' well-being and points to links between workload and certain aspects of care provision and birth outcomes.

Midwives' work overload is not only a matter of staff satisfaction, but also a matter of the quality and safety of healthcare. Particular emphasis is placed on the ethical dimension of professional responsibility in situations where the available human and organisational resources do not allow care to be provided in line with professional standards.

This lecture aims to present the challenges of burnout and work overload in modern midwifery, to highlight the importance of appropriate work organisation, adequate staffing, team support and the prevention of occupational stress, and to emphasise the need for a systematic approach to protecting midwives and ensuring the safety of women and newborns.

Keywords: midwifery; burnout; workload

Autor: *Kristina Gavranić, e-pošta: kristina.gavranic@kbsplit.hr*

Povezanost poteškoća s dojenjem, socijalne podrške i pojave baby bluesa u ranom postpartalnom razdoblju

Katija Sessa

Mentorica: Matea Dolić

Uvod: Babinje je razdoblje nakon poroda tijekom kojeg se žensko tijelo postupno vraća u stanje prije trudnoće, a obilježeno je brojnim fizičkim, emocionalnim i psihološkim promjenama. Žene u postpartalnom razdoblju često se susreću s poteškoćama u dojenju, dok se socijalna podrška ističe kao važan čimbenik emocionalne prilagodbe. Baby blues blag je oblik postpartalnih emocionalnih smetnji, obilježen promjenama raspoloženja, pojačanom plačljivošću te osjećajima tuge i tjeskobe.

Cilj: Ispitati povezanost poteškoća s dojenjem i intenziteta baby bluesa u ranom postpartalnom razdoblju, s posebnim naglaskom na ulogu socijalne podrške kod rodilja u Republici Hrvatskoj.

Metode: U istraživanju su sudjelovale majke u postpartalnom razdoblju koje su dobrovoljno pristale na sudjelovanje u anonimnom mrežnom anketnom istraživanju. Podatci su obrađeni u programu IBM SPSS Statistics deskriptivnim i inferencijalnim statističkim metodama, uz razinu statističke značajnosti $p < 0,05$.

Rezultati: U istraživanju je sudjelovalo 1378 ispitanica. Poteškoće s dojenjem u prvih 14 dana nakon poroda imalo je 79,32 % ispitanica, a najčešće su bile bolne i oštećene bradavice (25,7 %) te poteškoće s prihvatom dojke (25,6 %). Osjećaji povezani s baby bluesom najčešće su umjereno utjecali na svakodnevno funkcioniranje (35,92 %), kod 27,07 % ispitanica utjecaj je bio blag, kod 24,46 % značajan, a kod 9,43 % nije zabilježen. Simptomi su najčešće trajali dulje od 14 dana (47,82 %), zatim 8 – 14 dana (29,09 %), 3 – 7 dana (10,89 %), a kraće od 3 dana kod 7,84 % ispitanica. Većina rodilja (69,23 %) imala je osobu kojoj se mogla povjeriti, najčešće partnera (45,3 %), članove obitelji (28,5 %) ili patronažnu sestru (11,6 %). Takvu je osobu povremeno imalo 21,55 % ispitanica, a 9,22 % nije imalo takvu podršku. Nedostatak socijalne podrške značajno je utjecao na emocionalne poteškoće kod 18,94 % ispitanica, djelomično kod 33,31 %, kod 25,18 % nije imao utjecaja, a 22,57 % nije bilo sigurno u njegov utjecaj. Višerotkinje i rodilje koje su rodile vaginalno doživljavale su statistički značajno niži intenzitet baby bluesa od prvorotkinja i rodilja koje su rodile carskim rezom.

Zaključak: Poteškoće s dojenjem i emocionalno opterećenje povezani su s višim intenzitetom simptoma baby bluesa, a viša razina emocionalne i praktične podrške s nižim intenzitetom simptoma. Istraživanje potvrđuje važnost pravodobnog prepoznavanja emocionalnih poteškoća kod rodilja te osiguravanja dostupne stručne i emocionalne pomoći u postpartalnom razdoblju.

Ključne riječi: baby blues; dojenje; postpartalno razdoblje; socijalna podrška

The relationship between breastfeeding difficulties, social support and the occurrence of baby blues in the early postpartum period

Katija Sessa

Supervisor: Matea Dolić

Introduction: The postpartum period is the time after childbirth during which a woman's body gradually returns to its pre-pregnancy state, and it is characterised by numerous physical, emotional and psychological changes. Women in the postpartum period often face breastfeeding difficulties, while social support stands out as an important factor in emotional adjustment. Baby blues is a mild form of postpartum emotional disturbance characterised by mood changes, increased tearfulness and feelings of sadness and anxiety.

Aim: To examine the association between breastfeeding difficulties and the intensity of baby blues in the early postpartum period, with particular emphasis on the role of social support among postpartum women in the Republic of Croatia.

Methods: Participants were mothers in the postpartum period who voluntarily agreed to take part in an anonymous online survey. Data were analysed in IBM SPSS Statistics using descriptive and inferential statistical methods, with the level of statistical significance set at $p < 0.05$.

Results: A total of 1,378 women took part in the study. Breastfeeding difficulties during the first 14 days after birth were reported by 79.32% of participants, most commonly sore and damaged nipples (25.7%) and latching problems (25.6%). Feelings associated with baby blues most commonly had a moderate impact on daily functioning (35.92%); the impact was mild in 27.07% of participants, significant in 24.46% and absent in 9.43%. Symptoms most commonly lasted longer than 14 days (47.82%), followed by 8–14 days (29.09%), 3–7 days (10.89%) and less than 3 days (7.84%). Most women (69.23%) had someone they could confide in, most often their partner (45.3%), family members (28.5%) or a community nurse (11.6%). Such support was available occasionally to 21.55% of participants, while 9.22% had no such support. Lack of social support had a significant impact on emotional difficulties in 18.94% of participants and a partial impact in 33.31%, no impact in 25.18%, and 22.57% were unsure of its effect. Multiparous women and those who gave birth vaginally experienced a statistically significantly lower intensity of baby blues than primiparous women and those who gave birth by caesarean section.

Conclusion: Breastfeeding difficulties and emotional burden were associated with a higher intensity of baby blues symptoms, and a higher level of emotional and practical support with a lower intensity. The study confirms the importance of timely recognition of emotional difficulties in postpartum women and of ensuring accessible professional and emotional support during the postpartum period.

Keywords: baby blues; breastfeeding; postpartum period; social support

Autor: *Katija Sessa, e-pošta: katija.sessa@kbsplit.hr*

Kontinuitet primaljske skrbi u Hrvatskoj: od pripreme za trudnoću do babinja

Blaženka Sumpor; Martina Podvorec; Ivana Jerbić

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Zagreb, Hrvatska

Skrb za ženu ne bi trebala biti ograničena na pojedine faze zdravstvene zaštite, nego bi se trebala temeljiti na kontinuiranom, individualiziranom i humanom pristupu: od začeća, tijekom trudnoće i poroda, do oporavka nakon poroda i prilagodbe na majčinstvo, pa i nakon povratka u vlastiti dom.

Kontinuitet primaljske skrbi temelj je kvalitetne, sigurne i na ženu usmjerene zdravstvene zaštite. Razdoblje od pripreme za trudnoću do poroda i babinja donosi brojne tjelesne, emocionalne i socijalne promjene, zbog čega je važno da žena tijekom cijelog tog puta ima dostupnu stručnu podršku, osjećaj sigurnosti i povjerenje u zdravstvene djelatnike.

Primalja ima važnu ulogu u praćenju i pružanju podrške prije trudnoće, tijekom trudnoće i poroda te u babinju. Ipak, kontinuirana primaljska skrb u Hrvatskoj još nije u potpunosti uspostavljena kao organizirani model koji bi ženi omogućio povezanu i neprekinutu skrb kroz sve navedene faze.

Posebno osjetljivo razdoblje nastupa nakon otpusta iz rodilišta, kada se majka oporavlja od poroda, upoznaje potrebe novorođenčeta i prilagođava se novoj životnoj ulozi. Tada patronažna skrb ima neprocjenjivu važnost. Uključivanje primalje u skrb u domu obitelji omogućilo bi individualizirano praćenje oporavka majke i novorođenčeta, stručnu podršku pri dojenju, edukaciju o njezi i razvoju novorođenčeta te pravodobno prepoznavanje mogućih komplikacija i emocionalnih teškoća. Kontinuitet skrbi pridonosi stvaranju odnosa povjerenja, osnaživanju majke i boljoj prilagodbi cijele obitelji.

Važeći Plan i program mjera zdravstvene zaštite prepoznaje prvostupnice i magistre primaljstva kao moguće izvršiteljice patronažne zaštite trudnica, babinjača i novorođenčadi. Stoga je važno dodatno osvijestiti mogućnosti njihove uloge te razvijati organizacijske modele koji će omogućiti kvalitetniju povezanost bolničke i izvanbolničke skrbi.

Cilj je rada istaknuti važnost razvoja kontinuirane primaljske skrbi u Hrvatskoj, s posebnim naglaskom na patronažnu skrb tijekom babinja, te potaknuti stručnu raspravu o modelu u kojem bi primalja pratila ženu od pripreme za trudnoću do poroda, oporavka i ranog roditeljstva.

Ključne riječi: primaljska skrb; kontinuitet skrbi; babinje; patronažna skrb

Continuity of midwifery care in Croatia: from preconception to the puerperium

Blaženka Sumpor; Martina Podvorec; Ivana Jerbić

Sestre milosrdnice University Hospital Centre, Zagreb, Croatia

Care for women should not be limited to individual stages of healthcare, but should be based on a continuous, individualised and humane approach: from conception, through pregnancy and childbirth, to recovery after birth and adjustment to motherhood, and even after the return home.

Continuity of midwifery care is the foundation of high-quality, safe and woman-centred healthcare. The period from preparation for pregnancy to childbirth and the puerperium brings numerous physical, emotional and social changes, so it is important that women have access to professional support, a sense of safety and trust in healthcare professionals throughout this journey.

Midwives play an important role in monitoring and supporting women before pregnancy, during pregnancy and childbirth, and in the puerperium. However, continuous midwifery care in Croatia has not yet been fully established as an organised model that would provide women with connected and uninterrupted care across all these stages.

A particularly sensitive period begins after discharge from the maternity unit, when the mother is recovering from birth, getting to know her newborn's needs and adjusting to her new role. At this point, community care is invaluable. Involving midwives in home-based care would allow individualised monitoring of maternal and newborn recovery, professional breastfeeding support, education on newborn care and development, and timely recognition of possible complications and emotional difficulties. Continuity of care helps build trusting relationships, empower mothers and support the adjustment of the whole family.

The current national Plan and Programme of Healthcare Measures recognises midwives with bachelor's and master's degrees as possible providers of community care for pregnant women, postpartum women and newborns. It is therefore important to raise awareness of the potential of their role and to develop organisational models that will better connect hospital and community care.

The aim of this paper is to highlight the importance of developing continuous midwifery care in Croatia, with particular emphasis on community care during the puerperium, and to encourage professional discussion of a model in which a midwife would accompany a woman from preconception through childbirth, recovery and early parenthood.

Keywords: midwifery care; continuity of care; puerperium; community care

Autori: *Blaženka Sumpor (e-pošta: blazenka.sumpor@kbcsm.hr), Martina Podvorec, Ivana Jerbić*

Primalja izvan rađaonice: „Sve ono što radimo kada ne hvatamo bebe“

Antonija Prlenda

Klinika za ženske bolesti i porode, Klinički bolnički centar Split, Split, Hrvatska

Kada se spomene profesija primalje, većina javnosti, ali i zdravstvenih djelatnika, zamišlja isključivo rađaonicu, čin poroda i novorođenčad. Međutim, rad primalja na specijaliziranim ginekološkim odjelima, posebice na ginekološkoj onkologiji i uroginekologiji, ključan je, ali često nevidljiv stup cjelokupne zdravstvene skrbi. Cilj je rada razbiti duboko ukorijenjenu predrasudu da je Klinika za ženske bolesti i porode samo „rodilište“ te prikazati stvarni opseg, autonomiju i vrijednost primaljskog rada izvan rađaonice.

Kroz visoko organiziran proces koji obuhvaća administrativno-klinički prijam, temeljitu prijeoperacijsku pripremu, intenzivan poslijeoperacijski nadzor te ranu mobilizaciju pacijentica, primalja uz bolesnički krevet izgrađuje odnos dubokog povjerenja. U tom sigurnom prostoru strukturirana primaljska edukacija o promjeni životnih navika, njezi i pravilnom izvođenju vježbi mišića zdjeličnog dna prestaje biti usputni administrativni korak i postaje učinkovit terapijski postupak.

Stručni pokazatelji potvrđuju vrijednost ovakvog pristupa: kod pacijentica osnaženih edukacijom prijeoperacijska anksioznost smanjuje se sa 7,8 na 3,5, a duljina hospitalizacije s prosječnih 5,4 na 3,8 dana. Time se, uz značajno smanjenje rizika od bolničkih infekcija, ostvaruju i znatne uštede za zdravstveni sustav.

Zaključno, rad naglašava nužnost cjeloživotnog obrazovanja primalja i praćenja medicine utemeljene na dokazima. Tek uz puni stručni autoritet i činjenično potkrijepljeno znanje primalje postaju istinske čuvarice ishoda operacijskog liječenja i nositeljice vizije o otvaranju samostalnih primaljskih savjetovališta koja ženama trajno vraćaju kontrolu nad vlastitim tijelom i životom.

Ključne riječi: primaljska autonomija; ginekološka onkologija; uroginekologija; edukacija pacijentica; rehabilitacija zdjeličnog dna

The midwife outside the delivery room: “Everything we do when we are not catching babies”

Antonija Prlenda

Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospital of Split, Split, Croatia

When the midwifery profession is mentioned, most of the public, and many healthcare professionals, picture only the delivery room, the act of birth and newborns. However, the work of midwives in specialised gynaecological departments, particularly gynaecological oncology and urogynaecology, is a crucial but often invisible pillar of comprehensive healthcare. This paper aims

to challenge the deeply rooted assumption that the Department of Obstetrics and Gynaecology is merely a “maternity unit” and to present the actual scope, autonomy and value of midwifery work outside the delivery room.

Through a highly organised process that includes administrative and clinical admission, thorough preoperative preparation, intensive postoperative monitoring and early mobilisation of patients, the midwife at the bedside builds a relationship of deep trust. Within this safe space, structured midwifery education on lifestyle change, care and correct pelvic floor muscle training ceases to be an incidental administrative step and becomes an effective therapeutic intervention.

Professional indicators confirm the value of this approach: in patients empowered through education, preoperative anxiety falls from 7.8 to 3.5, and length of hospital stay is shortened from an average of 5.4 to 3.8 days. Together with a significant reduction in the risk of hospital-acquired infections, this also brings considerable savings for the healthcare system.

In conclusion, the paper emphasises the need for lifelong learning among midwives and for following evidence-based medicine. Only with full professional authority and evidence-based knowledge do midwives become true guardians of surgical treatment outcomes and bearers of the vision of independent midwifery counselling services that permanently restore women’s control over their own bodies and lives.

Keywords: midwifery autonomy; gynaecological oncology; urogynaecology; patient education; pelvic floor rehabilitation

Autor: *Antonija Prlenda, e-pošta: antonija.prlenda@kbsplit.hr*

Prikaz slučaja perinatalnog ishoda trudnoće s novootkrivenim karcinomom debelog crijeva

Tina Vukorepa

Fakultet zdravstvenih znanosti Sveučilišta u Splitu, Split, Hrvatska

Mentorica: Sandra Benzon

Dijagnoza karcinoma debelog crijeva u trudnoći ostaje klinički izazov jer se njegovi nespecifični simptomi preklapaju s tegobama u trudnoći, pa se često ne dijagnosticira odmah. Kemoterapija, koja se uz kirurško liječenje primjenjuje u liječenju karcinoma debelog crijeva, u trudnoći pokazuje minimalne kratkoročne učinke na majku i fetus, dok dugoročni učinci još nisu poznati. Djecu koja su in utero bila izložena kemoterapeuticima potrebno je pratiti zbog mogućeg utjecaja, prije svega na razvoj živčanog sustava. Cilj je rada prikazati perinatalni ishod i postupke koje primalja provodi pri prijmu, planiranju, provođenju i evaluaciji zdravstvene njege pacijentice s novootkrivenim karcinomom debelog crijeva u drugom tromjesečju trudnoće.

Ključne riječi: karcinom debelog crijeva; kemoterapija; trudnoća

Case report of the perinatal outcome of a pregnancy with newly diagnosed colorectal cancer

Tina Vukorepa

University of Split, Faculty of Health Sciences, Split, Croatia

Supervisor: Sandra Benzon

The diagnosis of colorectal cancer in pregnancy remains a clinical challenge because its nonspecific symptoms overlap with common pregnancy complaints, so it is often not diagnosed promptly. Chemotherapy, used alongside surgery in the treatment of colorectal cancer, shows minimal short-term effects on the mother and fetus when given during pregnancy, while its long-term effects are not yet known. Children exposed to chemotherapeutic agents in utero need to be followed up because of possible effects, primarily on the development of the nervous system. The aim of this paper is to present the perinatal outcome and the procedures the midwife carries out during the admission, planning, implementation and evaluation of nursing care for a patient with newly diagnosed colorectal cancer in the second trimester of pregnancy.

Keywords: colorectal cancer; chemotherapy; pregnancy

Autor: *Tina Vukorepa, e-pošta: vukorepatina1@gmail.com*

Primarna prevencija raka vrata maternice: uloga medicinskih sestara u edukaciji, provođenju Papa-testa i prevenciji HPV infekcije

Sanja Jelić
Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije, Split, Hrvatska

Rak vrata maternice jedan je od vodećih uzroka smrti od raka u žena, a u velikoj se mjeri može spriječiti redovitim ginekološkim pregledima, pravodobnim Papa-testom te cijepljenjem protiv humanog papiloma virusa (HPV).

Papa-test temelji se na citološkoj analizi stanica vrata maternice uzetih iz zone transformacije. Nalaz može pokazati uredan citološki obrazac, upalne ili reaktivne promjene, znakove infekcije ili abnormalnosti plošnih i žlijezdanih stanica.

Medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti žena imaju ključnu ulogu u edukaciji žena o važnosti pravodobnog obavljanja testa i načinu pripreme za test, ali i o spolno odgovornom ponašanju i cijepljenju protiv HPV-a. Poseban je naglasak na važnosti komunikacijskih vještina medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti žena.

Medicinske sestre često su prvi kontakt s pacijenticama te imaju važnu ulogu u stvaranju povjerenja, smanjenju anksioznosti i motiviranju žena na redovite ginekološke preglede i probire, kao i u donošenju odluke o cijepljenju. Empatijom, jasnim objašnjavanjem postupaka i pružanjem podrške medicinske sestre značajno pridonose većem odazivu na Papa-test i cijepljenje protiv HPV-a.

Ključne riječi: Papa-test; HPV; prevencija; edukacija; probir

Primary prevention of cervical cancer: the role of nurses in patient education, Pap testing and HPV infection prevention

Sanja Jelić
Split-Dalmatia County Health Centre, Split, Croatia

Cervical cancer remains one of the leading causes of cancer-related death among women, yet it is largely preventable through regular gynaecological examinations, timely Pap testing and vaccination against human papillomavirus (HPV).

The Pap test is based on the cytological analysis of cells collected from the transformation zone of the cervix. Results may show normal cytology, inflammatory or reactive changes, signs of infection, or abnormalities of squamous and glandular cells.

Nurses in women's primary healthcare play a key role in educating women about the importance of timely testing and how to prepare for it, as well as about sexually responsible behaviour and HPV vaccination. Particular emphasis is placed on the importance of nurses' communication skills in women's primary healthcare.

Nurses are often the first point of contact for patients and play an important role in building trust, reducing anxiety and encouraging women to attend regular gynaecological examinations and screening, as well as in decisions about vaccination. Through empathy, clear explanations of procedures and ongoing support, nurses make a significant contribution to higher uptake of Pap testing and HPV vaccination.

Keywords: Pap test; HPV; prevention; education; screening

Autor: *Sanja Jelić, e-pošta: sanja.jelic@dz-sdz.hr*

Hitne opstetričke simulacijske vježbe i njihova uloga u sigurnosti rodilja

Maja Klarić

Klinika za ženske bolesti i porode, Klinički bolnički centar Split, Split, Hrvatska

Mentorica: Martina Šunj

Uvod: Hitna opstetrička stanja zahtijevaju brzo prepoznavanje i učinkovitu timsku suradnju. Simulacija omogućuje uvježbavanje bez ugrožavanja rodilje i novorođenčeta.

Cilj: Ispitati iskustva, stavove i samoprocijenjenu spremnost četiriju skupina ispitanika te provjeriti šest hipoteza o simulacijskim vježbama.

Ispitanici i metode: U presječnom mrežnom istraživanju od 6. ožujka do 1. srpnja 2026. prikupljeno je 265 odgovora. Primijenjeni su deskriptivni pokazatelji, Mann–Whitneyjev U-test, Kruskal–Wallisov test, Spearmanova korelacija, egzaktni binomni test, Fisherov egzaktni test i permutacijski hi-kvadrat test.

Rezultati: Hipoteze H3 i H4 potvrđene su ($p < 0,001$), H1 i H2 djelomično su potvrđene, a H5 i H6 nisu potvrđene. Za H1 utvrđena je samo mala razlika u dostatnosti znanja ($p = 0,044$), ali ne i u osjećaju sigurnosti ni s obzirom na učestalost sudjelovanja.

Zaključak: Rezultati potvrđuju izraženu potrebu i potporu ispitanika za uključivanjem simulacija u obrazovanje i stručno usavršavanje, ali ne dokazuju njihov učinak na kliničke ishode.

Ključne riječi: hitna opstetrička stanja; kompetencije; primaljstvo; sigurnost rodilja; simulacijske vježbe

Emergency obstetric simulation exercises and their role in maternal safety

Maja Klarić

Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospital of Split, Split, Croatia

Supervisor: Martina Šunj

Introduction: Obstetric emergencies require rapid recognition and effective teamwork. Simulation allows practice without endangering the mother or newborn.

Aim: To examine the experiences, attitudes and self-perceived preparedness of four groups of respondents and to test six hypotheses on simulation exercises.

Participants and methods: A cross-sectional online survey collected 265 responses between 6 March and 1 July 2026. Descriptive statistics, the Mann–Whitney U test, the Kruskal–Wallis test, Spearman correlation, the exact binomial test, Fisher's exact test and a permutation chi-square test were used.

Results: Hypotheses H3 and H4 were confirmed ($p < 0.001$), H1 and H2 were partly confirmed, and H5 and H6 were not confirmed. For H1, only a small difference in perceived sufficiency of knowledge was found ($p = 0.044$), with no difference in sense of confidence or by frequency of participation.

Conclusion: The results confirm respondents' strong need for and support of including simulation in education and continuing professional development, but they do not demonstrate its effect on clinical outcomes.

Keywords: obstetric emergencies; competencies; midwifery; maternal safety; simulation training

Autor: *Maja Klarić, e-pošta: maja.klaric@kbsplit.hr*

Postpartalno krvarenje – pogled primalje

Estera Milat; Marija Parčina

Uvod: *Postpartalno krvarenje (PPH) uzrok je gotovo petine maternalnih smrti u svijetu. Primalja je najčešće prva uz rodilju, pa ima ključnu ulogu u prevenciji, ranom prepoznavanju, početnom zbrinjavanju i pravodobnoj eskalaciji skrbi, u skladu s kompetencijama Međunarodne konfederacije primalja (ICM) i preporukama Europskog udruženja primalja (EMA).*

Prevencija: Primalja procjenjuje čimbenike rizika, aktivno vodi treće porođajno doba prema protokolu (uterotonik: oksitocin 10 IU kod svih poroda) te prati tonus uterusa, količinu krvarenja i opće stanje rodilje.

Rano prepoznavanje: Gubitak krvi mjeri se objektivno (npr. kalibriranim vrećicama), a ne procjenjuje se od oka. Prema smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije (2025.) prvi odgovor pokreće se pri gubitku krvi ≥ 300 mL uz bilo koji poremećaj hemodinamskih pokazatelja (puls > 100/min, šok-indeks > 1, sistolički tlak < 100 mmHg ili dijastolički tlak < 60 mmHg) ili pri gubitku krvi ≥ 500 mL, ovisno o tome što nastupi prije. Posebna je budnost potrebna u prva dva sata nakon poroda. Težina stanja procjenjuje se prema kliničkoj slici žene (bljedilo, hladna i znojna koža, nemir, vrtoglavica, poremećaj svijesti), a ne samo prema volumenu izgubljene krvi.

Neposredne intervencije: Primalja poziva pomoć i aktivira hitni opstetrički tim, procjenjuje stanje prema pristupu ABCDE i tonus uterusa, masira uterus, osigurava venski put, priprema lijekove i opremu te kontinuirano dokumentira postupke. Uzrok se traži prema konceptu 4T: *Tone* (atonija), *Tissue* (zaostali dijelovi posteljice), *Trauma* (ozljede porođajnog kanala) i *Thrombin* (koagulopatija). Paket prvog odgovora (masaža uterusa, uterotonik, traneksamična kiselina, intravenske tekućine, pregled porođajnog kanala i eskalacija) treba primijeniti unutar 15 minuta od postavljanja dijagnoze.

Timski rad i nadzor: Primalja jasno izvješćuje opstetričara o gubitku krvi, vitalnim znakovima i provedenim postupcima te sudjeluje u donošenju odluka. Pravodobna eskalacija profesionalna je odgovornost, a ne znak nesigurnosti. Nakon stabilizacije primalja nastavlja pratiti tonus uterusa, krvarenje, vitalne znakove, diurezu i odgovor na terapiju te pruža emocionalnu podršku ženi i obitelji.

Dokumentacija i debriefing: Precizno bilježenje događaja i vremena intervencija te timski debriefing omogućuju analizu, učenje i unaprjeđenje kvalitete skrbi. U obrazovanju primalja preporučuju se redovite simulacije PPH-a.

Zaključak: Rano prepoznavanje, objektivno mjerenje gubitka krvi, standardizirani paket prvog odgovora i brza eskalacija temelj su primaljske skrbi pri postpartalnom krvarenju.

Ključne riječi: postpartalno krvarenje; primalja; rano prepoznavanje; paket prvog odgovora; eskalacija skrbi

Postpartum haemorrhage: the midwife's perspective

Estera Milat; Marija Parčina

Introduction: *Postpartum haemorrhage (PPH) accounts for almost one fifth of maternal deaths worldwide. The midwife is usually the first professional at the woman's side and therefore plays a key role in prevention, early recognition, initial management and timely escalation of care, in line with the competencies of the International Confederation of Midwives (ICM) and the recommendations of the European Midwives Association (EMA).*

Prevention: The midwife assesses risk factors, actively manages the third stage of labour according to protocol (uterotonic: oxytocin 10 IU for all births) and monitors uterine tone, blood loss and the woman's general condition.

Early recognition: Blood loss is measured objectively (e.g. with calibrated drapes) rather than estimated visually. According to the World Health Organization guidelines (2025), the first response is triggered by blood loss of ≥ 300 mL with any abnormal haemodynamic sign (pulse > 100/min, shock index > 1, systolic pressure < 100 mmHg or diastolic pressure < 60 mmHg) or by blood loss of ≥ 500 mL, whichever occurs first. Particular vigilance is needed in the first two hours after birth. Severity is assessed according to the woman's clinical condition (pallor, cold and clammy skin, restlessness, dizziness, altered consciousness), not only by blood volume.

Immediate interventions: The midwife calls for help and activates the obstetric emergency team, assesses the woman using the ABCDE approach and checks uterine tone, performs uterine massage, secures venous access, prepares medicines and equipment, and documents care continuously. The cause is identified using the 4T concept: *Tone* (atony), *Tissue* (retained placental tissue), *Trauma* (genital tract injury) and *Thrombin* (coagulopathy). The first-response bundle (uterine massage, uterotonic, tranexamic acid, intravenous fluids, examination of the genital tract and escalation) should be delivered within 15 minutes of diagnosis.

Teamwork and monitoring: The midwife reports clearly to the obstetrician on blood loss, vital signs and interventions performed and takes part in decision-making. Timely escalation is a professional responsibility, not a sign of uncertainty. After stabilisation, the midwife continues to monitor uterine tone, bleeding, vital signs, urine output and response to treatment, and provides emotional support to the woman and her family.

Documentation and debriefing: Accurate recording of events and timing of interventions, together with team debriefing, enables analysis, learning and improvement in the quality of care. Regular PPH simulations are recommended in midwifery education.

Conclusion: Early recognition, objective measurement of blood loss, a standardised first-response bundle and rapid escalation are the foundation of midwifery care in postpartum haemorrhage.

Keywords: postpartum haemorrhage; midwife; early recognition; first-response bundle; escalation of care

Literatura / References

1. World Health Organization. (2025). *Consolidated guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of postpartum haemorrhage*. WHO.

2. International Confederation of Midwives. (2024). *Essential competencies for midwifery practice*. ICM.

3. Gallos, I., Devall, A., Martin, J., et al. (2023). Randomized trial of early detection and treatment of postpartum hemorrhage. *New England Journal of Medicine*, 389(1), 11–21.

4. Yao, X., Shan, S. S., Li, Y. H., et al. (2024). Roles and challenges encountered by midwives in the management of postpartum haemorrhage following normal vaginal delivery: A scoping review. *Nursing Open*.

5. Mamakou, E. (2020). The role of midwife in postpartum hemorrhage. *European Journal of Midwifery*.

6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2017). Prevention and management of postpartum haemorrhage (Green-top Guideline No. 52). *BJOG*, 124(5), e106–e149.

7. Direktiva 2005/36/EZ Europskog parlamenta i Vijeća o priznavanju stručnih kvalifikacija, čl. 42. (2005). *Službeni list Europske unije*, L 255.

Autori: *Estera Milat (e-pošta: estera.milat@kbsplit.hr), Marija Parčina (e-pošta: marija.parcina@kbsplit.hr)*

3. ZNANSTVENO-STRUČNI SIMPOZIJ PRIMALJA

s međunarodnim sudjelovanjem

„Elija Sótera“

6. i 7. studenoga 2026.

Dvorana Petar Rismondo, KBC Split

