

ШКОЛА ЗА ДОКТОРСКИ СТУДИИ
УНИВЕРЗИТЕТ “СВЕТИ КИРИЛ И МЕТОДИЈ“
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ-СКОПЈЕ



Д-р м-р Светлана Крстевска Блажевска

СОСТОЈБА И НАСОКИ ЗА ПОДОБРУВАЊЕ НА ГРИЖАТА ЗА
ЗДРАВЈЕТО НА МАЈКИТЕ И НОВОРОДЕНИТЕ ВО
РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

-Докторска дисертација-

Скопје, 2020 годин

ШКОЛА ЗА ДОКТОРСКИ СТУДИИ
УНИВЕРЗИТЕТ “СВЕТИ КИРИЛ И МЕТОДИЈ“
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ-СКОПЈЕ



СОСТОЈБА И НАСОКИ ЗА ПОДОБРУВАЊЕ НА ГРИЖАТА ЗА
ЗДРАВЈЕТО НА МАЈКИТЕ И НОВОРОДЕНИТЕ ВО
РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

-Докторска дисертација-

Ментор
Проф. д-р Дончо Донеv

Докторант
Д-р м-р Светлана Крстевска
Блажевска

Скопје, 2020 година

*...Не бој се зошто јас сум со тебе,
Јас те крепам и ти помагам,
Те потпирам со победничка десница...*

На моите сакани

Изразувам голема благодарност на:

Мојот ментор проф. д-р Дончо Донев за неговата континуирана поддршка, конструктивни сугестии и помошта во напредувањето низ студиите.

Членовите од рецензионата комисија, кои преку стручни консултации го овозможиле завршувањето на докторскиот труд.

Претпоставените и вработените во ЈЗУ Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство-Скопје, Клиничката болница Аџибадем Систина, ЈЗУ Клиничката болница-Штип, ЈЗУ Специјалната болница по гинекологија и акушерство “Мајка Тереза”-Скопје, кои несебично ми помогнаа да ги добијам потребните податоци за изработка на докторскиот труд.

Сите добри и позитивни луѓе.

РЕЗИМЕ

Вовед: Морбидитетот и морталитетот кај мајките и новородените во најголем број од случаите можат да бидат превенирани. Најголем број од причините за смрт кај мајките и новородените се директно поврзани со породувањето. Глобално, се прават големи напори за да се подобри квалитетот на грижа околу породувањето. Светската здравствена организација (СЗО) има развиено Чек-листи за безбедно породување во кои се содржат процедури кои треба да се спроведат како рутинска грижа со цел навремено откривање и менаџирање на патолошки состојби и компликации за време на породувањето, постпарталниот и раниот неонатален период.

Цел: Цел на истражувањето е да се направи анализа на состојбата во врска со примена на процедури, постапки и мерки за рана идентификација на ризични фактори кои би влијаеле на безбедноста при породувањето, односно на морбидитетот и морталитетот кај мајките и новородените во Македонија.

Материјал и методи: Беа реализирани две студии. Првата ретроспективна студија со проспективен аналитички пристап е спроведена во четири родилишта во Македонија. Податоците од породувања во месец декември 2016 година беа собирани од историите на болест на родилки и новородените, со помош на предходно подготвен прашалник со специфични и релевантни прашања. Истражувањето беше реализирано во периодот од месец декември 2016 година до месец мај 2017 година. Беа собрани податоци за породувања во определени денови од месец декември 2016 година, по претходно утврден систем за избор на датумите. Критериум за вклучување беа породувања завршени во деновите 01, 08, 15, 22 и 29.12.2016 година. Целна група се жени-родилки породени во определените денови и нивните новородени. Втората пресечна аналитичка студија е спроведена во родилиште во Македонија кое припаѓа во терцијарната здравствена заштита, Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство-Скопје. Беа обработени податоци што се однесуваа на 300 породувања во месеците февруари и март 2018 година. Податоците беа собирани од акушерските (300) и неонаталните (310) истории на новородените.

Резултати: Во првата студија беа обработени 137 акушерски истории од четири родилишта во Македонија. Постои различен процент на примена на

определени постапки/процедури за безбедно породување во секое родилиште. На прием кај родилките беше поставен кардиотокограф кај 86.1% од нив, телесна температура измерена кај 47.5%, артериска тензија измерена кај 94.2%, анализа на урината само кај 12.4%. Непосредно пред породување 47.4% родилки имале измерена телесна температура, кај 89.8% од нив била проверена артериската тензија, а само кај 8% била направена анализа на урината. После породување кај 74% од родилките добиле утеротоник и кај 97.1% бил проверен квалитет и квантитет на вагинален исцедок. Пред породување просечната вредност на хемоглобинот во хемограмот на бремените жени бил 117.8 ± 12.7 г/л, а при испис од родилиште 107.9 ± 13.1 г/л. Во втората студија, покрај 300 акушерски истории, беа обработени податоци од 310 неонатални истории. Од вкупниот број новородени, 20.3% беа предвремено родени, 60% со спонтано породување. Доење веднаш после раѓање започнало кај 67.9%, а контакт “кожа на кожа“ бил воспоставен кај 31.4% новородени. Со респираторен дистрес биле 23.2%, а 26.4% од нив имале потреба од механичка вентилација. При испис од родилиште 56.2% новородени биле на ексклузивно доење. Во нашата студија присуство на инфект е регистрирано кај 14.7% од родилките. Автори во цитираната литература објавуваат дека само 3% од родилките имаат податок за инфект пред породување. Околу 10% од бремените жени се соочуваат со хипертензија (ХТА). Во нашата студија од 300 трудници, 31 (10.3%) биле со ХТА. Инфектот и хипертензијата за време на бременоста се едни од најчестите ризик фактори кои влијаат врз текот на породувањето.

Заклучоци: Добиените податоци укажуваат дека не се практикуваат стандардизирани протоколи за откривање на можни ризик фактори во текот на бременоста и породувањето кај секоја родилка/мајка и новородено. Потребно е континуирано унапредување на системот на мониторирање на здравствениот статус на мајките и децата и ефикасноста на здравствената заштита. Постоенење на инфект кај бремената жена ја зголемува можноста за породување со Царски рез, предвремено породување, раѓање новородено со низок Apgar score, тешка адаптација на новороденото на екстраутериниот живот и лош исход кај новороденото-егзитус. Хипертензијата кај жените за време на бременоста допринесува за почесто породување со Царски рез, како и отежнатата адаптација на новороденото на екстраутерин живот.

Клучни зборови: породување, ризик фактори, Чек-листи, квалитет, превенција

SUMMARY

Introduction: Morbidity and mortality in mothers and neonates can be prevented in most cases. Most of the causes of death in mothers and newborns are directly related to childbirth. Globally, great efforts are being made to improve the quality of care for childbirth. The World Health Organization (WHO) has developed Checklists for safe childbirth that include procedures that should be performed as routine care in order to detect and manage pathological conditions and complications during delivery, postpartum, and early neonatal period.

Aim: The aim of the research is to analyze the situation regarding the application of procedures, procedures and measures for early identification of risk factors that would affect the safety of childbirth, morbidity and mortality in mothers and newborns in Macedonia.

Material and methods: Two studies were conducted. The first retrospective study with a prospective analytical approach was conducted in four maternity hospitals in Macedonia. The data from the deliveries in December 2016 was collected from the medical history of women and newborns, using a previously prepared questionnaire with specific and relevant questions. The research was conducted from December 2016 to May 2017. The data was collected on certain days of December 2016, according to a previously established system for selecting dates. The criteria for inclusion were deliveries completed on 01, 08, 15, 22 and 29.12.2016. The target group is women-mothers giving birth on certain days and their newborns. The second cross-sectional analytical study was conducted in a maternity hospital in Macedonia that belongs to the tertiary health care, University Clinic for Gynecology and Obstetrics-Skopje. Data on 300 deliveries in February and March 2018 was processed. The data was collected from obstetric (300) and neonatal (310) histories of newborns.

Results: In the first study, 137 obstetric histories from four maternity hospitals in Macedonia were processed. There is a different percentage of the application of certain procedures/procedures for safe delivery in each maternity hospital. At admission in the maternity hospital, a cardiotocography was placed at 86.1% of the pregnant

women, body temperature measured at 47.5%, arterial tension measured at 94.2%, urine analysis only at 12.4%. Immediately before delivery, 47.4% of the pregnant women had a measured body temperature, 89.8% of them had arterial tension checked, and only 8% had a urine test. After delivery, 74% of the mothers received uterotonic and 97.1% tested the quality and quantity of vaginal discharge. Prior to delivery, the mean hemoglobin value in the hemogram of pregnant women was 117.8 ± 12.7 g/l, and after the birth 107.9 ± 13.1 g l. In the second, data was collected from 300 obstetric and 310 neonatal histories. Of the total number of newborns, 20.3% were premature, 60% were born with spontaneous delivery. Breastfeeding started immediately after birth in 67.9%, and skin-to-skin contact was established in 31.4% of newborns. 23.2% of the newborns were with respiratory distress, and 26.4% of them needed mechanical ventilation. At the time of discharge from the maternity hospital, 56.2% of newborns were exclusively breastfed. In our study, the presence of infection was registered in 14.7% of mothers. Authors in the cited literature report that only 3% of mothers have prenatal infection. About 10% of pregnant women have increased arterial tension (HTA). In our study of 300 pregnant women, 31 (10.3%) were with HTA. Infection and hypertension during pregnancy are some of the most common risk factors that affect the course of labor.

Conclusions: The obtained data indicate that standardized protocols for detecting possible risk factors during pregnancy and childbirth in each pregnant woman/mother and newborn are not practiced. It is necessary to continuously improve the system of monitoring the health status of mothers and children and the efficiency of health care. The presence of infection in a pregnant woman increases the chance of delivery by caesarean section, premature delivery, low Apgar score, severe adaptation of the newborn to the extrauterine life and poor outcome in neonatal-exitus. Hypertension in women during pregnancy contributes to more frequent delivery by caesarean section, as well as difficult adaptation of the newborn to extrauterine life.

Keywords: childbirth, risk factors, Checklists, quality, prevention

СОДРЖИНА

1	ВОВЕД	1
1.1	Воведување и значење на Чек-листите во здравствената нега	6
1.2	Здравјето на жените – глобално и во Македонија	9
1.2.1	Подобрување на мерките во здравствениот сектор во областа на репродуктивното здравје	12
1.2.2	Социоекономски развој и едукација на жените	14
1.3	Неонатално здравје во светот и во Македонија	16
1.3.1	Одржлив развој во унапредување на репродуктивното здравје и превенција на смртноста кај новородените и доенчињата во Македонија	19
1.4	Мотив за истражувањето	21
2	ЦЕЛИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	22
3	ХИПОТЕЗИ	22
4	МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	23
4.1	Дизајн на истражувањето	23
4.2	Инструменти на истражувањето	24
4.3	Одредување на примерокот	26
4.3.1	Примерок во ретроспективната студија со проспективен аналитички пристап	26
4.3.2	Примерок во вториот дел од истражувањето	26
4.4	Статистичка анализа	26
4.5	Лимитација на студијата	27
5	РЕЗУЛТАТИ	28
5.1	Резултати од ретроспективната студија со проспективен аналитички пристап.....	28
5.1.1	Процедури кои треба да бидат направени при прием на родилката во акушерското одделение во болницата	28
5.1.2	Процедури кои треба да бидат направени кај родилката непосредно пред породувањето.....	34
5.1.3	Процедури кои треба да бидат направени кај родилката непосредно после породувањето	40
5.1.4	Процедури кои треба да бидат направени кај мајката пред напуштање на родилицата	43
5.1.5	Реализирани процедури/постапки кај новороденото веднаш после раѓање	47
5.1.6	Направени процедури/постапки кај новороденото непосредно пред напуштање на родилицата.....	53
5.2	Резултати од пресечната студија	56

5.2.1	Иницијална проценка на ризик фактори пред породување	57
5.2.2.	Континуиран мониторинг на можни ризик фактори	61
5.2.3	Превенција од потенцијални ризик фактори.....	61
5.2.3.2	Мониторинг на родилки со знак на инфект пред породување	64
5.2.3.3	Проценка кај новородените	67
5.2.4	Проценка на ризик фактори на испис од родилиште	77
5.2.5	Влијание на ризик факторите кај бремената жена (инфект и хипертензија) врз породувањето и новороденото	80
6	ДИСКУСИЈА	84
7	ЗАКЛУЧОЦИ.....	97
8	ЛИТЕРАТУРА	99
9	ПРИЛОЗИ	109
9.1	Прашалник користен за првата ретроспективна студија.....	109
9.2	Чек-листи за безбедно породување	113

1 ВОВЕД

Здравите жени и деца и раѓањето здраво потомство се од суштинско значење за севкупната здравствена состојба на заедницата и здравјето на идните генерации како основни градбени единици на секое развиено општество со силна иднина (1).

Здравјето на мајките и новородените е важно за секој поединец во општеството и треба да се разгледува од аспект на основно човеково право и благосостојба, односно како една од најважните здравствени теми.

Денес, причините за товарот од заболувања, најчесто се наоѓаат во социјалната сфера, во условите за живот, во животните стилови и состојбите во животната средина, но и во организацијата на здравствените системи и правилната распределба и искористување на расположливите материјални и хумани ресурси.

Главен глобален здравствен приоритет е редуцирање на морталитетот на мајките и новородените, поврзан со повеќе фактори за време на породувањето. Морбидитетот и морталитетот кај новородените, како и кај жената за време на бременоста, породувањето и постпарталниот период и натаму се голем проблем дури и во развиените земји во светот. Тоа е резултат на високиот број на породувања во текот на една година (над 5 милиони на европско ниво), голем дел од нив во субстандардни услови и со несоодветна стручна помош и нега при породувањето, вулнерабилност на афектираната популација (новородени и жени во репродуктивен период) и долгорочните последици и компликации од ризични бремености, како што се предвремено породување и тешка хипоксија (2).

Бременоста е нормална, физиолошка здравствена состојба која голем број жени ја доживуваат во одреден период од нивниот живот. Иако се смета за нормална физиолошка состојба, податоците зборуваат дека со себе носи помалку или повеќе сериозни ризици за болест и компликации кои можат да доведат и до смрт. Секоја година во светот има околу 350.000 смртни случаи на родилки, 3 000 000 неонатални смртни случаи, од кои 1 000 000 интрапартум (асфиксија-

асоцирани) причински поврзани умирања. Мајорни причини за егзитус кај мајките се: хеморагија, инфекција, хипертензија и нејзини компликации, како и пролонгирано породување. Неонаталната смртност се должи на инфекција, асфиксија и компликации на прематуритет. Шансите за инфекции и други коморбидни состојби се зголемуваат доколку не се преземаат сите превентивни процедури за безбедно породување. Морбидитетот и морталитетот во овие две вулнерабилни групи можат да бидат намалени со навремено применети интервенции, кои ќе бидат, докажано ефективни и достапни (3, 4).

Несоодветната здравствена грижа, со отсуство или низок квалитет на одделни постапки и интервенции непосредно пред породувањето, за време на породувањето и посебно во првите неколку часа после породувањето е една од најголемите причини за компликации и смрт кај мајките и новородените. Компликациите понекогаш може во целост да бидат избегнати. Деведесет и девет проценти од смртните случаи кај жените (трудници, родилки или леунки) и 80% од смртните случаи кај новороденчињата може да се спречат со соодветна грижа. Убедувањето дека промената на местото на породување, од домот во болницата е клуч за посигурно породување, доведе до зголемување на институционалните породувања во повеќе држави. Сепак, порастот на институционалните породувања не доведе до очекуваното намалување на стапката на морталитет и морбидитет кај мајките и новородените во сите земји во светот (2).

Постои поврзаност меѓу безбедното породување од една страна и постпарталниот и неонаталниот период без компликации од друга страна. Односно, доколку породувањето помине без компликации, се очекува и раниот постпартален период кај жената и раниот неонатален период кај новороденото да поминат без несакани последици и компликации. Значи, постои поврзаност во грижата која почнува пред породувањето, а продолжува во постпарталниот период кај жената и грижата за новороденото во раниот неонатален период (5).

Ако претпоставиме дека трудницата доаѓа во родилиште на почеток на породилните болки и доколку породувањето помине уредно, таа останува во родилиштето 1-2 дена после породувањето. Тоа значи дека најчесто континуираната грижа за жената и нејзиното новородено, при некомплицирани

породување трае 2-4 дена. За време на овој период жената родилка и новороденото го поминуваат највулнерабилниот период од нивниот живот (6).

Клинички, менаџирањето за време на интрапарталниот период, раниот постпартален и неонатален период може да се подели во рутинска и итна медицинска грижа. Рутинската грижа треба да се спроведува кај секоја родилка и треба да вклучува есенцијални процедури на следење на родилката и новороденото. Тоа следење опфаќа процедури за рано откривање на инфекции кај трудницата/родилката и новороденото, следење на артериска тензија кај идната мајка, посебно доколку станува збор за родилка со хипертензија, следење на постпартум хеморагија, Apgar score кај новороденото, мерење на телесна температура кај новороденото, рана проценка на фетален и неонатален дистрес (7).

Итната медицинска грижа опфаќа клинички процедури кои треба брзо да се спроведат со цел стабилизирање на пациент со живото-загрозувачка компликација (8, 9).

Квалитетот на грижата во институциите, често пати не е на доволно високо ниво и тоа е причина за најголем број на несакани настани поврзани со породувањето. Сè уште не постои едноставен, апликативен, достапен и ефективен метод за широко прифаќање со цел за подобрување на грижата при породувањето на глобално ниво. Треба да се воспостават механизми за идентификување на пропустите во секоја здравствена установа и да бидат подучени здравствените работници како да ги превенираат и/или корегираат тие пропусти. Потребни се поголеми напори за да се забрзаат промените, вклучувајќи финансиски ресурси, политичка волја и посветеност од здравствените работници и заедницата за да се очекува напредок. Подобрување на образованието и обуката на здравствените работници со вештини во акушерството е важен прв чекор во секоја стратегија за намалување на морталитетот кај мајките и новородените (2).

Здравствените работници се задолжени за здравјето на мајките и новородените, така што мала негрижа од нивна страна може да го загрози здравјето на овие вулнерабилни групи. Здравствените работници се тие кои треба навреме да ги откријат и спречат ризик факторите кои можат најчесто да

предизвикаат инфекција, но и други патолошки состојби кај мајките и новородените. За максимално унапредување на здравјето на мајките и новородените, во секојдневната работа на здравствените работници во секое родилиште, треба да се спроведуваат исти, посебно дизајнирани процедури и постапки за безбедно породување (10).

Последниве години во стручната литература интензивно се опишуваат минимум потребни стандарди за грижа и добра здравствена пракса за безбедно породување. Породувањето е комплексен процес и од есенцијално значење е да се запомни дека треба да се спроведе се што е потребно за целосна безбедност на мајката и новороденото. Тие треба да добијат што е можно највисок степен на здравствена нега и грижа. Сепак, постојат добро познати празнини во грижата за мајките и новородените насекаде во светот. Целта е воведување на практично “средство” кое ќе помогне да се пополнат тие празнини околу здравствената грижа на жените (за време на бременоста и породувањето) и новородените. Неколку битни карактеристики на породувањето создаваат услови според кои воведувањето на “практично средство” во акушерството е многу ветувачко. Тие карактеристике се: најголем број на причините за матернален морталитет (ММ) и неонатален морталитет (НМ) се добро познати, а најголем број од тие умирања се случуваат во тесна временска рамка (во првите 24 часа после породувањето). Интернационални водичи за добра акушерска пракса постојат но, не секаде и секогаш навремено се применуваат. Интервенциите кои треба да се применат со цел за поголема безбедност на мајката и новороденото, се евтини и лесни за изведување, но може да бидат заборавени и превидени за да се применат во точно определено време. Тоа ја наметнала потребата од креирање потсетници, односно клинички патеки за тоа, што и кога треба да се направи во клиничката гинеколошко-акушерска пракса. За сите породувања, треба да се спроведуваат стандардни процедури со цел редукација на ризик од појава на инфекции и други компликации кај мајката и новороденото. Интрапартум процедури кои ги редуцираат инфекциите и придружните компликации во родилиштата се: хигиена на раце, користење на заштити ракавици, минимален број на вагинални прегледи пред породувањето, анализа на урина кај бремената жена, употреба на кардиотокограф, навремена дијагноза и третман на продолжено породување, посебно при предвременно прскање на мембраните на

воденикот, рационална употреба на антибиотици кај родилките, добра проценка на Apgar score кај новородените, проверка на витални параметри, артериска тензија и телесна температура кај трудниците/родилките и новородените, соодветна нега на умбиликусот кај новородените (11).

До неодамна немаше создадено едноставни, достапни и ефективни методи, со кои ќе се постигне саканата цел, а тоа е намалување на морбидитетот и морталитетот поврзан со бременоста и породувањето во сите земји, не само во Европа туку и во светот (12).

Глобално, се прават голем број напори за да се подобри квалитетот на грижата околу породувањето. Светската здравствена организација (СЗО), развива Чек-листи за безбедно породување кои содржат процедури кои треба да се спроведат како рутинска грижа со цел навремено откривање и менаџирање на компликации за време на породувањето, во постпарталниот и раниот неонатален период (13).

Во изминативе години, таканаречените Чек-листи дефинирани интервенции се применуваат со зголемена фреквенција во здравството, во речиси сите специјалности. Целта на Чек-листите во областа на акушерството и неонаталната заштита е да помогнат, односно да им “асистираат” на здравствените работници во менаџирањето на здравствените третмани, да обезбедат најдобра и најсигурна грижа при породување при различни ситуации, со цел да се намалат несаканите настани, предизвикани од невнимателност и пропусти при третманот на трудниците/родилките и новородените. На тој начин би се намалиле стапките на морталитет и морбидитет во повеќе медицински специјалности во сите земји. Чек-листите за безбедно породување, се во примена во повеќе од 30 земји низ целиот свет, со различно ниво на развиеност, од Намибија до Мексико и Италија (14, 15,16).

Целите на Обединетите Нации, кои се утврдени во 2015 година, се однесуваат на Агенда за одржлив развој на светот до 2030 година. Ако милениумските цели на Обединетите Нации (ОН) се насочени кон намалување на смртноста кај жените и децата, со посебно внимание преку намалување на смртноста кај новороденчиња, тогаш итно е потребна координирана акција за промовирање и постигнување на зголемен пристап до употреба на квалификувана грижа за

време на бременоста, особено за време на породување и во раниот постнатален период (17).

ОН велат дека ширум светот треба да се обезбедат услови за преживување и унапредување на здравјето на секоја жена, дете или адолесцент. Една од тие цели е намалување на глобалната стапка на морталитет на мајките помалку од 70 на 100 000 живородени до 2030 година (18).

1.1 Воведување и значење на Чек-листите во здравствената нега

Светската здравствена организација во 2008 година, објави СЗО Чек-листи за безбедност во хирургијата и прирачник за нивна имплементација, со цел за зголемување на безбедноста на пациентите кои имаат потреба и/или се третирани со хируршки интервенции (19).

Министерството за здравство на Македонија во 2014 година ја вовеле Оперативната “check” листа за безбедна хирургија во сите јавни и приватни здравствени хируршки институции во државата (20).

Интеграцијата на Чек-листите во протоколите за работа во одделите за хирургија и интензивна терапија, доведоа до намалување на стапката на морталитет и пост-оперативниот морбидитет кај хируршки третирани пациенти на годишно ниво (21).

Подобрувањето на квалитетот на матерналната и неонатална нега, може да се постигне со имплементирање на високо-квалитетна нега со висок импакт и исплатливи интервенции за мајката и новороденото, спроведувани од истите здравствени работници во исто време.

СЗО создаде Чек-листа за безбедно породување во 2008 година, со примена на едноставни, евтини и етапни (чекор по чекор) интервенции. СЗО, разви “bed-side” (покрај болничкиот кревет) Чек-листи за безбедно породување со 29 помошни “алатки” (постапки и процедури) кои се однесуваат на мајорните глобални причини за мајчински и неонатален морталитет и морбидитет (14).

Чек-листите за безбедно породување се базирани врз основа на претходно создадена и тестирана методологија за нивна применливост, испитана во десет држави во Африка и Америка. Тие се одликуваат со едноставност и брза применливост, поради што постепено стануваат рутина во акушерската пракса во многу земји во светот. Чек-листите широко се применуваат во поголем број на држави и во Азија, како Индија, Шри Ланка, Бангладеш и други. Искуството покажува дека добро дизајнираните Чек-листи ги откриваат празнините при имплементација на квалитетна грижа за подобро здравје на бремените жени, родилките и новородените, на сите нивоа во здравствениот систем (22-24).

Програмата за имплементација на СЗО ги разви Чек-листите до нивна максимална применливост во здравствената акушерска пракса. Оваа програма ја зголемува стапката на примена на суштествени практики во породувањето, што ќе придонесе за подобрување на матерналното, феталното и неонаталното здравје. Со правилно следење и извршување на предвидените постапки и процедури, и аналогно пополнување на Чек-листите, ќе може да се има точен увид во здравствената состојба и причините за морбидитет и морталитет, како кај бремената жена/родилката/мајката, така и кај новородените. Програмата е наменета за здравствените работници директно вклучени во породувањето, зголемувајќи го нивниот капацитет да придонесат за поквалитетна матернална и перинатална нега (17).

Во многу држави податоците за причините за матерналниот морталитет и морбидитет се непотполни. Виталната статистика која ги регистрира причините за смртните случаи е на незавидно ниско ниво во земјите во развој, но и во повеќе од развиените земји. Може да се каже дека и во високо-развиените земји, во регистрирањето на виталната статистика, недостасува правилна регистрација за причините за смртност на околу една третина од матерналните смртни случаи. Прецизното мерење на овие индикатори може да укаже на слабостите и да ги дефинира целите и оправданоста за преземање на одредени здравствени интервенции кои ќе водат до подобрување на севкупното здравје на бремените жени, родилките и новородените. Светска стратегија за намалување на перинаталната смртност до 2030 година е националните неонатални стапки на морталитет и стапките на мртвородени да паднат под 12 на 1000 живородени во сите земји во светот (18).

За постигнување на таа цел треба да се инвестира многу повеќе во негата за време на и по породувањето, посебно во првиот ден, но и во првата недела после породувањето (13).

Треба да се регистрира, пријавува и брои секое породување и новородено, без и со компликации и последици. Општа цел е да се разберат факторите за перинаталните смртни случаи (и нивниот број и причините). Итно е потребно подобрување на статистичкиот систем како на глобално, така и на национално ниво. Ова посебно се однесува на исходот од породувањата и квалитетот на негата. Секое новородено треба да биде регистрирано и секоја појава на морбидитет и морталитет мора да биде правилно регистрирана и пријавена. Регистрацијата на причините за матернална смрт, мртвороденост и неонатална смрт, исто така, е од голема важност (25).

Како одговор на горенаведените неповолни состојби за стапката и причините на матернален и неонатален морталитет, СЗО ги разви Чек-листите за безбедно породување, со цел како потсетници да им помогнат на здравствените работници при спроведување на активностите и постапките за квалитетна матернална и перинатална нега (17).

Содржината на Чек-листите е организирана во вид на прашања и водичи за примена на одредени интервенции. Прашањата и/или дефинираните интервенции треба да бидат одговорени, односно применети со цел за обезбедување адекватна нега и грижа, во четири критични точки за време на породувањето: времето на прием на жената во болница, времето кога жената почнува да раѓа или непосредно пред започнување на породувањето со Царски рез, времето околу еден час после породувањето и времето пред отпуштање на жената и новороденото од болница (14).

Според Чек-листите на СЗО проверката на родилката при прием во родилиште е важна за откривање и соодветно третирање на ризик фактори за обезбедување на породување без компликации, како и за соодветна подготовка и едукација на жената за породувањето. Оваа проценка се базира на медицинската историја на пациентката за предходни болести, како и на основни физикални и лабораториски испитувања.

Здравствени проверки кај жената трудница/родилка пред самото породување е важно за откривање на компликации кои можат да се јават во текот на породувањето и подготовка како за некомплицирано породување, така и за соодветни интервенции при можни критични ситуации кои можат да се појават во текот на породувањето.

Проверките кај мајката и новороденото веднаш после породувањето, според Чек-листите на СЗО за безбедно породување, се со цел откривање и третман на компликации кои можат да се јават веднаш после породувањето.

Проверката на мајката и новороденото на испис од родилиште е важна постапка за да бидеме сигурни дека мајката и новороденото се навистина здрави при напуштање на родилиштето. Воедно се спроведува и едукација кај мајката и семејството за опасни знаци кои можат да се јават и кај мајката и кај новороденото, и за кои треба да се побара здравствена помош.

Во Чек-листите исто така, се бележат главните причини на мајчинскиот морбидитет, но и морталитетот предизвикан од хеморагии, инфекции, хипертензија, како и интрапартум-поврзани мртвородени (од неадекватна нега во текот на бременоста) и неонатален морталитет (од родилна асфиксија, инфекции) и компликации поврзани со прематуритет.

1.2 Здравјето на жените – глобално и во Македонија

Здравјето на новороденото зависи од здравствената состојба на жената уште пред забременувањето како и од квалитетот на емотивната и социјална врска мајка-дете после породувањето. Пушењето, злоупотребата на разни супстанции, неправилната исхрана, депресијата и перинаталната инфекција кај жената трудница/родилка штетно влијаат врз развојот на плодот интраутерино. Тоа резултира со ниска родилна тежина, респираторни проблеми, како заболувања кај новороденото со акутен и хроничен тек, па дури може да резултира со мртвороденост, неонатална или доенечка смртност. Економската несигурност и сиромаштијата дополнително го зголемуваат стресот кај жената, а тоа исто така влијае врз развојот на плодот и исходот од породувањето (6).

Матерналниот морталитет е еден од главните индикатори на здравствената состојба на жените во репродуктивниот период, но во исто време претставува и индикатор на организацијата на здравствениот систем и квалитетот и достапноста на здравствените услуги во една држава во најопшта смисла. Матерналниот морталитет во голем број земји во развој е неприфатливо висок. Секој ден во светот умираат околу 830 жени од причини кои можат да бидат превенирани. Стапката на ММ во земјите во развој е околу 20 пати повисока од таа во развиените земји. ММ е највисок во земјите во развој и во сиромашните региони во светот. Речиси сите умирања се во земјите во развој (99%), а соодносот на ММ е 239 на 100 000 живородени во земјите во развој спрема 12 на 100 000 во развиените земји (4, 5).

Ризикот од ММ е повисок кај адолесцентни девојчиња под 15 години, поради почести компликации во бременоста и породувањето. Жените во земјите во развој во текот на својот репродуктивен период имаат повеќе бремености, во однос на жените во развиените земји, па од тука и поголем е ризикот од ММ во недостиг на соодветна заштита и нега пред, за време и по породувањето (5).

Во 2015 година во светот, се случува околу 303 000 матернални умирања, главно од причини кои можеле да се спречат пред, за време или после породувањето. Глобално, меѓу жените во репродуктивниот период, 1 на 180 жени се соочуваат со ризик за смрт од матернални причини, па матерналниот морталитет е на второ место како причина за смрт на жените во репродуктивниот период во земјите во развој. Во развиените земји 1 на 4 900 жени се соочува со ризик за матернална смрт (26).

Главни причини за матернална смрт се: хеморагија (најчесто непосредно после породувањето), индиректни причини (пр. хронична болест), хипертензија (прееклампсија и еклампсија), сепса, други директни причини, небезбеден абортус и емболизам.

Намалувањето на стапката на ММ се уште е една од водечките предизвици во светот, иако во изминатава деценија на таа проблематика е постигнат значителен напредок.

Од 1999-2015 година, стапката на матернален морталитет (СММ) во светот на 100.000 живородени опадна за 44%. Глобално СММ континуирано опаѓа, и

тоа од 385 во 1990 падна на 341 во 2000 и на 216 умрени жени во врска со бременоста и породувањето на 100 000 живородени во 2015 година. Значајно е да се напомене дека, после 2000 година се забележува забрзување во намалување на СММ (27).

Намалувањето на СММ во светот од 2000-2017 година е за 38%, односно од 342 на 211 умирања на 100 илјади живородени. Во 2017 година во Европа СММ била 17 во Руската Федерација и 15 во Албанија, како највисока и Италија и Норвешка со најниска СММ од 2 на 100 илјади живородени. Највисока СММ во 2017 била забележана во Чад од 1 140 умрени мајки на 100 илјади живородени (28).

Намалувањето на СММ во светот од 1990-2015 година се должи главно поради неговото намалување на оваа стапка пред се, во Регионот на Југо-Источна Азија (намалување од 69%) и Регионот на Западен Пацифик (намалување од 64%). Африканскиот регион бележи најмал пад на СММ од 44% меѓу 1990 и 2015 година (5).

Стапката на матернален морталитет во Македонија бележи намалување, од 15.3 во 2000 година на 4.3 во 2013 година на 100 илјади живородени. Од 2014 - 2016 и во 2018 година нема регистрирано ниту еден смртен случај на жена во репродуктивен период од матернални причини за смрт, а во 2017 година СММ била 7 на 100 илјади живородени. Стапката на матернален морталитет и морбидитет во Македонија има осцилаторен тек и нејзиното мерење не ги задоволува целосно стандардите за правилно пресметување и известување на овој индикатор од виталната статистика (29).

Овие податоци укажуваат на голем ризик од субрегистрација, најчесто поради мискласификација, поточно во пријавата за смрт не била наведена правилната дијагноза за причината на смрт на жената. Ова го доведува во прашање значењето на овој индикатор во анализата на здравствената состојба на жените поврзана со бременоста и мајчинството во Македонија. Треба да се спроведе доверлива ревизија на секој случај на матернален морталитет, за разбирање на причините за смрт со цел унапредување на квалитетот и организацијата на здравствениот систем во нашата земја (30).

Воедно, податоците укажуваат дека има нефункционални породилишта или пак нема матични гинеколози. Овие податоци се показател за недоволната достапност до антенатална здравствена заштита во помалите градови руралните подрачја и укажува на директно влијание од недостиг на матични гинеколози врз зголемената смртност на доенчињата во тие средини. Непостоењето на услуги за антенатална здравствена заштита во руралните средини го доведува во прашање универзалниот пристап кон здравствена заштита поврзана со безбедно мајчинство. И покрај мерките за континуирано унапредување на здравјето на мајките и децата сепак не се постигнати милениумските развојни цели до 2015 година (30).

Интегрираниот пристап во унапредување на здравјето на мајките ги содржи во себе мерките на планирање на семејството, пренаталната заштита и здравствена заштита во текот на породувањето и леуството како и пристап до соодветни социјални пакети на социјално вулнерабилни популациони групи.

1.2.1 Подобрување на мерките во здравствениот сектор во областа на репродуктивното здравје

Следење на жената во антенаталниот период, обезбедување повисока стручност при породувањето и институционалното породување со стручна помош, се во пораст. Речиси 90% од бремените жени во светот имаат барем една епизода на антенатална грижа, а над 60% барем четири такви посети кај гинеколог во текот на бременоста. Процентот на породување со стручна помош, порасна од 58% на 73%, меѓу 1990 и 2013 година (31).

Со порастот на бројот на породувањата во институции се намалува и СММ во голем број земји во светот. Зголемувањето на институционалните породувања во сиромашните земји бара зголемување на капацитетите и бројот на стручниот кадар и подобрување на квалитетот на грижата околу породувањето. Поради недостиг на едуциран стручен кадар, потребата од воведување на Чек-листите во земјите во развој и во Македонија е уште поголема.

Следејќи ги препораките и упатствата од Чек-листите, тешките крварења после породување може да се избегнат со примена на окситоцин ведаш после породувањето. Инфекциите може да се елиминираат со добра хигиена, како и рано третирање на можна инфекција. Жените во прееклампсија треба да примаат магнезиум-сулфат за да се намали ризикот од конвулзии (еклампија) (17).

Одредени состојби кои егзистирале пред бременоста или се јавиле во текот на бременоста, претставуваат ризик за здравјето на плодот и/или на бремената жена и можат да доведат до непосакуван исход како предвремено раѓање, раѓање плод со ниска родилна тежина, мртвороденост, неонатална, односно доенечка смрт.

Расте и важноста на решавање на проблемот со хроничните незаразни и инфективните заболувања кај жената во репродуктивниот период затоа што тие директно или индиректно влијаат на матеиналниот морталитет. Тоа се, во прв ред, прекумерна телесна тежина, анемија, хипергликемија, хипертензија, урогенитални инфекции, пушење, злоупотреба на психотропни супстанции, постоење на претходни хронични и автоимуни заболувања кај жената. Потребно е правовремено препознавање на овие заболувања, како и координација со други релевантни здравствени фактори, со цел навремен скрининг и менаџирање со тие состојби, употребувајќи соодветни препораки и протоколи за работа и третман. Постои пораст во употребата на контрацептиви во најголем број земји во светот, што им овозможува на жените да ги редуцираат нивните бремености и последователни абортуси, а со тоа и ризикот од морбидитет и морталитет (16).

Владата на Македонија преку “Програма за активна здравствена заштита на мајките и децата во Република Македонија за 2015 година”, како и со Рамковната политика на Светска здравствена организација – Здравје 2020, која Македонија ја усвои за имплементација во националните политики, се залага за значително подобрување на здравјето и добросостојбата на населението, намалување на нееднаквостите, зајакнување на јавното здравје и обезбедување на универзален, правичен здравствен систем со висок квалитет, во кој централно место ќе имаат корисниците (32, 33).

Обединетите Нации ги усвоија Одржливите развојни цели до 2030 година за решавање на здравствените детерминанти во повеќе сектори. Одржливите развојни цели се амбициозен, сеопфатен план на активности за ставање крај на нееднаквостите. Тие ја препознаваат меѓузависноста на здравјето и развојот. Одржливите развојни цели се ориентирани кон акција и воедно се глобални и универзално применливи. Тие треба да станат составен дел на програмите за развој на национално и на локално ниво. На жените треба да им се овозможи контрола над сопственото репродуктивно здравје. Образовното ниво на една жена, нејзиното здравје и исхрана, нејзиниот социоекономски статус, родовите норми и улоги кои преовладуваат, како и квалитетот на здравствените и социјалните услуги што ги добива, имаат силно влијание за успешната бременост и донесување здраво дете на свет. Одржливите развојни цели до 2030 година Цел 3: Да се обезбеди здрав живот и да се промовира добросостојба за сите, во тек на целиот живот. До 2030 година, намалување на стапката на смртност кај родилките во светот на помалку од 70 на 100 000 живородени (18).

1.2.2 Социоекономски развој и едукација на жените

Повисоко ниво на едукација, посебно кај девојките и жените е асоцирано со пониска стапка на матернален морталитет. Во светот средното траење на едукација кај жените од 25 и помалку години пораснало од 4.7 години во 1990 на 7.0 години во 2000 година. Се смета дека опаѓањето на СММ во одредени региони во светот, се должи на економскиот развој, што води до подобар стандард на живот и полесен пристап до образованието и здравствената заштита. Социо-економските, културолошките и други разлики кај населението играат значајна улога во здравјето и благосостојбата, и заради тоа се од големо значење при планирањето на политиките и мерките за намалување на здравствените нееднаквости. На пример, стапките на доенечката смртност се повисоки кај жени со понизок социоекономски статус и понизок степен на образование (2).

Сиромашните жени добиваат многу малку од потребната пренатална грижа. Ова посебно се однесува во региони каде бројот на обучени здравствени

работници е многу мал. Во земјите во развој само 51% од бремените жени имаат можност за посета кај стручни лица, гинеколог и акушерка. Ова значи дека милиони породувања се одвиваат без присуство на акушер, бабица или тренирана сестра. Други фактори кои ја оддалечуваат бремената жена од соодветна медицинска грижа се недостиг на информации за репродуктивното здравје и хигиена на бременоста, недоволна достапност на здравствените услуги и културните навики. Унапредување на здравјето на жените содржи мерки на планирање на семејството, хигиена и контрола на бременоста, перинатална заштита, односно здравствена заштита во текот на породувањето и леунството, како и пристап до соодветни социјални мерки и заштита за социјално вулнерабилните популациони групи (34).

Според СЗО, за намалување на перинаталниот морталитет, како и подобро искуство на жената за време на бременоста и породувањето, во тек на една бременост треба да се остварат барем осум пренатални посети кај гинеколог/акушер. Податоците кажуваат дека на глобално ниво бремените жени посетуваат околу 4 пати гинеколог/акушер пред породувањето (2).

За подобрување на репродуктивното здравје и совладување на бариерите кои го лимитираат пристапот до квалитетни здравствени услуги, мора да бидат вклучени сите нивоа на здравствениот систем во една држава. Грижата за нормалната бременост и раѓање треба да се демедиказира, што значи дека треба да се обезбеди неопходна грижа со минимален број на потребни интервенции и дека треба да се применува помалку, наместо повеќе технологија и лекови секогаш кога е тоа можно. Перинаталната грижа треба да се заснова на докази, односно да биде поткрепена со најдобрите достапни истражувања и со рандомизирани контролирани испитувања, ако тоа е можно и соодветно. Грижата треба да биде соодветна на ризикот и да се заснова на ефикасен систем на упатување од примарната до терцијарната здравствена заштита. Жената секогаш треба да се породува на место што е соодветно за нејзините, но и за новороденчето, потреби за здравствена заштита. Грижата за мајчиното и перинатално здравје треба да биде мултидисциплинарна (во неа да придонесуваат сите профили на здравствени работници на сите нивоа во здравствениот систем) и сеопфатна (да ги опфати интелектуалните, емоционалните, социјалните и културните потреби на жените), (30).

Современиот начин на живот, глобализацијата и интернационализацијата на јавното здравје, неопходно наметнуваат потреба за соработка меѓу државите во решавање на глобалните здравствени предизвици. Оваа потреба е потенцирана во голем број меѓународни документи, чиј потписник е и Македонија. Со ова се потенцира примената на меѓународните документи кои јавното здравје го поставуваат како приоритет: Стратегија за безбедно мајчинство 2010-2015, Подобрување на комуникациски вештини на здравствените работници за работа со ранливи групи 2017-2018, Изготвување на методологија за евалуација на Програмите за следење на здравјето на вулнерабилни групи 2017-2020, Национална стратегија за сексуално и репродуктивно здравје 2010-2020 (35, 36, 37).

1.3 Неонатално здравје во светот и во Македонија

Напорите на светската заедница се насочени и кон намалување на смртноста кај новородените, но и кај доенчињата кои го преживеале првиот месец од нивниот живот. Во 2015 година се случија 2.7 милиони умирања во неонаталниот период (смрт во текот на првите 28 дена од животот), што претставува речиси 45% од сите умирања на децата под 5 години. Голем број од причините за неонатален морталитет (НМ) се превентивни, а 73% од умирањата се во првите седум дена од раѓањето (31).

Глобалниот НМ во светот се намали од 36.2 на 19.2 умрени на 1000 живородени помеѓу 1990 и 2000 година, што е пад од 47%. Западниот Пацифички регион бележи најголемо намалување на НМ од 75%, додека пак Источниот Медитерански регион и Африканскиот регион имаат најмал пад од приближно 38%. Намалувањето на НМ од 2000-2018 година изнесува 3%, а најголем пад се бележи во Источна Азија (8.6%), (38, 39).

Во 2018 година во цел свет умреле 2.5 милиони деца во првиот месец од нивниот живот, односно 7000 умрени новородени секој ден. На глобално ниво, НМ кој се должи на родилна асфиксија се движи од 0.7 милиони до 1.6 милиони умрени новородени годишно (40).

Потребно е разјаснување на терминот асфиксија. Историски гледано родилната асфиксија води потекло од интрапарталната хипоксија. Не постои златен стандарден тест за родилната асфиксија-фетал дистрес, ацидемија. Исто така и респираторниот дистрес и во водечки причини за морталитет и морбидитет кај новородените во првите 7 дена. Ова се однесува еднакво и за предвреме родени новородени и за терминските новородени. Apgar score-от и останатите клинички маркери имаат мала позитивна предиктибилна вредност. Исто така, некои мерења за докажување на асфиксија, кај 99% од смртностите, не можат да се изведат поради отсуство на стручен кадар при породувањето или немање можност за одредување на ацидо-базниот статус кај новороденото. Епидемиолошките мерки за интрапартална повреда, се движат од процес-базирани (пр. должина на породување), до симптом-базирани (пр. Apgar score) дефиниции, па се до мултипли индикатор-резултати како неонатална енцефалопатија, што доведува до несоодветен невробихејвиорален статус во првите денови од животот и најчесто е поврзан со интрапартално церебрално крварење кај новороденото. Ако новородените, родени предвреме или со конгенитална малформација и натаму остануваат несоодветно класифицирани како родени со асфиксија, применетите постапки ќе бидат несоодветни за нив и нема да им бидат пружени соодветни интервенции, кои би ја превенирале нивната смрт. За подобрување на глобалните проценки за морталитет и морбидитет кај новородените, потребни се построги дефиниции за причини за морталитет или морбидитет, детални податоци со експлицитни инклузиони критериуми, методи и претпоставки, кои ќе помогнат за решавање на некои дилеми во причините за морталитет или морбидитет кај новородените. Од 2000 година, НМ бележи опаѓање поради намалување на смртноста која се должеше на двете најголеми причини, асфиксија и прематуритет. Постојат две групи на причини кои доведуваат до мртвороденост или до неонатална смрт и истите можат да бидат превенирани. Првата група опфаќа неонатална смрт предизвикана од интрапартален настан кој може да доведе до неонатална енцефалопатија, асфиксија на новородени кои не можеле да бидат ресусцитирани (или за кои ресусцитацијата не била достапна) или друга специфична родилна траума. Втората група се мртвородени поради интрапартална смрт (мртвородени со се уште интактна кожа, што укажува на смрт помалку од 12 часа пред породувањето), тежина над 1000 грама или

фетална старост повеќе од 28 гестациски недели. Останатите причини за смрт, како што се летални конгенитални малформации инкомпатибилни со живот и екстреман прематуритет (помалку од комплетни 34 гестациски недели, или родилна тежина под 1500 гр.), треба да бидат исклучени од претходно наброените причини (41).

Во Европа највисока стапка на неонатален морталитет во 2018 година е забележан во Албанија и изнесува 15, а најмала во Финска, со 1 умрено новородено на 1000 живородени новородени (42).

Во Македонија стапката на смртност кај доенчиња во 2014 година бележи пад во однос на 2013 година од 10.2 на 9.9 на 1000 живородени. Во структурата според возраст најголема е смртноста (59%) кај возрасна група 0-6 дена старост, потоа 23% над еден месец и 18% кај возрасна група од 7-27 дена. Неонаталната стапка на морталитет во 2018 година во Македонија беше 7.4 на 1000 живородени деца. Најчести причини за неонатална смрт глобално се перинатални (73.3%), а на второ место се конгениталните аномалии со 8.4%. Во перинатални причини доминира прематуритетот, со 78.9%, а на второ место се недефинирани причини (8.2%), додека пак породилните трауми се застапени со 6.4% (43, 44, 45).

Постои празнина помеѓу зголемената потреба од податоци околу причината за смрт од една страна и вистината за таа причина за смртта од друга страна. Податоците за неонатална смрт во голем број на земји се оскудни. Кај повеќе од 97% од смртните случаи податоците околу причината за смртта на новородените се неадекватни поради немање на соодветни програми за неонатална заштита и стручно утврдување на причините за смрт. Систематизирани глобални податоци и проценки за причини за интрапартална смртност, односно новородени кои умираат за време на породувањето, многу ретко или никогаш не се публикувани.

За намалување на НМ потребно е помош при планирање на семејството, присуство на обучен персонал во тек на породувањето и добра постнатална нега за новороденото и мајката, особено во тек на првата недела после породувањето. Помалку од половина мајки и нивните новородени не добиваат соодветна нега во првите два дена после породувањето. Негата во првите два дена, а и во првите

седум дена, е битен фактор за намалување на морталитетот и морбидитетот како кај новороденото така и кај мајката. Останати фактори кои придонесуваат за намалување на НМ се подобра едукација, редукција на сиромаштијата, социјална заштита, политика и легислатива за подобрување на здравјето на жената и новороденото (пр. промоција на доење), како и урбанизирање, се со цел за подобар пристап до институциите на здравствениот систем (43).

Обединетите нации во 2015 година ги објавива Одржливите развојни цели до 2030 година, а од посебен интерес е Цел 3: Да се обезбеди здрав живот и да се промовира добросостојба за сите, во тек на целиот живот. Со оваа цел треба до 2030 година, да се спречат смртни случаи кои можат да се превенираат, глобалниот мајчин морталитет да биде под 70 на 100 000 живородени новородени, во сите земји намалување на неонаталната смртност најмалку до 12 на 1.000 живородени деца и смртност кај деца под 5-годишна возраст најмалку на 25 на 1 000 живородени деца. Постигнување на универзално здравствено осигурување, вклучувајќи ја и заштитата од финансиски ризик, пристап до квалитетни, есенцијални здравствени услуги, медицина базирана на докази и пристап до безбедни, ефикасни, квалитетни и достапни есенцијални лекови и вакцини за сите (18).

1.3.1 Одржлив развој во унапредување на репродуктивното здравје и превенција на смртноста кај новородените и доенчињата во Македонија

Промоцијата на здравјето на децата и жените во репродуктивниот период, во Македонија е со долга традиција. Со години наназад се обезбедува континуирана здравствена заштита во текот на бременоста, породувањето и неонаталниот период, како и пристап до современа медицинска технологија за справување со најкритичните медицински проблеми. Програмите за промовирање на здравјето вклучуваат креирање на подобри услови за живеење, безбедна бременост, унапредување на безбедноста и добросостојбата. Секоја жена има право на безбедна бременост и соодветна антенатална и перинатална грижа за да го зачуваме нејзиното здравје и здравјето на плодот и новороденчето. Здравствениот систем во Македонија е исправен пред бројни

предизвици кои го детерминираат здравјето на децата и жените. И покрај континуираните мерки за унапредување на здравствената заштита на децата и мајките во последните години, Македонија се соочува со смртни случаи на родилки и на новородени деца. Здравствениот сектор во Р. Македонија и меѓународната заедница преку Милениумските развојни цели до 2015 година, развиваа стратегии за подобрување на здравјето и добросостојбата на децата и жените (44, 46).

Како резултат на овие заложби, Министерството за здравство со стручно-техничка поддршка од Светската здравствена организација во 2014 година започна процес на изработка на Стратегија за здравје до 2020 година на Македонија преку анализи, стручни состаноци и работилници од кои произлегоа клучните стратески области за унапредување на здравјето (47).

Акциите предвидени во овој Акциски план се насочени кон целото население, но со посебен акцент и внимание на посебни ранливи групи меѓу кои се бремените жени и деца од секоја возраст.

Стратегијата за здравје до 2020 година на Македонија ќе претставува основа за донесување ревидирана стратегија 2020-2025 како и на другите понатамошни ревизии во процесот на реализација на Агендата 2030 за одржлив развој, усвоена од 193 земји-членки на Обединетите нации, на Самитот за одржлив развој во септември 2015 година. Од Одржливите развојни цели до 2030 година за издвојување е Цел 3: Да се обезбеди здрав живот и да се промовира добросостојба за сите, во тек на целиот живот (18).

Здравствениот систем во нашата држава е подготвен, со примена на нови стратегии и јавно-здравствени интервенции, да го подобри здравјето на жените во репродуктивниот период и на новородените, доенчињата и малите деца, со што ќе овозможи амбиент за унапредување на севкупната благосостојба на овие вулнерабилни популациони групи.

Во Македонија, во 2015 година, формиран е “Комитет за безбедно мајчинство и здраво новороденче”, кој спроведе бројни активности со Владата на Македонија, СЗО, УНФПА и УНИЦЕФ. Воедно овој Комитет работеше на подготовка за имплементација на перинатални и неонатални протоколи/постапки за подобрување на грижата за здравјето на родилката и

неонатусот во контекст на ефективна перинатална грижа. Адаптирани се вкупно 15 акушерски и неонатолошки протоколи/постапки за најчестите состојби во перинаталниот период. Во тек е развој на акушерски/гинеколошки стандарди за секундарна/терцијарна (болничка) грижа. Комитетот од стручен аспект ја следи состојбата со здравјето на жените и децата, посебно во периодот на бременост, породување и леунство, како и здравјето на новороденчето и предлага мерки за нивно унапредување. Во рамки на своите активности, Комитетот подготви Стратегија за безбедно мајчинство, како и Акциски план за намалување на матернална, перинатална и доенечка смртност. Изработени се прирачници за планирање на семејството, наменети за здравствени работници од примарна здравствена заштита, брошура за планирање на семејството која е дистрибуирана во 100 000 примероци меѓу младата популација во основните и средните училишта. Спроведена е обука на 130 здравствени професионалци во Македонија (30).

1.4 Мотив за истражувањето

Мотивот за изработка на докторската дисертација произлегува од потребата да се утврдат слабите точки и неусогласеностите во работењето во матерналната и перинаталната заштита и нега. Воедно, да се иницира воведување Чек листи во акушерската пракса во Македонија за да се придонесе за подобрување на матерналното, феталното и неонаталното здравје.

2 ЦЕЛИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

1. Цел на истражувањето е да се направи анализа на состојбата во врска со примена на процедури, постапки и мерки за рана идентификација на ризични фактори кои би влијаеле на безбедноста при породување, односно на морталитетот и морбидитетот кај мајките и новородените во четири родилишта во Македонија.

2. Спроведување истражување во едно родилиште во Македонија, за проверки во препознавање на ризични фактори пред, за време и по породувањето, согледување на состојбите и предлагање мерки во правец на унапредување на квалитетот на заштитата и негата на мајката и новороденото.

3. Да се дадат препораки за потреба од спроведување на Програма за примена на Чек-листи за безбедно породување во сите родилишта во Македонија.

3 ХИПОТЕЗИ

Х1 Постои поврзаност помеѓу навремено откривање на ризични фактори за безбедно породување и превенција на морбидитет кај мајката (хипертензија, инфекција) и новороденото-прематуритет.

Х2 Постои поврзаност помеѓу навремено откривање на ризични фактори за безбедно породување и превенција на морбидитет кај мајката (хипертензија, инфекција) и постнатална адаптација на новороденото.

Х3 Постои поврзаност помеѓу навремено откривање на ризични фактори за безбедно породување и превенција на морбидитет кај мајката (хипертензија, инфекција) и телесната тежина на новороденото.

Х4 Постои поврзаност помеѓу навремено откривање на ризични фактори за безбедно породување и превенција на морбидитет кај мајката (хипертензија, инфекција) и Apgar score-от на новороденото.

4 МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

4.1 Дизајн на истражувањето

За согледување на состојбата во врска со примена на процедури, постапки и мерки за рана идентификација на ризични фактори кои би влијаеле на безбедноста при породување, односно на морталитетот и морбидитетот кај мајките и новородените т.е. за остварување на првата цел спроведена е ретроспективна студија со проспективен аналитички пристап.

Ретроспективната студија со проспективен аналитички пристап е спроведена во четири родилишта во Македонија. Податоците од породувања во месец декември 2016 година беа собирани од историите на болест на родилки и новородените, со помош на предходно подготвен прашалник со специфични и релевантни прашања. Истражувањето беше реализирано во периодот од месец декември 2016 година до месец мај 2017 година. Беа собрани податоци за породувања во определени денови од месец декември 2016 година, по претходно утврден систем за избор на датумите.

Критериум за вклучување беа породувања завршени во деновите 01, 08, 15, 22 и 29.12.2016 година. Целна група се жени-родилки породени во определените денови и нивните новородени.

Вториот дел од истражувањето е пресечна аналитичка студија во родилиште во Македонија кое припаѓа во терцијарната здравствена заштита, Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство-Скопје. Беа обработени податоци што се однесуваа на породување во месеците февруари и март, 2018 година.

Критериуми за исклучување беа родилки од други држави.

4.2 Инструменти на истражувањето

Податоците беа собирани со користење на прашалници. Прашалниците беа составени од прашања за применети мерки, процедури и постапки со кои се откриваат и/или третираат ризични фактори кои би влијаеле на здравјето на жената и новороденото и тоа пред, за време и после породувањето, а кои се присутни во Чек-листите за безбедно породување .

Во прашалникот креиран според Чек-листите на СЗО беа опсервирани четири критични времиња поврзани со породувањето: прием на родилка во родилиште (процедури кои треба да бидат направени при прием), времето непосредно пред почеток на раѓањето (процедури кои треба да бидат направени кај родилката непосредно пред породувањето), времето до еден час после завршување на породувањето, процедури/постапки кај новороденото веднаш после раѓање и времето кога мајката и новороденото го напуштаат родилиштето.

Во вториот дел на истражувањето (пресечна студија) податоците беа внесени во прашалник кој содржеше соодветни прашања за откривање на ризик фактори на прием на родилката во родилиштето, пред, за време и непосредно после породувањето. Прашалникот содржеше прашања и за правилна проценка на здравствената состојба на новородените и нивно следење од раѓањето до напуштање на родилиштето. Прашалникот беше подготвен согласно Чек-листите на СЗО. Прашањата беа групирани во четири групи, кои одговараат на четирите критични времиња на породувањето кои се опфатени во Чек-листите на СЗО за безбедно породување: 1-иницијална проценка за постоење на ризик фактори, време на прием на родилката во родилиште, 2-континуиран мониторинг на можни ризик фактори, време непосредно пред породување, 3-превенција на потенцијални ризик фактори, време после породување и 4-проценка на ризик фактори на испис од родилиште.

Првата и втората група прашања се однесуваа само на родилката, а третата и четвртата група прашања се однесуваат на мајката и новороденото.

Беа следени податоци за проценка на постоење на фетален дистрес кај новородените веднаш по раѓање и податоци за состојба на новороденото пред напуштање на родилиштето.

Параметрите кои се следаа во четирите критични времиња, во Чек-листите беа поставени според СМАРТ критериумите (SMART-Specific, Measurable, Achievable, Relevant & Time-Bound). Истите се прикажани во Табела 1.

Табела 1. Параметри на следење преку Чек-листите во четири критични времиња/фази на породувањето

Критични времиња/фази на породувањето	Параметри на следење преку Чек-листите на СЗО
I - Време на прием на родилката во болница	<ul style="list-style-type: none"> - присуство на придружник за време на породувањето - соодветен третман во случај на прееклампија - соодветен третман при постоење на инфекција - соодветна хигиена на раце кај медицинскиот персонал
II - Почеток на породувањето	<ul style="list-style-type: none"> - подготвеност на тим за брза интервенција во случај на итност за време на породувањето - соодветен третман на новороденото - давање на окситоцин на мајката една минута после породувањето - соодветна хигиена на рацете кај персоналот
III – Време непосредно после породувањето (во период од еден час)	<ul style="list-style-type: none"> - проверка на вагинално крварење кај мајката - потреба од антибиотици кај мајката - потреба од антибиотици кај новороденото - почеток на доење до еден час после породувањето
IV – Време пред напуштање на родилицата	<ul style="list-style-type: none"> - проценка на вагинално крварење кај мајката - мерење на крвен притисок кај мајката - проценка на успешно доење - потреба од антибиотици кај новороденото

4.3 Одредување на примерокот

4.3.1 Примерок во ретроспективната студија со проспективен аналитички пристап

За реализација на ретроспективната студија со аналитички пристап беа собрани податоци од акушерски и неонатални истории во четири (4) родилишта во Македонија. Три од четирите избрани болници се од јавниот здравствен сектор (ЈЗУ УК за Гинекологија и акушерство-Скопје, ЈЗУ Специјална болница по гинекологија и акушерство „Мајка Тереза“-Скопје и Клиничка Болница-Штип), а една е приватна болница (Болница „Ацибадем-Систина“-Скопје).

Во избраните болници беа обработени и анализирани вкупно 137 акушерски истории, односно породувања кои биле завршени во определените датуми во месец декември 2016 г.

4.3.2 Примерок во вториот дел од истражувањето

Вториот дел на истражувањето се однесува на квалитативна проценка на здравствена грижа кај мајките и новородените поврзана со породувањето во институција од терцијарната здравствена заштита во Македонија.

Беа обработени и анализирани 300 акушерски и 310 неонатални истории кои се однесуваат на породување во февруари и март 2018 година. Во пресечната студија беа колектирани податоци кои се однесуваат на интрапарталниот, раниот постпартален и раниот неонатален период.

4.4 Статистичка анализа

Собраните податоци се обработуваат со помош на статистичкиот програм SPSS 20 и Statistica for Windows-верзија 10 и следниве статистички методи:

- Базите на податоците се формираат со примена на специфични компјутерски програми наменети за таа намена. Нивната обработка се изврши со помош на стандардни дескриптивни и аналитички биваријантни и мултиваријантни методи;
- Атрибутивните статистички серии се анализираат со одредување на коефициент на односи, пропорции, стапки;
- Нумеричките серии се анализираат со мерки на централна тенденција и со мерки на дисперзија на податоците;
- Статистичка сигнификантност на веројатноста меѓу дистрибуциите на фреквенциите на две атрибутивни варијабили се проценува со тестот на разлика (Difference test), а меѓу нумеричките серии со помош на Student-ов t - тест;
- Значајност меѓу откриената поврзаност е со Pearson Chi-square;
- За квантифицирање на сигнификантните фактори се одредуваше односот на предимство/превага Odds Ratio(OR);
- Со Shapiro-Wilk's тест се тестираше нормалноста на дистрибуцијата на варијаблите;
- За CI (интервал на доверба - confidence interval 95% CI) беше дефинирано статистичко значење на ниво на веројатност за стандардна грешка помала од 0,05 (p);
- Резултатите се прикажани во табели и графикони

4.5 Лимитација на студијата

При користење на медицинската документација (истории на болест) за научно истражување со извлекување податоци и информации секогаш постои ризик за нецелосно и нејасно внесени податоци во историите.

5 РЕЗУЛТАТИ

5.1 Резултати од ретроспективната студија со проспективен аналитички пристап

Истражувањето во ретроспективна студија со аналитички пристап вклучува 137 родилки и нивните новородени кај кои е направена анализа на акушерските и неонаталните истории за согледување дали се и во колкав процент се спроведуваат постапките и процедури пред, за време на породувањето, после породувањето и при напуштање на родилиците. Значи, во студијата се добиени резултати од обработени 137 породувања во текот на месец декември 2016 г., во четири родилица во Македонија.

5.1.1 Процедури кои треба да бидат направени при прием на родилката во акушерското одделение во болницата

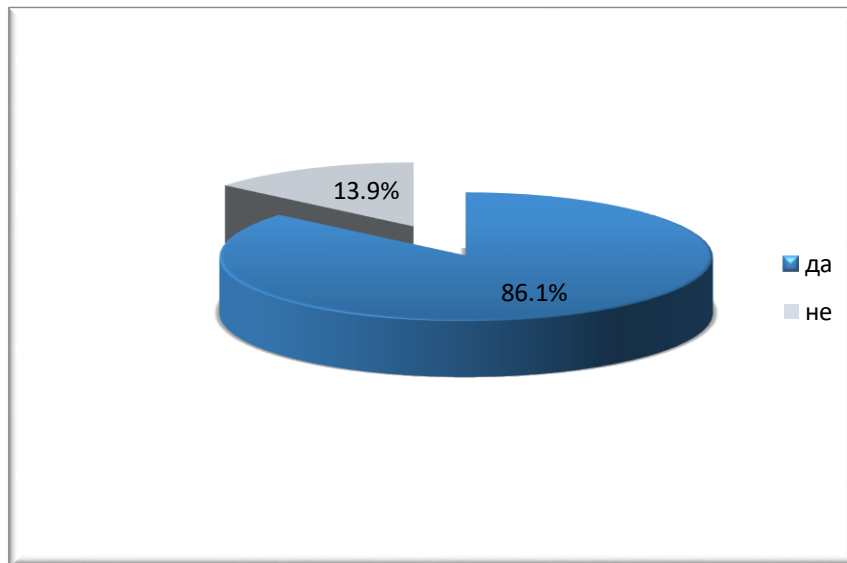
При прием на родилката во родилиците треба да бидат направени следниве процедури: кардиотокографија, мерење на телесна температура, мерење на артериската тензија и биохемиска анализа на урината.

5.1.1.1 Кардиотокографија при прием

Кардиотокографија (CTG) претставува паралелно електронско следење на работата на срцето на фетусот и контракциите на матката. Се спроведува за време на бременоста како и во текот на породувањето. Неговата примена дава податоци за состојбата на плодот во матката, дали тој добива доволно кислород преку плацентата. Исто така, CTG записот покажува како контракциите на матката влијаат врз срцевата работа на плодот. Воедно, оваа метода помага да се открие амнионитис во латентна фаза, давајќи можност за правилно водење на породувањето и избегнување на несакани последици кај мајката, но и кај новороденото.

Добиените резултати за тоа дали е направен кардиотокограф пред породување, на вкупниот примерок на родилки во сите четири родилишта, се прикажани во графикон 1.

Графикон 1. Приказ на родилките кај кои е направен кардиотокограф при прием во родилиште



Кај родилките при прием во родилиште е направен кардиотокограф кај 86.1%, а не е направен кај 13.9%. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$).

Кај 19 родилки кај кои не е направен кардиотокограф, 18 или 94.7%, се од ЈЗУ Специјална болница по гинекологија и акушерство „Мајка Тереза“ - Скопје, а една пациентка е од Клиничката болница во Штип.

5.1.1.2 Мерење на телесна температура

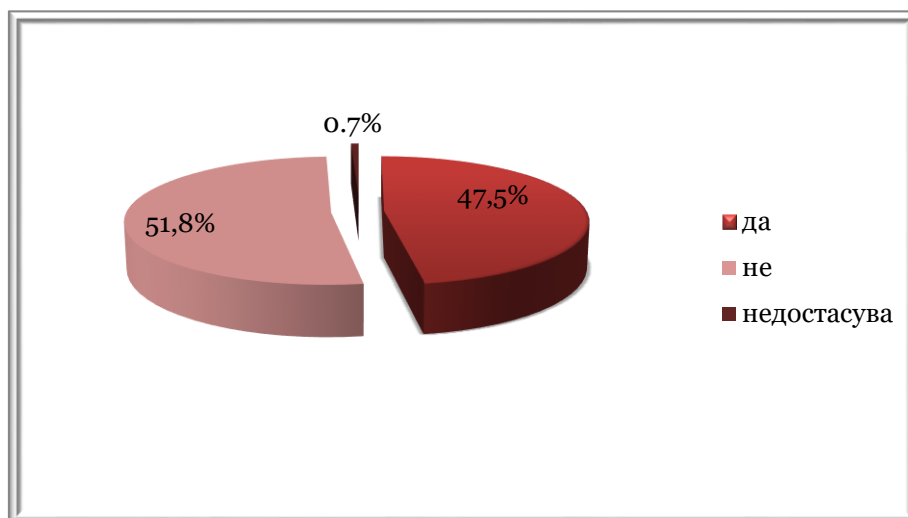
Мерење на телесна температура е едноставна рутинска процедура што треба да се направи кај секоја бремена жена при прием во акушерското одделение. Покачената телесна температура е првиот индикатор за можна инфекција кај родилката. Добиените резултати од увидот во акушерските

истории за тоа дали била измерена телесна температура се прикажани во табела и графикон 2.

Табела 2. Приказ на родилките кај кои е измерена телесна температура при прием во родилиште

Измерена телесна температура при прием	Број	%
Да	65	47.5
Не	71	51.8
Недостасува	1	0.7
Вкупно	137	100.0

Графикон 2. Приказ на родилките кај кои е измерена телесна температура при прием во родилиште



Кај родилките при прием е измерена телесна температура кај 47.5%, а не била измерена кај повеќе од половината или 51.8%. Процентуалната разлика е статистички несигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p = 0.4766$).

Од 71 пациентка кај кои не е измерена телесна температура, во поголем број 45 или 63.4% се од ЈЗУ Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство при Медицинскиот факултет во Скопје, а 26 или 36.6% се од ЈЗУ

Специјална болница по гинекологија и акушерство „Мајка Тереза“-Скопје. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0014$).

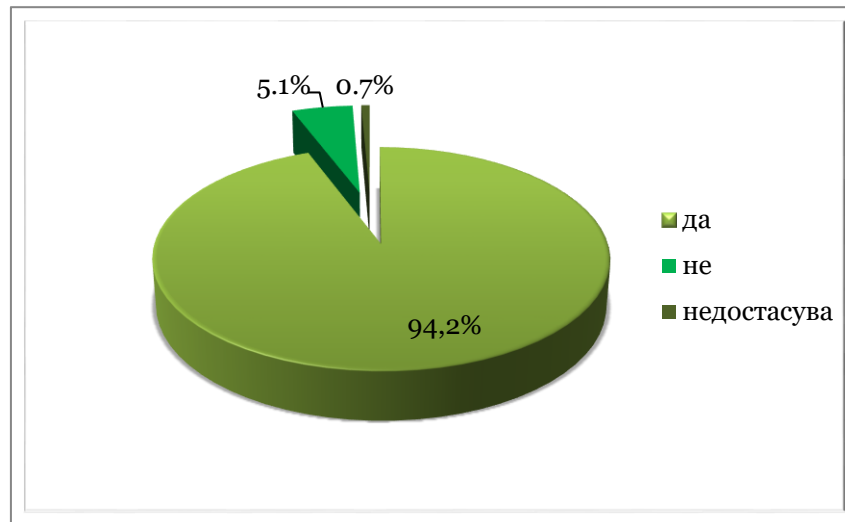
5.1.1.3 Мерење артериска тензија

Мерењето на артериска тензија е неопходна и важна процедура која треба да се направи кај секоја родилка при прием за раѓање во акушерско одделение. Високиот крвен притисок во текот на бременоста е состојба која бара посебно внимание и следење. Без разлика дали хипертензијата се појавила во текот на бременоста или пациентката имала покачен крвен притисок како состојба или болест пред забременувањето, овие пациентки мора да имаат поинтензивно следење и нега. Добиените резултати од увидот во акушерските истории за тоа дали била измерена артериската тензија се прикажани на табела и графикон 3.

Табела 3. Приказ на родилките кај кои е измерена артериска тензија при прием во родилиште

Измерена артериска тензија при приемот	Број	%
Да	129	94.2
Не	7	5.1
Недостасува	1	0.7
Вкупно	137	100.0

Графикон 3. Приказ на родилките кај кои е измерена артериска тензија при прием во родилиште



Кај најголем број од родилките при прием е измерена артериска тензија, и тоа кај 94.2%, а не била измерена кај 5.1%. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$).

Од испитаниците кај 7 кај кои не е измерена артериска тензија, а 71.5% од нив биле од Клиничката болница во Штип, а по една пациентка се од ЈЗУ Специјална болница по гинекологија и акушерство „Мајка Тереза“-Скопје и Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство во Скопје.

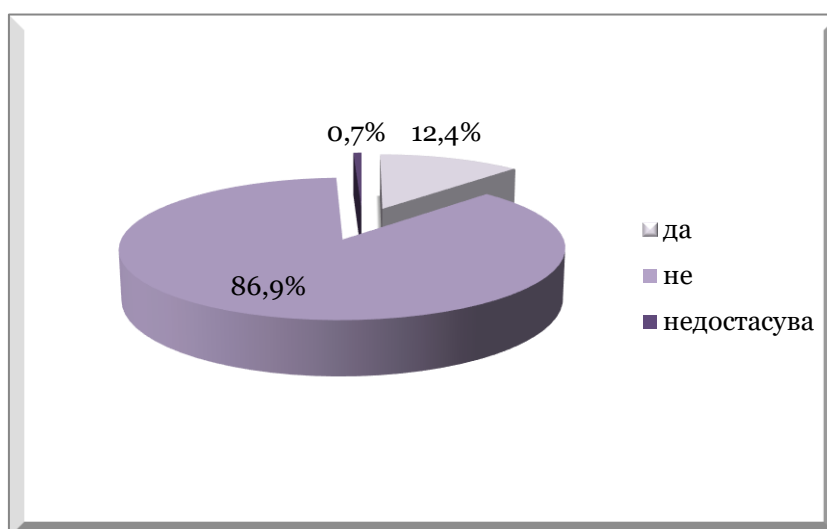
5.1.1.4 Биохемиска анализа на урината

За време на бременоста жената треба да направи повеќе контролни прегледи и тестови, а меѓу најчестите е тестот на урината. Ова се должи на фактот што за време на бременоста доаѓа до зголемено оптоварување на бубрезите и срцето кај идната мајка. Затоа, за да се следи статусот на овие два система, при секоја посета на гинеколог и пред породување кај жената треба да се земе примерок на урината за анализа. Воедно, нелекувана уринарна инфекција може да има несакани последици кај бремената жена, плодот/новороденото, а може да доведе и до предвремено породување. Добиените резултати од спроведеното ретроспективно истражување се прикажани во табела и графикон 4.

Табела 4. Родилки кај кои е анализирана урина при прием во родилиште

Анализа на урина при прием	Број	%
Да	17	12.4
Не	119	86.9
Недостасува	1	0.7
Вкупно	137	100.0

Графикон 4. Родилки кај кои е анализирана урина при прием во родилиште



Кај релативно мал број родилки при прием во родилиште е анализирана урина, и тоа само кај 12.4%, а кај поголем процент не била направена оваа анализа - 86.9%. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$).

Од 119 пациентки кај кои не е анализирана урина 12.6% се од Клиничката болница-Штип, 10,1% од Клиничката болница Аџибадем Систина-Скопје, 37% се од ЈЗУ Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство при Медицинскиот факултет во Скопје и 40.3% се од ЈЗУ Специјална болница по

гинекологија и акушерство „Мајка Тереза“-Скопје. Процентуалната разлика помеѓу ЈЗУ Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство и ЈЗУ Специјална болница по гинекологија и акушерство верзус останатите две болници е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$).

Сите четири процедури кои треба да бидат направени при прием на родилката во акушерското одделение во болницата според Чек-листите на СЗО просечно не се спроведени на ниво на четирите болници кај повеќе од половина од родилки-57.5%

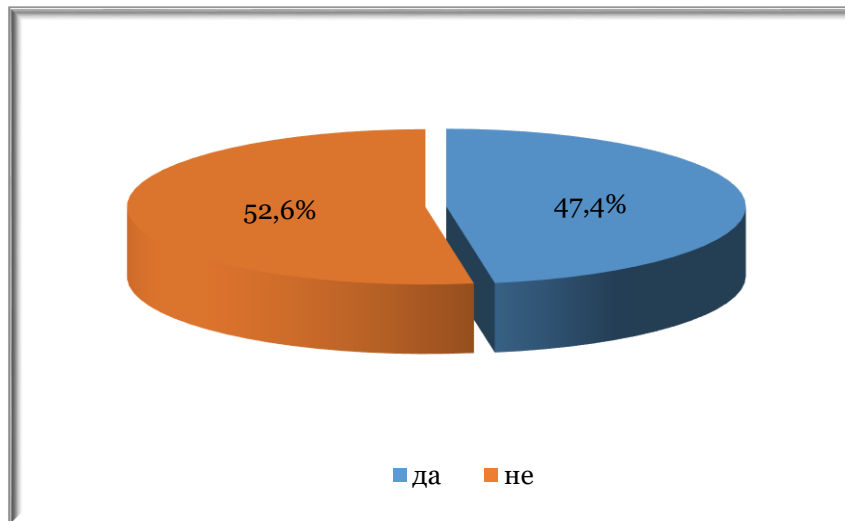
5.1.2 Процедури кои треба да бидат направени кај родилката непосредно пред породувањето

Непосредно пред породувањето треба да бидат направени следниве процедури: мерење на телесна температура, проверка на мирис и боја на вагинален исцедок, мерење на артериската тензија, биохемиска анализа на урината и анализа на времето на руптура на околу плодовите обвивки.

5.1.2.1 Мерење на телесна температура

Мерењето на телесната температура на родилката треба да е рутинска постапка и непосредно пред породувањето. Зголемената телесна температура може да е знак за инфекција кај мајката, особено при продолжено породување или доколку плодовите обвивки се прснати повеќе од 18 часа. Добиените резултати за тоа дали била измерена телесната температура на родилката се прикажани во графикон 5.

Графикон 5. Родилки кај кои е измерена телесна температура непосредно пред породувањето



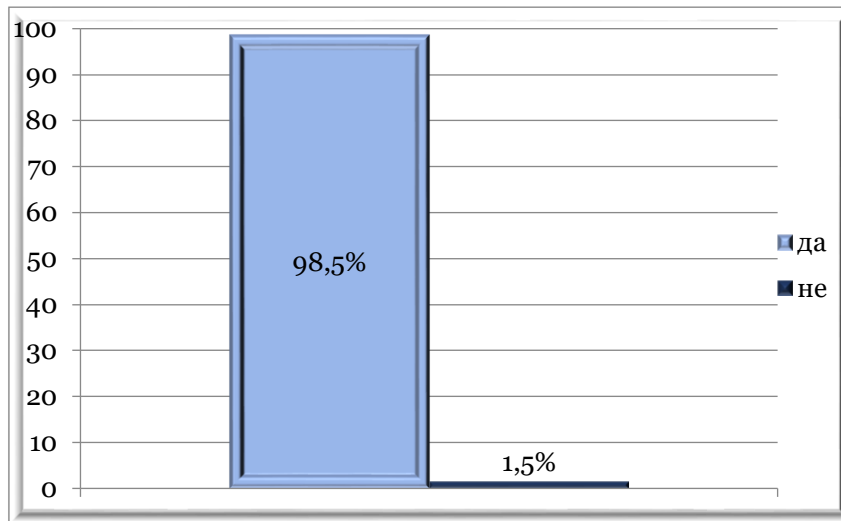
Непосредно пред породувањето била измерена телесна температура кај 47.4% од родилките, а не била измерена кај повеќе од половина или 52.6%. Процентуалната разлика е статистички несигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p = 0.3894$).

Од 72 пациентки кај кои не е измерена телесна температура непосредно пред породување, 45 или 62.5% се од ЈЗУ Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство-Скопје, а 27 или 37.5% се од ЈЗУ Специјална болница по гинекологија и акушерство „Мајка Тереза“ -Скопје.

5.1.2.2 Проверка на мирис и боја на вагинален исцедок

Проверката на вагиналниот исцедок кај родилката непосредно пред породувањето треба да биде рутинска постапка. Особено треба да се обрати внимание доколку исцедокот е со непријатен мирис и ако има зелена или жолтеникава боја. Овие знаци може да упатуваат на хориоамнионитис, инфекција која може да биде причина за морбидитет како кај родилката така и кај новороденото. Добиените резултати за спроведувањето на оваа постапка се прикажани во графикон 6.

Графикон 6. Родилки кај кои е проверен вагинален исцедок (боја, мирис) непосредно пред породувањето

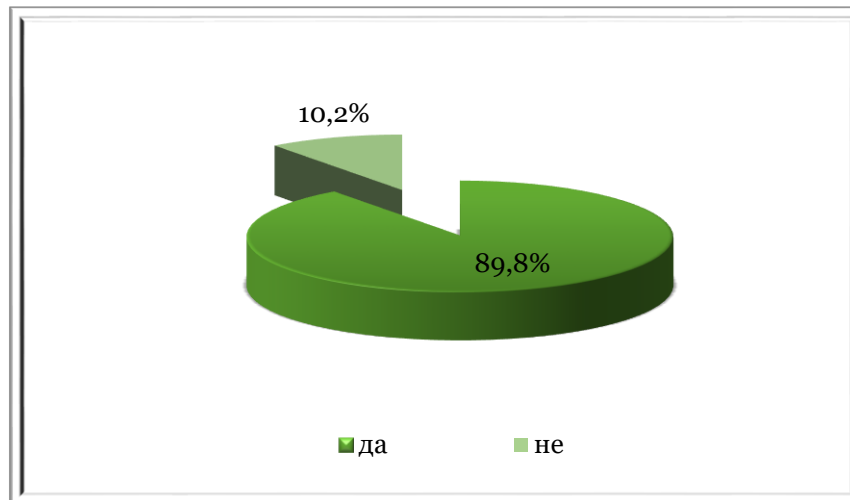


Непосредно пред породувањето на родилките бил проверен вагинален исцедок (боја, мирис) кај 98.5%, а не бил проверен само кај две родилки или 1.5%. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$).

5.1.2.3 Мерење на артериска тензија

Мерењето на артериската тензија кај родилката непосредно пред породувањето, исто така, треба да биде рутинска постапка како и при приемот во родилиштето. Добиените резултати за мерењето на артериската тензија кај родилката непосредно пред породувањето се прикажани во графикон 7.

Графикон 7. Приказ на родилките кај кои е измерена артериската тензија непосредно пред породувањето



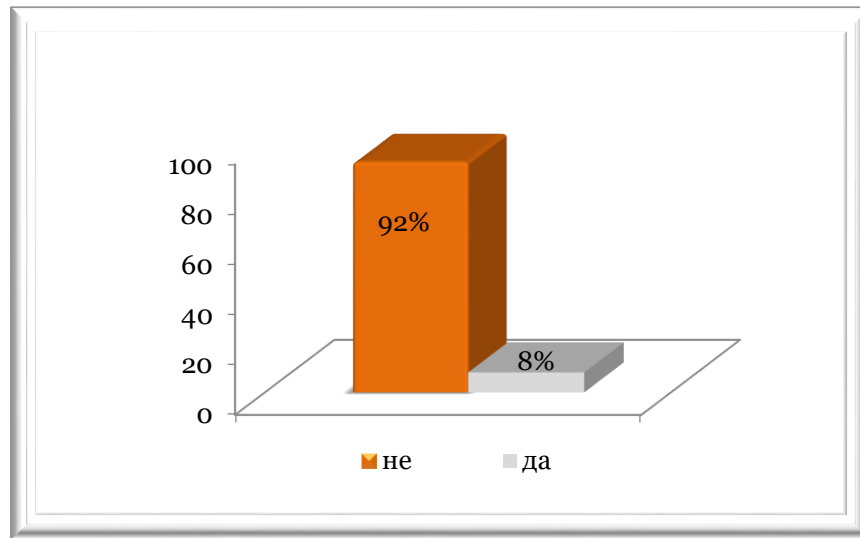
Непосредно пред породување е измерена артериска тензија кај 89.8% од родилките, а не била измерена кај 10.2%. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.3894$).

Од 14 пациентки кај кое не е измерена артериска тензија непосредно пред породување, 4 или 28,6% се од Клиничката болница-Штип, а 10 или 71.4% се од ЈЗУ Специјална болница по гинекологија и акушерство „Мајка Тереза“ -Скопје.

5.1.2.4 Биохемиска анализа на урината

Анализа на урината треба да биде постапка која ќе се примени кај секоја родилка пред породувањето со цел навремено откривање на знаци за прееклампсија или инфекција на уринарниот тракт. Резултатите од ретроспективната студија за примена на оваа процедура се прикажани во графикон 8.

Графикон 8. Приказ на родилките кај кои е анализирана урина непосредно пред породувањето



Кај родилките непосредно пред породувањето е анализирана урина само кај 8.0%, а не е анализирана кај 92.0% од нив. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$).

Од 126 родилки кај кои не е направена анализа на урина непосредно пред породување, од кои 15 или 11.9% се од Клиничката болница-Штип, 14 или 11.1% се од Клиничката болница Аџибадем Систина-Скопје, 47 или 37.35% се од ЈЗУ Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство при Медицинскиот факултет во Скопје и 50 или 39.7% се од ЈЗУ Специјална болница по гинекологија и акушерство „Мајка Тереза“ -Скопје.

5.1.2.5 Анализа на времето на руптура на околу плодовите обвивки

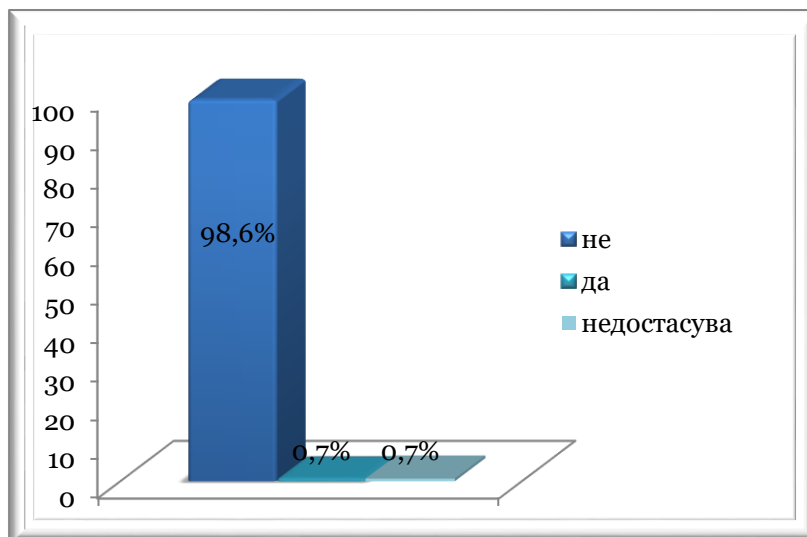
Анализа на времето на руптура на околу плодовите обвивки непосредно пред породувањето има посебно значење по здравјето како на идната мајка така и на новороденото. Дијагнозата и водењето на породувањето во услови на предвремена спонтана руптура на околу плодовите обвивки кај терминска, доносена бременост, бара посебен осврт кон мониторингот и времетраењето на т.н „внимателно чекање“ пред отпочнување со индукција, како и употребата на антибиотици пред породувањето и критериумите за нивна примена кај

родилката и кај здраво новородено. Добиените резултати за спроведувањето на оваа постапка се прикажани во табела 5 и графикон 9.

Табела 5. Приказ на родилките кај кои е анализирано време на руптура на околу плодовите обвивки непосредно пред породувањето

Анализа на време на руптура на околу плодови обвивки пред породување	Број	%
Да	135	98.6
Не	1	0.7
Недостасува	1	0.7
Вкупно	137	100.0

Графикон 9. Приказ на родилките кај кои е анализирано време на руптура на околу плодовите обвивки непосредно пред породувањето



Непосредно пред породувањето е анализирано време на руптура на околу плодови обвивки кај 98.6% од родилките, а не е анализирано кај 0.7%. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$).

Петте процедури кои треба да бидат направени непосредно пред породувањет кај родилките според Чек-листите на СЗО просечно се спроведени на ниво на четирите болници кај повеќе од половина родилки-68.5%.

5.1.3 Процедури кои треба да бидат направени кај родилката непосредно после породувањето

Времето после породување, според Чек листите на СЗО, се однесува на време од еден час после завршување на раѓањето. Тоа е вулнерабилен период во кој треба да се превземат мерки/процедури за следење/превенција на вагинално крварење, следење на артериска тензија, мерење на телесна температура.

5.1.3.1 Ординирање на утеротоник веднаш после породувањето

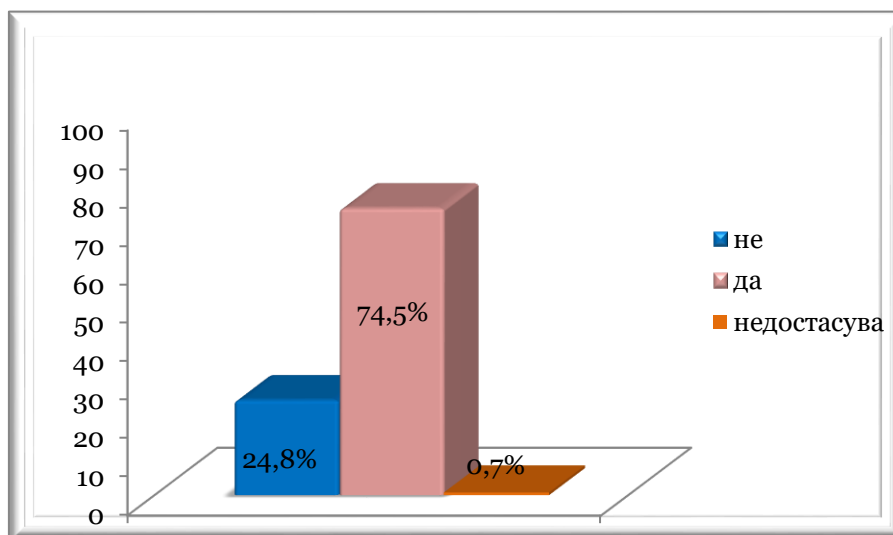
Кај секој родилка после породување треба да биде ординиран утеротоник со цел превенција од абнормално вагинално крварење. Покрај дадениот утеротоник, треба често проверување на јачината на вагиналното крварење, со цел благовремено превземање на дополнителни постапки, како што се масажа на утерус, дополнително ординирање на утеротоник, третирање на причината за абнормално крварење (утерина атонија, руптура на утерус, ретенирана плацента или нејзини парчиња).

Во студијата веднаш после породување утеротоник е дадено кај 74.5% од родилките, а не е ординиран кај 24.8% од нив. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (табела 6 и графикон 10).

Табела 6. Даден утеротоник на родилките веднаш после породување

Даден утеротоник	Број	%
Да	102	74.5
Не	34	24.8
Недостасува	1	0.7
Вкупно	137	100.0

Графикон 10. Даден утеротоник на родилките веднаш после породување



Од 34 пациентки кај кои не е дадено утеротоник 14.7% (5) се од болницата во Штип, 82.4% (28) се од ЈЗУ УК за Гинекологија и акушерство и една пациентка е од ЈЗУ Специјална болница по гинекологија и акушерство „Мајка Тереза“ - Скопје.

5.1.3.2 Мерење артериска тензија веднаш после породување

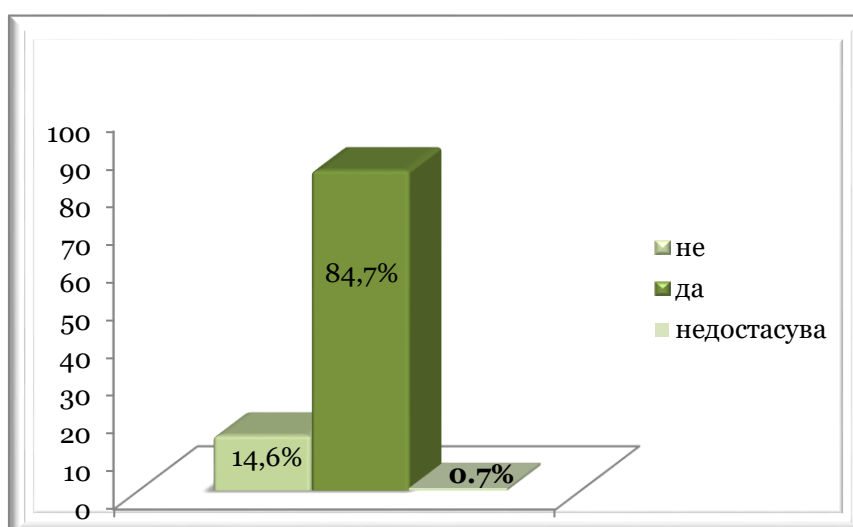
Мерењето на артериска тензија после породување треба да е рутинска постапка, со цел благовремено добивање податок за потреба од антихипертензив или потреба од интравенски течности, доколку станува збор за хипотензија.

Кај родилките веднаш после породување измерена е артериска тензија кај 84.7%, а не е измерена кај 14.6%. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (табела 7 и графикон 11).

Табела 7. Измерена артериска тензија кај родилките веднаш после породување

Измерена артериска тензија	Број	%
Да	116	84.7
Не	20	14.6
Недостасува	1	0.7
Вкупно	137	100.0

Графикон 11. Измерена артериска тензија кај родилките веднаш после породување



Од 20 родилки кај кои не е измерена артериска тензија две се од болницата во Штип, 90% (18) се од ЈЗУ Специјална болница по гинекологија и акушерство „Мајка Тереза“ - Скопје.

Двете процедури кои треба да бидат направени веднаш после породувањето кај родилките според Чек-листите на СЗО просечно се спроведени на ниво на четирите болници во голем процент -79.6%.

5.1.4 Процедури кои треба да бидат направени кај мајката пред напуштање на родилицето

Според препораките од Чек-листите на СЗО, секоја родилка треба да остане минимум 24 часа во родилицето. Пред мајката да биде испишана од родилицето, треба да бидат направени постапки/процедури со кои ќе бидеме сигурни дека мајката во добра здравствена состојба си оди дома со своето новородено. Во препорачани процедури се: мерење телесна температура и артериска тензија, проверка на вигинален исцедок.

5.1.4.1 Мерење телесна температура

Мерењето на телесна температура кај мајката пред да го напушти родилицето е корисна и ефтина постапка, со која се исклучува можна инфекција која при испис се манифестира само со зголемена температура, без други клинички знаци или симптоми.

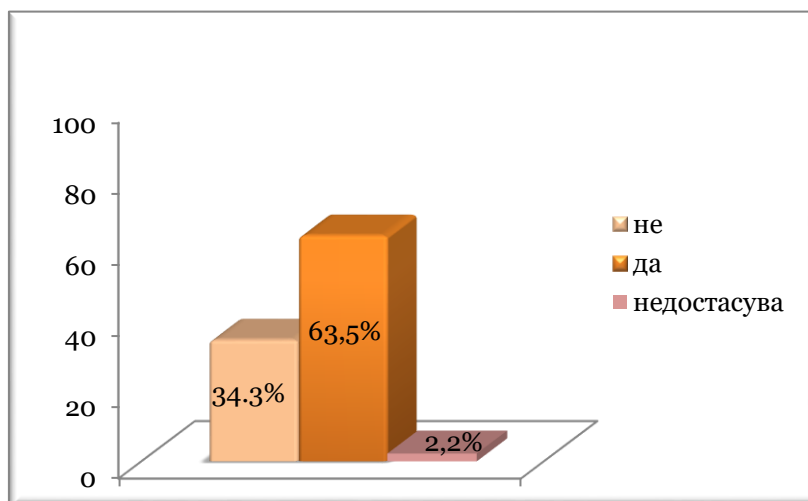
Кај мајките непосредно пред напуштање на родилицето измерена е телесна температура кај 63.5%, а не е измерена кај 34.3% од нив. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (табела 8 и графикон 12).

Сите 47 родилки кај кои не е измерена телесна температура пред напуштање на родилицето се од ЈЗУ УК за Гинекологија и акушерство.

Табела 8. Мерење телесна температура кај мајката пред напуштање на родилиштето

Измерена телесна температура	Број	%
Да	87	63.5
Не	47	34.3
Недостасува	3	2.2
Вкупно	137	100.0

Графикон 12. Мерење телесна температура кај мајката пред напуштање на родилиштето



5.1.4.2 Проверка на вагинален исцедок

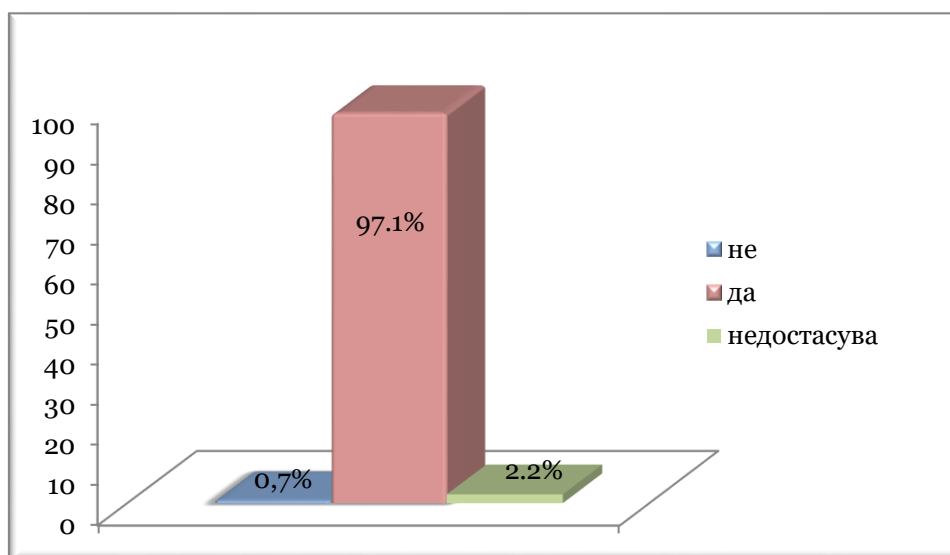
Проверката на бојата/мирисот на вагиналниот исцедок е важна постапка со цел откривање на рана инфекција после породување на внатрешните репродуктивни органи на родилката.

Пред напуштање на родилиштето вагиналниот исцедок не е проверен само кај една родилака (0.7%). Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (табела 9 и графикон 13). Родилката кај која не е проверен вагиналниот исцедок е од ЈЗУ УК за Гинекологија и акушерство.

Табела 9. Проверка на вагиналниот исцедок (боја, мирис) непосредно пред напуштање на родилиштето

Проверен вагинален исцедок	Број	%
Да	133	97.1
Не	1	0.7
Недостасува	3	2.2
Вкупно	137	100.0

Графикон 13. Проверка на вагиналниот исцедок (боја, мирис) непосредно пред напуштање на родилиштето



5.1.4.3 Мерење на артериска тензија

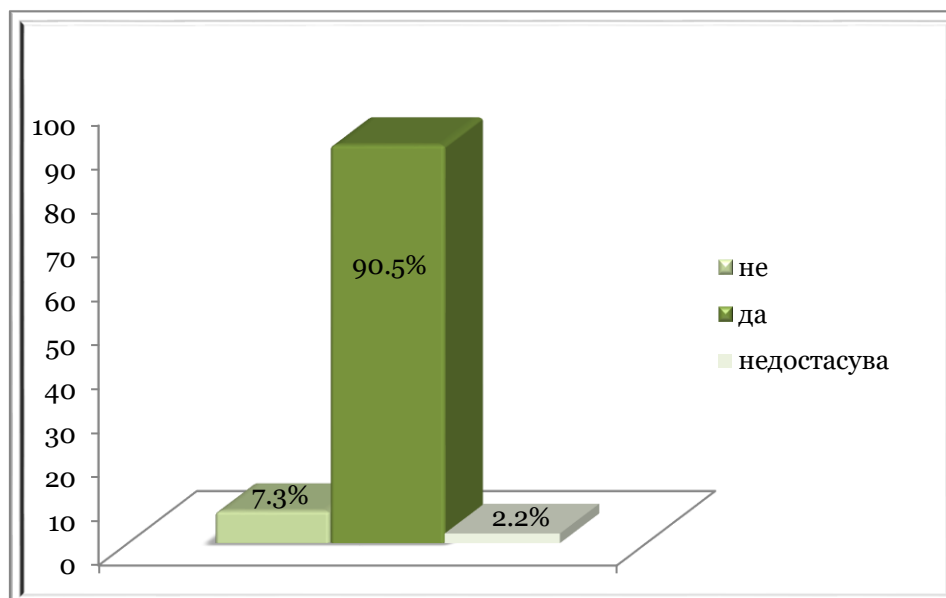
Како и во предходните критични времиња на породувањето, така и во ова време-напуштање на родилиштето, кај секој породена жена треба да се измери артериската тензија, со цел потврдување или корегирање на терапијата против хипертензија доколку жената ја прима, а воедно и верифицирање на можна хипотензија и правовремено преземање на соодветни мерки.

Кај родилките непосредно пред напуштање на родилиштето измерена е артериска тензија кај 90.5%, а не е измерена кај 7.3%, Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (табела 10 и графикон 14).

Табела 10 Измерена артериска тензија кај мајката непосредно пред напуштање на родилиштето

Измерена артериска тензија	Број	%
Да	124	90.5
Не	10	7.3
Недостасува	3	2.2
Вкупно	137	100.0

Графикон 14. Измерена артериска тензија кај мајката непосредно пред напуштање на родилиштето



Од 10 родилки кај кои не е измерена артериска тензија 7 (70%), се од болницата во Штип, а 3 (30%) се од ЈЗУ УК за Гинекологија и акушерство.

Трите процедури кои треба да бидат направени кај мајката непосредно пред напуштање на родилиштето според Чек-листите на СЗО просечно се спроведени на ниво на четирите болници, во голем процент -83.7%.

5.1.5 Реализирани процедури/постапки кај новороденото веднаш после раѓање

Пред секое породување треба да се провери дали во родилната сала има сè што е потребно за правилна проценка и евентуално дополнителен третман кај новороденото. Веднаш после раѓање секое новороденото се проценува со Apgar score, кој ги оценува респирациите, срцевата фреквенција, боја на кожа, мускулен тонус и рефлекси. Одреден број на новородени ќе имаат потреба и од дополнителна специјална нега, како што е употреба на амбу, кислород на маска, поставување на монитор за следење на витални параметри.

5.1.5.1 Мерење на респирации кај новороденото веднаш после раѓање

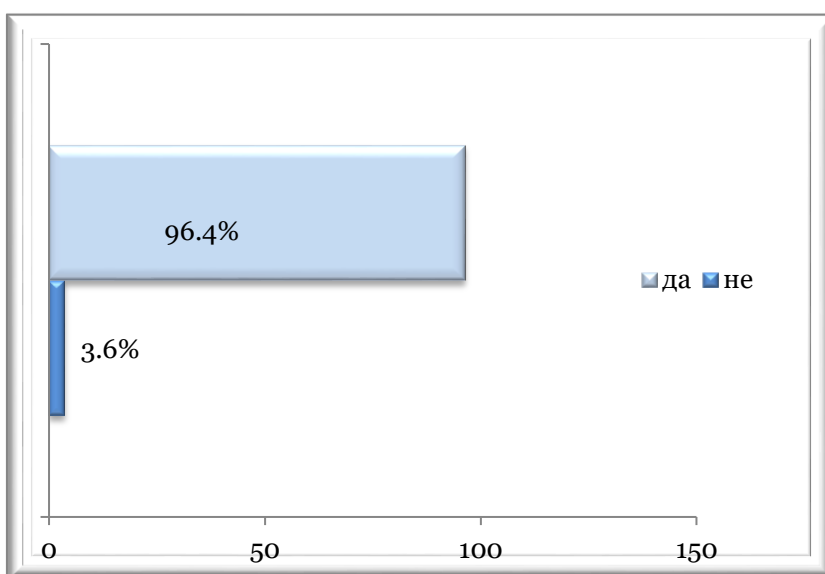
Мерењето на број на респирации веднаш после породување дава увид каква е адаптацијата на новороденото во првите моменти од екстраутериниот живот. Според Чек-листите на СЗО, доколку новороденото има респирации под 30/мин или над 60/мин треба интензивен мониторинг и правилна проценка дали новороденото има опасност од инфекција и потреба од рана терапија со антибиотици.

Веднаш после раѓање на новороденото бројот на респирации е проверен кај 96.4% од новородените, а не е измерен кај 3.6%. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (табела 11 и графикон 15).

Табела 11. Измерени респирации кај новородените после раѓање

Измерени респирации	Број	%
Да	132	96.4
Не	5	3.6
Вкупно	137	100.0

Графикон 15. Измерени респирации кај новородените после раѓање



Од 5 новородени кај кои не е проверен бројот на респирации, три (80%) новородени се од ЈЗУ УК за Гинекологија и акушерство и едно новородено е од ЈЗУ Специјална болница по гинекологија и акушерство „Мајка Тереза“ - Скопје.

5.1.5.2 Мерење на телесна температура кај новородените

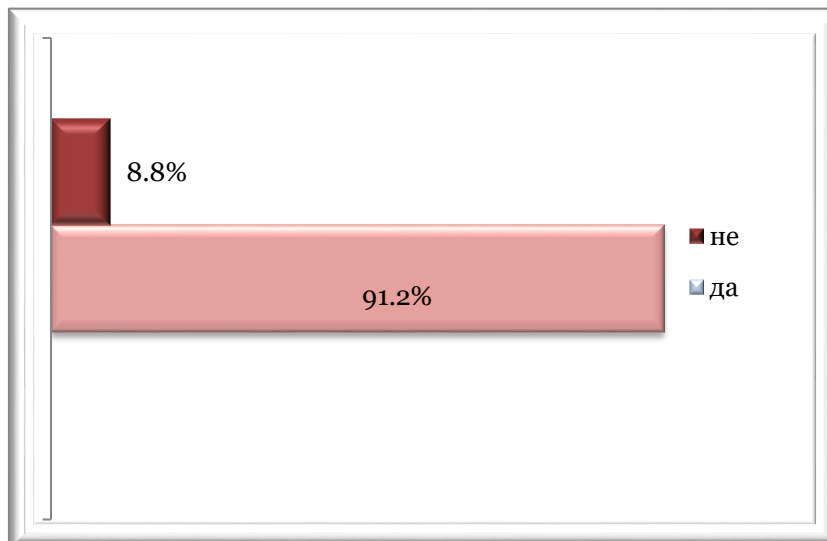
Доколку кај новороденото се измери веднаш после раѓање телесна температура под 35 °C и истата не се зголемува со затоплување на новороденото или телесната температура е над 38° С треба да биде под интензивен мониторинг за можна инфекција и потреба од рано воведување на антибиотици.

Кај новородените веднаш после породување измерена е телесна температура кај 91.2%, а не е измерена кај 8.8%. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (табела 12 и графикон 16).

Табела 12. Измерена температура кај новородените веднаш после породувањето

Измерена температура	Број	%
Да	125	91.2
Не	12	8.8
Вкупно	137	100.0

Графикон 16. Измерена температура кај новородените веднаш после породувањето



Од 12 новородени кај кои не е измерена температура, 10 (83.3%) се новородени од ЈЗУ УК за Гинекологија и акушерство и 2 новородени се од ЈЗУ Специјална болница по гинекологија и акушерство „Мајка Тереза“ - Скопје.

5.1.5.3 Потреба од специјална нега и интензивен мониторинг кај новородените

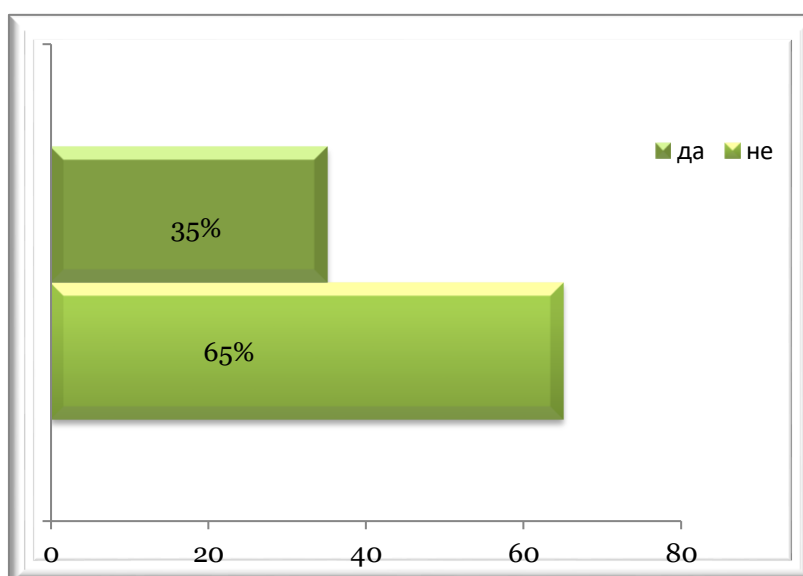
Специјална нега и интензивен мониторинг веднаш после раѓање на новороденото, подразбира потреба од аспирација на горни дишни патишта, потреба од кислород на маска, мониторирање на витални параметри или итно поставување на соодветен тип на механичка вентилација.

Специјална нега и интензивен мониторинг после раѓање имале потреба 35% од новородените, а без таква потреба биле 65%. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (табела 13 и графикон 17).

Табела 13. Спроведена специјална нега и мониторинг кај новородените одма после породувањето

Специјална нега и мониторинг	Број	%
Да	48	35.0
Не	89	65.0
Вкупно	137	100.0

Графикон 17. Спроведена специјална нега и мониторинг кај новородените веднаш после породувањето



5.1.5.4 Започнато доење кај новородените

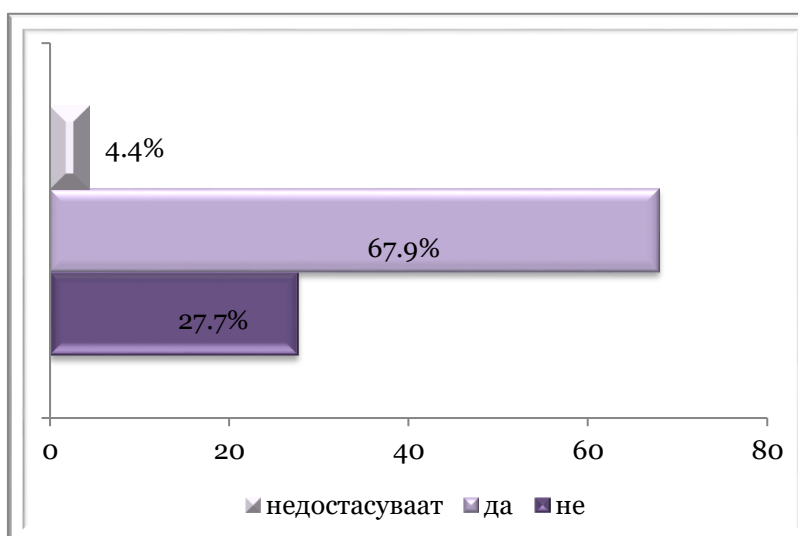
Раното почнување на подој е важна постапка со која се овозможува брз контакт меѓу мајката и новороденото, а воедно му овозможува на новороденото да дојде во контакт со бактериите од кожата на мајката кои се битни за правилно функционирање на неговиот гастроинтестинален тракт во првите денови после раѓањето.

Кај новородените веднаш после породување започнато е со доење кај 67.9%, а не е започнато доење кај 27.7%. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (табела 14 и графикон 18).

Табела 14. Започнато доењето кај новородените

Започнато доењето	Број	%
Да	38	27.7
Не	93	67.9
Недостасуваат	6	4.4
Вкупно	137	100.0

Графикон 18. Започнато доењето кај новородените



5.1.5.5 Остварен контакт “кожа на кожа” меѓу мајката и новороденото

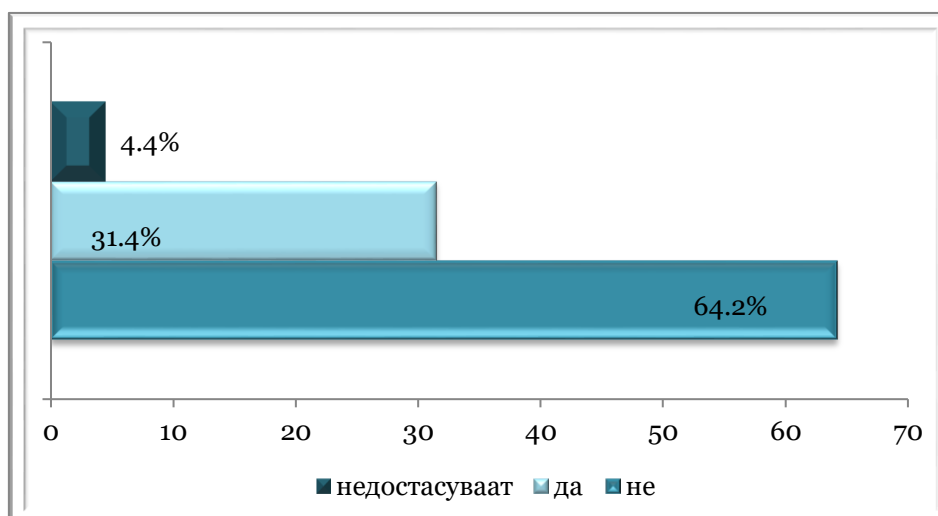
СЗО препорачува практикување на постапката “кожа на кожа” меѓу новороденото и мајката веднаш после раѓање на новороденото. Тоа би значело секое здраво новороденото веднаш по раѓањето да биде поставено на кожата на градите на неговата мајка. Оваа постапка треба да се практикува и при спонтани и при породувања кои завршиле со Царски рез.

Реализиран контакт “кожа на кожа” помеѓу мајката и новороденото е кај 31.4%, а не е реализиран кај 64.2%. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (табела 15 и графикон 19).

Табела 15. Реализиран контакт “кожа на кожа”

Контакт “кожа на кожа”	Број	%
Да	43	31.4
Не	88	64.2
Недостасуваат	6	4.4
Вкупно	137	100.0

Графикон 16. Реализиран контакт “кожа на кожа”



Процедури/постапки кај новороденото веднаш после раѓање кои треба да бидат направени според Чек-листите на СЗО просечно се спроведени на ниво на четирите болници, во голем процент -64.4%.

5.1.6 Направени процедури/постапки кај новороденото непосредно пред напуштање на родилиштето

Кај секое новороденото пред напуштање на родилиштето треба да бидат направени постапки/процедури со кои ќе бидеме сигурни дека бебето нема потешкотии со дишењето, добро се храни, има уредни рефлекси, нема клинички знаци и симптоми за инфекција.

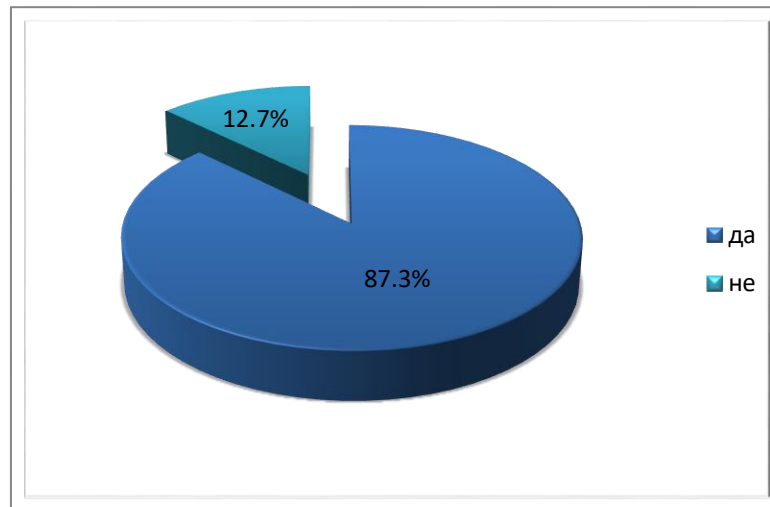
5.1.6.1 Измерена телесна температура

Извршена е проверка на телесната температура кај 87.3% од новородените непосредно пред напуштање на родилиштето, а кај 12.7% не е измерена телесната температура. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (табела 16 и графикон 20).

Табела 16. Измерена телесна температура кај новородените непосредно пред напуштање на родилиштето

Измерена телесна температура	Број	%
Да	117	87.3
Не	17	12.7
Вкупно	134	100.0

Графикон 20. Измерена телесна температура кај новородените непосредно пред напуштање на родилицето



Од 17 новородени кај кои не е измерена температура, 16 (94%), се новородени од ЈЗУ УК за Гинекологија и акушерство и едно новородено од ЈЗУ Специјална болница по гинекологија и акушерство „Мајка Тереза“-Скопје.

5.1.6.2 Проверка на умбиликус

Проверка на умбиликусот кај новороденото за постоење на црвенило и/или секреција мора да биде спроведена кај секое новородено, со цел исклучување на можна инфекција на умбиликусот.

Непосредно пред напуштање на родилицето кај 134 новородени направена е проверка на умбиликусот за евиденција на црвенило или секреција.

5.1.6.3. Проверка на воспоставено доење

При напуштање на родилицето, треба да бидеме сигурни дека новороденото добива доволно млеко, пред се преку остварување на квалитетен подој. Секоја мајка треба да биде поттикнута да го дои своето новородено.

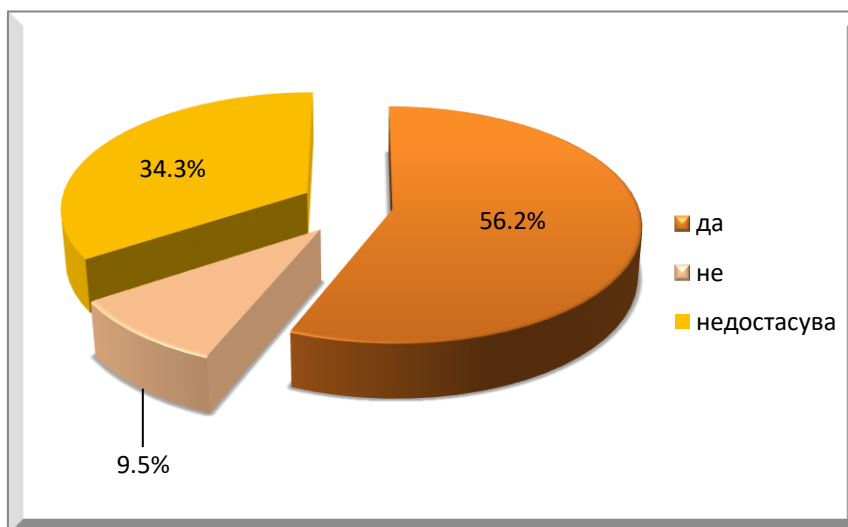
При напуштање на родилицето 56.2% од новородените биле на ексклузивно доење, а 9.2% новородени немале воспоставено доење. Процентуалната разлика

е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (табела 17 и графикон 21).

Табела 17. Воспоставено доење кај новородените при напуштање на родилиштето

Воспоставено доење	Број	%
Да	77	57.5
Не	13	9.7
Недостасуваат	44	32.8
Вкупно	134	100.0

Графикон 21. Воспоставено доење кај новородените при напуштање на родилиштето

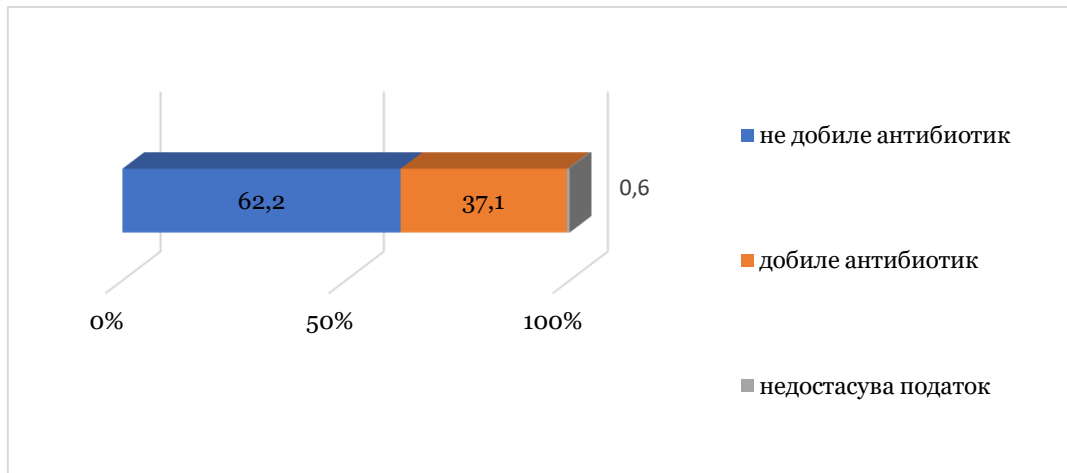


5.1.6.3 Ординирана антибиотска терапија

Следејќи ги препораките во Чек-листите на СЗО треба точно да се одреди кое новородено има потреба од антибиотска терапија. Дел од новородените при напуштање на родилиште имаат потреба од продолжување на терапијата и во домашни услови.

Кај 37.1% од новородените им е дадена антибиотска терапија на испис од родилиште, а во поголем процент од 62.2% од новородените го напуштиле родилиштето без антибиотик, процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0000$) (графикон 22).

Графикон 22. Антибиотска терапија кај новородените при испис од родилиште



Направени процедури/постапки кај новороденото непосредно пред напуштање на родилиштето според Чек-листите на СЗО просечно се спроведени на ниво на четирите болници, во голем процент од 70.2%.

5.2 Резултати од пресечната студија

Пресечната студијата е фокусирана на преземени клинички постапки и процедури за навремено откривање на ризик фактори во текот на породувањето и укажуваат на квалитетот на медицинска грижа во интрапарталниот, раниот постпартален и неонатален период. Клиничките процедури и постапки во студијата се поделени во четири категории: 1) иницијална проценка за постоење на ризик фактори, време на прием на родилката во родилиште, 2) континуиран мониторинг на можни ризик фактори, време непосредно пред породување, 3) превенција на потенцијални ризик фактори, време после породување и 4) проценка на ризик фактори на испис од родилиште.

5.2.1 Иницијална проценка на ризик фактори пред породување

Иницијалната проценка за ризик фактори е есенцијална на почетокот на секое породување и се реализира при прием на родилката во родилиште. Според Чек-листите на СЗО проверката на родилката при прием во родилиште е важна за откривање и соодветно третирање на ризик фактори за обезбедување на породување без компликации, како и за соодветна подготовка и едукација на жената за породувањето. Оваа проценка се базира на медицинската историја на пациентката за предходни болести, како и на основни физикални и лабораториски испитувања. Со овие процедури се проценува кардиоваскуларниот статус на родилката (мерење на артериска тензија, анамеза за хипертензија, протеини во урина, периферни едеми), ризик за инфекција поврзана со породување (време на руптура на околу плодови обвивки, телесна температура, анализа на урина), но исто така и евалуација на знаци на фетален или неонатален дистрес.

Присуство на инфект кај родилката пред породувањето е важен иницијален ризик фактор, како за идната мајка така и за новородното. Во студијата, присуство на симптоми на инфект кај родилките пред породување се регистрира кај 14.7%, а во поголем процент (85.0%) не се регистрирани симптоми на инфект. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (графикон 23).

Кај сите родилки 99.7% има забележано време на руптура на околу плодови обвивки пред породување, а кај една родилка недостасуваат податоци.

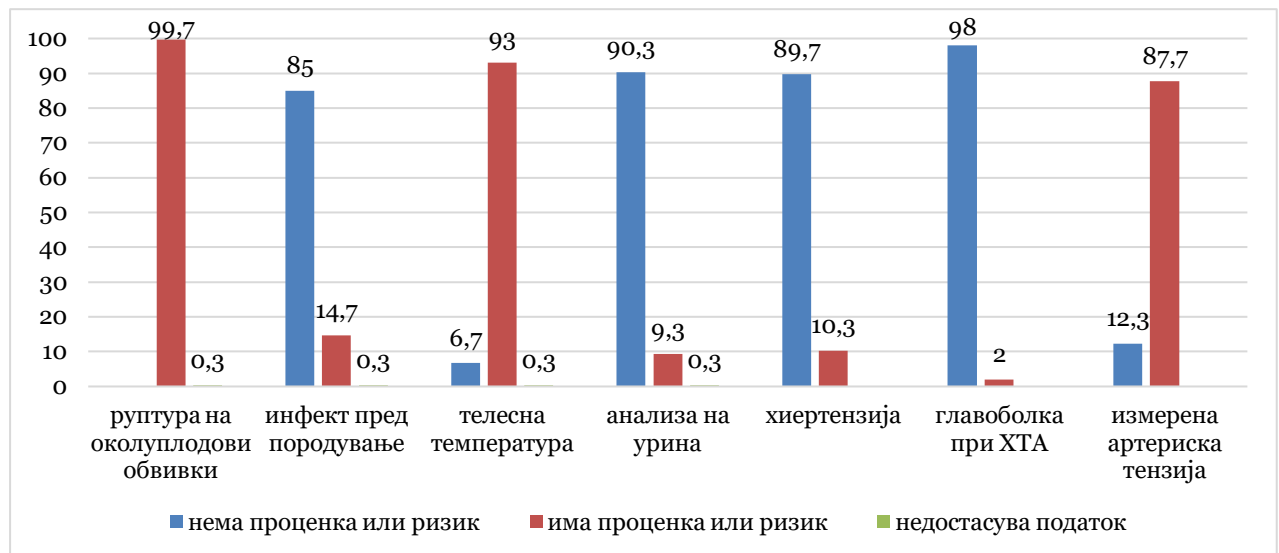
Телесна температура е измерена кај 93.0% од родилките на прием, а кај 6.7% не е измерена. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (графикон 23).

Анализа на урината е направена само кај 9.3% од анализираниите испитаници, а кај најголем процент, дури 90.3%, не е направена оваа анализа. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ во однос на нереализирана анализа (графикон 23).

Во иницијален ризик спаѓа и висината на артерискиот крвен притисок. Кај нашите испитанички во над 87% била измерена артериска тензија на прием. За

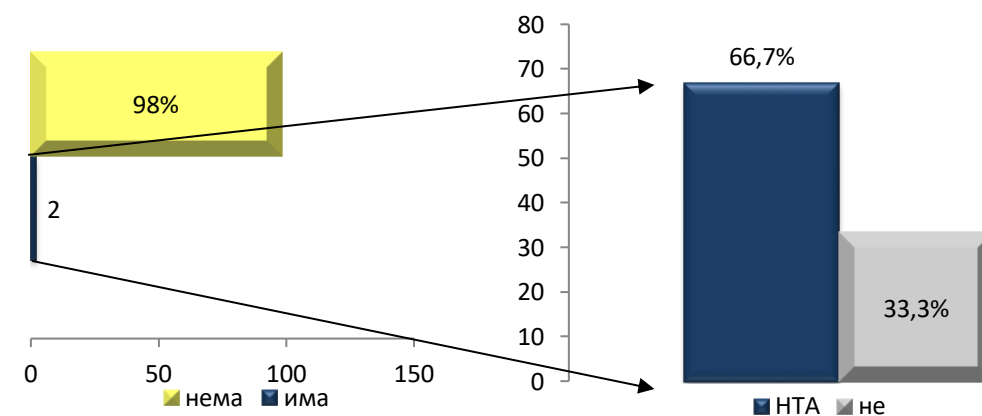
време на бременоста хипртензија (НТА) се регистрира кај 31 родилка, што е 10,3% од целиот примерок на испитаници (графикон 23).

Графикон 23. Иницијална проценка за постоење на ризик фактори кај родилките на прием во родилиште



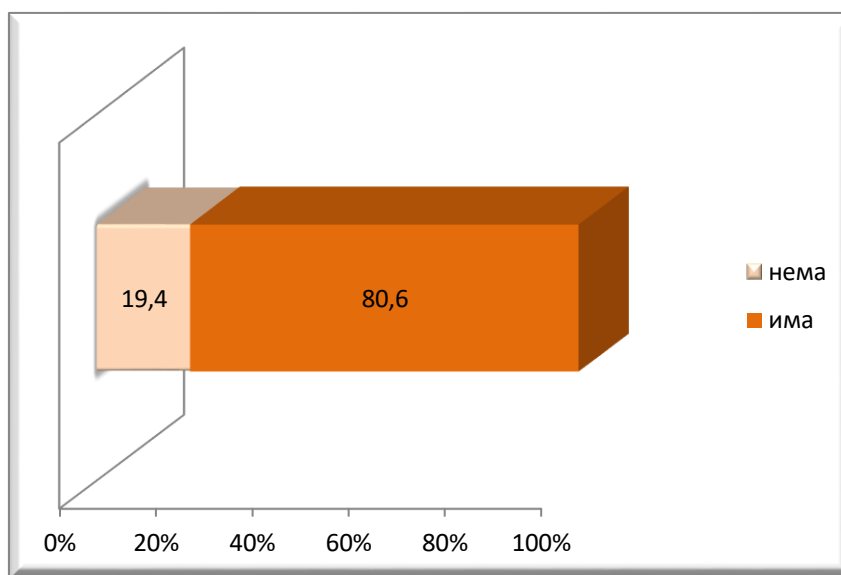
Кај 66.5% од родилките со ХТА е забележано дека имале и главоболка (графикон 24).

Графикон 24. Приказ на главоболка кај родилките кои имале хипертензија во бременоста



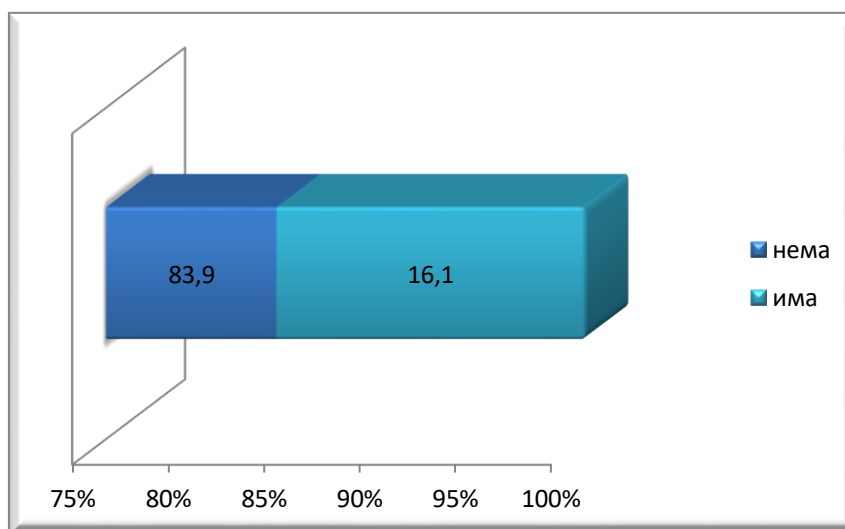
Според препораките од Чек-листите за безбедно породување на СЗО кај родилките со хипертензија потребно е мерење на тензијата на секои 4 часа. Кај 31 родилка со артериска хипертензија, тензијата била мерена на 4 часа кај 80.6%, а кај 19.4% мерењето на артериска тензија било на временски период подолг од 4 часа. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (графикон 25).

Графикон 25. Мерење на артериски притисок на секои 4 часа кај родилките со хипертензија



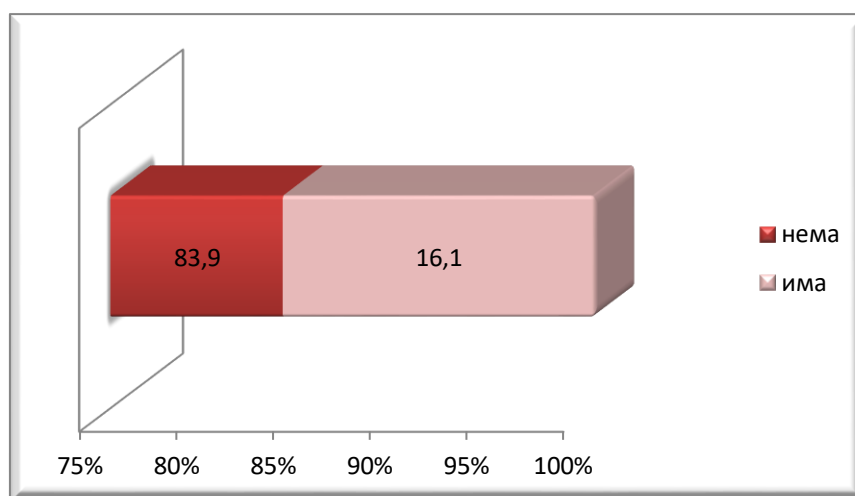
При мониторингот кај родилките со артериска хипертензија, 16.1% од нив имале едеми на стопала/потколеници, а 83.9% од нив биле без евидентни едеми. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (графикон 26).

Графикон 26. Родилки со едеми на стопала/потколеници при артериска хипертензија



Анализата на урина за протеини и измерената артериска тензија кај родилката може да сугерираат за прееклампсија. При анализа на урината кај 16.1% од родилките со хипертензија се регистрираат протеинурија, а без протеини во урината биле 83.9%. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (графикон 27).

Графикон 27. Протеини во урина кај родилките со хипертензија



Кај сите пациентки/родилки во медицинските истории е регистрирано времето на почеток на раѓање, срцева фреквенција на плодот и поставеност на плодот во матката на идната мајка.

5.2.2. Континуиран мониторинг на можни ризик фактори

Континуираниот мониторинг го опфаќа времето непосредно пред породување односно до почнување на родилните напони или непосредно пред започнување на породувањето со Царски рез. Според Чек-листите на СЗО проверки кај мајката пред самото породување е важно за откривање на компликации кои можат да се јават во текот на породувањето и подготовка како за некомплицирани породување, така и за можни критични ситуации кои можат да се појават во текот на породувањето. Овој важен мониторинг се однесува на следење на породувањето, кое вклучува следење на породилните болки, следење на срцева фреквенција на плодот (преку кардиотокограф) и следење на движење на плодот.

Кај сите родилки/пациентки во медицинската историја е проценета позицијата на фетусот, срцевата фреквенција и движење на плодот преку реализирање на кардиотокограф.

5.2.3 Превенција од потенцијални ризик фактори

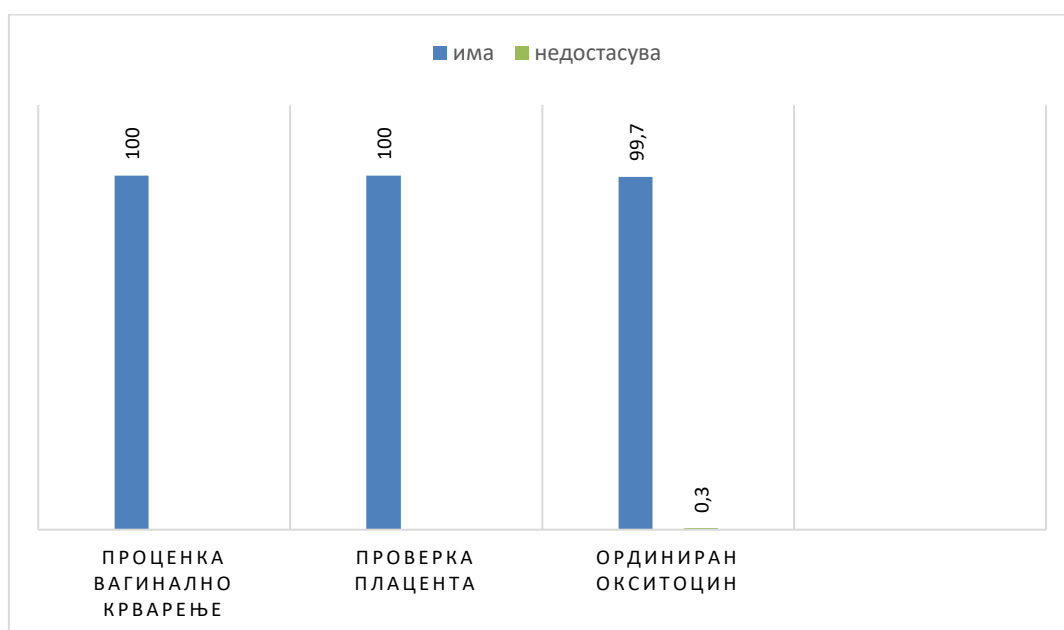
Превенција од потенцијален ризик опфаќа процедури кои рутински треба да се спроведат непосредно после породувањето за да се превенира развој на компликации. Проверките кај мајката и новороденото веднаш после породувањето, според Чек-листите на СЗО за безбедно породување се со цел откривање и третман на компликации кои можат да се јават веднаш после породувањето. Превенција од постпартум хеморагија опфаќа употреба на окситоцин веднаш по породување, проверка на плацентата, ниво на хемоглобин кај мајката после породување, мерење на артериска тензија кај мајката. Кај новородено веднаш по породувањето треба да се направи проценка со Apgar

score, мерење на телесна температура на новороденото и витални знаци со цел навремено откривање на неонатален дистрес.

Апликација на окситоцин кај родилките по породувањето е дадено кај 99.7%, а само кај една родилка недостасува податок (графикон 28).

Кај сите пациентки направена е проверка на плацентата и проценка на вагинално крварење после породувањето (графикон 28).

Графикон 28. Превенција од потенцијален ризик после породување кај мајките



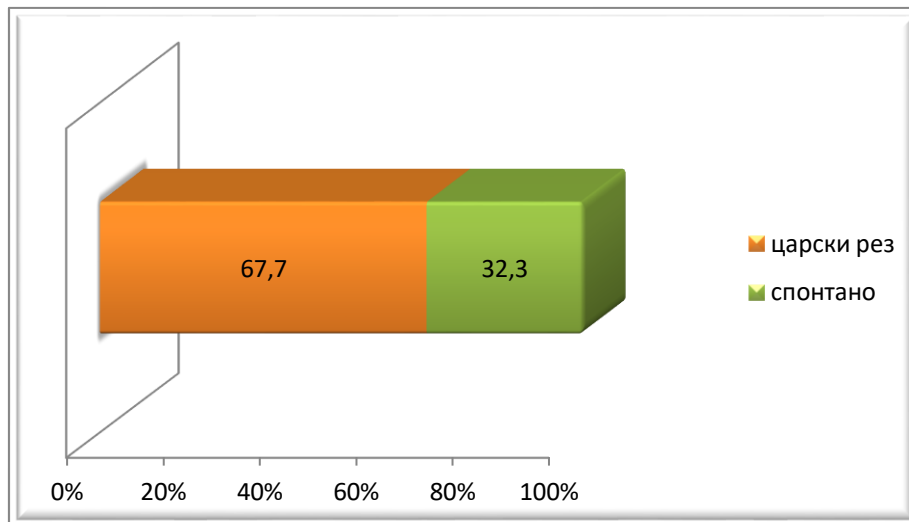
5.2.3.1 Следење на родилки со хипертензија пред породување

Родилките кои имале хипертензија пред бременоста или имаат гестациска хипертензија се сметаат за ризична група со можност за предвремено породување, компликации при породувањето и потреба од завршување на раѓањето со Царски рез.

Од вкупниот број испитанички, 31 родилка била со хипетензија, 21 (67.7%) од нив се породиле со Царски рез (графикон 29). Раѓањето кај 12 жени било под

37 гестациска недела, односно во термин се породиле 20 од родилките со хипертензија. Една бременост била близначка.

Графикон 29. Приказ на начин на породување кај родилките со хипертензија



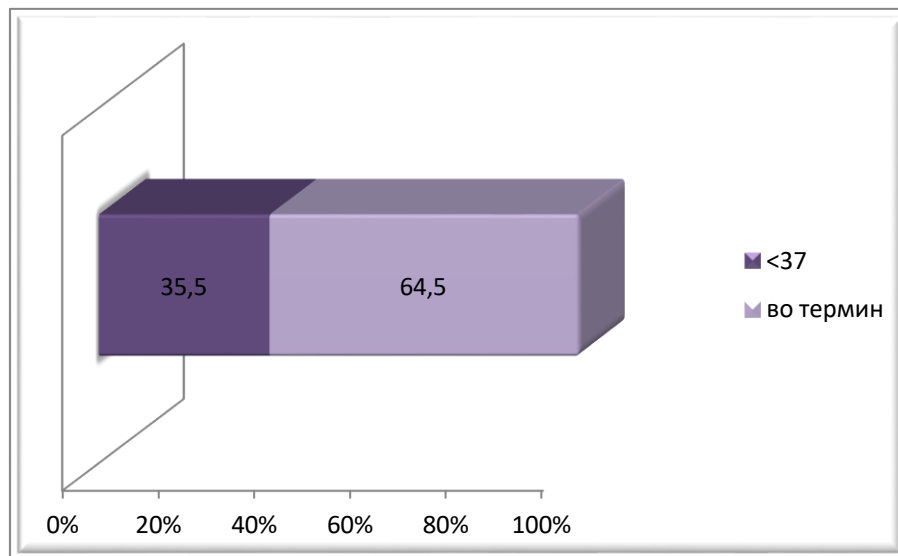
Родилките со хипертензија во најголем процент се породиле со царски рез-67.7%, а 32.3% спонтано, процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0053$), (графикон 29).

Родени се 32 новородени, односно една бременост завршила со раѓање на близнаци.

Интензивно лекување било спроведено кај 15 новородени, родени од жени со хипертензија, а 3 од нив поради длабока респираторна инсуфициенција имале потреба од механичка вентилација. Apgar score во првата минута кај 10 (31.25%) новородени бил под 7, останатите имале нормален Apgar score (≥ 7) (68.75%).

Од нив кај 35.5% породувањето е помалку од 37 гестациска недела, а кај 64.5% породувањето е во термин, процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0224$), (графикон 30).

Графикон 30. Гестациската недела на породувањето кај родилките со хипертензија

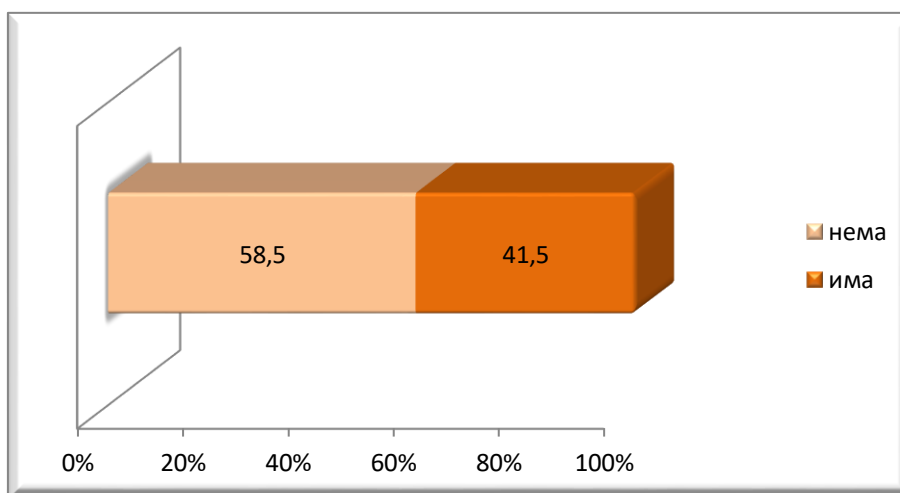


5.2.3.2 Мониторинг на родилки со знак на инфект пред породување

Кај родилките кај кои се регистрирани клинички симптоми или знаци за инфект пред породување, според Чек-листите на СЗО, потребно е преземање на одредени процедури и постапки со цел лекување на инфектот кај идната мајка и спречување на конатална инфекција на новороденото.

Една од тие постапки е благовремено ординирање на антибиотик кај идната мајка (графикон 31).

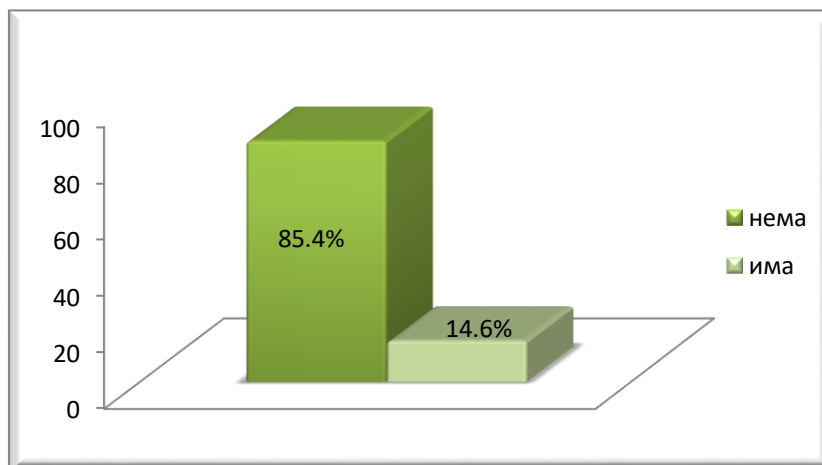
Графикон 31. Ординиран антибиотик кај родилки со знак на инфект пред породување



При мониторингот на родилките со знак на инфект пред породување, антибиотик е ординирано кај 41.5%, а без антибиотик биле следени 58.5%,. Процентуалната разлика е статистички не сигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p = 0.1276$).

Следење на родилката со инфект е и редовно мерење на телесна температура на одреден временски период, поточно на 4 часа.

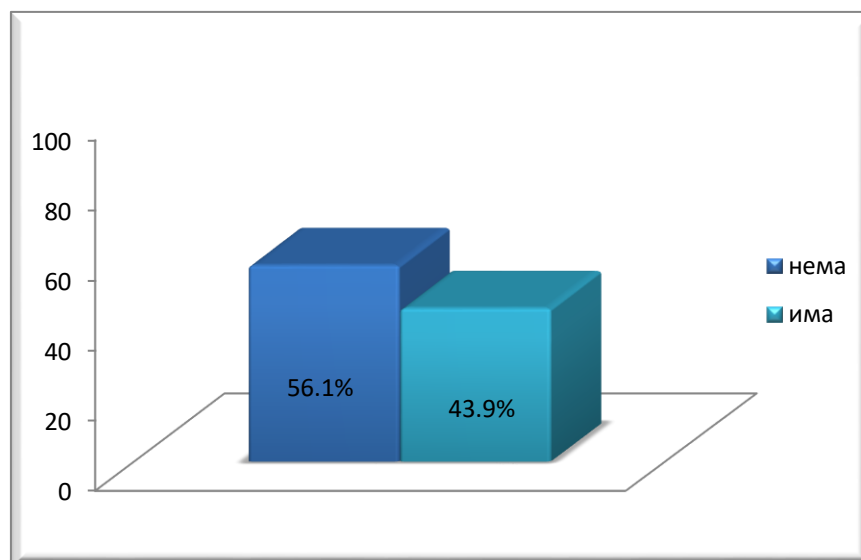
Графикон 32. Родилки со знак на инфект пред породување кај кои е спроведен мониторинг на температура секои 4 часа



Кај родилките со симптоми на инфект, телесна температура на 4 часа била мерена кај 14.6%, а кај останатите 85.4%, телесната температура била мерена на подолг временски период од 4 часа. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (графикон 32).

Следење на бојата на амнионската течност е важна постапка, со која се проценува постоење на амнионитис, како и проценка за водење на породувањето (спонтано или со Царски рез).

Графикон 33. Родилки со знак на инфект пред породување кај кои е спроведен мониторинг на бојата на амнионската течност на секои 4 часа



Следење на бојата на амнионската течност на секои 4 часа кај родилките со знак на инфект пред породување е спроведен кај 43.9%, а не е следена кај 56.1%. Процентуалната разлика е статистички не сигнификантна за $p > 0.05$ (Difference test, $p = 0.1276$), (графикон 33).

5.2.3.3 Проценка кај новородените

Во ретроспективната студија беа обработени 310 неонатални истории, кои се однесуваа на 310 живородени новородени. Од нив 247 новородени (79.7%) беа родени во термин, а 20.3% беа недоносени новородени (табела 18).

Табела 18. Време на раѓање на новородените

Новородени во термин	Прематурни	Вкупно
247 (79.7%)	63 (20.3%)	310 (100%)

Според упатствата во Чек-листите на СЗО, веднаш после раѓање на секое новородено треба внимателно да му се исуши кожата и да се затопли. Да се направи проценка на виталните параметри, бојата на кожата, тонусот на мускулите, рефлексите, односно да се направи правилна Apgar score проценка. Во тек на престојот на новороденото во родилиште потребно е правовремено следење на витални параметри, телесна температура, телесна тежина.

Apgar score кај новороденото се проценува во 1, 5 и 10 минути по раѓањето. Вредност на Apgar score од 7 и повисоки обично се нормални, 4 до 6 умерено абнормален и 3 и понизок е низок или абнормален со честа потреба од ресусцитација кај новороденото.

Табела 19. Приказ на Apgar score кај новородените во 1 и 5 минута по раѓање

Вредност на Apgar score	Apgar score-1 минута број на новородени	Вредност на Apgar score-1 минута број на новородени	Apgar score-5 минута број на новородени	Вредност на Apgar score-5 минута број на новородени
0	0	Низок (11 новородени) (3.5%)	1	Низок (10 новородени) (3.2%)
1	6		3	
2	3		3	
3	2		3	
4	5	Умерено абнормален (33 новородени) (10.5%)	2	Умерено абнормален (17 новородени) (5.4%)
5	12		4	
6	16		11	
7	33	Нормален (263 новородени) (84.8%)	21	Нормален (284 новородени) (90.6%)
8	207		36	
9	21		208	
10	2		16	
Нема податок	3	0.9%	3	0.9%

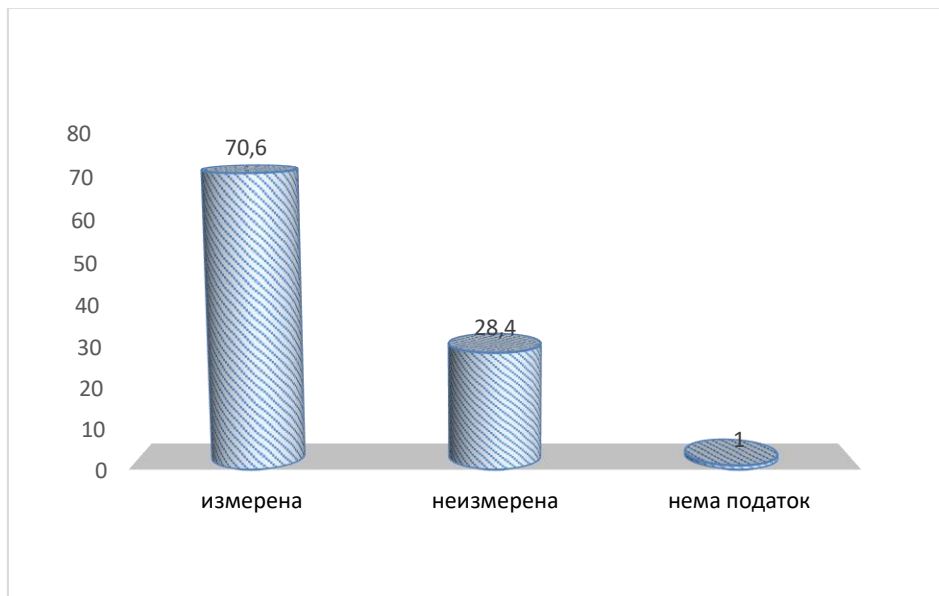
Кај 3.5% односно 3.2% од новородените се регистрирани вредности на Apgar score кои се под 3 во првата, односно петтата минута после раѓањето. Кај 33 (10.5%) и 17 (5.4%) новородени вредноста на Apgar score покажува умерена абнормалност, односно од 4-6 во првата, односно петтата минута после раѓањето. Нормален Apgar score се регистрира кај 266 (85.8%) и 284 (91.6%) новородени во првата односно петтата минута после раѓањето (табела 19).

Кај новородените по раѓањето измерена е телесна температура кај 70.6%, а не е измерена кај 28.4%, процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (табела 20 и графикон 34).

Табела 20. Телесна температурата кај новородените веднаш по раѓањето

Измерена температура	Број	%
Нема	219	70.6
Има	88	28.4
Недостасува	3	1.0
Вкупно	300	100.0

Графикон 34. Телесна температурата кај новородените веднаш по раѓањето

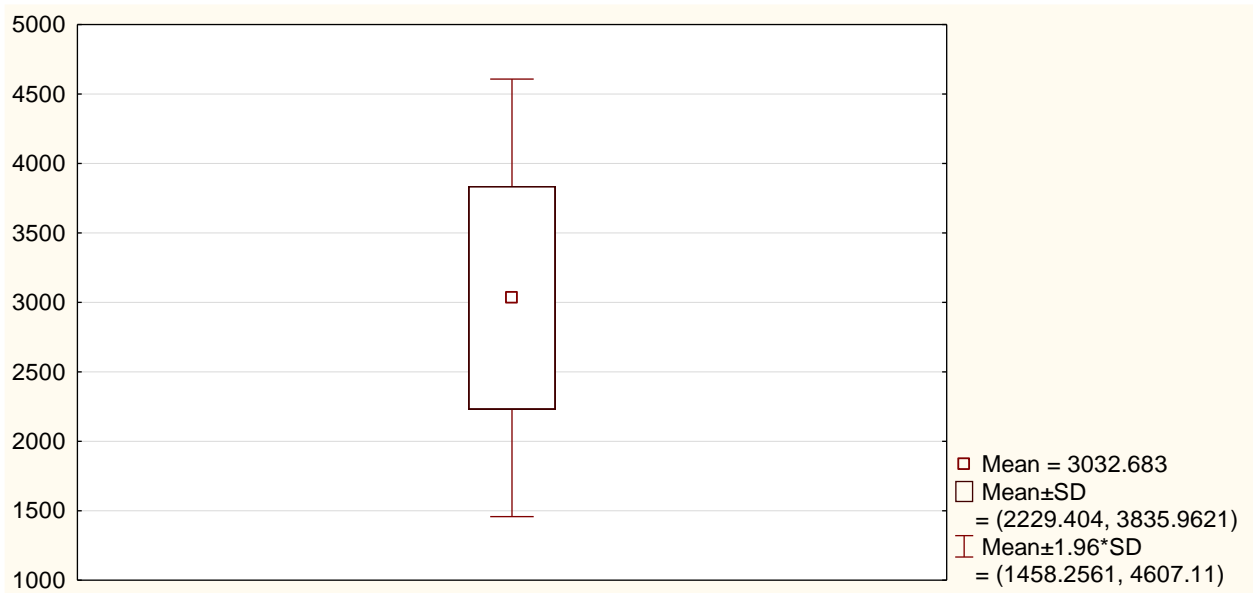


Просечната телесна тежина на новородените во испитуваната група изнесува 3023.7 ± 803.3 гр., кај три новордени недостасуваат податоци за телесната тежина (табела 21 графикон 35).

Табела 21. Просечната телесна тежина на новородените на раѓање

Број	Просек	Минимум	Максимум	Стд.дев.
306	3032.7	570.0	4760.0	803.27

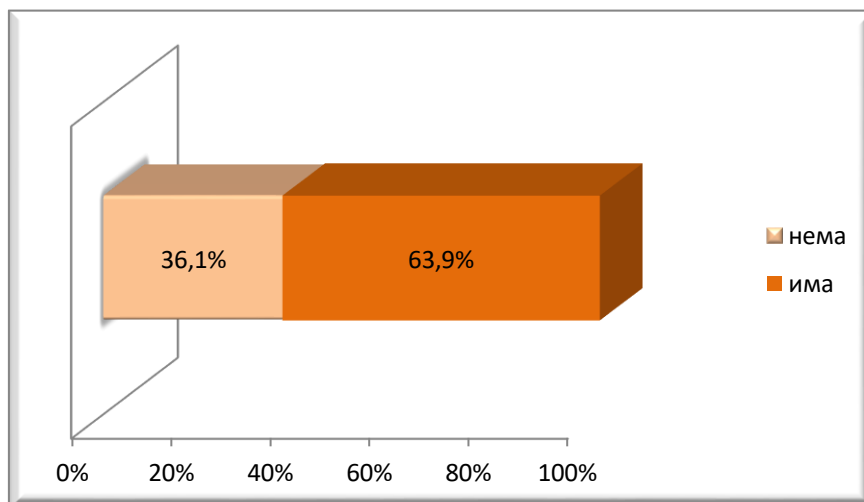
Графикон 35. Просечната телесна тежина на новородените на раѓање



Од вкупно 310 новородени, 72 (23.2%) новородени биле со фетален дистрес. Овие новородени имаат потреба од интензивен здравствен надзор и третман, кој најчесто се спроведува во одделение за интензивно лекување.

Кај новородените со фетален дистрес потребно е често следење, односно на секој час мониторирање на виталните параметри како што е фреквенција на ударите на срцето.

Графикон 36. Мониторинг на фреквенцијата на ударите на срце на еден час

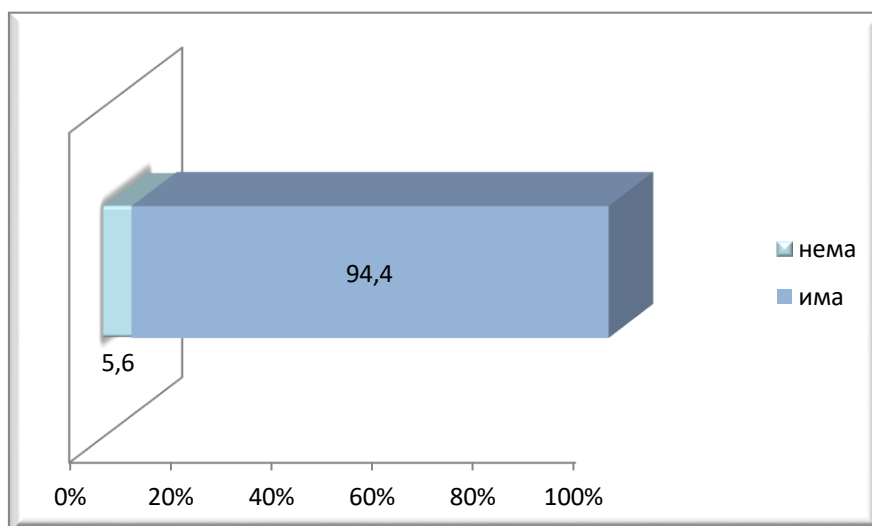


Кај 46 од новородените со фетален дистрес, фреквенцијата на ударите на срце била мониторирана секој час, а кај останатите на подолг период од еден час. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (Difference test, $p = 0.0011$), (графикон 36).

Честа причина за фетален дистрес може да биде и конатална инфекција кај новороденото, поради што е потребно и рано отпочнување со антибиотска терапија.

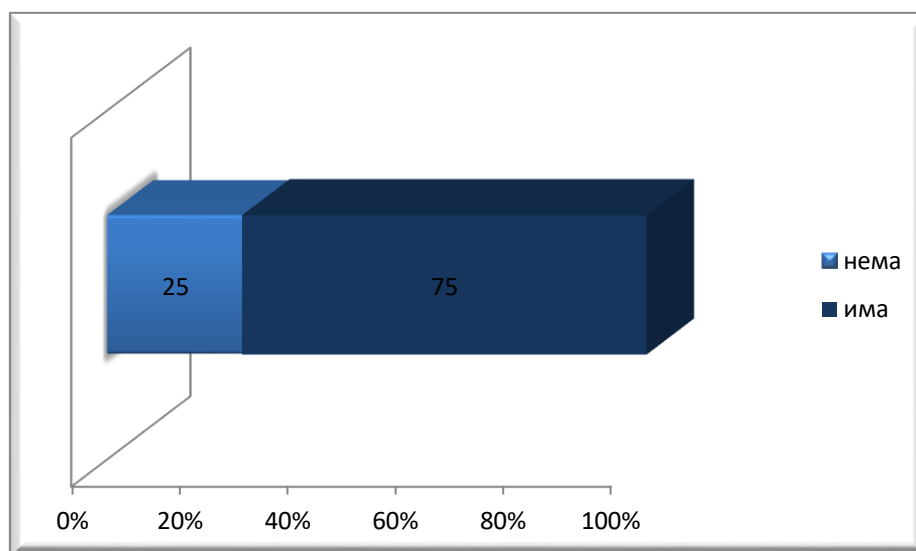
Кај 94,4% од новородените со фетален дистрес е даден антибиотик, а не е даден кај 5,6%. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (графикон 37).

Графикон 37. Даден антибиотик кај новородени со фетален дистрес



Новородените со фетален дистрес имаат засегање на респираторната функција, односно покажуваат клинички знаци и симптоми на респираторна инсуфициенција со потреба од кислородна подршка, неинвазивна или инвазивна механичка вентилација.

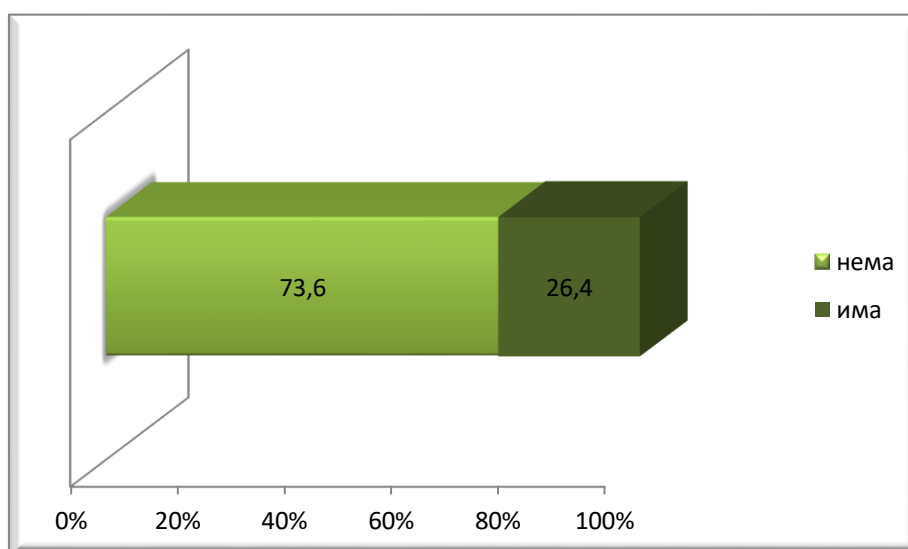
Графикон 38. Ординиран кислород преку маска кај новородени со фетален дистрес



Кај 54 новородените со фетален дистрес биле поставени на кислород преку маска, односно кај 75.0% од нив. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (графикон 38).

Кај 19 новородените со фетален дистрес, поради респираторна инсуфициенција, биле поставени на механичка вентилација.

Графикон 39. Новородените со фетален дистрес на механичка вентилација



Кај 26.4% од новордените со респираторен дистрес воведена е механичка вентилација. Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (графикон 39).

По однос на гестациската старост на новородените кои биле на механичка вентилација, 35 (48.6%), се родени од 23-33 г.н., 21 (29.2%) се родени од 34-36 г.н., а 16 (22.2%) се термински новородени. Ниту едно терминско новородено немало потреба од механичка вентилација.

Од вкупно 19 новородени кои биле на механичка вентилација, 14 (73.7%) од нив имале Apgar score под 7 во 5-та минута.

По однос на начин на породување во групата на новородени со фетален дистрес, 28 (38.9%) биле родени со спонтано породување, а 44 (61.1%) биле родени со Царски рез.

Во групата на новородени со фетален дистрес Apgar score-от бил со различни вредности и истото е прикажано на следната табела (табела 22).

Табела 22. Apgar score во 1-та минута кај новородени со фетален дистрес

Apgar score	Број	%	Apgar score	Број	%
1	6	8.3	Критично низок < 3	11	15.3
2	3	4.2			
3	2	2.8			
4	2	2.8	Низок 4 - 6	27	37.5
5	12	16.7			
6	13	18.1			
7	22	30.6	Нормален ≥ 7	34	47.2
8	11	15.3			
9	1	1.4			
Вкупно	72	100.0		72	100.0

При мониторингот кај 11 (15.3%) новородени со фетален дистрес се регистрира критично низок Apgar score во 1-та минута.

Кај 27 (37.5%) од новородените се регистрира низок Apgar score во 1-та минута.

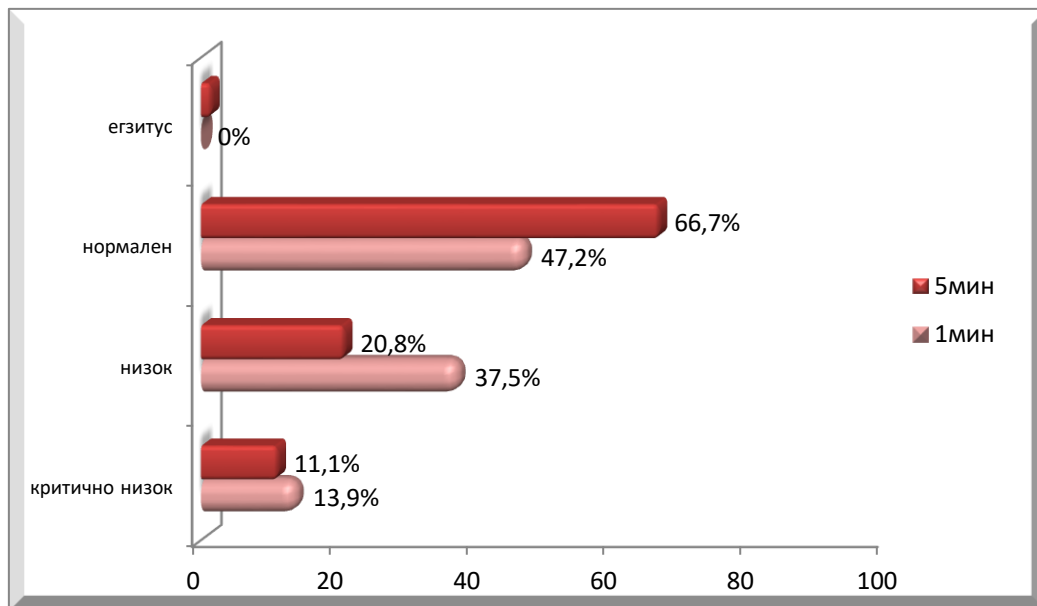
Нормален Apgar score се регистрира кај 34(47.2%) од новородените со фетален дистрес во првата минута.

Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ помеѓу регистрација на нормален и низок Apgar score кај новородените со фетален дистрес наспроти многу низок Apgar score (Difference test, $p < 0.01$, $p = 0.0012$). Процентуалната разлика е статистички несигнификантна за $p > 0.05$ помеѓу регистрација на нормален Apgar score наспроти низок Apgar score кај новородените со фетален дистрес (Difference test, $p = 0.2388$).

Табела 23. Apgar score во 5-та минута кај новородените со фетален дистрес

Apgar score	Број	%	Apgar score	Број	%
0	1	1.4	Критично низок < 3	8	11.1
1	1	1.4			
2	3	4.2			
3	3	4.2			
4	2	2.8	Низок 4 – 6	15	20.8
5	3	4.2			
6	10	13.9			
7	17	23.7	Нормален ≥ 7	48	66.7
8	20	27.8			
9	11	15.3			
Егзитус	1	1.4	Егзитус	1	1.4
Вкупно	72	100.0	Вкупно	72	100.0

Графикон 40. Apgar score во 1-та и 5-та минута кај новородените со фетален дистрес



При мониторингот кај две новородени со фетален дистрес Apgar score од критично низок во 1-та минута се покачува на низок во 5-та минута.

Кај 14 новородени со фетален дистрес Apgar score од низок во 1-та минута се покачува на нормален во 5-та минута.

Критично низок Apgar score се регистрира кај 8 (11.1%) од новородени со фетален дистрес.

Кај 15 (20.8%) од новородените се регистрира вредности на Apgar score кои се ниски.

Нормален Apgar score се регистрира кај 48 (66.7%) од новородените со фетален дистрес.

Кај едно новородено се регистрира егзитус со критично низок Apgar score (<3) кој во првата минута изнесувал 1 (табела 23 и графикон 40).

Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ помеѓу регистрација на нормален Apgar score кај новородените со фетален дистрес верзус низок и многу низок Apgar score (Difference test, $p < 0.001$), останатите процентуални разлики се не сигнификантни за $p > 0.05$.

Гестациската старост на новороденото со респираторен дистрес е важен податок, како за можните ризици по однос на морбидитет, но и морталитет. Гестациската старост на новородното со респираторен дистрес на раѓање е еден

од битните предиктибилни фактори за краткорочен, но и долгорочен исход по здравствената состојба на новороденото.

Табела 24. Гестациска недела на раѓање кај новородените со фетален дистрес

Гестациска недела	Број	%	Гестациска недела	Број	%
23	2	2.8	≤24	4	5.6
24	2	2.8			
26	1	1.4	25-28	6	8.3
27	2	2.8			
28	3	4.2			
29	2	2.8	29-32	16	22.2
30	11	15.3			
31	2	2.8			
32	1	1.4			
33	9	12.5			
34	6	8.3	33-36	30	41.7
35	10	13.4			
36	5	6.9			
37	4	5.5			
38	2	2.8	37-40	16	22.2
39	8	11.1			
40	2	2.8			
Вкупно	72	100.0			

Во најголем процент новородените со фетален дистрес се родени од 33 до 36 гестациска недела-41.1%, потоа 22.2% од новородените се родени од 29 и 32 гестациска недела, 22.2% се родени во термин, 8.3% се родени од 26 до 28 г.н. и 5.6% се родени од 23-24 г.н.

Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ помеѓу регистрација на гестациска недела од 33 до 37 кај новородените со фетален дистрес во однос на останатите новородени со фетален дистрес (Difference test, $p = 0.0020$), (табела 24).

5.2.4 Проценка на ризик фактори на испис од родилиште

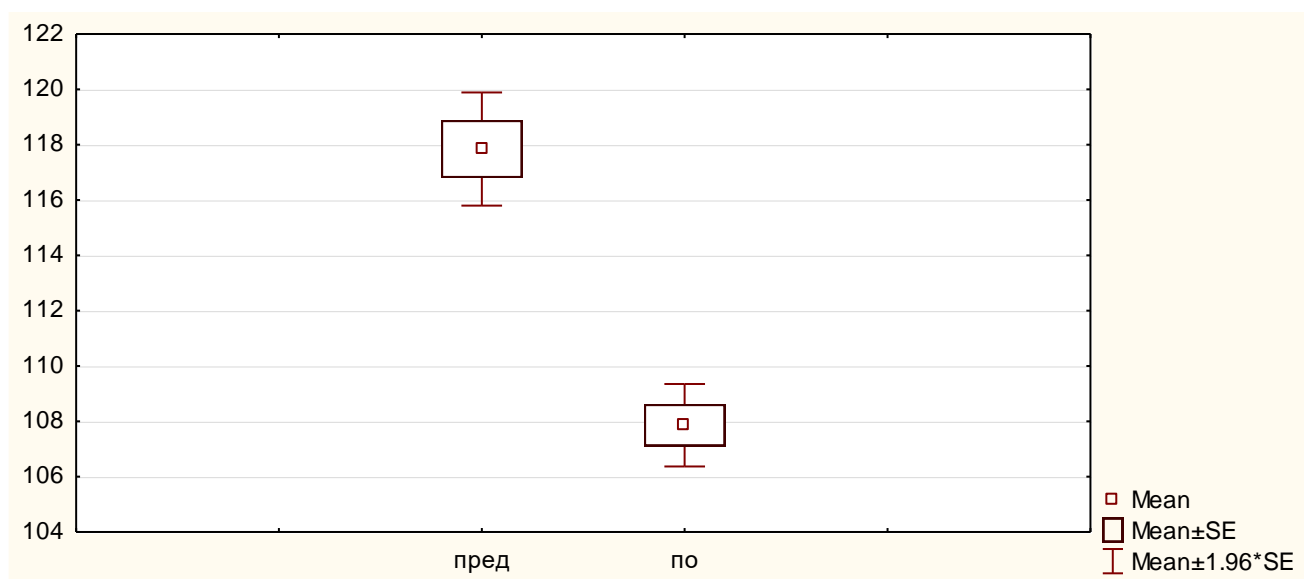
Проверката на мајката и новороденото на испис од родилиште е важна постапка за да бидеме сигурни дека мајката и новороденото се навистина здрави при напуштање на родилиштето. Воедно се спроведува и едукација кај мајката и семејството за опасни знаци кои можат да се јават и кај мајката и кај новородено, и за кои треба да се побара здравствена помош. Чек-листите на СЗО советуваат на постапки и процедури за откривање на инфекција кај мајката и новороденото и потреба од ординирање на антибиотик при испис од родилиштето, потоа проверка на крвен притисок кај мајката, јачина на вагинално крварење кое индиректно се проценува преку вредноста на хемоглобинот во крвната слика кај жената пред и после породувањето.

Во студијата кај 147 родилки обработени се податоци за вредност на хемоглобинот пред и после породувањето. Од вкупниот број (147) родилки, 85 од нив, односно 57.8%, имале вредност на хемоглобин под 120г/л пред породување. Исто така, обработена е просечната вредност на хемоглобинот во крвната слика земена пред породувањето и изнесува 117.8 ± 12.7 г/л и е под референтните вредности (120-180 г/л). Просечната вредност на хемоглобинот при испис на мајките од родилиште измерен е кај 296 родилки и изнесува 107.9 ± 13.1 г/л и е под референтните вредности (120-180г/л). Според t-тестот разликата на просечните вредности на хемоглобин пред и после породување е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (табела 25 и 26 и графикон 41).

Табела 25. Просечните вредности на хемоглобин кај жените пред и после породување

Хемоглобин	Број	Просек	Минимум	Максимум	Стд.дев.
Пред породување	147	117.8	88.0	192.0	12.65057
По породување	296	107.9	71.0	166.0	13.09176

Графикон 41. Просечните вредности на хемоглобин кај жените пред и после породување



Табела 26. Просечните вредности на хемоглобин кај жените пред и после породување-t-тест

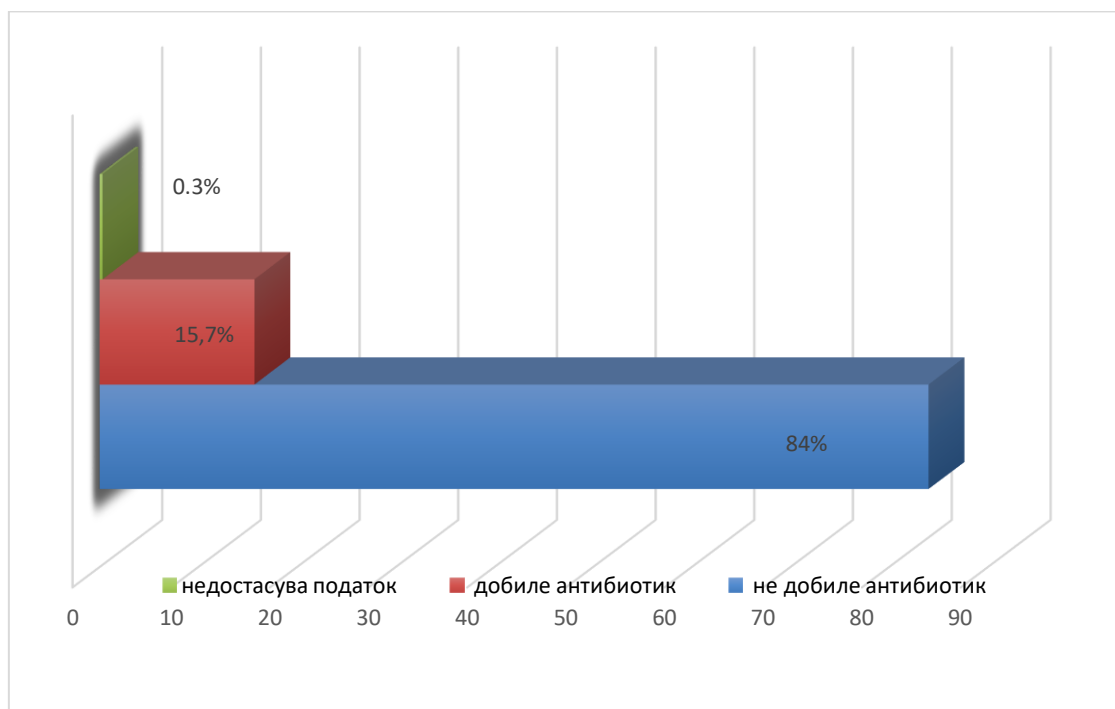
Просек пред	Просек после	t-тест	P	N пред	N после	Стд.Дев. пред	Стд.Дев. после
117.8	107.9	7.640838	0.000	147	296	12.65057	13.09176

Кај 15.7% од родилките им е дадена антибиотска терапија при испис, а во поголем процент од 84.0% не, процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$ (табела 27 и графикон 42).

Табела 27. Антибиотска терапија кај родилките при испис од родилиште

Антибиотик кај родилки	Број	%
Дадено	252	84.0
Не е дадено	47	15.7
Недостасува	1	0.3
Вкупно	300	100.0

Графикон 42. Антибиотска терапија кај родилките при испис од родилиште

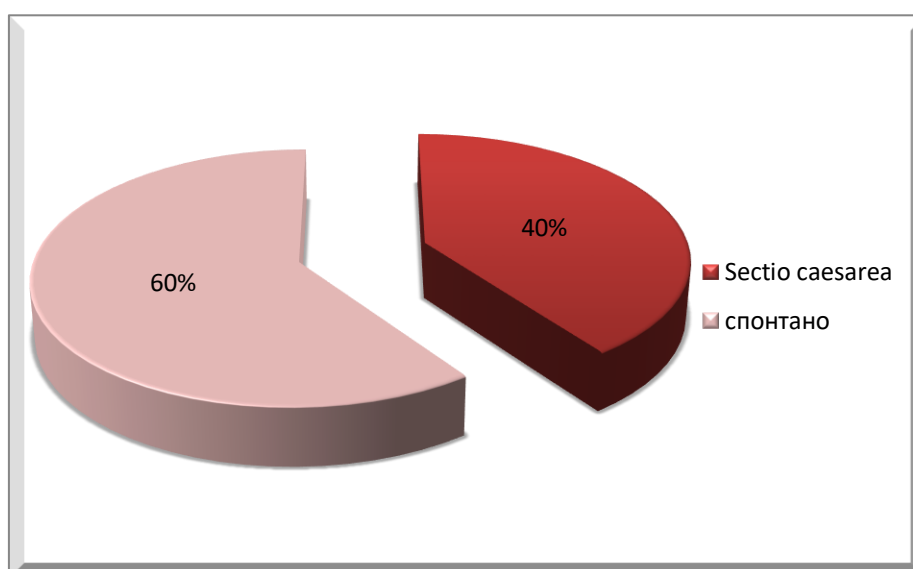


Според начинот на породување, 60% од родилките се породиле спонтано, а кај 40% породувањето е завршено со Sectio Caesarea (табела 28 и графикон 43).

Табела 28. Начин на породување кај испитаничките

Породување	Број	%
Спонтано	180	60.0
Sectio caesarea	120	40.0
Вкупно	300	100.0

Графикон 43. Начин на породување кај испитаничките



Процентуалната разлика е статистички сигнификантна за $p < 0.05$.

5.2.5 Влијание на ризик факторите кај бремената жена (инфект и хипертензија) врз породувањето и новороденото

Помеѓу постоење на инфект кај бремената жена пред породување и предвремено породување се регистрира статистички сигнификантна поврзаност за $p < 0.05$ (Pearson Chi-square: 15.8598, $df=1$, $p=.000068$).

Постоење на инфектот кај бремената жена сигнификантно ја зголемува шансата за предвремено породување за три пати ($OR=3.7892$ (CI (1.9077-7.5263)).

Помеѓу постоење на инфект кај бремената жена и потреба од кислород кај новороденото по раѓање (отежната постнатална адаптација на новороденото) се регистрира статистички сигнификантна поврзаност за $p < 0.05$ (Pearson Chi-square: 18.0603, $df=1$, $p=.000021$).

Инфектот кај бремената жена пред породување сигнификантно ја зголемува шансата за потреба од кислород кај новороденото (отежната постнатална адаптација на новороденото) за четири и пол пати (OR=4.5437(CI (2.1609-9.5538)).

Помеѓу постоење на инфект кај бремената жена пред породување и потреба од поставување на механичка вентилација кај новороденото после раѓање (постнатална адаптација на новороденото) се регистрира статистички сигнификантна поврзаност за $p < 0.05$ (Pearson Chi-square: 7.70137, $df=1$, $p=.005518$).

Постоење на инфект кај идната мајката сигнификантно ја зголемува потребата од механичка вентилација кај новороденото (постнатална адаптација на новороденото) за четири пати (OR=4.1167(CI (1.4109-12.0117)).

Помеѓу постоење на инфект кај идната мајка и трите степени на Apgar score (нормален, низок и критично низок) се регистрира статистички сигнификантна поврзаност за $p < 0.05$ (Pearson Chi-square: 32.5496, $df=2$, $p=.000000$).

Верифициран инфект кај идната мајка во текот на бременоста сигнификантно ја зголемува шансата за регистрација на низок Apgar score кај новороденото во 1-та минута после раѓањето за осум пати (OR=8.4643(CI (3.5937-19.9358)).

Постоењето на инфект кај идната мајката пред породување сигнификантно ја зголемува шансата за регистрација на критично низок Apgar score кај новороденото во 1-та минута за четири пати (OR=4.5577(CI (1.0757-19.3112)).

Помеѓу актуелен инфект кај идната мајката пред породување и исходот на преживување кај новородените се регистрира статистички сигнификантна поврзаност за $p < 0.05$ (Pearson Chi-square: 4,5820, $df=2$, $p=.032309$).

Постоење на инфект кај идната мајката сигнификантно ја зголемува шансата за негативен исход-егзитус кај новороденото за четири пати (OR=4.4057 (CI (1.0086-19.2441)).

Помеѓу постоење на инфект кај бремената жена пред породување и начинот на породување се регистрира статистички сигнификантна поврзаност за $p < 0.05$ (Pearson Chi-square 6.05591, $df=1$, $p=.013860$).

Регистрацијата на инфектот кај идната мајка сигнификантно ја зголемува шансата за царски рез како начин на породување за два пати (OR=2.2714(CI (1.1681-4.4170)).

Помеѓу постоење на инфект кај идната мајка пред породувањето и раѓањето на новороденото мало за гестациската старост (родилна тежина во однос на гестациска недела при раѓање) се регистрира статистички сигнификантна поврзаност за $p < 0.05$ (Pearson Chi-square 3.85733, $df=1$, $p=.049529$).

Во истражувањето добивме дека постоење на инфект кај идната мајка сигнификантно не ја зголемува шансата за раѓање на новородено мало за гестациската старост (OR=2.1973 (CI (0.9869-4.8942)).

Во истражувањето помеѓу постоење на хипертензија кај идната мајката за време на бременоста и предвремено породување не се регистрира статистички сигнификантна поврзаност за $p < 0.05$ (Pearson Chi-square: 2.24934, $df=1$, $p=.133672$).

Помеѓу регистрацијата на хипертензија кај мајката и потребна кислородна поддршка кај новороденото после раѓање (отежната постнатална адаптација на новороденото) се регистрира статистички сигнификантна поврзаност за $p < 0.05$ (Pearson Chi-square: 8.97659, $df=1$, $p=.002735$).

Постоење на хипертензија кај мајката сигнификантно ја зголемува шансата за постнатална потреба од кислород кај новороденото (отежната постнатална адаптација на новороденото) за три пати (OR=3.3911(CI (1.4690-7.8280)).

Помеѓу регистрацијата на хипертензија кај мајката и потреба од поставување на механичка вентилација кај новороденото не се регистрира статистички сигнификантна поврзаност за $p < 0.05$ (Pearson Chi-square: 1.95538, $df=1$, $p=.162008$).

Помеѓу регистрацијата на хипертензија кај мајката и трите степени на Apgar score (нормален, низок и критично низок) се регистрира статистички сигнификантна поврзаност за $p < 0.05$ (Pearson Chi-square: 12.5658, $df=2$, $p=.001868$).

Во текот на истражувањето помеѓу регистрацијата на хипертензија кај идната мајката и исходот кај новородените не се регистрира статистички

сигнификантна поврзаност за $p < 0.05$ (Pearson Chi-square: .947192, $df=1$, $p=.330435$).

Помеѓу регистрацијата на хипертензија кај мајката и начинот на породување се регистрира статистички сигнификантна поврзаност за $p < 0.05$ (Pearson Chi-square 9.29723, $df=1$, $p=.002295$).

Постоење на хипертензијата кај мајката пред породување сигнификантно ја зголемува шансата за царски рез како начин на породување за три пати (OR=3.2600(CI (1.4766-7.1974)).

Помеѓу регистрацијата на хипертензија кај мајката и раѓање на новородено мало за гестациската старост не се регистрира статистички сигнификантна поврзаност за $p < 0.05$ (Pearson Chi-square 2.08615, $df=1$, $p=.148640$).

6 ДИСКУСИЈА

Во првата ретроспективна студија беа анализирани постапки/процедури во четири критични времиња од породувањето кои се опфатени со Чек-листите за безбедно породување на СЗО. Првото критично време е при прием на родилката во родилиште (кардиотокограф, мерење телесна температура и артериска тензија, анализа на урина), потоа непосредно пред породувањето (мерење на телесна температура и артериска тензија, анализа на урина, проверка на боја и мирис на вагинален исцедок, време на руптура на околуплодовите обвивки), времето непосредно после породување (ординирање на утеротоник, измерена артериска тензија), како и времето при напуштање на мајката на родилиштето (мерење телесна температура, проверка на вагинален исцедок за боја/мирис). Времето на прием на родилката во родилиште е одбрано затоа што тогаш може и треба да бидат детектирани и третираани можни компликации, се со цел да се подготви жената (и нејзиниот придружник) за породувањето и да бидат советувани да укажат на знаци и симптоми при породувањето за кои треба да се побара помош.

Проверки кај родилката непосредно пред породувањето се важни за детектирање и третирање на компликации кои можат да се јават за време на породувањето и кои можат да наштетат на жената и новороденото. Секоја од овие постапки има свое значење во превенција од појава на одреден морбидитет кај мајката и/или новороденото. Инфекциите кај новородените се поврзани со инфекција кај мајката. Хориоамнионитис е инфекција кај мајката, најчесто бактериска и строго асоцирана со продолжена руптура на околуплодовите обвивки. Во програмата на USAID за редуцирање на инфекциите кај новородените се вели дека ризик за оваа инфекција се пренати околуплодови обвивки (спонтано или артифициелно) повеќе од 18 часа, повеќе од три вагинални прегледи за време на породувањето, како и пролонгирано породување повеќе од 24 часа. Хориоамнионитот е причина за предвремено раѓање и може да доведе до несакани последици врз новороденото, вклучувајќи и проблеми во невролошкиот развој на детето. Постојат развиени препораки за пристап и менаџмент кај бремени жени со дијагностициран хироамнионитис (48-50).

Кардиотокографот е графички приказ на напредокот на породувањето и приказ на кондицијата на фетусот и мајката за време на породувањето. Тој помага во менаџирање на породувањето со цел редуцирање на раѓање со Царски рез, избегнување на чести вагинални прегледи и намалување на непотребни интервенции за време на породувањето, избегнување на интрапартум неонатална асфиксија. Ugwumadu A, во својот труд појаснува дека преку кардиотокографот се следат промените на феталната срцева фреквенција кои можат да сугерираат на нарушување на компензаторните механизми кај фетусот со можност за развој на пренатални оштетувања кај истиот. Кардиотокографот е широко прифатен во родилиштата, но во пракса, неговата употреба значително варира од 8-80% (51). Во нашата студија кардиотокограф е реализиран во поголем број на испитаниците, односно кај 86.1%. Тој процент може да е поголем, затоа што кардиотокографот може да биде поставен мошне брзо, а записот да се реализира се до непосредно пред породувањето. Според Vandembroucke L et al. следејќи ја фреквенцијата на феталното срце преку кардиотокографот може да се дијагностицира хориоамнионитис во латентна фаза, кој е последица на предвреме прснати околу плодови обвивки (52). Воедно за правилна интерпретација на записот од кардиотокографот, треба да има добро обучен медицински персонал.

Мерењето на телесна температура е постапка која мора да се реализира кај секоја родилка, затоа што зголемена телесна температура може да биде прв клинички знак за инфекција, без постоење на други клинички знаци и симптоми. Мерење на телесна температура во нашата студија е остварено кај 47.5% од жените на прием во родилиште, односно кај 47.4% од жените непосредно пред породување.

Проверка на боја и мирис на вагинален исцедок во истото тоа време е реализирано кај 94.2% од родилките. Овие две постапки, мерење на телесна температура и мирис на вагинален исцедок, можат благовремено да покажат сомневање за постоење на инфекција кај мајката, хориоамнионитис. Според препораките од Чек-листите за безбедно породување, но и од литературата, доколку родилката има температура $\geq 38^{\circ}\text{C}$, придружена со непријатен мирис на вагинален исцедок и/или руптура на околуплодови обвивки подолго од 18 часа, потребно е да се започне со антибиотска терапија (53).

Мерењето на артериска тензија е постапка која треба да се спроведува во тек на цела бременост, но исто така и при прием на трудницата во родилиште, како и непосредно пред породувањето. Висока артериска тензија може да е поврзана со појава на прееклампсија и/или еклампсија кои можат да влијаат неповолно по здравјето, но и животот на родилката и новороденото. Во студијата на Регу Н. et al., спроведена кај 108 хипертензивни трудни жени, заклучено е дека редовното мерење на артериска тензија дури и во домашни услови доведува до намален број на посети кај акушер/гинеколог (54). Напоредно со мерење на артериската тензија, анализата на урина е од битно значење. Според препораките во Чек-листите на СЗО дијастолен притисок ≥ 110 mmHg и 3+ (+++) протеинурија или дијастолен притисок ≥ 90 mmHg, 2+ (++) протеинурија и појава на силна главоболка, визуелни проблеми и/или епигастрална болка се индикација за давање на магнезиум сулфат кај родилката. Антихипертензивен лек се дава и доколку систолниот притисок кај мајката е над 160 mmHg. Целта во контролата на крвниот притисок е тој да се одржува под 150/100 mmHg (13). Во нашата студија кај 94.2% е измерена артериска тензија при приемот во родилиште, а кај 89.8% од испитаничките е измерена артериска тензија непосредно пред породувањето. Тоа е добар показател за превенција од прееклампсија и/или еклампсија кај родилката, а со тоа избегнување на можни компликации по здравјето на мајката и новороденото.

Анализа на урината е направена само кај 12.4% од родилките при прием во родилиште и само кај 8% непосредно пред породувањето, што е навистина мал процент, имајќи ја предвид значајноста на оваа анализа. Со оваа едноставна анализа може навремено да се открие уринарна инфекција, која може да е причина за предвремено породување или инфекција кај новороденото. Со биохемиска анализа на урината покрај можност за откривање на уринарна инфекција, треба да се следи и протеинурија кај родилката. Постоеното на протеинурија и повисоки вредности на дијастолниот притисок, можат да укажат за потреба од примена на антихипертензив. Ваквиот систематски приод на третман на хипертензија спречува до појава на прееклампсија и еклампсија кај родилката, две патолошки состојби кои можат да доведат до сериозни последици врз здравјето на мајката и новороденото. Knowles SJ et al, во својата проспективна студија доаѓаат до заклучок дека извор на тешки инфекции кај бремени жени во 25% од испитаничките бил уринарниот тракт (55).

Постпарталната хеморагија (ППХ) е одговорна за една четвртина од 303 000 смртни случаи на мајки кои се случиле на глобално ниво во 2015 година. ППХ е дефинирана како загуба на крв од 500 мл или повеќе за време на 24 часа после породувањето и се среќава кај 6% од родилките. Најчеста причина за ППХ е атонија на матката, потоа повреди на родилните патишта, задржување на дел од постелката или нарушување во коагулационите фактори. Поголем дел од жените кои имаат ППХ немаат идентификуван ризик фактор, што значи потребна е универзална употреба на профилакса од ППХ за сите жени во постпарталниот период. Во 2012 година СЗО препорача ординирање на окситоцин постпартално кај секоја родилка (56-60). Во нашата студија процентот на родилки кои примиле окситоцин е на високо ниво и изнесува 74.5% во првата студија и 99,7% во втората студија.

“Кожа на кожа“ контактот е клучен дел од УНИЦЕФ стандардите во програмата “Болници пријатели на бебињата“. Без разлика дали породувањето се одвива во домашни услови или во болница, ставањето на новороденото на дојка во првиот час после раѓање е давање најдобра шанса за преживување, напредување и развивање на новороденото. Оваа постапка е еден вид на стимулатор на новороденото за подобро прилагодување на екстраутерини услови, а воедно им помага на мајките да започнат со доење веднаш после породувањето и да развијат брз и тесен контакт со нивните новородени. УНИЦЕФ и СЗО препорачуваат ексклузивно доење првите шест месеци од животот, почнувајќи во рок од еден час после раѓањето. Контактот “кожа на кожа“ и раниот подој главно се одвиваат после спонтани породувања. На глобално ниво постојано се зголемуваат породувањата со Царски рез, а со тоа раното почнување со доење се намалува. После Царскиот рез, мајките се соочуваат со ефектот од анестезијата и поради тоа не се остварува контактот “кожа на кожа“, ниту пак се почнува со доење прв час после раѓање на новороденото. Сепак, со правилна поддршка на мајката породена со Царски рез, особено со вклучување на таткото да помогне во доењето, повеќето новороденчиња родени со Царски рез можат да бидат ставени на дојка во првиот час после раѓањето. Контактот “кожа на кожа“ меѓу мајката и новороденото е практика кога бебето после раѓање со исушена кожа се става директно на голите гради на неговата мајка, двајцата се покриваат со топло ќебе и се оставаат заедно

барем еден час или до првото хранење на новороденото. Оваа постапка им помага на мајките да се поврзат со своето бебе, а исто така се придонесува и за подобар физички и развоен ефект кај новороденото. Контактот “кожа на кожа“ ги смирува и опушта и мајката и бебето, го регулира срцевиот ритам и дишењето на бебето, ја регулира телесната температура кај новороденото, овозможува колонизација на новороденото со добри бактерии од кожата на мајката, овозможува стимулација на хормони за отпочнување на доење. Опсервацијата и кај мајката и кај новороденото треба да продолжи со следење на нивните витални знаци за време на целото траење на контактот “кожа на кожа“ (61-64). Во нашата студија само кај 31.4% од породувањата е остварен контактот “кожа на кожа“ и овој процент се однесува на спонтаните породувања. Кај породувањата завршени со Царски рез оваа постапка се уште не се применува во нашите родилишта. Според добиените резултати 60% од породувањата завршиле со спонтано раѓање, а само кај 31.4% е остварен контактот “кожа на кожа“. Со оглед дека нашите родилишта се дел од програмата “Болници пријатели на бебињата“, овој процент на остварен контакт “кожа на кожа“ е многу низок. Треба да се спроведува постапката речиси кај сите спонтани породувања, но и да почне со создавање на услови оваа постапка да се применува и кај породувања кои завршиле со Царски рез.

При напуштање на родилиштето половина од новородените (56.2%) биле адаптирани на доење. Овој процент треба да се зголемува, односно да се охрабруваат мајките да ги дојат своите бебиња, затоа што мајчиното млеко до 6 месеци на доенчето треба да е основна храна. Во светот се прават напори да се зголеми процентот на рано отпочнување со доење. Токму затоа последните години е одложено бањањето на новороденото веднаш после раѓање, се со цел примарно место да му се даде на доењето (65-67) .

Во второто истражување во студијата исто така се следеа постапки со кои се откриваат ризик фактори пред породувањето кои би влијаеле на исходот на породувањето. Откривање на постоење на инфект кај родилката пред породувањето е важен иницијален ризик фактор, како за идната мајка така и за новороденото. Инфекцијата кај родилката може да е причина за предвремено породување, да влијае директно на здравјето на жената, а исто така да доведе до раѓање на новородено со перинатална инфекција. Во нашата студија присуство

на инфект е регистрирано кај 14.7% од родилките. Воедно, во студијата се покажа поврзаност помеѓу инфектот кај идната мајка со предвремено породување, раѓање на новородено со низок Apgar score и тешка адаптација на новороденото на екстраутерин живот. Кај новородените родени од мајки со инфект за време на бременоста почест е лош исход односно егзитус. М. Tyagi и S. Singh објавуваат дека само 3% од родилките имаат податок за инфект пред породување (68). Податокот за инфект, заедно со одредени клинички знаци како што е зголемена телесна температура би значело и потреба од ординирање на антибиотик кај родилката при прием во родилицето, како што е наведено во Чек-листите за безбедно породување на СЗО (13).

Во студијата на споменатите автори, кај 91% од жените пред породување е измерена артериска тензија, а кај 89% е измерена телесна температура пред породување, што кореспондира со добиениот резултат во нашата студија односно над 87% од родилките се со измерена артериска тензија, односно кај 93% е измерена телесна температура пред породување. Податоците од нашата студија укажуваат дека 66.6% од родилките со артериска хипертензија имале и придружен симптом-главоболка, што укажува на зголемен ризик како по здравјето на идната мајка така и на плодот. Главоболката како симптом кај жената со хипертензија, може да укажува на можна прееклампсија/еклампсија. Во Чек-листите на СЗО дадено е упатство за ординирање на магнезум сулфат кај бремената жена при хипертензија пропратена со главоболка.

Во студијата на S. Brenner и соработниците (69), само во 1% од испитуваните случаи е направена анализа на урината пред породување. Во нашата студија тој процент е повисок (9.3%), но е далеку од задоволителен, затоа што анализа на урината е правена само во случај на податок за хипертензија или уринарна инфекција. Според препораките од Чек-листите за безбедно породување на СЗО се вели дека родилката треба да прими магнезиум сулфат доколку дијастолниот артериски притисок е 110 mm Hg или повисок и има 3+ протеинурија или доколку родилката има дијастолен артериски притисок 90 mm Hg или повисок, 2+ протеинурија и има главоболка. Значи, истовремено мерење на артериска тензија и анализа на урина на протеини се битни за иницијална прценка на постоење на ризик фактори кај идната мајка, но и нејзиното новородено.

Според СЗО, 1 од 10 новородени глобално се раѓа како прематурно. Во нашата студија 20.3% од новородените се родени под 37 гестациска недела. СЗО препорачува воведување на клинички патеки за менаџмент на бремености кај кои постои ризик од предвремено породување (70). Прематуритетот доведува до зголемување на морталитет и морбидитет кај новородените. Воедно, прематурните новородени се со зголемен ризик за нарушување на психомоторниот развој (71, 72).

Аргар score проценката со голем број на клинички и популациони студии, се покажа како предиктивен фактор за морбидитет и морталитет кај новородените (73). Во студијата на А. Siddiqui и сор., правена е интернационална компарација на Аргар score и утврдено е дека 0.3-2.4% од новородените на раѓање имале Аргар score под 7, а 72.9-96.8% биле со Аргар score од 9-10 (74). Во нашата студија процентот на новородени со Аргар score под 7 е 13.1% во првата минута по раѓање, а Аргар score над 7 имале 85,8% од новородните исто така во првата минута по раѓање. Понизок Аргар score имаат новородени чии мајки имале инфекција пред породувањето. Потребни се дополнителни истражувања и донесување заклучоци околу повисокиот процент на новородени проценети со Аргар score под 7 во нашата студија, во однос на други студии.

Малата телесна тежина на раѓање кај новородените е строг предиктор за ризик од доенечки морталитет и морбидитет. Но, тоа се однесува подеднакво и на ниска и голема тежина на раѓање. Родилната тежина е клучен индикатор на интраутериниот развој на новороденото, како и индикатор на развојот и здравствената компетенција на новороденото непосредно после породувањето (75). Ниската тежина е асоцирана со зголемен ризик за морталитет и морбидитет во доенечки период, а големата тежина е асоцирана со зголемен ризик за доенечки морталитет, адултна дебелина и компликации при породување кои бараат завршување на бременоста со Царски рез. Во нашата студија средната тежина на новородените е 3032 гр., што е пониска во однос на средната тежина на новородените во Англија и Велс која изнесувала 3276 гр., во 2012 година, во студијата на R.E.Ghosh (76). Ваквата разлика може да се должи на генетски карактеристики на популацијата, но може да се однесува и на одредени хигиено-здравствени особености во исхраната кај бремените жени.

Според препораките на Чек-листите на СЗО секое новородено, чија мајка прима антибиотик поради инфекција, треба да прима антибиотик веднаш после раѓање. Воедно доколку респирациите на новороденото се над 60/мин или под 30/мин, или доколку телесната температура е над 38°C или под 35°C, препораката вели да биде ординиран антибиотик. Persaud RR во својата студија открива дека 45% од новородените во Канада се изложени на примена на антибиотик и вели дека овој висок процент се должи на рутинско ординирање на антибиотици кај новородените, што е докажано и во студијата на Shulman J (77, 78). Во нашата студија 37.1% од новородените во неонаталниот период примаат антибиотици, што може да упатува на зголемена инциденца на инфекции кај новородените или исто така да сугерира на рутинско препишување на антибиотиците кај новородените.

Адаптацијата на екстраутерината ладна средина е голем предизвик за секое новородено. Слабата терморегулациона способност кај новородените е резултат на иматурност на респираторниот и циркулаторниот систем, тенката кожа, низок процент на субкутано масно ткиво. Мерењето на телесна температура кај секое новородено е важна постапка, со цел откривање на хипотермија кај новородените. Хипотермијата е познат ризик фактор и сигнификантен кофактор за неонатален морбидитет и морталитет за сите новородени. Новородените родени со Царски рез имаат зголемен ризик од хипотермија. Хипотермија кај новородено се означува кога телесната температура е под 36.5°C, а нормалните граници се од 36.5-37.5°C (79). Новородено со телесна температура помеѓу 36.0-36.4°C може да развие симптоми од стрес од ладно како што се: ладни стопала, намален рефлекс за цицање, летаргија и слаб плач. Еден од методите за превенцијата од хипотермија кај новородените се состои од практикување на моделот “кожа на кожа” со нивните мајки. Процентот на измерена телесна температура кај новородените во првите 60 минути после раѓањето во нашата студија е 70.6%. Овој процент треба да е значително повисок, затоа што температурата на телото кај новороденото е еден од најважните елементи на неонатална хомеостаза. Температурата е показател за голем број случувања во телото на новороденото. Затоа, прецизно, брзо и неинвазивно мониторирање на телесната температура кај новороденото е многу важно (80, 81).

Респираторниот дистрес кај новородените е еден од најчестите здравствени проблеми веднаш после раѓање. Респираторниот дистрес е хетерогена група на комплексни симптоми како што се: тахипнеа, брадипнеа, апнеа, назално потреперување, инспираторен стридор при дишење, субкостално/интеркостално/супракостално или југуларно вовлекување, ирегуларно дишење, визинг, хипоксија, цијаноза. Овие симптоми укажуваат на потреба од сместување на новороденото во оддел за неонатална интензивна нега, каде се применуваат постапки за надминување на респираторната инсуфициенција со неинвазивни или инвазивни постапки, како што е механичката вентилација (82, 83).

Kitsommar R и соработници, во својата студија наведуваат дека 10.3% од терминските новородени имале потреба од неинвазивна постапка при појава на респираторен дистрес за стабилизирање на респираторната функција (84). Тој процент во нашата студија изнесува 6.5%. Понискиот процент во нашата студија може да се должи на недостиг на неинвазивна вентилација на одделот за интензивна терапија во болницата каде се лекувани новородените, па при секоја подлабока респираторна инсуфициенција новородените се поставуваат на инвазивна механичка вентилација. Поставувањето на некои од модалитетите на механичка вентилација мора да биде индивидуализирано за секој пациент (85).

Во однос на гестациската старост на новородените и појавата на респираторен дистрес, Ma XL со соработниците, обсервирале 503 новородени како касни прематуриси или термински новородени и 74.8% од нив биле родени со Царски рез и 58.1% биле поставени на механичка вентилација (86). Во нашата студија бројот на опсервирани касно термински и термински новородени е мал и изнесува 37. Од нив 56.7% родени се со Царски рез и 5.4% биле поставени на механичка вентилација. Постои голема разлика во студијата на Ma XL и нашата студија по однос на овие новородени кои се поставени на механичка вентилација и најверојатно таа разлика се должи на малиот број опсервирани новородени во нашата студија.

Bouziri A со соработниците од 23 новородени со респираторен дистрес, наоѓаат дека 91.3% се родени со Царски рез и 21.7% се на механичка вентилација

(87). Во нашата студија од 72 новородени со респираторен дистрес, 44 односно 61.1% се родени со Царски рез и 26.4% имаат потреба од механичка вентилација.

Во светски рамки според Edwards MO и соработници и Leigh R и соработници, 7% од новородените покажуваат симптоми на респираторен дистрес (87-89). Во нашата студија тој процент е значително поголем и изнесува 23.2%. Респираторен дистрес, односно лоша адаптација на екстраутериниот живот е почест кај новородени кои се родени од мајки кои имале инфекција и/или хипертензија за време на бременоста. Разлика во процентуалната застапеност на новородено со респираторен дистрес во цитираната литература и во нашата студија може да се должи на лошата проценка, односно во респираторен дистрес се вбројуваат и новородени со транзиторна тахипнеа или други состојби кои не ги доведуваат новородените до респираторен дистрес. Правата проценка на респираторниот дистрес е многу важна, затоа што тој е најчеста причина за морталитет и морбидитет во првите денови од неонаталниот живот. Во суштина, новородените со респираторен дистрес 2-4 пати имаат поголем ризик за умирање, отколку новородените кои немаат респираторен дистрес. Затоа, правилното мониторирање на секое новородено, а особено на тие со респираторен дистрес е важен процес со кој благовремено се преземаат здравствени мерки при респираторна инсуфициенција (кислород на маска, неинвазивна или инвазивна механичка вентилација).

Хипертензивната болест (ХТА) кај бремената жена е главен здравствен проблем, не само по здравјето на бремената жена, туку поради тоа што ХТА за време на бременост е ризик фактор за сигнификантен перинатален морталитет и морбидитет.

Дефиницијата за хипертензија во бременоста не е потполно стандардизирана, но следејќи ги препораките на “National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy”, за хипертензија се смета систолен крвен притисок ≥ 140 mmHg, и/или дијастолен крвен притисок ≥ 90 mmHg (90).

Околу 10% од бремените жени се соочуваат со ХТА (91). Во нашата студија од 300 трудници, 31 (10.3%) биле со ХТА.

Секое хипертензивно пореметување за време на бременоста може да резултира со прееклампсија. Во нашата студија 16% од жените со хипертензија имале и други клинички знаци и симптоми кои одат во прилог на прееклампсија (едем на нозете). Прееклампсија, се јавува кај 35% од жените со гестациска хипертензија и до 25% кај тие со хронична хипертензија, но се смета дека глобално, стапката на прееклампсија е 12.5% (92, 93).

Тешката хипертензија е асоцирана со поголема стапка на матернална смрт, абортус, предвремено породување, раѓање на новородено мало за гестациската старост, отежната адаптација на новороденото на екстраутерин живот и голем број на други акушерски компликации (94).

Adu-Bonsaffoh K и соработници објавуваат податоци според кои 21.7% од бременостите кај трудниците со ХТА завршуваат со предвремено породување, 34% од новородените се родиле со Apgar score под 7, а 24.7% од новородните имале потреба од интензивно лекување и 3.8% од инвазивна респираторна поддршка (95). Во нашата студија предвремено породување имало кај 40.6%, Apgar score под 7 на раѓање имале 46.9% од новородените, 31.3% биле примени на оддел за интензивно лекување и 9.4% со потреба од механичка вентилација. Процентот на бремени жени со ХТА во нашата студија е во светски рамки. Сепак, во нашата студија поголем процент од тие трудници се породиле предвремено споредбено со цитираната литература. Оваа процентулана разлика може да се должи на несоодветно следење на трудниците со ХТА, односно нерегулирана артериска тензија. Како последица на тоа настапува породување под 37 гестациска недела. По однос на тоа што поголемиот процент од новородените се прематурни, разбирливо е зошто во нашата студија поголем е процентот на новородени со потреба од интензивно лекување односно механичка вентилација.

Анемија во тек на бременост е дефинирана како концентрација на хемоглобин под 110 g/l во венска крв. Глобалната преваленца на феродефицитната анемија во бременоста е многу варијабилна и се движи апроксимативно околу 41.8% од бремените жени во последниот триместар/месец од бременоста/пред породувањето (96, 97). Анемијата ги зголемува перинаталните ризици кај мајката и новороденото. Воедно го

зголемува и ризикот за доенечкиот морталитет. Доведува до ретардација на интраутериниот раст на плодот и резултира со раѓање на новородено со мала родилна тежина. Се смета дека и умерена хеморагија кај анемична жена може да биде фатална. Анемијата влијае на развојот на мозокот кај плодот и може да доведе до когнитивни и бихејвиорални пореметувања, како и намалување на физичкиот раст, како кај доенчињата, така и во предшколскиот и школскиот период од развојот на децата. Анемијата доведува до депресија на имуниот систем, со што се зголемува морбидитетот од инфекции во текот на целото детство. Мерење на нивото на хемоглобинот кај жената пред и после породување е важна лабораториска постапка со која индиректно се открива степенот на постпартално крварење. Преваленцата на анемија меѓу бремените жени во Македонија во 2016 била 28%. Преваленцата на анемија меѓу бремените жени во САД е 21.5%, во Кина, 25.7%, во Палестина 25.7%, и дури 90% во рурална средина во Индија (98-101). Според Ardic С и соработници следењето на вредностите на хемоглобинот за време на бременоста е важен параметар, затоа што процентот на предвремени породување е поголем кај бремените жени со анемија (102). Воедно, следењето на препораката на Purisch SE и соработници за покасно пресекување на папочната врвца, односно 30-60 секунди после раѓањето, не доведува до анемизирање на жената, а го подобрува хематолошкиот статус на новороденото (103, 104).

Во нашата студија просечните вредности на хемоглобинот после породување (107.9 г/л) се статистички значајно пониски отколку пред породување (117.8 г/л), а разликата пред породување и после породување изнесува 10 г/л, што укажува на позначајна крвозагуба за време и после породувањето и покрај тоа што кај голем број од родилките е ординиран окситоцин непосредно после породувањето. Во студијата на CM Miller и соработници, разликата на хемоглобинот пред и после породување е 1.4 г/л, а во студијата на Emegoakor CF и соработници е 0.6 г/л (105, 106). Исто така, кај бремените жени вклучени во нашата студија пред породување, според добиените податоци, со анемија биле 57.8%, која може да е причина за попотенцирано вагинално крварење после породувањето, а со тоа и поголемата разлика на вредностите на хемоглобинот пред и после породувањето.

Со воведување на Чек-листи за безбедно породување се очекува намалување на стапките на морталитет и морбидитет, како кај мајките така и кај новородените. Во својата студија Varghese B. и соработници, со воведувањето на Чек-листите за безбедно породување, евалуираат редукција на мртвородени и рани неонатални умирања од 11-16%. Голема разлика е забележана при постапување во случај на прееклампсија/еклампсија, како и во лекувањето на инфекциите кај мајките и новородените. Нотирано е дека со следење на препораките од Чек-листите многу порано се откривале симптомите на прееклампсија кај бремените жени, односно навремено биле превенирани можните компликации поврзани со прееклампсија/еклампсија, како што е неонатална асфиксија на плодот/новороденото и прематуритет (107).

7 ЗАКЛУЧОЦИ

1. Квалитетот и квантитетот на документираните податоци во акушерските и неонатални истории во здравствените установи вклучени во нашата студија е на задоволително високо ниво;
2. Добиените податоци во нашето истражување укажуваат на различна процентуална застапеност на примена на испитуваните постапки/процедури во родилиштата во кои што беше спроведена студијата;
3. Дел од процедурите, како што е биохемиска анализа на урина, биле реализирани во низок процент во сите четири родилишта. Од тука следува потребата од воведување, во сите родилишта во Македонија, на лесно применливи, евтини и етапни програми и протоколи како што се Чек-листите креирани и од страна на СЗО;
4. Добиените податоци укажуваат дека не се практикуваат стандартизирани протоколи за откривање на можни ризик фактори во текот на бременоста и породувањето кај секоја родилка/мајка и новородено;
5. Поради немање на стандардизирани протоколи за водење на секое породување, постапките и процедурите за безбедно породување при прием на родилката во родилиште и непосредно после породувањето не се спроведуваат при секое породување;
6. Постои добар континуиран мониторинг на породувањето и добра грижа при испис од родилиште, особено следење на анемија и инфекција кај мајките;
7. Постојење на инфект кај бремената жена ја зголемува можноста за породување со Царски рез, предвремено породување, раѓање новородено со низок Apgar score, тешка адаптација на новороденото на екстраурениот живот и лош исход кај новороденото-егзитус;
8. Хипертензијата кај жените за време на бременоста допринесува за почесто породување со Царски рез, како и отежната адаптација на новороденото на екстраутерин живот;
9. Потребно е континуирано унапредување на системот на мониторирање на здравствениот статус на мајките и децата и ефикасноста на здравствената

заштита. Со воведување на Чек-листи за безбедно породување, креирани според Чек-листите на СЗО за безбедно породување и прилагодени на нашата медицинска пракса, ќе се обезбеди еднаков квалитет на грижа за секоја родилка/мајка и новородено, со што ќе се намали морбидитетот, па и морталитетот во овие вулнерабилни групи и ќе се унапреди пренаталната, перинаталната и постнаталната заштита во Македонија. Воедно Чек-листите ќе ја подобрат комуникацијата меѓу медицинскиот персонал и ќе му помогнат да се избегнат потенцијални компликации при породувањето и ќе доведе до јакнење на капацитетите на здравствените работници кои обезбедуваат здравствена заштита на децата и жените во репродуктивен период.

8 ЛИТЕРАТУРА

1. Државен центар за репродуктивно здравје. Извештај од работата на Државниот центар за репродуктивно здравје. Јануари. 2015.
2. WHO. Health in 2015: from MDGs to SDGs. Reproductive, maternal, newborn, child, adolescent health and undernutrition. December. 2015.
3. WHO, UNICEF, UNFPA, United Nations Population Division and World Bank. Trends in maternal mortality: 1990-2014. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2014.
4. WHO, UNICEF, UNFPA, United Nations Population Division and World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, Word Bank Group and the United Nation Population Division. Geneva: World Health Organization; 2015.
5. World Health Organization. Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and childhealth. Geneva: WorldHealthOrganization; 2010.
6. Lawn LE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? The Lancet. 2005; 365:891-900.
7. Lawn JE, Kinney M, Lee AC, Chopra M, Donnay F, Paul VK, et al. Reducing intrapartum-related deaths and disability: Can the health system deliver? IntJGynecolObstet. 2009;107, Supplement: 123–142.
8. World Health Organization. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: A joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva: WorldHealthOrganization;2004.
9. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn; American College of Obstetricians and Gynecologist Committee on Obstetric Practice. The Apgar Score. Pediatrics. 2015 Oct;136(4):819-22.
10. Severa A. Sumera A. Infection control in labor and delivery room, learning from the small hospital based project. Glob J Pharmaceu Sci. 2017; 1(2).
11. Spektor JM, Agrawal P, Kodkany B, Lipsitz S, Lashoher A, et al. Improving quality of care for maternal and newborn health: Prospective pilot study of the WHO safe childbirth checklist program. PLoS ONE. 7(5).
12. WHO. USAID. MCHIP. Postnatal care for mothers and Newborns. April. 2015.

13. WHO: WHO Safe Childbirth Checklist. Available at: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/chldbirth/>.
14. Yakoob MY, Ali MA, Ali MU, Imdad A, Lawn JE, Van Den Broek N et al. The effect of providing skilled birth attendance and emergency obstetric care in preventing stillbirths. *BMC Public Health*. 2011; 11: S7.
15. World Health Organization. Standards of care to improve maternal and newborn quality of care in facilities, 2017. Available at: www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/quality-of-care-brief-standards.pdf.
16. World Health Organization. WHO safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns. WHO. 2015.
17. De Berins L, Sherratt DR, AbouZahr C, Van Lerberghe W. Skilled attendance for pregnancy, childbirth and postnatal care. *Br Med Bull*. 2003; 67: 39-57.
18. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. 2015.
19. WHO. Safe Surgery Save Lives. World Health Organization, 2008, Reprint 2009.
20. Министерство за здравство на Република Македонија. Оперативна „Check“ листа за безбедна хирургија. 2014.
21. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360:491-9.
22. Shwetanjali K, Rajashree P, Ashok J, Neja D, Siyaram S, et al. Evaluation of the safe childbirth Checklist program in Rajasthan, India: The how and what of the evaluation efforts. *Journal of Public Health in Developing Countries*. Vol,2,No2,pp.212-222.
23. Malitha P, Hematha S. Implementation of the WHO safe childbirth checklist program at a tertiary care setting in Sri Lanka: a developing country experience. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15:12.
24. Making WHO safe childbirth checklist work in Bangladesh-A study to identify ways for uptake and sustained use. Available at: <http://sph.bracu.ac.bd/index.php/research-project/projects/114-cgsrhr/358-making-who-safe>.

25. Moxon, S.G., Ruysen, H., Kerber, K.J. *et al.* Count every newborn; a measurement improvement roadmap for coverage data. *BMC Pregnancy Childbirth* 15, S8 (2015).
26. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016; 387 (10017): 462-74.
27. World Health Organization, UNICEF, United Nations Population Fund and The World Bank, Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015, 2000 to 2017, WHO, Geneva, 2015-2019.
28. WHO: Maternal mortality. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>
29. Државен завод за статистика. Природно движење на населението, 2018. Јули. 2019.
30. Министерство за здравство. Втор национален форум за здравје. Здрави мајки, здрави новороденчиња: Северна Македонија одговара на предизвиците. Февруари, 2020.
31. UNICEF. National, regional, and global levels and trends in neonatal mortality between 1990 and 2017, with scenario-based projections to 2030: A systematic analysis. May. 2019.
32. Влада на Република Македонија: Програма за активна здравствена заштита на мајките и децата во Република Македонија за 2015 година. Службен весник на РМ, бр.194:2014: 1-8.
33. Министерство за здравство на Република Македонија. Стратегија за здравје до 2020 година на република Македонија.
34. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health, 2016-2030. New York: United Nations; 2015.
35. Министерство за здравство на Република Македонија. Акциски план за Јавно здравје на Република Македонија до 2020. Скопје. 2009.
36. Министерство за здравство. Акциски план за сексуално и репродуктивно здравје во Република Македонија, со акциски план до 2013. Скопје. 2011.
37. Министерство за здравство. Акциски план за сексуално и репродуктивно здравје 2018-2020. Скопје. 2018.

38. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division.
39. Levels and trends in Child Mortality. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation United Nations. Report 2019.
40. Lawn J, Shiubuya K, Stein C. No cry at birth: global estimates of intrapartum stillbirths and intrapartum-related neonatal deaths. *Bulletin of the World Health Organization*; June 2015, 83(6): 409-17.
41. UNICEF. Monitoring the situation of children and women. Neonatal mortality. September. 2019.
42. The world bank. Mortality rate, neonatal (per 1,000 live births). Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT>
43. Zisovska E. Perinatal Health Care Improvement in Macedonia Through Education. In: Donev D, Pavlekov G, Zaletel Kragelj L, editors. *Health Promotion and Disease Prevention. Stability Pact Forum for Public Health Cooperation in South Eastern Europe*. Lage: Hans Jacobs Publishing Company, 2007: 693-707.
44. Јанева Н. Информација: Здравјето на мајките и децата во Република Македонија во 2014 година. ЈЗУ “Здравствен дом на Скопје, Скопје: 2015:
45. Министерство за здравство на Република Македонија. Стратегија за безбедно мајчинство на Република Македонија за период 2010 – 2015 година со акционен план . 2010;
46. Министерство за здравство на Република Македонија. Стратегиска рамка за Јавно Здравје на Република Македонија со акциски план до 2020 година. 2015;
47. Статистички годишник на Република Северна Македонија, 2019. Државен завод за статистика на Република Северна Македонија. 2019: 79-92.
48. USAID, Better intrapartum practices to reduce newborn infection. *Maternal and Child Health Integrated Program: 2013: 1-7*. Available at: http://reprolineplus.org/system/files/resources/MCHIP_Brief_LaborCarePrevNBSepsis_En.pdf
49. Peng CC, Chang JH, Lin HY, Cheng PJ, Su BH. Intrauterine inflammation, infection, or both (Triple I): A new concept for chorioamnionitis. *Pediatr Neonatol*. 2018 Jun;59(3):231-237. doi: 10.1016/j.pedneo.2017.09.001. Epub 2017 Sep 19.

50. Haws RA, Yakoob MY, Soomro T, Menezes EV, Darmstadt GL and Bhutta ZA. Reducing stillbirths: Screening and monitoring during pregnancy and labour. *BMC Pregnancy childbirth*, 2009; 9(Suppl 1): S5.
51. Ugwumandu A. Understanding cardiotocographic patterns associated with intrapartum fetal hypoxia and neurologic injury. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.*, 2013 Aug; 27(4): 509-36.
52. Vandenbroucke L, Doyen M, Le Lous M, Beuchee A, Loget P, et al. Chorioamnionitis following preterm rupture of membranes and fetal heart rate variability. *PLoS One.*, 2017 Sep 25; 12(9).
53. Zanella P, Bogana G, Ciullo R, Zambon A, Serena A, Albertin MA. Chorioamnionitis in the delivery room. *Minerva Pediatr.* 2010 Jun; 62(3 Suppl 1): 151-3.
54. Perry H, Sheehan E, Thilaganathan B, Khalil A. Home blood-pressure monitoring in a hypertensive pregnant population. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2018 Apr; 51(4): 524-30.
55. Knoweles SJ, O'Sullivan NP, Meenan AM, Hanniffy R, Robson N. Maternal sepsis incidence, aetiology and outcome for mother and fetus: prospective study. *BJOG.* 2015 Apr; 122(5): 663-71. Doi:10.1111/1471-0528.12892.
56. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. World Health Organization 2012
57. Masuzawa, Y., Kataoka, Y., Fujii, K. *et al.* Prophylactic management of postpartum haemorrhage in the third stage of labour: an overview of systematic reviews. *Syst Rev* 7, 156 (2018).
58. Sentilhes L, Merlot B, Madar H, Sztark F, Brun S, Deneux-Tharaux C. Postpartum haemorrhage: prevention and treatment. *Expert Rev Hematol.* 2016 Nov;9(11):1043-1061. Epub 2016 Oct 20.
59. Kuzume A, Sugimi S, Suga S, Yamashita H, Yasuhi I. The Routine Use of Prophylactic Oxytocin in the Third Stage of Labor to Reduce Maternal Blood Loss. *J Pregnancy.* 2017;2017:3274901. doi: 10.1155/2017/3274901. Epub 2017 Sep 11.
60. Bischoff K, Nothacker M, Lehane C, Lang B, Meerpohl J, Schmucker C. Lack of controlled studies investigating the risk of postpartum haemorrhage in cesarean delivery after prior use of oxytocin: a scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017 Nov 29;17(1):399.

61. Baby-Friendly Hospital Initiative. World Health Organization, UNICEF. 2009.
62. Abdulghani N, Edvardsson K, Amir LH. Worldwide prevalence of mother-infant skin-to-skin contact after vaginal birth: A systematic review. *PLoS One*. 2018 Oct 31;13(10).
63. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Nov 25;11:CD003519.
64. Boyd MM. Implementing Skin-to-Skin Contact for Cesarean Birth. *AORN J*. 2017 Jun;105(6):579-592.
65. Turney J, Lowther A, Pyka J, Mollon D, Fields W. Delayed Newborn First Bath and Exclusive Breastfeeding Rates. *Nurs Womens Health*. 2019 Feb;23(1):31-37.
66. Suchy C, Morton C, Ramos RR, Ehgott A, Quental MM, Burrige A, Rutledge DN¹. Does Changing Newborn Bath Procedure Alter Newborn Temperatures and Exclusive Breastfeeding?. *Neonatal Netw*. 2018 Jan 1;37(1):4-10.
67. Zakarija-Grkovic I, Šegvić O, Bozinovic T, Čuže A, Lozancic T, Vuckovic A, Burmaz T. Hospital practices and breastfeeding rates before and after the UNICEF/WHO 20-hour course for maternity staff. *J Hum Lact*. 2012 Aug;28(3):389-99.
68. Tyagi M, Singh S. Quality of assessment of women at the time of admission for childbirth in secondary and tertiary public sector referral institutes in southern India. *Int J Community Med Public Health*. 2018 Mar;5(3): 1100-08.
69. Brenner S, De Allegri M, Gabrysch S, Chinkhumba J, Sarker M, Muula AS. The quality of clinical maternal and neonatal healthcare - a strategy for identifying 'routine care signal functions'. *PLoS One*. 2015 Apr 15; 10(4).
70. WHO: Preterm birth. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
71. Frey HA, Klebanoff MA. The epidemiology, etiology, and costs of preterm birth. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2016 Apr;21(2):68-73.
72. Purisch SE, Gyamfi-Bannerman C. Epidemiology of preterm birth. *Semin Perinatol*. 2017 Nov;41 (7):387-391.
73. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn; American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. The Apgar Score. *Pediatrics*. 2015 Oct;136(4):819-22.

74. Siddiqui A, Cuttini M, Wood R, Velebil P, Delnord M, Zile I et al. Can the Apgar Score be Used for International Comparisons of Newborn Health?. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2017 Jul;31(4):338-345
75. McGuire SF. Understanding the Implications of Birth Weight. *Nurs Womens Health*. 2017 Feb-Mar;21 (1):45-49.
76. Ghosh RE, Berild JD, Sterrantino AF, Toledano MB, Hansell AL. Birth weight trends in England and Wales (1986-2012): babies are getting heavier. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2018 May; 103(3).
77. Persaud RR, Azad MB, Chari RS, Sears MR, Becker AB, Kozyrskyj AL. CHILD Study Investigators. Perinatal antibiotic exposure of neonates in Canada and associated risk factors: a population-based study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2015 Jul;28(10): 1190-95.
78. Schulman J, Profit J, Lee HC, Dueñas G, Bennett MV, Parucha et al. Variations in Neonatal Antibiotic Use. *Pediatrics*. 2018 Sep;142(3).
79. Vilinsky-Redmond A, Sheridan A. Hypothermia in the Newborn: An exploration of its cause, effect and prevention. *British Journal of Midwifery*. 2014 August. 22(8):557-562
80. Sharma D, Sharma P, Shastri S. Golden 60 minutes of newborn's life: Part 2: Term neonate. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017 Nov;30(22):2728-2733.
81. Lubkowska A, Szymański S, Chudecka M. Surface Body Temperature of Full-Term Healthy Newborns Immediately after Birth-Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Apr 12;16(8).
82. Hermansen CL, Mahajan A. Newborn Respiratory Distress. *Am Fam Physician*. 2015 Dec 1;92 (11):994-1002.
83. Liszewski MC, Stanescu AL, Phillips GS, Lee EY. Respiratory Distress in Neonates: Underlying Causes and Current Imaging Assessment. *Radiol Clin North Am*. 2017 Jul;55(4):629-644.
84. Kitsommart R, Phatihattakorn C, Pornladnun P, Paes B. A prospective study of the severity of early respiratory distress in late preterms compared to term infants. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016;29(2):207-12. doi: 10.3109/14767058.2014.992335. Epub 2014 Dec 24.
85. Keszler M. Mechanical Ventilation Strategies. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2017 Aug;22 (4):267-274.

86. Ma XL, Xu XF, Chen C, Yan CY, Liu YM, Liu L, et al. National Collaborative Study Group for Neonatal Respiratory Distress in Late Preterm or Term Infants. Epidemiology of respiratory distress and the illness severity in late preterm or term infants: a prospective multi-center study. *Chin Med J (Engl)*. 2010 Oct;123(20).
87. Bouziri A, Ben Slima S, Hamdi A, Menif K, Belhadj S, Khaldi A, et al. Acute respiratory distress syndrome in infants at term and near term about 23 cases. *Tunis Med*. 2007 Oct;85(10):874-9.
88. Edwards MO, Kotecha SJ, Kotecha S. Respiratory distress of the term newborn infant. *Paediatr Respir Rev*. 2013 Mar;14(1):29-36; quiz 36-7.
89. Leigh R., Nicola P., Helen S., Beckie N., David Q., Pawandeeep K, et al. Respiratory distress in the neonate: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data. *Vaccine*. 2017 Dec 4; 35(48Part A): 6506–6517. doi: 10.1016/j.vaccine.2017.01.046
90. Redman CW. Hypertension in pregnancy: the NICE guidelines. *Heart* 2011; 97(23): 1967–1969.
91. Asseffa NA, Demissie BW. Perinatal outcomes of hypertensive disorders in pregnancy at a referral hospital, Southern Ethiopia. *PLoS One*. 2019 Feb 28;14(2).
92. Magee LA, von Dadelszen P. State-of-the-art diagnosis and treatment of hypertension in pregnancy. *Mayo Clin Proc* 2018; 93(11): 1664–1677.
93. Nzelu D, Dumitrascu-Biris D, Hunt KF, Cordina M, Kametas NA. Pregnancy outcomes in women with previous gestational hypertension: A cohort study to guide counselling and management. *Pregnancy Hypertens*. 2018 Apr;12:194-200.
94. Magee LA, von Dadelszen P, Singer J, et al. The CHIPS randomized controlled trial (control of hypertension in pregnancy study): is severe hypertension just an elevated blood pressure. *Hypertension* 2016; 68(5): 1153–1159.
95. Adu-Bonsaffoh K, Ntumy MY, Obed SA, Seffah JD. Perinatal outcomes of hypertensive disorders in pregnancy at a tertiary hospital in Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Nov 21;17(1):388.
96. Breymann C. Iron Deficiency Anemia in Pregnancy. *Semin Hematol*. 2015 Oct;52(4):339-47.

97. World Bank. Prevalence of anemia among pregnant women. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.PRG.ANEM>
98. Adebisi OY, Strayhorn G. Anemia in pregnancy and race in the United States: blacks at risk. *Fam Med.* 2005 Oct;37(9):655-62.
99. Xu X, Liu S, Rao Y, Shi Z, Wang L, Sharma M, Zhao Y. Prevalence and Sociodemographic and Lifestyle Determinants of Anemia during Pregnancy: A Cross-Sectional Study of Pregnant Women in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2016 Sep 13;13(9).
100. Baig-Ansari N, Badruddin SH, Karmaliani R, Harris H, Jehan I, Pasha O, et al. Anemia prevalence and risk factors in pregnant women in an urban area of Pakistan. *Food Nutr Bull.* 2008 Jun;29(2):132-9.
101. Patel A, Prakash AA, Das PK, Gupta S, Pusdekar YV, Hibberd PL. Maternal anemia and underweight as determinants of pregnancy outcomes: cohort study in eastern rural Maharashtra, India. *BMJ Open.* 2018 Aug 8;8(8).
102. Ardic C, Usta O, Omar E, Yildız C, Memis E, Zeren Öztürk G. Relationship between anaemia during pregnancy and preterm delivery. *J Obstet Gynaecol.* 2019 Oct;39(7):903-906.
103. Purisch SE, Ananth CV, Arditi B, Mauney L, Ajemian B, Heiderich A, et al. Effect of Delayed vs Immediate Umbilical Cord Clamping on Maternal Blood Loss in Term Cesarean Delivery: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2019 Nov 19;322(19):1869-1876.
104. Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 684: Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth. *Obstet Gynecol.* 2017 Jan;129(1):e5-e10.
105. Miller CM, Ramachandran B, Akbar K, Carvalho B, Butwick AJ. The impact of postpartum hemoglobin levels on maternal quality of life after delivery: a prospective exploratory study. *Ann Hematol.* 2016 Dec;95(12): 2049-55.
106. Emegoakor CF, Iyoke CA, Ezegwui HU, Umeora OU, Lawani LO, Madu AJ. Rates and determinants of peripartum and puerperal anemia in Enugu, Nigeria. *Niger J Clin Pract.* 2016 Nov-Dec;19(6): 709-714.
107. Varghese B, Copas A, Kumari S, Bandyopadhyay S, Sharma J, Saha S, et al. Does the safe childbirth checklist (SCC) program save newborn lives? Evidence from a realistic quasi-experimental study, Rajasthan, India. *Matern Health Neonatol Perinatol.* 2019; 5: 3

9 ПРИЛОЗИ

9.1 Прашалник користен за првата ретроспективна студија

Постапки, процедури кои се спроведуваат пред, при породување и после породувањето.

1. Пред породување-при прием на родилката на одделение направени се следниве процедури

- | | | |
|----------------------------------------------------------------|----|----|
| <input type="radio"/> Кардиотокограф | Да | Не |
| <input type="radio"/> Измерена телесна температура | Да | Не |
| <input type="radio"/> Проверен вагинален исцедок (боја, мирис) | Да | Не |
| <input type="radio"/> Измерена артериска тензија | Да | Не |
| <input type="radio"/> Анализа на урина | Да | Не |
- Останати процедури/проверки кај родилката и медицинска опрема (да се набројат)
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____

2. Непосредно пред породувањето кај родилката направени се следниве процедури

- | | | |
|----------------------------------------------------------------|----|----|
| <input type="radio"/> Измерена телесна температура | Да | Не |
| <input type="radio"/> Проверен вагинален исцедок (боја, мирис) | Да | Не |
| <input type="radio"/> Измерена артериска тензија | Да | Не |
| <input type="radio"/> Анализа на урина | Да | Не |
| <input type="radio"/> Време на руптура на околуплодови обвивки | Да | Не |
- Останати проверки/процедури кај родилката и медицинска опрема (да се набројат)
- _____
 - _____
 - _____
 - _____

3. Веднаш после породувањето направени се следниве процедури/постапки:

• **Кај мајката:**

- | | | |
|------------------------------------------------------|----|----|
| <input type="radio"/> Проверка на вагинално крварење | Да | Не |
| <input type="radio"/> Давање на утеротоник | Да | Не |
| <input type="radio"/> Измерена артериска тензија | Да | Не |

• **Кај новороденото :**

- | | | |
|---------------------------------------------------------|----|----|
| <input type="radio"/> Број на респирации | Да | Не |
| <input type="radio"/> Проверен мускулен тонус и движења | Да | Не |
| <input type="radio"/> Измерена телесна температура | Да | Не |
| <input type="radio"/> Специјална нега и мониторинг | Да | Не |

• **Останати процедури/мерки околу мајката и новороденото (да се набројат)**

- _____
- _____
- _____
- _____

4. Непосредно пред напуштање на родилиштето:

- Проверка кај мајката за:

- | | | |
|-------------------------------------------------------|----|----|
| <input type="radio"/> Измерена телесна температура | Да | Не |
| <input type="radio"/> Вагинален исцедок (боја, мирис) | Да | Не |
| <input type="radio"/> Артериска тензија | Да | Не |

- Проверка кај новородено за :

- | | | |
|-------------------------------------------------------|----|----|
| <input type="radio"/> Број на респирации | Да | Не |
| <input type="radio"/> Неонатални рефлекси | Да | Не |
| <input type="radio"/> Телесна температура | Да | Не |
| <input type="radio"/> Умбиликус (црвенило, секреција) | Да | Не |

- Останати процедури/мерки околу мајката и новороденото (да се набројат)

- _____
- _____
- _____
- _____

9.2 Чек-листи за безбедно породување

ПРИ ПРИЕМ

<p>Кардиотокограф-направен:</p> <p><input type="checkbox"/> Не, ќе почне при cervix \geq 4cm</p> <p><input type="checkbox"/> Да</p>	<p>Почни со кардиотокограф кога cervix \geq 4cm</p> <ul style="list-style-type: none"> • Секои 30мин • Секои 2 часа температура • Секои 4 часа крвен притисок
<p>Дали кај мајката треба да се почне со:</p> <p><i>Антибиотик</i></p> <p><input type="checkbox"/> НЕ</p> <p><input type="checkbox"/> ДА, даден е</p> <p><i>Магнезиум сулфат или друг антихипертензив</i></p> <p><input type="checkbox"/> НЕ</p> <p><input type="checkbox"/> ДА, магнезиум сулфат</p> <p><input type="checkbox"/> ДА, друг антихипертензив</p>	<p>Прашај за алергија пред администрација на секој лек</p> <p>Дај антибиотик ако:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Мајката има $\geq 38^{\circ}\text{C}$ • Податок за вагинален исцедок со непријатен мирис • Руптура на мембрани над 18 часа <p>Дај магнезиум сулфат ако мајката има:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Дијастолен притисок ≥ 110 mmHg и 3+ протеинурија • Дијастолен притисок ≥ 90 mmHg, 2+ протеинурија, главоболка, проблеми со видот, епигастрална болка <p>Дај антихипертензивен лек ако мајката има систолен притисок > 160 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Цел: крвен притисок $< 150/100$ mmHg
<p><input type="checkbox"/> Провери достапност на средства за дезинфекција на раце и стерилни ракавици при секој вагинален преглед</p>	
<p><input type="checkbox"/> Поттикнете го придружникот при породувањето да присуствува на раѓањето</p>	
<p><input type="checkbox"/> Провери дали мајката или придружникот знаат кога да побараат медицинска помош</p>	<p>Помош при:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Крварење • силна стомачна болка • силна главоболка • правилно да “напнува”

ПРЕД САМОТО ПОРОДУВАЊЕ

<p>Дали кај мајката треба да се почне со:</p> <p><i>Антибиотик</i></p> <p><input type="checkbox"/> НЕ</p> <p><input type="checkbox"/> ДА, даден е</p> <p><i>Магнезиум сулфат или друг антихипертензив</i></p> <p><input type="checkbox"/> НЕ</p> <p><input type="checkbox"/> ДА, магнезиум сулфат</p> <p><input type="checkbox"/> ДА, друг антихипертензив</p>	<p>Прашај за алергија пред администрација на секој лек</p> <p>Дај антибиотик ако:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Мајката има $\geq 38^{\circ}\text{C}$ • Податок за вагинален исцедок со непријатен мирис • Руптура на мембрани над 18 часа <p>Дај магнезиум сулфат ако мајката има:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Дијастолен притисок ≥ 110 mmHg и 3+ протеинурија • Дијастолен притисок ≥ 90 mmHg, 2+ протеинурија, главоболка, проблеми со видот, епигастрална болка <p>Дај антихипертензивен лек ако мајката има систолен притисок > 160 mmHg</p> <p>Цел: крвен притисок $< 150/100$ mmHg</p>
<p>Провери снабденост на потребен материјал за породување:</p> <p><i>За мајката</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ракавици</p> <p><input type="checkbox"/> Окситоцин</p> <p><i>За бебето</i></p> <p><input type="checkbox"/> Чисти пелени</p> <p><input type="checkbox"/> Стерилна штипка за папочник</p> <p><input type="checkbox"/> Аспиратор</p> <p><input type="checkbox"/> Амбу со маска</p>	<p>Направи ја следната нега кај мајката веднаш по породувањето</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дај утеротоник до 1 минута по породувањето 2. “Породи” плацента 1-3 минути по породување 3. Масирај го утерусот после излегување на плацента 4. Провери дали утерусот е контрахиран <p>Направи ја следната нега кај бебето</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Избриши ја со сува пелена влажната кожа на бебето 2. Ако не дише-стимулирај и исчисти дишни патишта 3. Ако сеуште не дише <ul style="list-style-type: none"> - Пресечи и подврзи папочник - Исчисти дишни патишта повторно - Вентилирај со амбу со маска - Побарај помош ако треба
<p><input type="checkbox"/> Однапред да се знае кој ќе биде викнат (педијатар/гинеколог/акушер за помош доколку затреба при породувањето)</p>	

НАСКОРО ПОСЛЕ ПОРОДУВАЊЕТО (во период 1 час)

<p>Дали мајката квари абнормално?</p> <p><input type="checkbox"/> НЕ</p> <p><input type="checkbox"/> ДА, барај помош</p>	<p>Ако крварењето е абнормално</p> <ul style="list-style-type: none"> • Масирај го утерусот • Додади утеротоник • Започни со и.в. течности и затопли ја мајката • Третирај ја причината: утерина атонија, остаток од плацентата, руптура на утерус
<p>Дали кај мајката треба да се почне со:</p> <p><i>Антибиотик</i></p> <p><input type="checkbox"/> НЕ</p> <p><input type="checkbox"/> ДА, даден е</p> <p><i>Магнезиум сулфат или друг антихипертензив</i></p> <p><input type="checkbox"/> НЕ</p> <p><input type="checkbox"/> ДА, магнезиум сулфат</p> <p><input type="checkbox"/> ДА, друг антихипертензив</p>	<p>Прашај за алергија пред администрација на секој лек</p> <p>Дај антибиотик ако:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Мајката има $\geq 38^{\circ}\text{C}$ • Податок за вагинален исцедок со непријатен мирис • Руптура на мембрани над 18 часа <p>Дај магнезиум сулфат ако мајката има:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Дијастолен притисок ≥ 110 mmHg и 3+ протеинурија • Дијастолен притисок ≥ 90 mmHg, 2+ протеинурија, главоболка, проблеми со видот, епигастрална болка <p>Дај антихипертензивен лек ако мајката има систолен притисок > 160 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Цел: крвен притисок $< 150/100$ mmHg
<p>Дали бебето има потреба од:</p> <p><i>Антибиотик</i></p> <p><input type="checkbox"/> НЕ</p> <p><input type="checkbox"/> ДА, даден е</p> <p><i>Специјална нега и мониторирање</i></p> <p><input type="checkbox"/> НЕ</p> <p><input type="checkbox"/> ДА, спроведено е</p>	<p>Дај антибиотик кај бебето доколку мајката се лекува со антибиотик или доколку бебето има</p> <ul style="list-style-type: none"> • Респирации $>60/\text{min}$ или $<30/\text{min}$ • Диспнеа, ечкање или конвулзии • Сиромашни движења на стимулација • Температура $<35^{\circ}\text{C}$ која не се покачува по затоплување или температура $>38^{\circ}\text{C}$ <p>Организирај специјална нега и мониторирање ако</p> <ul style="list-style-type: none"> • Бебето е родено минимум еден месец порано • Родилна тежина $<2500\text{g}$ • Има потреба од антибиотици • Побарува ресусцитација
<p><input type="checkbox"/> Започни со доење и кожа на кожа контакт (ако мајката и бебето се добри)</p>	

ПРЕД ИСПИС ОД БОЛНИЦА

<p>Дали кај мајката треба да се почне со:</p> <p><i>Антибиотик</i></p> <p><input type="checkbox"/> НЕ</p> <p><input type="checkbox"/> ДА, даден е и се одложува исписот</p>	<p>Прашај за алергија пред администрација на секој лек</p> <p>Дај антибиотик ако:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Мајката има $\geq 38^{\circ}\text{C}$ • Податок за вагинален исцедок со непријатен мирис • Руптура на мембрани над 18 часа
<p>Дали мајката има добар крвен притисок:</p> <p><input type="checkbox"/> НЕ, третирај и одложи испис</p> <p><input type="checkbox"/> ДА</p>	<p>Дај магнезиум сулфат ако мајката има:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Дијастолен притисок $\geq 110 \text{ mmHg}$ и 3+ протеинурија • Дијастолен притисок $\geq 90 \text{ mmHg}$ и 2+ протеинурија и главоболка, проблеми со видот, епигастална болка <p>Дај антихипертензивен лек ако мајката има систолен притисок $> 160 \text{ mmHg}$</p> <p>Цел: крвен притисок $< 150/100 \text{ mmHg}$</p>
<p>Дали мајката крвари абнормално:</p> <p><input type="checkbox"/> НЕ</p> <p><input type="checkbox"/> ДА, третирај и одложи испис</p>	<p>Ако пулсот е $> 110/\text{min}$ или $< 30/\text{min}$</p> <ul style="list-style-type: none"> • Започни со и.в. течност и затопли ја мајката • Третирај ја причината (хиповолемичен шок)
<p>Дали бебето има потреба од:</p> <p><i>Антибиотик</i></p> <p><input type="checkbox"/> НЕ</p> <p><input type="checkbox"/> ДА, даден е</p>	<p>Дај антибиотик кај бебето доколку мајката се лекува со антибиотик или доколку бебето има</p> <ul style="list-style-type: none"> • Респирации $> 60/\text{min}$ или $< 30/\text{min}$ • Диспнеа, ечкање или конвулзии • Сиромашни движења на стимулација • Температура $< 35^{\circ}\text{C}$ која не се покачува по затоплување или температура $> 38^{\circ}\text{C}$ • Одбива да цица • Има црвенило на кожата околу умбиликус
<p>Дали бебето добро се храни:</p> <p><input type="checkbox"/> НЕ, обезбеди добри подои и одложи испис</p> <p><input type="checkbox"/> ДА</p>	
<p><input type="checkbox"/> Договори контрола и провери дали мајката/таткото можат да препознаат опасни симптоми во домашни услови</p>	
<p>Опасни симптоми</p> <p><i>Кај мајката</i>-Крварење, силна абдоминална болка, силна главоболка, температура, потешкотии со мокрење</p> <p><i>Кај бебето</i>-Брзо/тешко дишење, температура, престанок на добро хранење, намалена активност, жолтица</p>	