

# Stavovi studenata primaljstva o profesionalnoj autonomiji primalja

---

**Kurbanović, Magdalena**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2019**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:752886>

*Rights / Prava:* [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-12-01**



*Repository / Repozitorij:*

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**  
**MEDICINSKI FAKULET**  
**SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

**Magdalena Kurbanović**

**Stavovi studenata primaljstva o profesionalnoj  
autonomiji primalja**

**DIPLOMSKI RAD**



**Zagreb, 2019.**

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**  
**MEDICINSKI FAKULET**  
**SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

**Magdalena Kurbanović**

**Stavovi studenata primaljstva o profesionalnoj  
autonomiji primalja**

**DIPLOMSKI RAD**

**Zagreb, 2019.**

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za ginekologiju i opstetriciju Medicinskog fakulteta Zagreb pod vodstvom doc. dr. sc. Vesne Elveđi Gašparović i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2018./2019.

## KRATICE

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

HKP – Hrvatska komora primalja

EU – Europska unija

SOZS – Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu

FZS – Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci

ICM – Međunarodna konfederacija primalja (*International Confederation of midwives*)

MZO- Ministarstvo znanosti i obrazovanja

MZ- Ministarstvo zdravstva

ECTS- Europski sustav prikupljanja i prenošenja bodova (*European Credit Transfer and Accumulation System*)

$\bar{X}$ - aritmetička sredina

SD- standardna devijacija

# Sadržaj

<b>1. SAŽETAK.....</b>	<b>2</b>
<b>2. SUMMARY .....</b>	<b>4</b>
<b>3. UVOD .....</b>	<b>6</b>
3.1. Primaljski model skrbi .....	6
3.2. Povijest obrazovanja i regulacije primaljstva u Hrvatskoj .....	7
3.3. Regulacija primaljstva u Hrvatskoj.....	11
3.4. Obrazovanje primalja u Hrvatskoj.....	16
3.5. Broj i status primalja u Hrvatskoj.....	22
3.6. Usporedba primaljstva u Hrvatskoj sa zemljama centralno istočne Europe ..	26
3.7. Obrazovanje i regulacija primaljstva u Irskoj .....	28
3.8. Obrazovanje i regulacija primaljstva na Novom Zelandu .....	30
3.9. Postizanje profesionalne autonomije.....	33
<b>4. Ciljevi istraživanja .....</b>	<b>36</b>
<b>5. Hipoteze.....</b>	<b>37</b>
<b>6. Metode i ispitanici .....</b>	<b>38</b>
<b>7. REZULTATI .....</b>	<b>40</b>
7.1. Opći podaci o ispitanicima.....	40
7.2. Deskriptivna statistika rezultata .....	42
7.3. Razlike između pojedinih skupina ispitanika .....	45
<b>8. RASPRAVA.....</b>	<b>50</b>
<b>9. ZAKLJUČAK.....</b>	<b>57</b>
<b>10. Zahvale .....</b>	<b>59</b>
<b>11. Literatura: .....</b>	<b>60</b>
<b>12. Životopis.....</b>	<b>64</b>

# 1. SAŽETAK

## **Stavovi studenata primaljstva o profesionalnoj autonomiji primalja**

**Magdalena Kurbanović**

**Uvod:** Ulaskom u EU Hrvatska se obvezala provoditi odredbe Direktive 2005/36 EK što je dovelo do velikih promjena u sustavu obrazovanja primalja. Kompetencije koje takvim obrazovanjem stječu prvostupnice primaljstva uključuju utvrđivanje trudnoće, vođenje fiziološke trudnoće i porođaja, no u praksi primalje u Hrvatskoj i dalje ne ostvaruju profesionalnu autonomiju.

**Ciljevi:** Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi stavove studenata primaljstva o profesionalnoj autonomiji primalja te ispitati razlikuju li se ti stavovi s obzirom na studij kojeg studenti pohađaju, godinu studija, prethodno završeno srednjoškolsko obrazovanje te radno iskustvo u primaljstvu.

**Metode i ispitanici:** Istraživanje je provedeno na redovitim studentima primaljstva svih godina oba studijska programa u Hrvatskoj. Korišten je upitnik koji je sadržavao pitanja o profesionalnoj autonomiji primalja kao i opće podatke o studentima te koji je izrađen posebno za ovo istraživanje.

**Rezultati:** Studenti primaljstava izrazili su pozitivne stavove prema profesionalnoj autonomiji primalja, no postojale su razlike. Među područjima autonomije koja proizlaze iz kompetencija, studenti primaljstva najpozitivniji stav izrazili su prema samostalnom vođenju fiziološkog porođaja, dok su najmanje pozitivan stav izrazili prema utvrđivanju trudnoće. Najnegativniji stav izrazili su prema porođajima kod kuće. Studenti stručnog studija imali su pozitivnije stavove od studenata sveučilišnog studija. Studenti treće godine imali su negativnije stavove od studenata prve i druge godine. Studenti s prethodnim radnim iskustvom imali su negativnije stavove od onih bez radnog iskustva.

**Zaključak:** Hipoteza da će studenti primaljstva imati pozitivan stav prema profesionalnoj autonomiji potvrđena je, no zabrinjava činjenica da se određen broj studenata ne slaže s kompetencijama koje će kao prvostupnice primaljstva imati. Prepoznata su područja autonomije s kojima se studenti u manjoj mjeri slažu što daje vrijedan uvid u mogućnosti poboljšanja obrazovanja s ciljem osposobljavanja i osnaživanja primalja koje će pružati skrb u punom rasponu svojih kompetencija.

**Ključne riječi: Primaljstvo, profesionalna autonomija, studenti primaljstva**



## 2. SUMMARY

### **Attitudes of midwifery students toward the professional autonomy of midwives**

**Magdalena Kurbanović**

**Background:** By joining the EU Croatia agreed to comply with Directive 2005/36 EC which regulates midwifery. This led to major changes in midwifery education. Competencies which midwives with a bachelor's degree in midwifery have include diagnosing and monitoring physiological pregnancy and conducting delivery; in reality, Croatian midwives still don't practice with professional autonomy.

**Aims:** The aim of this study was to determine midwifery students' attitudes toward the professional autonomy of midwives and to investigate whether those attitudes differ depending on their programme, year of study, type of high school education and work experience in midwifery.

**Methods and participants:** This research involved midwifery students from both midwifery programmes in Croatia. The questionnaire was designed for purpose of this research and consisted of questions regarding professional autonomy as well as general questions.

**Results:** Midwifery students have positive attitudes toward professional autonomy with important differences. In the area of autonomy defined by competencies, students were most positive about conducting physiological births, and least positive about diagnosing pregnancy. Students had the most negative attitude toward home birth. Students of the professional programme had more positive attitudes than students of the university programme. Third year students had more negative attitudes than first- and second-year students. Students with work experience in midwifery had more negative attitudes.

**Conclusion:** The hypothesis that midwifery students will have a positive attitude towards professional autonomy was proven, but its concerning that some of them disagreed with their future competencies. Areas of autonomy with which students showed least agreement were identified which gives us a valuable insight in opportunity to improve midwifery education with goal of training and empowering midwives that will practice within the full scope of their competencies.

**Key words: Midwifery, professional autonomy, midwifery students**

## 3. UVOD

### 3.1. Primaljski model skrbi

Trudnoća i porođaj događaji su od neizmjerne važnosti u životu žene, njezine obitelji kao i cijele zajednice te je radi toga nužno da skrb koja joj se tijekom njih pruža bude temeljena na razumijevanju ne samo fizičkih nego i emocionalnih, socijalnih, kulturalnih, duhovnih te psiholoških potreba. Filozofija primaljske skrbi u svom središtu ima holistički pristup koji uzima u obzir sve te potrebe. Primaljski model skrbi temelji se na promatranju trudnoće i porođaja kao normalnih, fizioloških događaja te prema tome predstavlja najprikladniji odabir skrbi za žene sa normalnom, niskorizičnom trudnoćom i tijekom normalnog porođaja (ICM, 2014).

Primaljski model skrbi se definira kao skrb u kojoj su primalje vodeći zdravstveni djelatnici koji planiraju, organiziraju i pružaju skrbi ženi od utvrđivanja trudnoće do postnatalnog razdoblja. Pri tome se dio antenatalne, intrapartalne ili postnatalne skrbi može pružati u suradnji sa drugim zdravstvenim djelatnicima ukoliko je to potrebno, no primalje i u tom slučaju ostaju glavni pružatelji skrbi (Masterson, 2010).

Primaljski model skrbi uključuje pružanje kontinuirane skrbi u kojoj je naglasak na nadziranju fizičkog ali i psihološkog stanja žene i njezine obitelji tijekom reproduktivnog razdoblja. Primaljska skrb se provodi kroz edukaciju i savjetovanje prilagođeno svakoj ženi, antenatalnu skrb, pomoć i skrb pri porođaju te potporu u razdoblju babinja. Primaljska skrb uključuje i izbjegavanje nepotrebnih medicinskih intervencija te prepoznavanje žena koje zahtijevaju posebnu specijalističku skrb koja zahtijeva upućivanje takvih žena liječnicima specijalistima ginekologije i opstetricije.

Sustavni pregled koji je provela Cochrane kolaboracija i koje je uključivalo 15 istraživanja u kojima su sudjelovala 17 674 ispitanika doveo je do zaključka da žene kojima je skrb pružana prema primaljskom modelu imaju manju vjerojatnost da će trebati dodatne medicinske intervencije te da će biti zadovoljnije pruženom skrbi, uz manje neželjenih ishoda za majku i dijete, nego žene kojima je pružana skrb prema

nekom od drugih modela maternalne skrbi. Prema tome svi zdravstveni sustavi koji teže poboljšanju maternalne skrbi, posebice u području normalizacije i humanizacije porođaja, trebali bi razmotriti uvođenje primaljskog modela skrbi kao integralnog dijela zdravstvenog sustava (Sandall et al, 2016).

### **3.2. Povijest obrazovanja i regulacije primaljstva u Hrvatskoj**

Način na koji žene rađaju drastično se mijenjao kroz povijest. Veliki utjecaj na to su imale brojne promjene u različitim područjima kao što su društvene promjene, zakonodavne reforme, demografska kretanja, znanstvene i medicinske inovacije te emancipacija žena, odnosno njihov položaj u društvu. Sve te promjene također su imale veliki utjecaj te oblikovale profesiju primalja kroz povijest (Puljizević, 2015).

Povijest primaljstva prati povijest samog čovječanstva budući da su oduvijek postojale osobe koje su bile uz ženu koja rađa. To su tradicionalno bile ženske osobe koje su u različitim razdobljima povijesti imale različito obrazovanje i iskustvo koje je pratilo tadašnje prilike. Tako i na području Hrvatske postoje zapisi i spomenici primaljama koji sežu daleko u povijest. Prvi takav spomen primalje seže još u antičko doba. U Vranjicu pored Splita pronađen je spomenik primalji grčkog podrijetla Eliji Soteri koji svjedoči značaju kojem su primalje u tom razdoblju imale (Wokaunn, 2010). Prvi zapis o primalji na području Hrvatske datira iz 1454. godine te spominje zagrebačku primalju Elizabetu Škroboticu. No sve do 18. stoljeća kada se javljaju prvi pokušaji regulacije primaljstva, tim zanimanjem se bave žene bez formalnog obrazovanja. Uglavnom su to bile nepismene starije žene koje su temeljile svoj rad isključivo na iskustvu i usmenoj predaji te se znanje koje su posjedovale prenosilo s koljena na koljeno (Ćosić, 2016). Nepostojanje obrazovanja te nejednakost praksi koje proizlazi iz toga doprinijelo je, uz loše životne i higijenske uvjete, velikoj smrtnosti majki i novorođenčadi tog razdoblja.

Formalno obrazovanje i regulativa rada primalja na prostorima Hrvatske započinje u vrijeme Habsburške monarhije, odnosno 1770. godine kada carica Marija Terezija donosi zakon o javnom zdravstvu, *Generale Normativum Sanitatis*. Navedeni zakon propisuje obrazovanje i način rada svih zdravstvenih djelatnika tog vremena uključujući i primalje koje su imale važnu ulogu u zdravstvenoj zaštiti pučanstva

(Ćosić, 2016.). Provođenje odredbi tog zakona u Hrvatskoj započinje 1772. godine dolaskom Ivana Krstitelja Lalanguea. Lalangue se smatra utemeljiteljem hrvatskog primaljstva budući da je njegov značaj za profesionalizaciju hrvatskog primaljstva nemjerljiv. Sa Lalangueom 1776. godine počinje formalno stručno obrazovanje primalja na području Hrvatske. Te godine on utemeljuje prvu školu za primalje u Varaždinu. Činjenica da u tom trenutku nije postojala licencirana hrvatska primalja nije onemogućila da za obrazovanje primalja bude odgovorna upravo primalja. Prethodno otvaranju škole Lalangue je poslao lokalnu primalju Elizabetu Gartin u Beč na obrazovanje i polaganje primaljskog ispita te je povratkom ~~upravo~~ ona provodila obrazovanje budućih hrvatskih primalja. Tako su na samom početku formalnog obrazovanja u Hrvatskoj primalje bile poučavane od strane primalje.

Lalangue je dao još jedan veli doprinos hrvatskom primaljstvu. On je autor prvog primaljskog udžbenika na hrvatskom jeziku, „*Brevis institutio de re obstetricia iliti kratek navuk od mestrie pupkorezne za potrebochu muskeh y szziromaskeh ladanskeh sen horvatskoga orszaga y okolo nyega blisnesseh sztrankih*“, na kojem se temeljilo obrazovanje primalja iz prve škole za primalje. Udžbenik je podijeljen na osam dijelova u kojima detaljno opisuje anatomiju ženskog reproduktivnog sustava, fiziologiju trudnoće i porođaja, upućuje na tehniku provođenja pregleda u trudnoći i porođaju uključujući vaginalni pregled, opisuje kako treba provoditi primaljsku skrb kod porođaja i njegu novorođenčeta i babinjače te sadrži opis i primaljske postupke kod nekih patoloških stanja koje se mogu javiti u trudnoći i porođaju. Udžbenik također sadrži popis opreme koju bi primalja trebala posjedovati i nositi sa sobom na porođaje kao što je to porođajni stolčić, škare, vrpce za izvođenje unutarnjeg okreta fetusa i štrcaljku za krštenje djeteta u maternici. U uvodu udžbenika Lalangue opisuje koje to osobine primalja treba posjedovati i koje su joj dužnosti (Ćosić, 2016). Osim što im je osigurao literaturu na materinjem jeziku, Lalangue je budućim primaljama omogućio provođenje praktičnog dijela obrazovanja na modelima zdjelice i drvenim spravama odnosno fantomima koje je dopremio iz Beča.

Lalangue 1785. godine objavljuje „*Nagovorni lizt*“, prvi tiskani pravilnik za obavljanje primaljske djelatnosti na hrvatskom jeziku. Pravilnik navodi deset pravila kojih se primalje moraju pridržavati. Iz njih je vidljivo da primalje moraju biti pismene i imati prethodno završenu primaljsku školu da bi postale licencirane primalje.

Pravilnikom je određeno i da primalje moraju svake godine pristupiti provjeri svog znanja i opreme za rad, odnosno predstavlja prvi službeni primjer prakse relicenciranja. Pravilnik također sadrži prvu primaljsku prisegu na hrvatskom jeziku (Fureš , Jembrih, 2012). Nakon završetka škole licencirane primalje primane su u javnu državnu službu od strane Varaždinskih gradskih vlasti uz potvrdu carice Marije Terezije (Puljizević, 2015).

Usprkos uvođenju obrazovanja za primalje i regulaciji rada takvih licenciranih primalja tek od 1810. godine nadriprimaljstvo postaje zabranjeno zakonom. Od tada je priučene seoske žene zabranjeno nazivati primaljama. Primaljstvo postaje formalno regulirano zanimanje.

Nakon prve škole u Varaždinu, otvaraju se škole za primalje u drugim gradovima u Hrvatskoj. 1786. godine s radom je započela škola za primalje u Rijeci koju je vodio Jakob Cosimi, no ta škola je djelovala samo jednu godinu (Ćosić, 2016.). Iduća škola otvorena je u Zadru 1820. godine gdje je pružala neprekidno obrazovanje primalja tijekom idućih stotinu godina te je iznjedrila drugi hrvatski udžbenik za primalje. Autor tog udžbenika bio je tadašnji ravnatelj primaljske škole Ante Kuzmanić. Kuzmanić je u udžbenik uvrstio i vrijedan dodatak, rječnik medicinskog nazivlja i narodnih riječi. Prije otvaranja zadarske škole na području cijele pokrajine Dalmacije radila je samo jedna primalja te je tijekom stotinu godina svog neprekidnog rada zadarska škola obrazovala i stručno osposobila preko tisuću primalja što je značajno pridonijelo smanjenju prakse nadriprimaljstva i razvoju primaljstva na području Hrvatske. Iz zapisa o zadarskoj školi vidljivo je da su sve učenice zadarske škole morale biti učinkovito procijepljene protiv zaraznih bolesti, što uz upute o propisnoj dezinfekciji instrumenata i pranju ruku karbolnom kiselinom koju je samo koju godinu prije počeo upotrebljavati poznati engleski kirurg Lister, govori u prilog tome da je edukacija hrvatskih primalja u 19. stoljeću pratila suvremene spoznaje te nije zaostajala za ostatkom Europe (Jamnicki Dojmi, 2018).

Usprkos postojanju škola i sustava licenciranje većina primalja koja je djelovala na području Hrvatske ipak nije posjedovala licencu budući da se nije sankcionirao niti onemogućavao rad primalja bez formalnog obrazovanja. Naputak za primalje izdan

1816. godine dopušta rad primaljama koje su „dugo i vjerodostojno“ obavljale svoj posao te je time omogućeno vrijeme za prilagodbu (Puljizević, 2015).

U Zagrebu se prva primaljska škola osniva 1876. godine s ciljem obrazovanja primalja koje će posebice raditi u seoskim sredinama gdje je u tom razdoblju primalja gotovo nije ni bilo, te je omjer primalja na broj poroda iznosio 1: 11 565. Primaljska škola u Zagrebu osnovana je u sklopu javne i opće Bolnice Milosrdnih sestara koja se tada nalazila u Ilici. Prvi predstojnik bio je profesor doktor Antun Lobmayer koji je autor trećeg hrvatskog udžbenika za primalje naziva „Učevna knjiga za učenice primaljstva“. Lobmayerov udžbenik temeljio se na suvremenim njemačkim udžbenicima te je već u svom prvom izdanju sadržavao osnove antiseptike (Puljizević, 2015). Tadašnja škola održavala se u obliku tečaja u trajanju od pet mjeseci, tijekom kojih su učenice pohađale teorijsku i praktičnu nastavu, te su bile obavezne prisustvovati kod najmanje tri porođaja. Nakon završetka tečaja primalje su morale položiti ispit pred tročlanim povjerenstvom prije nego su dobile odobrenje za rad. Tijekom svog rada primalje su se morale pridržavati naputka koje je donijela vlada i koji je propisivao osobne i javne dužnosti primalje, kao i način njege novorođenčeta i roditelja. Rad primalje nadzirao je liječnik te je postojala obaveza relicenciranja, odnosno provjere znanja svake tri godine koju je provodio nadležni liječnik prema primaljskom udžbeniku. Porođaj su primalje obavljale samostalno no bile su točno propisane situacije u kojima je primalja bila dužna pozvati liječnika. (Krešić, Rakitičan, 2018). Naputak za primalje iz 1874. godine detaljno navodi kada je sve primalja obavezna pozvati liječnika na porođaj. Opisano je devetnaest slučajeva kada je nužno pozivanje liječnika kao što je to u slučaju krvarenja, suženja zdjelice, nepravilnih položaja djeteta, ispale pupkovine te ukoliko roditelja ili njezina obitelj žele da liječnik bude prisutan (Puljizević, 2015).

Nakon selidbe bolnice Milosrdnih sestara u Vinogradsku ulicu 1894. godine, na adresi u Ilici ostaje samostalno Kraljevsko zemaljsko rodilište i primaljsko učilište koje se 1920. godine seli u Petrovu ulicu gdje ostaje do danas, dok se 1947. godine škola za primalje seli u novoizgrađeno rodilište u sklopu bolnice „Sestre milosrdnice“ u Vinogradskoj gdje nastavlja djelovati u kontinuitetu idućih 110 godina. Taj se kontinuitet prekida 1987. godine kad je školovanje za primalje u Hrvatskoj ukinuto. Uspostavom Republike Hrvatske 1991. godine ponovno se uvodi školovanje za

primalje (Fureš. 2011). Škola za primalje u Zagrebu je jedina srednja škola u Hrvatskoj koja u kontinuitetu školuje primaljski kadar, dok se ostale škole otvaraju u većim gradovima Hrvatske povremeno, kada se ukaže potreba za novim kadrom.

Trajanje primaljskog obrazovanja od početnih tečajeva koji su trajali nekoliko mjeseci produživalo se sve do 1963. godine kada je postalo četverogodišnje srednjoškolsko obrazovanje. Takvo četverogodišnje obrazovanje prva je počela provoditi primaljska škola u Splitu koja je ujedno uvela u općeobrazovne predmete u obrazovanje primalja (Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, 2011). Nazivi koje su takve primalje sa četverogodišnjim školovanjem stjecale također su se mijenjali do danas te tako uključuju nazive primalja, babica, medicinska sestra primaljskog smjera, medicinska sestra primalja i medicinska sestra ginekološko opstetričkog smjera te od 2008. godine naziv primaljska asistentica (Švaljug, Kuljak 2018).

Dugi niz godina primalje nisu imale mogućnost daljnjeg obrazovanja u primaljstvu. Pri Višoj školi za medicinske sestre i tehničare (današnje Zdravstveno Veleučilište u Zagrebu) otvorena je viša škola za medicinske sestre ginekološko opstetričnog smjera koja je postojala svega nekoliko godina tijekom kojih su školovane samo četiri generacije viših primalja. Zadnja generacija je upisana 1981. godine. Tijekom idućih godina primalje koje su željele nastaviti daljnje obrazovanje bile su primorane nastaviti ga u sestrinstvu ili nekim drugim srodnim strukama. Tek 2008. godine nastojanja da se otvori studij primaljstva urodila su plodom te je u Rijeci otvoren prvi studij primaljstva u Hrvatskoj. Studij je ustrojen kao izvanredni preddiplomski stručni studij.

Prvi sveučilišni studij primaljstva započinje 2011.godine na novoosnovanom Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu, koji ujedno postaje prvi redovni studij primaljstva.

### **3.3. Regulacija primaljstva u Hrvatskoj**

#### **3.3.1. Direktiva 2005/36 Europske komisije; Direktiva 2013/55 EU**

Direktiva 2005/36 Europske komisije donošena je 2007. godine s ciljem olakšavanja slobode kretanja državljana Europske unije određenih sedam profesija



temeljem njihovih kvalifikacija te postignutog obrazovanja i osposobljavanja. Direktivom se državljanima članicama EU jamči pristup profesiji i jednaka prava u obavljanju profesije u ostalim državama članicama EU.

Ulaskom u EU Hrvatska se obvezala provoditi Direktivu 2005/36 Europske komisije koja propisuje potrebno obrazovanje i stručne kompetencije primalja te je primaljstvo postalo regulirana profesija. Direktivom se primaljstvo definira na nacionalnoj razini te se zahtjeva od države da uskladi zakonodavstvo na način na koji će omogućiti provođenje odredaba Direktive. 2013. godine neke od odredaba Direktive su izmijenjene te se primjenjuje Direktiva 2013/55 EU.

Člankom 42 Direktive definirano je obavljanje stručnih poslova primalje te se države članice obavezuje da moraju osigurati primaljama pristup i minimalno obavljanje poslova koje navodi taj članak. Primaljama se time mora omogućiti provođenje antenatalne skrbi što uključuje informiranje i savjetovanje u vezi planiranja obitelji, dijagnosticiranje i praćenje normalnog tijeka trudnoće kao i vršenje svih pregleda potrebnih za praćenje normalne trudnoće, propisivanje i savjetovanje o pregledima potrebnih za najraniju dijagnozu rizičnih trudnoća te vođenje programa pripreme za roditeljstvo i porođaj. Kao dio intrapartalne skrbi za koju primalje moraju imati pristup navodi se skrb o majci za vrijeme porođaja i praćenje stanja fetusa te vođenje spontanijih porođaja što uključuje izvođenje epiziotomije ukoliko se pokaže potreba i porode na zadak u hitnim slučajevima. Također se među poslovima koje obavlja primalja navodi prepoznavanje nepravilnosti kod majke i fetusa i upućivanje na pomoć liječnika te poduzimanje hitnih radnji u odsutnosti liječnika, što uključuje ručno odstranjivanje placente i ručni pregled maternice. Direktivom se propisuje da primalja mora obavljati i postnatalnu skrb majke i djeteta. U postnatalnoj skrbi djeteta te skrbi za majku ulazi njega i nadzor stanja majke nakon porođaja te davanje svih potrebnih savjeta majci o njezi djeteta kako bi se omogućio optimalan razvoj djeteta. U poslove koje obavljaju primalje ubraja se i provođenje liječenja koje propiše liječnik kao i pripremanje pisanih izvješća, odnosno vođenje dokumentacije.

Navedeni poslovi predstavljaju minimalni standard, odnosno kompetencije koje Direktiva propisuje mogu se nadopuniti te primaljama omogućiti širi opseg djelatnosti

od onog koji je definiran Direktivom unutar okvira nacionalnog zakonodavstva svake od država članica.

Iz opisa djelatnosti vidljivo je da Direktiva definira profesiju primalja kao autonomnu u provođenju skrbi za trudnice i roditelje. Da bi primalje mogle pružati samostalno kvalitetnu skrb u okviru tih kompetencija Direktivom se propisuje i potrebno osposobljavanje primalja. Pri tome se razlikuju dva smjera osposobljavanja primalja.

Za prvi smjer Direktiva propisuje da mora sadržavati najmanje trogodišnje teoretsko i praktično posebno osposobljavanje u punoj nastavnoj satnici koje se mora provoditi po određenom programu. Program uključuje teoretsku nastavu koja sadrži uz opće predmete i predmete specifične za djelatnost primalje te praktično odnosno kliničko osposobljavanje koje mora biti usklađeno s teorijskim na način u kojem će se takva znanja i iskustva odgovarajuće usvojiti. Pri tome se kliničko osposobljavanje mora provoditi u obliku prakse na odgovarajućim bolničkim odjelima ili drugim zdravstvenim ustanovama pod odgovarajućim nadzorom. Osposobljavanje mora sadržavati minimalno 4600 sati od kojih jedna trećina mora biti kliničko osposobljavanje.

Klinička nastava za primalje mora se izvoditi na način koji uključuje savjetovanje trudnica sa najmanje 100 pregleda u sklopu antenatalne skrbi, zatim nadzor nad 40 trudnica sa fiziološkom trudnoćom, nadzor i njegu 40 trudnica ili roditelja sa rizičnim faktorima u trudnoći ili porođaju, odnosno postnatalnom razdoblju. Student primaljstva tijekom osposobljavanja mora izvesti najmanje 40 porođaja ili u slučaju malog broja porođaja taj broj se može smanjiti na 30. Student također mora aktivno sudjelovati kod porođaja na zadak. No ako to nije moguće zbog nedostatka vaginalnih porođaja na zadak u ustanovi, taj dio osposobljavanja može se provesti u simuliranoj situaciji. U sklopu kliničke prakse studentu se mora omogućiti i izvođenje epiziotomije te šivanje rane nakon epiziotomije i jednostavne laceracije međice. Osposobljavanje mora sadržavati nadzor, njegu i pregled najmanje 100 žena nakon porođaja te 100 zdrave novorođenčadi, njegu i nadzor novorođenčadi koje zahtjeva posebnu skrb kao što su to nedonošad, bolesna novorođenčad ili novorođenčad niske porođajne težine. Osim skrbi vezane za reprodukciju i porodništvo, kliničko osposobljavanje primalja

mora uključivati i zdravstvenu njegu patoloških stanja iz područja ginekologije te uvod u zdravstvenu njegu na području medicine i kirurgije.

Drugi smjer obrazovanja mora obuhvaćati posebno osposobljavanje za primalje u trajanju od osamnaest mjeseci u punoj nastavnoj satnici, koje mora uključivati prethodno opisan program koji nije u skladu s istovjetnim osposobljavanjem za medicinsku sestru za opću zdravstvenu njegu.

Takvim osposobljavanjem mora se osigurati da su primalje stekle određena znanja i vještine iz područja anatomije i fiziologije porodništva i neonatologije, profesionalne etike i zakonodavstva te utjecaja fizičkog i socijalnog okruženja na zdravstveno stanje pojedinca. Osposobljavanje primalja mora uključivati i odgovarajuće kliničko iskustvo zahvaljujući kojem će primalja moći samostalno voditi prenatalnu skrb, voditi i nadzirati porođaj te pružati postnatalnu skrb izuzevši patološke situacije (Direktiva 2005/36 EK, Direktiva 2013/55 EU).

### **3.3.2. Zakon o primaljstvu**

Sve do 2008. godine u Hrvatskoj nije postojao poseban zakon koji regulira primaljstvo kao zasebnu profesiju. Kao dio usklađivanja s pravnom stečevinom EU 2008. godine donesen je Zakon o primaljstvu koji je izmjenama 2010. godine usklađen s odredbama Direktive u pogledu osposobljavanja i stručnih kompetencija primalja.

Navedenim zakonom utvrđen je standard obrazovanja za primalje, sadržaj i način djelovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti, kontrola kvalitete te stručni nadzor nad radom primalja u Hrvatskoj.

Budući da slijedi odredbe Direktive, Zakon o primaljstvu također definira profesiju primalja kao samostalnu u provođenju skrbi. Pri tome voditelj tima primaljske skrbi može biti prvostupnica primaljstva, odnosno osoba koja je završila najmanje preddiplomski studij. Dok član tima primaljske skrbi može biti primalja- asistentica, prvostupnica primaljstva ili magistra primaljstva.

Člankom 15.b Zakona o primaljstvu definirana je djelatnost primalja koja je usklađena s kompetencijama koje propisuje Direktiva. Većina nabrojanih djelatnosti bila je dijelom primaljskih kompetencija i prije donošenja Zakona odnosno njegovog

usklađivanja s Direktivom, primjerice sudjelovanje u praćenju patoloških trudnoća unutar zdravstvenog tima, vođenje primaljske dokumentacije, edukacija, primjena lijekova koje propiše liječnik. No posebno se ističe četvrti stavak članka 15.b koji navodi „utvrđivati trudnoću, voditi fiziološku trudnoću i porod na svim razinama zdravstvene zaštite, utvrditi eventualne patološke promjene u trudnoći i porodu o kojima treba obavijestiti liječnika; u hitnim slučajevima voditi porod na zadak te učiniti manualnu eksploraciju i evakuaciju materišta“ kao djelatnost primalje. Čime se zakonski utvrđuje profesionalna autonomija primalja u utvrđivanju i vođenju trudnoća te porođaja.

Zakonom o primaljstvu definirano je i obavljanje privatne primaljske prakse. Privatnu praksu može obavljati prvostupnica primaljstva kojoj je izdano odobrenje za samostalni rad. Na osnivanje i prestanak rada privatne primaljske prakse primjenjive su odredbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Zakon o primaljstvu, 2008). Članak 27. Zakona o zdravstvenoj zaštiti koji se odnosi na primarnu zdravstvenu zaštitu navodi da zdravstvenu djelatnost na primarnoj zdravstvenoj zaštiti između ostalog provode i „primalje u timu sa primaljom- asistenticom“. No isti članak navodi da u takvom timskom radu mora sudjelovati zdravstveni radnik koji ima završen najmanje preddiplomski i diplomski sveučilišni studij, što znači da kao voditelja primaljskog tima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti Zakon o zdravstvenoj zaštiti predviđa sveučilišnu magistru primaljstva, kadar koji još uvijek ne postoji u Hrvatskoj (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, 2015).

Iz pregleda zakona kojima se regulira primaljstvo proizlazi da je djelatnost primalja pravno regulirana i da nema nikakvih zakonskih prepreka preuzimanju punog opsega odgovornosti i profesionalne autonomije. No budući da je zakon o primaljstvu samo pravni akt za čiju primjenu su potrebni odgovarajući provedbeni propisi koji nisu do sada donešeni, kompetencije koje se tiču profesionalne autonomije i dalje ostaju nedostižne za praksu primalja u Hrvatskoj. (Švaljug, Kuljak 2018).

### **3.4. Obrazovanje primalja u Hrvatskoj**

Obrazovanje primalja u Hrvatskoj provodi se prema modelima koji omogućuju oba smjera iz Direktive. Prvi smjer obuhvaća trogodišnje obrazovanje koje se provodi na preddiplomskim studijima primaljstva te uključuje 4600 sati teorijskog i praktičnog obrazovanja od čega jedna trećina odnosno 1800 sati čini klinička praksa. Drugi smjer odnosno obrazovanje u trajanju od 18 mjeseci provodi se na takozvanom „Bridging programu“ kojim se prvostupnice sestrinstva zaposlene na poslovima primalja temeljem srednjoškolskog primaljskog obrazovanja prekvalificiraju u prvostupnice primaljstva (Švaljug, Kuljak 2018).

#### **3.4.1. Sveučilišni preddiplomski studij primaljstva**

Studijski program sveučilišnog preddiplomskog studija primaljstva provodi se od 2011. godine na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu. SOZS pokrenuo je studij primaljstva s ciljem zadovoljavanja potreba za obrazovanjem primalja prema Direktivi te da bi primalje obrazovane po tim visokom kriterijima bile osposobljene postati temeljni nositelj primaljstva i pružanja primaljske skrbi.

Navedeni studij primaljstva provodi se kao sveučilišni studij. Prema Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju sveučilišni studij je vrsta studijskog programa koji osim što osposobljava studente za primjenu znanstvenih, umjetničkih i stručnih dostignuća, osposobljava ih također i za razvoj odnosno unaprjeđenje tih dostignuća. Posebnost sveučilišnog studija je u tome što su njegovim završetkom studenti osposobljeni za obavljanje poslova u znanosti i visokom obrazovanju kao i u poslovnom svijetu te javnom sektoru (Zakon o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, 2017).

Uvjet za upis studija je završeno četverogodišnje srednjoškolsko obrazovanje i položena državna matura ili razredbeni ispit za pristupnike koji su srednjoškolsko obrazovanje završili prije uvođenje državne mature.

Završetkom studija studenti stječu kvalifikaciju odnosno titulu sveučilišni/a prvostupnik/prvostupnica (baccalaureus/ baccalaurea) primaljstva (univ. bacc. obs.) što je šesta razina kvalifikacije prema Hrvatskom kvalifikacijskom okviru. Studij se izvodi kao redoviti studij u trajanju od tri godine te njime studenti stječu 180 ECTS bodova.

Studij je u potpunosti prilagođen Bolonjskom procesu i drugim studijima unutar područja Biomedicine i zdravstva te studenti mogu nakon njegovog završetka nastaviti visokoškolsko obrazovanje na odgovarajućem diplomskog sveučilišnom studiju.

Sveučilišni prvostupnici, odnosno prvostupnice primaljstva završetkom ovog studija stječu kompetencije koje su u potpunosti su usklađene s Direktivom 2005/36 EK.

Kompetencije koje se stječu ovim studijem su:

- Voditi medicinsku dokumentaciju primaljske skrbi
- Planirati, organizirati i provoditi primaljsku skrb; validirati plan primaljske skrbi, raditi analizu uvjeta za njegovo izvođenje i provoditi kliničku realizaciju planiranog.
- Sudjelovati u edukaciji učenica i studentica primaljstva
- Djelovati po načelima profesionalne etike i zakonodavstva
- Provoditi edukaciju u pripremi za roditeljstvo i trudnice za porod.
- Utvrditi trudnoću, voditi fiziološku trudnoću na svim razinama zdravstvene zaštite, procijeniti stanje trudnice i ploda, prepoznati nepravilnosti u trudnoći, sudjelovati u praćenju patoloških trudnoća.
- Pripremiti trudnicu i instrumente za pojedine dopunske pretrage u trudnoći, razlikovati fiziološki od patološkog nalaza, savjetovati trudnicu o potrebnim pretragama u otkrivanju rizične trudnoće.
- Procijeniti tijek poroda i njegov utjecaj na roditelju i plod, pratiti stanje fetusa primjenjujući odgovarajuće kliničke metode i tehnička sredstva.
- Voditi fiziološki porod, u hitnim slučajevima porod na zadak.
- Urezivati epiziotomije po potrebi, te šivati epiziotomije i rupture 1. i 2. stupnja.
- Prepoznati nepravilnosti u porodu, poduzeti hitne mjere u odsutnosti liječnika, posebno manualnu eksploraciju i evakuaciju materišta.
- Sudjelovati tijekom patološkog poroda, kao i operativnog dovršenja.
- Procijeniti stanje novorođenčeta nakon poroda, provesti njegu i nadzor novorođenčeta, u odsutnosti liječnika poduzeti hitne mjere, u slučaju potrebe i reanimaciju novorođenčeta.

- Pratiti stanje majke nakon poroda, razlikovati fiziološki od patološkog tijeka babinja, savjetovati majku o dojenju, provesti edukaciju o njezi i prehrani novorođenčeta.

- Sudjelovati kod ginekoloških pregleda i provoditi edukaciju u cilju očuvanja zdravlja i prevencije spolno prenosivih bolesti, redovitih ginekoloških pregleda i ranog otkrivanja bolesti, planiranja obitelji, seksualnog i reproduktivnog zdravlja, te ublažavanju tegoba klimakterija.

- Instrumentirati tijekom operativnog dovršenja poroda i ginekoloških operacija.

- Provoditi postupke preoperativne pripreme i postoperativne njege nakon operativnog dovršenja poroda i ginekoloških operacija, provesti od liječnika propisanu peroralnu i parenteralnu terapiju.

- Provesti patronažnu primaljsku skrb žena koje planiraju trudnoću, trudnica, roditelja, babinjača, novorođenčadi i ginekoloških bolesnica (Sveučilište u Splitu, 2016.)

Iz navedenih kompetencija vidljivo je da je sveučilišni preddiplomski studij primaljstva ustrojen kako bi omogućio stjecanje potrebnog znanja i vještina koje bi omogućile primaljama preuzimanje uloga edukatora na studiju primaljstva te samostalno pružanje primaljske skrbi na svim razinama zdravstvene zaštite (Sveučilište u Splitu, 2016).

Prema programu studija primaljstva na SZOS kvalifikacije prvostupnica primaljstva steklo je već pet generacija što je značajno pridonijelo podizanju razine obrazovanja među hrvatskim primaljama.

### **3.4.2. Stručni preddiplomski studij primaljstva**

Stručni studij primaljstva provodi se na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci. Studij je pokrenut 2008. godine u sklopu Medicinskog fakulteta te se tada izvodio kao izvanredan, dok od 2014. godine postaje redovan studij i provodi se na Fakultetu zdravstvenih studija (Švaljug, Kuljak. 2018).

Stručni studij osposobljava studente za neposredno uključivanje u radne procese pružajući im primjerena znanja i vještine za obavljanje stručnih zanimanja (Zakon o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, 2017).

Studijski program stručnog studija primaljstva provodi se također kao trogodišnje obrazovanje koje slijedi prvi smjer Direktive, te studenti stječu 180 ECTS bodova.

Završetkom studija studenti dobivaju kvalifikaciju odnosno stručni naziv prvostupnik/ca primaljstva (baccalaureus) (*bacc. obs.* )

Program stručnog studija primaljstva ispunjava zahtjeve Direktive te sukladno tome osigurava slijedeće kompetencije:

- Primijeniti znanja i vještine iz područja primaljske skrbi, te načela primaljske etike;

- Procijeniti potrebu za primaljskom njegom, postaviti ciljeve i odrediti prioritet, planirati i implementirati adekvatne postupke, te evaluirati i po potrebi modificirati plan primaljske njege;

- Voditi primaljsku dokumentaciju i evaluirati postignute ciljeve u primaljskoj njezi;

- Sudjelovati u obrazovanju primalja;

- Primijeniti pravila zaštite na radu i rad na siguran način;

- Osigurati povjerljivosti i sigurnosti pisanih i usmenih informacija dobivenih obavljanjem profesionalnih dužnosti;

- Primijeniti važeće zakone i propise u obavljanju profesionalne dužnosti;

- Sudjelovati u informiranju i savjetovanju vezano uz planiranje obitelji;

- Dijagnosticirati trudnoću i pratiti normalni tijek trudnoće, vršiti preglede potrebne za praćenje razvoja normalnog tijeka trudnoće;

- Voditi program za pripremu roditeljstva i potpunu pripreme za porod, uključujući savjete o higijeni i prehrani;

- Provoditi skrb i pomoći majci tijekom poroda i pratiti stanje fetusa u maternici, odgovarajućim kliničkim metodama i tehničkim sredstvima;

- Provoditi spontani porod uključujući;

- Provoditi pregled i njegu novorođenčeta;

- Provoditi njegu majke i pratiti njezin napredak u razdoblju nakon poroda i davati sve potrebne savjete majci o njezi djeteta kako bi joj se omogućilo da svom djetetu pruži optimalan napredak (Fakultet zdravstvenih studija, 2018 ).

### **3.4.3. Razlikovni „Bridging“ program primaljstva**

Osim na preddiplomskim studijima SOZS i FZS, kvalifikacije prvostupnica primaljstva primalje u Hrvatskoj mogu steći i putem razlikovnog „Bridging“ programa.



„Bridging“ program je razlikovni program za postizanje horizontalne pokretljivosti sa stručnog studija Sestrinstvo na stručni studij Primaljstvo. Takav program odgovara drugom smjeru osposobljavanja za primalje koji se navodi u Direktivi. Izvodi se u trajanju od 18 mjeseci, odnosno tri semestra gdje se studentima priznaju opći predmeti sa studija sestrinstva dok stručne kolegije u vrijednosti 90 ECTS bodova polažu.

Razlikovni „Bridging,, program mogu upisati isključivo primalje koje uz srednju stručnu spremu u primaljstvu imaju kvalifikaciju odnosno titulu prvostupnica sestrinstva te su ujedno zaposlene na radnom mjestu primalje, uz radno iskustvo na takvom radnom mjestu.

Razlikovni „Bridging“ program ne provodi se u kontinuitetu. Do sada je bio organiziran dva puta; 2013. godine kada je putem njega kvalifikaciju prvostupnica primaljstva steklo 26 primalja, te 2017. godine sa upisnom kvotom od 30 mjesta. (Fakultet zdravstvenih studija, 2017).

#### **3.4.4. Nedostatci organizacije studija primaljstva**

Svi studijski programi za primaljstvo koji se provode u Hrvatskoj usklađeni sa odredbama Direktive, Zakona o primaljstvu te Zakona o reguliranim profesijama. No postavlja se pitanje osiguravaju li u stvarnosti stjecanje vještina i kompetencija koje navedene odredbe propisuju.

U svrhu dobivanja dubljeg uvida u stvarno stanje na studijima primaljstva provedeno je kvalitativno istraživanje u obliku intervjua sa studenticama sveučilišnog preddiplomskog studija primaljstva SOZS-a te studenticama stručnog studija primaljstva FZS-a. Pri tome je intervjuirano šest studentica, po jedna sa svake godine oba studija. U intervjuu su identificirani pozitivni i negativni aspekti svakog od studijskih programa.

Studentice stručnog studija primaljstva sa FZS-a kao pozitivnu stranu svog studija navele su mali broj polaznika. Upisna kvota za studij primaljstva u Rijeci ali i u Splitu je 15 upisnih mjesta godišnje. Ta brojka se može na nacionalnoj razini promatrati kao nedostatak, budući da omogućuje povećanje ionako malog broja prvostupnica primaljstva u Hrvatskoj za samo 30 novih prvostupnica godišnje. No gledano s aspekta organizacije studija ona omogućuje postizanje kvalitetnije nastave. Posebice se to odnosi na praktični dio nastave, odnosno kliničku praksu. Studentice FZS-a navode da

upravo male grupe omogućuju individualan pristup svakom studentu ali i povećan osjećaj zajedništva unutar grupe. Studenti su na praktičnoj nastavi podijeljeni u grupe od 3-4 studenta te svi intervjuirani studenti iznimno zadovoljni praktičnim vježbama. Također su naveli da im je omogućeno proširivati znanje putem pohađanja većine primaljskih kongresa. Intervjuirane studentice SOZS-a također navode mali broj studenta po grupi kao pozitivnu stranu koja im omogućuje bolju suradnju sa profesorima i olakšava praćenje gradiva.

Kao negativne aspekte studija sve intervjuirane studentice navodile su slične nedostatke koji se mogu svrstati u tri kategorije problema.

Prvi problem je nedostatak primaljskog kadra u obrazovanju primalja. Sve intervjuirane studentice slažu se da je nužno da primalje obrazuju primalje. Budući da u Hrvatskoj još uvijek ne postoji diplomski studij primaljstva koji bi omogućio primaljama visoko obrazovanje i stjecanje titule magistre primaljstva s kojom bi mogle postati nositelji kolegija, većinu kolegija na studijima primaljstva vode zdravstveni djelatnici drugih profesija. To su u većini slučajeva liječnici, specijalisti ginekologije i opstetricije, te magistre sestrinstva. Iako takvi profili nastavnika mogu biti vrlo kvalitetni i značajno pridonositi sveukupnoj kvaliteti obrazovanja primalja, postavlja se pitanje mogu li pripadnici drugih profesija podučavati primaljsku skrb, posebice u kontekstu oblikovanja stavova o profesionalnoj autonomiji. Iako su studenti zadovoljni razinom sudjelovanja u praktičnom dijelu nastave, ona im ne pruža mogućnosti stjecanja vještina koje su definirane kompetencijama. Tako većina studenata navodi da nema mogućnost utvrđivanja trudnoće ili urezivanja i šivanja epiziotomije tijekom kliničke prakse, budući da ti postupci pripadaju u djelatnosti koje obavljaju liječnici.

Kao drugi problem, odnosno nedostatak sadašnjeg obrazovanja primalja uočava se nepostojanje stručne primaljske literature u formi udžbenika za primalje. Sve intervjuirane studentice navode da većinom uče iz prezentacija i bilješka s nastave (*handouts*) (Juretić, 2016). Takav oblik literature može biti dijelom nastavne metode, ali nikako ne bi trebao biti glavni izvor znanja koje bi studenti trebali usvojiti. Izvedbeni plan jednog stručnog kolegija sa studija primaljstva FZS-a tako navodi kao obaveznu ispitnu literaturu „tekstovi, materijali i prezentacije s predavanja“. Osim bilješki o nastavi studenti primaljstva kao literaturu na raspolaganju imaju udžbenike pisane za druge zdravstvene djelatnike, uglavnom liječnike. Tako je na popisu gotovo svih

stručnih predmeta kao glavni izvor literature naveden udžbenik iz porodništva. Takvi udžbenici predstavljaju prikladnu literaturu za opće i neke od stručnih predmeta, no u njima nije zastupljena primaljska skrb (Fakultet zdravstvenih studija, 2018).

Treći problem kojeg studenti primaljstva navode je nedostatak diplomskog studija primaljstva (Juretić, 2016). Time su studenti primaljstva, odnosno primalje zakinuti za daljnje obrazovanje kao jedini zdravstveni djelatnici u Hrvatskoj. Ostale zdravstvene profesije imaju mogućnost vertikalnog nastavka obrazovanja u vlastitoj struci budući da postoje diplomski studiji sestrištva, medicinsko-laboratorijske dijagnostike, fizioterapije, radiološke tehnologije te integrirani preddiplomski i diplomski studiji medicine (Agencija za znanosti i visoko obrazovanje, 2018).

Pokretanje diplomskog studija primaljstva najavljavano je nekoliko puta od strane FZS-a i SOZS-a. SOZS je još u srpnju 2016. godine predstavio javnosti otvaranje diplomskog studija primaljstva kao rezultat projekta "Izrada standarda zanimanja/kvalifikacija uz unaprjeđenje zdravstvenih studijskih programa" koji je trebao početi s izvođenjem iduće akademske godine, odnosno 2017./2018. No to se još uvijek nije dogodilo (Sveučilište u Splitu, 2016) te primalje i dalje nemaju mogućnost visokog obrazovanja u vlastitoj profesiji.

### **3.5. Broj i status primalja u Hrvatskoj**

Analizirati trenutno stanje u hrvatskom primaljstvu predstavlja izazov budući da se primalje u Hrvatskoj jako rijetko bave znanstvenim radom te nema kvalitetnih objavljenih podataka o sadašnjem stanju. Čak i sam broj primalja koje imaju završeno visoko obrazovanje teško je razaznati iz javno dostupnog registra Hrvatske komore primalja budući da podatci nisu uvršteni u ispravne rubrike, te pojedine titule u Registru nisu usklađene s nazivljem prema prihvaćenom Bolonjskom procesu i prema tome nije jasno kojem stupnju obrazovanja one odgovaraju (primjerice dipl. stručni stupnik).

Hrvatska komora primalja je samostalna strukovna organizacija primalja u Republici Hrvatskoj te su sve primalje koje rade na području Republike Hrvatske dužne učlaniti se u nju. Uz druge poslove s javnim ovlastima Hrvatska komora primalja vodi Registar primalja, Registar prvostupnika/ica primaljstva te Registar primaljskih asistenata/ica.

Prema podacima iz Registra članova Komore u Republici Hrvatskoj u kolovozu 2018. godine nalazi se 2608 članova. Od toga najviše članova nalazi se u Gradu Zagrebu, njih 715, što je gotovo jedna trećina ukupnog broja primalja, dok ih je najmanje u Ličko- Senjskoj županiji.

Struktura članova Registra razlikuje se prema obrazovanju i stečenim titulama. U Registru se nalazi 188 primaljskih asistentica, odnosno 7,2%, što je novo zanimanje uvedeno nakon što je Zakon o primaljstvu stupio na snagu 2008. godine. Od ukupnog broja članova Registra samo njih 345, odnosno 13,2%, obrazovalo se iznad razine srednje škole. Od toga 335 članova ima postignuto više obrazovanje iz nekog zdravstvenog usmjerenja a samo njih 207 ima titulu prvostupnice primaljstva, što čini 7,9% članova Registra. Od 207 prvostupnica primaljstva većina njih su stručne prvostupnice primaljstva, dok ih samo 40 (1,5%) ima titulu sveučilišne prvostupnice primaljstva.

U Registru je evidentirano 11 primalja koje su postigle visoki stupanj obrazovanja, odnosno sedmi stupanj prema Europskom kvalifikacijskom okviru što čini samo 0,45% svih primalja u Registru. Od 11 primalja za koje postoje podaci u Registru da posjeduju visoki stupanj obrazovanja samo njih dvije imaju najviši stupanj obrazovanja postignut u zdravstvenom usmjerenju. To su dvije magistre sestrinstva. Ostale visokoobrazovane primalje svoje obrazovanje dovršile su u nekim drugim zanimanjima. Neke od njih u srodnim zanimanjima, pa tako postoje tri magistre edukacijske rehabilitacije, dok su ostale stekle titule teologa, diplomiranog socijalnog radnika, doktora veterinarske struke, magistre ekonomije te nastavnika/odgojitelja predškolskog odgoja (Registar članova Hrvatske komore primalja, 2018).

Iako je broj visokoobrazovanih primalja u Hrvatskoj malen, ukupan broj primalja s kojima Hrvatska raspolaže nije manji od onog u drugim zemljama EU. Prema podacima prikupljenim za potrebu izrade Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020. u Hrvatskoj je 2011. godine broj primalja odgovarao stopi od 35 primalja na 100 000 stanovnika. Što je veća stopa od prosjeka EU gdje su te iste godine na 100 000 stanovnika dolazile 32 primalje. Obzirom da se od 2011. godine broj primalja značajno povećao a broj stanovnika Hrvatske smanjio, ta stopa danas još je i veća te bi iznosilo 62 primalje na 100 000 stanovnika uzevši u obzir procjenu stanovništva Republike Hrvatske za 2016. godinu. No iako je stopa primalja u Hrvatskoj veća, nedostatak

primalja koji je vidljiv u praksi proizlazi iz toga što čak jedna trećina primalja koje su upisane u registar nije zaposlena u primaljstvu nego u nekim drugim profesijama. Prema HKP trećina primalja radi na radnim mjestima medicinskih sestara, laboranata i dentalnih asistenata što su im prijašnji sustavi regulacije i sistematizacije radnih mjesta omogućavali (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020.; 2012).

Usprkos nedovoljnom broju, Hrvatska ipak ima određen broj prvostupnica primaljstva koje su stekle potrebne kvalifikacije za obavljanje poslova u skladu s kompetencijama Direktive. No čak niti onima koje su stekle titulu prvostupnica nije omogućeno obavljanje poslova koje im Direktiva formalno propisuje.

Hrvatska komora primalja 2016. godine provela je anonimnu anketu u svrhu prikupljanja informacija koliko su se kompetencije, posao i djelatnost prvostupnica primaljstva promijenile nakon postizanja te titule u odnosu na stanje prije. Više od polovice prvostupnica primaljstva se odazvalo i sudjelovalo u anketi. Iako je sama anketa metodološki upitna budući da predviđa da su sve prvostupnice primaljstva prethodno imale srednjoškolsko primaljsko obrazovanje i radno iskustvom u tom statusu te nije jasno jesu li anketirane prvostupnice razumjele pitanje o utvrđivanju i vođenju porođaja temeljeno na određenom postotku potvrdnih odgovora što u praksi nije moguće u organizaciji zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj, rezultati ankete ukazuju na brojne nedostatke regulacije primaljstva.

Rezultati ankete govore u prilog tome da se uvođenjem Direktive te studija primaljstva u praksi nije ništa promijenilo. Prvostupnice primaljstva i dalje nemaju kompetencije koje su im propisane Zakonom o primaljstvu. Stupanj samostalnosti i autonomije koju primalje imaju u svom radu ovisi o organizaciji ustanove u kojoj rade te dobroj volji ostalih zdravstvenih djelatnika odnosno liječnika.

Prema rezultatima ankete 61% prvostupnica primaljstva ne obavlja utvrđivanje trudnoće, vođenje fiziološke trudnoće i porođaja. Samo 9% anketiranih navelo je da može u hitnim slučajevima voditi porođaj zadaka i izvesti manualnu eksploraciju i evakuaciju materništa. Iako se šivanje epiziotomije i ruptura međice prvog i drugog stupnja nalazi među kompetencijama prvostupnica, njih čak 74% navodi da ne obavlja šivanje epiziotomije, dok 66% navodi da nemaju mogućnost šivanja ruptura prvog i drugog stupnja.

Više od polovice anketiranih, njih 66%, odgovorilo je kako ne obavljaju posao koji odgovara kompetencijama prvostupnice primaljstva. Rezultati ankete također sadrže i poražavajući podatak da se za čak 71% prvostupnica primaljstva posao koji rade nakon završetka studija i stjecanja titule nije promijenio u odnosu na onaj koji su radile kada su imale samo srednjoškolsko obrazovanje. Većina njih, čak 68% nije promijenilo radno mjesto sukladno obrazovanju, dok 27% nije niti dobilo veći koeficijent odnosno povećanje plaće koje bi odgovaralo postignutoj višoj stručnoj spremi.

Prvostupnice primaljstva su pri ispunjavanju ankete također imale mogućnost navesti komentare i napomene te iz njih proizlaze zajednički nedostaci koji ograničavaju primaljama poslove i autonomiju. Anketa je pokazala da usprkos tome što je Hrvatska komora primalja izradila primaljsku dokumentaciju njezina upotreba nije zaživjela te su primalje na svojim radim mjestima primorane koristiti sestrinsku dokumentaciju koja je potpuno neprimjerena za žene za koje primalje skrbe budući da sadrži izraze kao što je primjerice bolesnica za trudnicu ili roditelju.

Osim neadekvatne dokumentacije kao velik problem prvostupnice koje rade na mjestima glavnih primalja u anketi su navele prevelik opseg administrativnih poslova s kojima se moraju baviti u svom svakodnevnom poslu što im ne ostavlja vremena za bavljenjem pitanjima struke. U anketi se navodi i problem potpune odsutnosti primalja iz postnatalne skrbi, odnosno nemogućnost primaljske patronažne skrbi koja postoji u većini ostalih zemalja Europske unije (Hrvatska komora primalja, 2016).

Iako trenutno u sustavu zdravstva kompetencije prvostupnica primaljstva nisu ostvarene, Ministarstvo zdravstva i Vlada Republike Hrvatske kroz dva važna dokumenta, Nacionalnu strategiju razvoja zdravstva 2012.-2020. i Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015.-2020., prepoznaju nužnost promjena postojećeg sustava.

U Strateškom planu kao veliki problem navodi se posljednjih nekoliko godina posebno izražen trend manjka liječnika i ostalih zdravstvenih djelatnika. Taj problem je dodatno naglašen primjetnim migracijama liječnika i visoko obrazovanih zdravstvenih djelatnika prema zemljama zapadne Europe no i prelaskom zdravstvenih djelatnika u druge profesije izvan zdravstva. Kao jednu od mjera kojom bi se djelomično riješio

nedostatak liječnika specijalista i postigla racionalizacija u sustavu zdravstva Strateški plan predlaže reguliranje profesionalnih uloga i odnosa. Tom mjerom odnosno kontinuiranom raspodjelom poslova prema dodatno stečenim kompetencijama drugih profesija, uključujući i primalja, osigurala bi se kvaliteta, sigurnost i dostupnost zdravstvene zaštite.

Prema podacima iz Strateškog plana 2015. godine, u gotovo svim županijama (izuzetak su jedino Bjelovarsko –Bilogorska i Krapinsko- Zagorska županija) postoji negativna razlika između mreže javno zdravstvene službe na primarnoj razini zdravstvene zaštite žena i ugovorenog broja timova. Kao strategiju popunjavanja tih razlika Strategija predlaže programe *task shifting*-a i *skill mixing*-a pa navodi da „diplomirane primalje također mogu voditi kontrole trudnica koje nemaju rizičnu trudnoću“. Na sekundarnoj, odnosno tercijarnoj razini zdravstvene zaštite također postoji mogućnost organizacijskih promjena kojima bi se omogućilo preuzimanje zadataka u skladu s ostvarenom višom razinom obrazovanja primalja. Nacionalna strategija tako navodi da se moraju stvoriti mogućnosti za „ustroj jedinica/odjela u rodilištima koje vode i nadziru primalje s odgovarajućim stupnjem izobrazbe“.

Kao vremenski okvir u kojem se očekuje puna implementacija navedenih mjera navodi se vremenski obuhvat Strateškog plana odnosno 2020. godina (Vlada Republike Hrvatske, 2015).

### **3.6. Usporedba primaljstva u Hrvatskoj sa zemljama centralne i istočne Europe**

U primaljstvu zemalja centralne i istočne Europe, u koje se osim Hrvatske ubrajaju Slovenija, Poljska, Češka, Slovačka i Mađarska, uočavaju se slični problemi obrazovanja, regulacije i prakse primaljstva. Te zemlje imaju sličan povijesni razvoj koji prati raspad komunističkog režima što je imalo značajan utjecaj na zdravstveni sustav kao i na sustav obrazovanja. Provedeno je istraživanje koje je ukazalo na sličnosti i razlike između pojedinih zemalja. Istraživanje je obuhvaćalo tri područja autonomije primaljstva: obrazovanje, regulaciju odnosno zakonodavstvo te primaljsku praksu.

### **3.6.1. Obrazovanje primalja u zemljama centralne i istočne Europe**

Budući da su sve navedene zemlje članice EU, ulaskom su se obavezale provoditi njene odredbe. Prema tome u svakoj od njih postoji obrazovanje za primalje usklađeno s Direktivom. U svim zemljama tako postoji preddiplomski studij usklađen s odredbama Direktive te je on odvojen od studija sestrinstva. Sukladno Direktivi polovica nastave studija primaljstva se provodi u obliku praktične nastave.

Kao i u Hrvatskoj, u Sloveniji i Mađarskoj također ne postoji diplomski studij primaljstva, dok u Poljskoj, Slovačkoj i Češkoj postoji, no u Češkoj mu prijeto ukidanje. Kao rezultat toga postoje značajne razlike u broju primalja koje imaju visoko obrazovanje među državama. U zemljama koje imaju diplomski studij primaljstva broj primalja sa razinom magisterija je znatno veći. U Slovačkoj 45 primalja ima završenu razinu diplomskog studija dok u Češkoj njih 50 posjeduje navedenu kvalifikaciju. Za Poljsku se podaci ne mogu procijeniti. U zemljama bez diplomskog studija primaljstva primalje mogu završiti neki od srodnih diplomskih studija, pa je tako u Sloveniji sedam primalja sa završenom diplomskom razinom studija, u Mađarskoj jedna primalja a u Hrvatskoj dvije primalje.

Jedina zemlja od onih koje su sudjelovale u istraživanju koja ima postdiplomski studij primaljstva je Poljska. Ostale zemlje nemaju tu razinu obrazovanja za primalje. No Slovenija ipak ima jednu primalju s doktoratom, dok Hrvatska i Mađarska nemaju primalje s najvišim stupnjem obrazovanja. U Slovačkoj i Češkoj ih je bilo po deset koje su imale doktorat iz područja sestrinstva (Mivšek, Baškova, Wilhelmova, 2016).

### **3.6.2. Legislativa primaljstva u zemljama centralne i istočne Europe**

Iako sve navedene zemlje imaju zakonski regulirano primaljstvo poseban zakon o primaljstvu imaju samo Hrvatska, Poljska i Slovačka.

Strukovna organizacija primalja koja je neovisna od sestrinske postoji u Hrvatskoj, Poljskoj i Češkoj gdje ih je više. U ostalim zemljama regulatorno tijelo za primaljstvo ne postoji kao zasebno nego kao dio sestrinske strukovne organizacije. Sve navedene zemlje imaju etički kodeks primaljske profesije osim Mađarske za koju nisu dostupni podaci.



### **3.6.3. Praksa primaljstva u zemljama centralne i istočne Europe**

Sve zemlje koje su sudjelovale u istraživanju imaju obrazovanje za primalje usklađeno s Direktivom te bi prema tome i kompetencije, odnosno opseg djelatnosti primalja trebao biti usklađen s minimalnim zahtjevima Direktive. No postoje značajne razlike u rasponu profesionalne autonomije pojedinih zemalja.

Jedino se Poljska ističe kao zemlja u kojoj primalje imaju puni pristup kompetencijama koje im omogućuju autonomiju. U ostalim zemljama neke od kompetencija formalno su prisutne budući da su zakonski regulirane no u praksi primaljama nisu omogućene, niti su financijski podržane opcije unutar zdravstvenog sustava. U Sloveniji je tako primaljama zakonski dopušteno jedino samostalno vođenje fizioloških trudnoća no ono se ne provodi u stvarnosti. U Mađarskoj primalje samostalno vode te su zakonski odgovorne za porođaje u kući. Formalno im je omogućeno samostalno vođenje fizioloških trudnoća, samostalna procjena stanja novorođenčeta nakon porođaja, patronažna skrb za majku i dijete šest tjedna nakon porođaja, no ne provodi se u praksi, kao niti kontinuitet skrbi.

Slovačke i češke primalje imaju istu razinu autonomije. Obje zemlje nemaju niti zakonski reguliran porođaj u kući niti je omogućen kontinuitet skrbi. Samostalno vođenje fizioloških trudnoća, porođaja te pregled novorođenčeta kao i skrb za majku i dijete pripada u kompetencije koje su im samo formalno omogućene.

Hrvatska se također nalazi u nezavidnoj situaciji što je ovo istraživanje još jednom potvrdilo. Kompetencije koje proizlaze iz Direktive inkorporirane su u Zakon o primaljstvu no ostaju samo mrtvo slovo na papiru. Primalje nemaju pristup vođenju fizioloških trudnoća kao ni poroda, ne mogu samostalno procijeniti stanje novorođenčadi niti provoditi patronažnu skrb. Porod u kući kao i kontinuitet skrbi ostaju nedostižni te nisu niti zakonski regulirani unutar hrvatskog zakonodavstva (Mivšek, Baškova, Wilhelmova, 2016).

### **3.7. Obrazovanje i regulacija primaljstva u Irskoj**

Primalje su unutar irskog zdravstvenog sustava samostalne te odgovorne za provođenje antenatalne, intapartalne i postnatalne skrbi. U Irskoj žene imaju nekoliko

opcija maternalne skrbi koje uključuju pristup primaljskim odjelima te primaljskoj skrbi unutar zajednice. Veliki utjecaj na razvoj primaljstva u Irskoj ima snažno regulatorno tijelo koje stoji iza brojnih dokumenata kojima se oblikuju obrazovni programi za primalje. Osim preddiplomskih programa usklađenih s Direktivom primaljama u Irskoj je dostupno i visoko obrazovanje unutar vlastite profesije budući da nekoliko sveučilišta provodi diplomske programe kojima primalje mogu steći titulu magistra primaljstva kao i postdiplomske programe, odnosno doktorate

Iraska je slično kao i Hrvatska, te ostale zemlje koje su pristupile EU prošla velike promijene sustava obrazovanja primalja posljednjih desetak godina. Usklađivanjem primaljskog obrazovanja s Direktivom donijelo je promijene u dotadašnjem sustavu. Te promijene uključuju prelazak primaljskog obrazovanja na ustanove visokog obrazovanja te uvođenje dva nova programa koji su u skladu s Direktivom. To su program neposrednog ulaska u primaljstvo (*direct entry*) koji slijedi prvi smjer te skraćeni post registracijski program za medicinske sestre koji slijedi drugi smjer.

Preddiplomski studij primaljstva kojim se stječe titula prvostupnice primaljstva (*BSc Midwifery*) u Irskoj se provodi kao četverogodišnji studij. Tijekom prve tri godine studenti imaju ukupno 40 tjedana kliničke prakse raspoređeno usporedno sa teorijskom nastavom, te na četvrtoj godini još dodatna 36 tjedna pripravnčkog staža.

Drugi način obrazovanja primalja uključuje drugi smjer, odnosno obrazovanje od 18 mjeseci kojim medicinske sestre općeg smjera mogu steći primaljske kvalifikacije. Tim programom obuhvaćeno je 52 tjedna praktične nastave. Prvostupnice primaljstva koje su završile takav program moraju raditi minimalno godinu dana kao primalje u matičnoj zemlji prije nego zatraže licencu neke druge zemlje EU.

Osim promjena koje su uvjetovane provođenjem Direktive, uvedene su dodatne mjere unapređenja obrazovnog sustava primaljstva. Promjenama je cilj osigurati da su studenti osposobljeni pružati primaljsku skrb utemeljenu na dokazima unutar multidisciplinarnog tima. Za svaku godinu studija određeni su novi ishodi učenja koji mentorima pružaju smjernice za razinu nadzora koju student mora imati te se time osigurava stjecanje kompetencija u praksi.

Također su uvedene promijene u zahtjeve obavljanja kliničke prakse. U skladu s razvojem primaljstva studenti moraju dio svoje prakse provesti unutar modela primaljske skrbi. Studentima tako postaje obaveznim dijelom programa pružati kontinuitet primaljske skrbi u razdoblju trudnoće, porođaja i razdoblja nakon porođaja. Tom vrstom praktične nastave omogućava se studentima razvoj punog opsega primaljskih vještina i kompetencija. Prije uvođenja tog uvjeta studenti su bili poticani da odlaze na programe studentske razmjene unutar Irske kao i u druge zemlje da bi imali priliku iskusiti različite modele skrbi (O'Connell, Bradshaw, 2015).

Tijekom studija studenti primaljstva u Irskoj moraju proći četiri tjedna kliničke prakse unutar primaljskog modela skrbi (*Midwifery led placement*). Taj dio programa mora se izvoditi u okruženju gdje je primalja vodeći zdravstveni djelatnik koji u partnerstvu sa ženom planira, organizira i pruža skrb ženi, te ju upućuje drugim zdravstvenim djelatnicima ukoliko to smatra potrebnim. Takav oblik prakse može uključivati praksu provedenu na odjelima na kojima skrb pružaju primalje (*midwifery led unit*), pri porodima u kući, kao dio patronažne primaljske skrbi ili u posebnom obliku primaljske skrbi koji se provodi kao pilot program u Irskoj naziva „Domino skrb“ (Nursing and Midwifery Board of Ireland, 2018).

„Domino skrb“ označava domicilnu skrb unutar i izvan bolnice. Takav oblik skrbi omogućuje kontinuitet skrbi koji pružaju primalje no uključuje porođaje u bolnici. Žene koje imaju niskorizičnu trudnoću i žive unutar 8 kilometara od bolnice koja pruža takve usluge mogu se prijaviti za „Domino skrb“. U sustavu te skrbi tim od nekoliko primalja pruža skrb ženi tijekom trudnoće te u trenutku porođaja jedna od primalja iz tog tima odlazi sa ženom u bolnicu gdje skrbi za nju tijekom porođaja. Žena provodi šest sati nakon porođaja u bolnici te se otpušta kući gdje za nju ponovno skrbe iste primalje. Primalje skrbe za majku i novorođenče do pet dana nakon porođaja kada daljnju skrb za majku i dijete preuzima patronažna sestra (Cork University Hospital, 2018).

### **3.8. Obrazovanje i regulacija primaljstva na Novom Zelandu**

Primaljstvo na Novom Zelandu prošlo je trnovit put do jednog od najboljih sustava primaljstva kakav je danas. Kao i u mnogim drugim državama, i na Novom

Zelandu primalje su postepeno izgubile autonomiju koju su stoljećima imale medikalizacijom porođaja. Zakonodavne promjene koje su stupile na snagu 70-ih godina zamijenile su primalje medicinskim sestrama opstetričkog smjera koje su u svom radu bile podređene liječnicima. Te promjene dovele su do gubitka izravnog ulaska u obrazovanje primalja (*Direct entry*) budući da se nakon promjene zakona primaljsko obrazovanje izvodilo isključivo kao program sestrinske specijalizacije dostupan samo prethodno registriranim medicinskim sestrama.

Taj gubitak autonomije negativno je utjecao ne samo na primalje, nego i na žene odnosno korisnice skrbi budući da su novim sustavom izgubile velik dio kontrole jer im je onemogućen odabir načina rađanja i nametnuta medikalizacija koju nisu željele. Povezane zajedničkim ciljem, primalje i korisnice ujedinile su svoje snage te zajedničkim političkim angažmanom zahtijevale povratak profesionalne autonomije primalja koji se temeljio na razdvajanju obrazovanja primaljstva od sestrinstva. Politički aktivizam urodio je plodom te je 1990. godine doveo do promjene zakona kojim je primaljama ponovno zagarantirana autonomija te se vratio sustav izravnog ulaska u obrazovanje primalja.

Zajednička borba za autonomiju primalja također je dodatno učvrstila odnose između primalja i njihovih korisnica te postavila temelje za model primaljskog partnerstva. Upravo je to partnerstvo najveća značajka jedinstvenog sustava maternalne skrbi novozelandskog zdravstvenog sustava. On se temelji na modelima primaljske skrbi i pristupa usmjerenog na žene pri čemu su korisnice prepoznate kao ključan dio sustava, te se to odražava i na sustav obrazovanja primalja.

Primaljska skrb u Novom Zelandu provodi se na sve tri razine zdravstvene zaštite. Korisnice mogu odabrati osobu, odnosno zdravstvenog djelatnika koji će im biti glavni pružatelj maternalne skrbi. U većini slučajeva žene odabiru primalje, pa tako preko 90% glavnih pružatelja maternalne skrbi čine primalje. U ostalim slučajevima to su liječnici koji mogu biti ginekolozi ili liječnici opće medicine. Žene na Novom Zelandu također imaju mogućnost odabira mjesta rađanja koje može biti bolnica, primaljski odjel ili mogu odabrati roditi u svom domu. Primalje su uključene u pružanje skrbi na svim tim mjestima.

Primalje također imaju mogućnost odabira radnog mjesta. Osim kao glavni pružatelj maternalne skrbi gdje primaljsku skrb pružaju u kući žene ili u klinikama u zajednici tijekom cijele trudnoće, porođaja te šest tjedana poslije porođaja, primalje mogu raditi i unutar bolnica. Primalje zaposlene u bolnicama pružaju skrb ženama s kompleksnim potrebama za maternalnom skrbi ili ženama koje odabiru roditi u bolnicama. Pri tome primaljsku skrb pružaju u suradnji s glavnim pružateljem skrbi. U svom radu na svim razinama zdravstvene skrbi primalje su potpuno autonomne, a odgovaraju Vijeću primalja. Vijeće primalja je primaljsko regulatorno tijelo Novog Zelanda koje određuje opseg djelatnosti primalja kao i standarde za obrazovanje primalja.

Obrazovanje primalja na Novom Zelandu provodi se kao preddiplomski studij koji objedinjuje dva modela obrazovanja; akademski i pripravnički. Studij traje četiri akademske godine ali se provodi kroz tri kalendarske godine tijekom kojih studenti moraju proći ukupno 4800 sati nastave. Za razliku od europskih studija koji prate odredbe Direktive gdje jedna trećina nastave mora biti praktična, na Novom Zelandu studenti moraju polovicu odnosno 2400 sati provesti na praktičnoj nastavi. Za vrijeme praktičnog dijela nastave imaju obaveza istu kao u europskih zemljama izvesti 40 porođaja te po stotinu antenatalnih, postnatalnih te pregleda novorođenčadi. No na Novom Zelandu studenti primaljstva moraju također imati iskustvo kontinuirane skrbi za ženu tijekom trudnoće, porođaja i babinja te tijekom studija moraju pružati takav oblik skrbi za najmanje 25 korisnica. Tijekom zadnje godine studija, preko 80% nastave čini klinička praksa.

Studijski programi primaljstva na Novom Zelandu izvode se na četiri sveučilišta koja su smještena u urbanim središtima, no zbog geografske specifičnosti zemlje ti studijski programi moraju osigurati omogućiti pristup studentima iz ruralnih i udaljenih područja. Pa se tako satnica za teorijsku nastavu, odnosno 1920 sati može izvoditi *online* odnosno upotrebom elektronskih medija. Jedna desetina praktične nastave, odnosno 240 sati može se također provesti putem upotrebe simulatora. Svaki od studijskih programa zapošljava primaljske edukatore u udaljenim lokacijama koji održavaju radionice za stjecanje praktičnih vještina, ocjenjuju studente te pružaju studentima i njihovim mentoricama potporu za vrijeme obavezne praktične nastave.

Nakon završetka obrazovanja i registracije, svoju prvu godinu radnog staža primalje moraju provesti kao dio posebnog programa. Program je strukturiran i u potpunosti financiran od strane ministarstva zdravstva. Taj program predstavlja model mentorstva "jedan na jedan" koji za cilj ima pružiti individualiziranu podršku primaljama-početnicama dok stječu samopouzdanje i vještine kao autonomne primalje.

Tijekom studija osim samih mentora odnosno nastavnika, u procjeni studenta sudjeluju i njihovi kolege te također i korisnice, čime se naglašava partnerski odnos između primalja i korisnica skrbi kao temelj novozelandskog primaljstva.

Sustav obrazovanja primalja na Novom Zelandu temelji se na kvalitetnoj praktičnoj, odnosno kliničkoj nastavi koja mora odražavati sve aspekte primaljske skrbi. Pri tome su uvidjeli da su za razvoj kritičkog mišljenja i sposobnost donošenja odluka kod studenta ključni mentori koji će im biti uzor te koji će promovirati fiziološki porođaj. Budući da se praktična nastava održava u sklopu svih mjesta na kojima primalje djeluju, ona osim što studentima daje mogućnost stjecanja primaljskih znanja i vještina, uči ih i životnim vještinama kao što je organizacija vremena i uspostavljanje ravnoteže između privatnog i poslovnog života.

Studenti primaljstva su tako uključeni u primaljsku kulturu od samog početka svog obrazovanja te im to omogućava socijalizaciju i razvoj samopouzdanja u izgradnji autonomne prakse (Gilkison, et al, 2015 ).

### **3.9. Postizanje profesionalne autonomije**

Problemi obrazovanja primalja u Hrvatskoj slični su problemima s kojima se studenti primaljstva susreću u mnogim drugim europskim zemljama, a mogu se svrstati u tri glavne kategorije: problemi obrazovanja, prakse i regulacije. Problemi obrazovanja uključuju manjak, odnosno u slučaju Hrvatske, potpuni nedostatak obrazovnog kadra primaljskog profila, jaz između teorijskog i praktičnog dijela nastave koji se produbljuje time što ih često vode različiti profili zdravstvenih djelatnika te nemogućnost odvijanja praktične nastave za stjecanje određenih vještina kao što su primjerice porođaj u kući, porođaj u vodi, porođaj zatka ili šivanje epiziotomije. U probleme prakse ubrajaju se neprovođenje primaljske skrbi zasnovane na dokazima te nepridržavanje kompetencija koje su propisane Direktivnom 2005/36 EK što se posebice odnosi na izostanak

primalja u antenatalnoj i postnatalnoj skrbi. Probleme regulacije čine nemogućnost odabira mjesta porođaja od strane roditelja i nedostatak primaljskih propisa te činjenica da su liječnici još uvijek zakonski odgovorni za porođaje, uključujući i one fiziološke (Mivšek, Baškova, Wilhelmova, 2016).

Kompetencije koje obrazovanjem stječu prvostupnice primaljstva prema Direktivi i prema Zakonu o primaljstvu formalno uključuju „utvrđivati trudnoću, voditi fiziološku trudnoću i porod na svim razinama zdravstvene zaštite“ (Zakon o primaljstvu, 2008), no usprkos tome u praksi kompetencije prvostupnica primaljstva su izjednačene s kompetencijama primalja-asistentica, što dovodi do nedostatka profesionalne autonomije primalja u Hrvatskoj (Švaljug, Kuljak 2016). Prijelaz obrazovanja primalja na sveučilišnu razinu omogućio je prvostupnicama primaljstva razvoj znanja i vještina u područjima kritičnog mišljenja, razvoja profesionalnog samopouzdanja te sposobnost i vještine za razmatranje dokaza i istraživanja vezanih uz praksu. No u stvarnosti barijeru profesionalnoj autonomiji primalja predstavlja medicinska dominacija u porođaju i donošenju odluka kod fiziološke trudnoće i porođaja, budući da navedene kompetencije prvostupnice primaljstva trebaju preuzeti od liječnika (Baird, 2007).

U stvaranju autonomne primalje jednako su važna dva procesa; edukacija i socijalizacija. Pri tome se edukacija odnosi na formalne zahtjeve i organizaciju programa kojima se stječu primaljske kvalifikacije, dok socijalizacija predstavlja „skriveni kurikulum“, odnosno neformalni proces kojim se stječu vrijednosti, stavovi, uzorci ponašanja i socijalni identitet primalje (Benoit, 2001 ). Da bi primalje uspješno postigle profesionalnu autonomiju, osim obrazovanja koju stječu na studiju, važnu ulogu ima i njihovo preispitivanje odnosa s ostalim medicinskim osobljem, prvenstveno liječnicima, te stavovi koje studentice primaljstva imaju o autonomiji primalja (Baird, 2007).

Uvjet za upis oba preddiplomska studija primaljstva u Hrvatskoj je završetak srednjoškolskog četverogodišnjeg obrazovanja te položena državna matura ili razredbeni ispit, što omogućuje sustav direktnog ulaza (*direct entry*) u primaljstvo upisom studentima koji imaju prethodno završeno opće obrazovanje (gimnazijsko) jednako kao i upis studenata koji su završetkom srednjeg zdravstvenog obrazovanja

stekli kvalifikaciju medicinskih sestara, primaljskih asistentica ili drugih zdravstvenih djelatnika (Sveučilište u Splitu, Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, 2018). U zemljama koje imaju visoki stupanj autonomnosti primalja, kao što su Nizozemska, Kanada i Novi Zeland, taj status proizlazi iz sustava direktnog ulaza u primaljstvo. U mnogim zemljama gdje je primaljstvo bilo usko vezano uz sestrinstvo, te posljedično primalje nisu imale velik stupanj autonomije primjećuje se trend razdvajanja primaljstva i sestrinstva, te povećavanje autonomije primalja koja prati jačanje identiteta primalja. Prethodna edukacija u sestrinstvu nosi sa sobom strukturalnu podređenost liječnicima koja proizlazi iz hijerarhijskog odnosa liječnika i sestara, te vodi niskom stupnju autonomije (Benoit, 2001).

Postizanje profesionalne autonomije ne smije biti uvjetovano isključivo promjenama propisa i zakona koje su nametnute direktivama. Taj proces mora biti potaknut ali i vođen od strane same struke, te inicijativa mora dolaziti od primalja. No da bi neka struka bila smatrana profesijom, ona mora također biti potvrđena od strane društva i povezanih profesija, te bi opseg primaljske prakse trebao biti definiran u suradnji s liječnicima i sestrama. Dobra suradnja među svim zdravstvenim djelatnicima uključenim u skrb žena dovesti će do poboljšanja kvalitete same skrbi što je krajnji cilj primaljstva. Suradnja podrazumijeva partnerstvo jednakih a za to je nužno da primalje ne doživljavaju svoju profesiju kao podređenu ostalim zdravstvenim profesijama nego ravnopravnu i autonomnu u pružanju skrbi za koju su osposobljene (Smith, 2014).



## **4. CILJEVI ISTRAŽIVANJA**

Glavni cilj ovog istraživanja je utvrditi stavove studenata preddiplomskog studija primaljstva o profesionalnoj autonomiji primalja.

Specifični ciljevi su:

1. Utvrditi s kojim aspektima profesionalne autonomije primalja se studenti primaljstva u najvećoj mjeri slažu.
2. Ispitati postoje li razlike u stavovima s obzirom na studij koji studenti pohađaju.
3. Ispitati postoje li razlike u stavovima s obzirom na godinu studija.
4. Ispitati postoje li razlike u stavovima s obzirom na prethodno radno iskustvo u primaljstvu.
5. Ispitati postoje li razlike u stavovima s obzirom na vrstu prethodno završenog srednjoškolskog obrazovanja.

## **5. HIPOTEZE**

U skladu s ciljevima istraživanja postavljene su slijedeće hipoteze:

1. Studenti primaljstva imati će vrlo pozitivne stavove prema profesionalnoj autonomiji primalja.
2. Postojati će razlike u stavovima studenta primaljstva o profesionalnoj autonomiji primalja.
3. Studenti koji su imali prethodno završeno gimnazijsko obrazovanje imati će pozitivniji stav prema profesionalnoj autonomiji primalja.
4. Studenti viših godina studija imati će pozitivniji stav prema profesionalnoj autonomiji primalja.
5. Studenti sveučilišnog studija imati će pozitivniji stav prema profesionalnoj autonomiji primalja.
6. Studenti koji imaju prethodno radno iskustvo u primaljstvu imati će negativniji stav o profesionalnoj autonomiji primalja.

## 6. METODE I ISPITANICI

Istraživanje je provedeno na studentima svih godina sveučilišnog preddiplomskog studija primaljstva Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu te na studentima svih godina redovnog stručnog preddiplomskog studija primaljstva Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci tijekom srpnja i kolovoza 2018. godine. Nisu postojali kriteriji za isključivanje iz istraživanja, odnosno istraživanjem se nastojalo obuhvatiti sve studente primaljstva u Hrvatskoj.

Za potrebe istraživanja sastavljen je upitnik o stavovima studenata primaljstva o profesionalnoj autonomiji primalja. Prvi dio upitnika odnosi se na stavove o profesionalnoj autonomiji te su pitanja u upitniku formulirana na način da predstavljaju tvrdnje koje predstavljaju stavove vezane uz područja autonomije primalja. Prvih pet tvrdnji odnose se na područja primaljske autonomije koja su definirana kompetencijama koje formalno pripadaju prvostupnicama primaljstva. Odgovori se označavaju putem modificirane Likertove ljestvice od 1 do 4, pri čemu odgovor 1 označava da se ispitanik u potpunosti ne slaže s navedenom tvrdnjom, 2 označava da se ispitanik uglavnom ne slaže s tvrdnjom, 3 označava da se ispitanik uglavnom slaže s tvrdnjom, 4 označava da se ispitanik u potpunosti slaže s tvrdnjom. Pitanje broj deset postavljeno je na način da slaganje sa navedenom tvrdnjom predstavlja negativan stav prema profesionalnoj autonomiji primalja te je radi toga pri obradi podataka kodirano na način da je odgovoru 4- u potpunosti se slažem s tvrdnjom u procesu kodiranja dodijeljena vrijednost 1, odgovoru 3 vrijednost 2, odgovoru 2 vrijednost 3 te odgovoru 1 vrijednost 4. Drugi dio upitnika sadrži podatke o studentu odnosno studiju na kojem studira, prethodno završenom obrazovanju studenata, dobi, godini studija, uspjehu na studiju i srednjoškolskom obrazovanju, te radnom iskustvu u struci.

Prije provođenja istraživanja zatraženo je i dobiveno odobrenje Etičkog povjerenstva Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu te Etičkog povjerenstva Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci za provedbu ovog istraživanja. Ispitanici su dobili detaljne informacije o istraživanju te je dobivena njihova potpisana suglasnost za sudjelovanje u istraživanju.

Upitnik je bio podijeljen studentima primaljstva u suradnji s zaposlenicima Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu te Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci tijekom srpnja i kolovoza 2018. godine. Upitnik je anonimna te je sudjelovanje u istraživanju bilo dobrovoljno i ispitanici su mogli u svakom trenutku odustati od sudjelovanja u istraživanju.

Podaci prikupljeni upitnikom unijeti su u unaprijed posebno pripremljenu Microsoft Office Excel tablicu. Kontrola točnosti unesenih podataka provedena je na način da su upitnici numerirani i unijeti u tablice određenim redoslijedom te je istraživač ponovno provjerio unesene podatke za svaki upitnik.

Rezultati su prikazani parametrima deskriptivne statistike; apsolutnim i relativnim frekvencijama, aritmetičkim sredinama i standardnom devijacijom, odnosno medijanom i najmanjom i najvećom opaženom vrijednosti, te su i grafički prikazani.

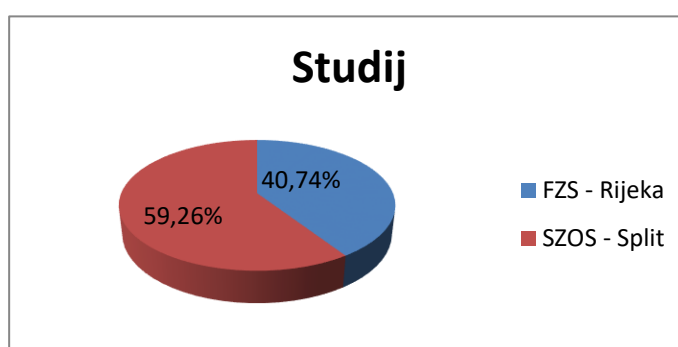
Razlike u stavovima između promatranih skupina su testirane Kruskal- Wallis testom te Mann- Whitney U-testom pri čemu su p vrijednosti manje od 5% uzete kao statistički značajne.

Podaci su analizirani statističkim paketom Statistica, version 12.0, Statsoft, 2012 (<http://www.statsoft.com>).

## 7. REZULTATI

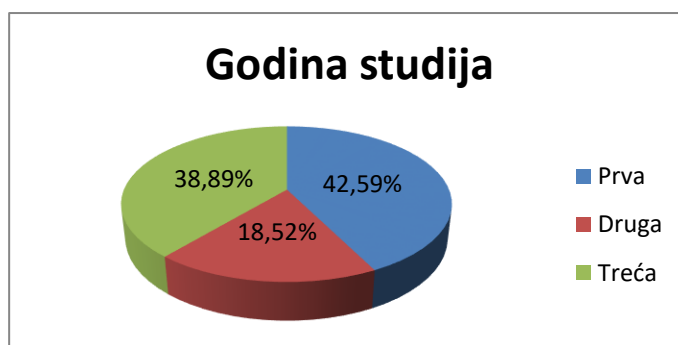
### 7.1. Opći podaci o ispitanicima

U istraživanju su sudjelovala 54 studenta primaljstva i time je obuhvaćeno 60% studenata primaljstva u Hrvatskoj. Od ukupnog broja ispitanika 22 (40,74%) su studenti Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci a 32 (59,26%) su studenti Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu. Na Grafu 1. prikazana je raspodjela studenata s obzirom na studij kojeg pohađaju.



**Graf 1.** Raspodjela ispitanika s obzirom na studij.

Najviše ispitanika studenti su prve godine studija, njih 23 (42,59%), dok je najmanje ispitanika s druge godine studija, 10 (18,52%). Studenta treće godine studija bilo je 21 (38,89%). Graf 2. prikazuje raspodjelu ispitanika s obzirom na godinu studija koju pohađaju.



**Graf 2.** Raspodjela ispitanika s obzirom na godinu studija.

Ispitanici su bili dobi u rasponu od 19 do 35 godina. Prosječna dob ispitanika koji su sudjelovali u istraživanju bila je 21,7 godina uz standardnu devijaciju 3,64.

Prosjek ocjena na studiju bio je 3,97 uz standardnu devijaciju 0,36, dok je prosjek ocjena postignut tijekom srednjoškolskog obrazovanja bio 4,52 uz standardnu devijaciju 0,36.

Većina ispitanika nije imala radno iskustvo u primaljstvu (92,59%), dok su samo četiri ispitanika imala radno iskustvo (7,41%), u rasponu od jedne do šest godina radnog iskustva. Graf 3. Prikazuje raspodjelu ispitanika s obzirom na njihovo radno iskustvo u primaljstvu.

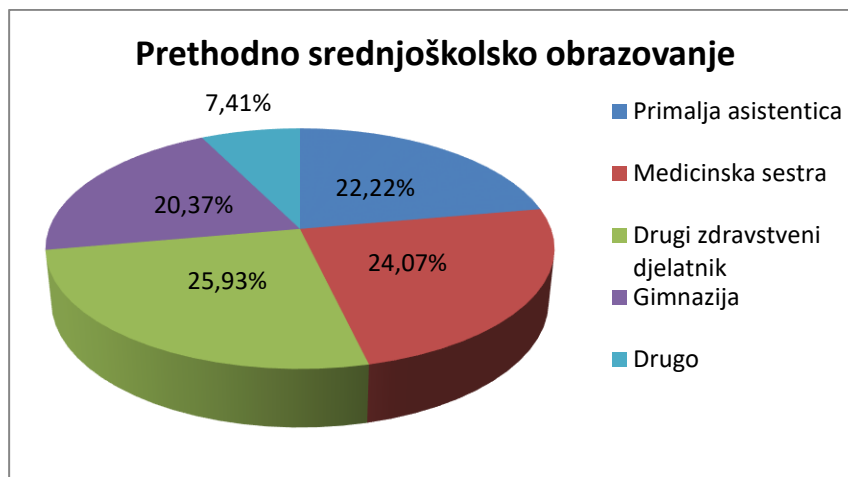


**Graf 3.** Raspodjela ispitanika s obzirom na radno iskustvo u primaljstvu.

**Tablica 1.** Prosjek ocjena s obzirom na radno iskustvo

Radno iskustvo	Prosjek ocjena u srednjoj školi	Prosjek ocjena na studiju
Da	4,0	3,63
Ne	4,56	4,0

Prema srednjoškolskom obrazovanju najveći broj ispitanika ima završenu srednju medicinsku/zdravstvenu školu i to smjer za nekog drugog zdravstvenog djelatnika, njih 25,93%. Srednju medicinsku/zdravstvenu školu za medicinske sestre završilo je 24,07% ispitanika, dok je srednju medicinsku/zdravstvenu školu za primalje asistentice završilo 22,22% ispitanika. Ispitanika koji su završili gimnaziju bilo je 20,37%. Ostali su završili neko drugo srednjoškolsko obrazovanje (7,41%). Graf 4. pokazuje raspodjelu ispitanika obzirom na vrstu prethodno završenog srednjoškolskog obrazovanja.



**Graf 4.** Raspodjela ispitanika s obzirom na prethodno srednjoškolsko obrazovanje.

## 7.2. Deskriptivna statistika rezultata

U ukupnom uzorku ispitanika raspon aritmetičkih sredina kreće se od  $\bar{X}=2,61$  do  $\bar{X}=3,89$ . Najniža aritmetička sredina opažena je na pitanju broj 7. *Primalje bi trebale biti samostalne i zakonski odgovorne za vođenje porođaja kod kuće* te iznosi  $\bar{X}=2,61$ . Na pitanje broj 3. *Primalje bi trebale samostalno voditi fiziološki porođaj* opažena je najviša aritmetička sredina od  $\bar{X}=3,89$ . U Tablici 1. prikazani su rasponi te aritmetičke sredine sa pripadajućim standardnim devijacijama za svako od pitanja u upitniku.

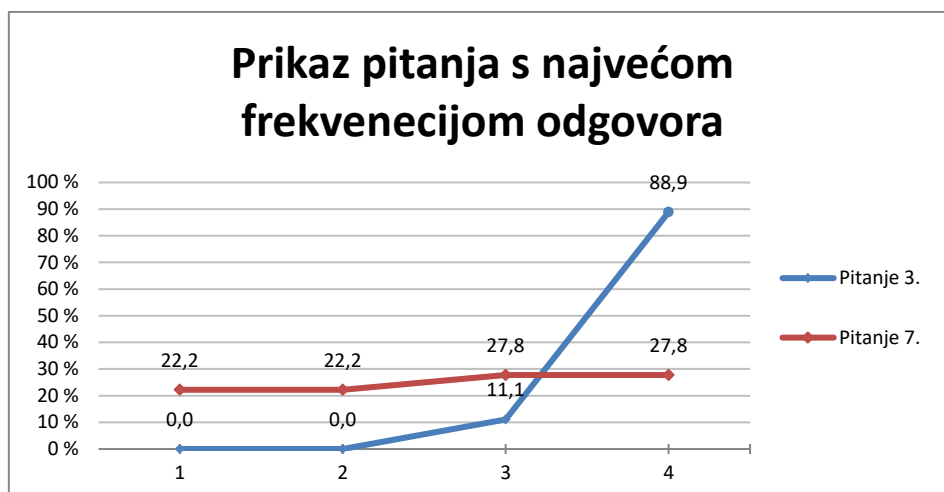
**Tablica 2.** Rezultati odgovora na pitanja upitnika

Pitanje		Min	Max	$\bar{X}$	SD
1.	Primalje bi trebale samostalno utvrđivati trudnoću	1	4	3,41	0,77
2.	Primalje bi trebale samostalno voditi fiziološku trudnoću	1	4	3,56	0,69
3.	Primalje bi trebale samostalno voditi fiziološki porođaj	3	4	<b>3,89</b>	0
4.	Primalje bi samostalno trebale procijeniti stanje novorođenčeta nakon fiziološkog porođaja	2	4	3,56	0,60
5.	Primalje bi trebale samostalno skrbiti za žene i novorođenčad do 6 tjedana nakon porođaja	1	4	3,57	1
6.	Primalje bi trebale samostalno raditi na odjelima koje vode primalje ( <i>midwifery led unit</i> )	2	4	3,72	0,50
7.	Primalje bi trebale biti samostalne i zakonski odgovorne za vođenje porođaja kod kuće	1	4	<b>2,61</b>	1,12
8.	Primalje se trebaju obrazovati na diplomskoj i postdiplomskoj razini	2	4	3,69	0,58
9.	Važno je da studentima primaljstva predaju primalje	2	4	3,74	0,48
10.	Primaljstvo je smjer sestrinstva*	1	4	3,26	0,91

\*Obrnuto kodirano pitanje

Ispitanici su na pet od ukupno deset pitanja naveli odgovore u rasponu od 1 (u potpunosti se ne slažem s tvrdnjom) do 4 (u potpunosti se slažem s tvrdnjom). Na četiri pitanja odgovori su bili u rasponu od 2 (uglavnom se ne slažem s tvrdnjom) do 4 (u potpunosti se slažem s tvrdnjom), te na pitanje broj 3. *Primalje bi trebale samostalno voditi fiziološki porođaj* ispitanici su naveli odgovore u rasponu od 3 (uglavnom se slažem s tvrdnjom) do 4 (u potpunosti se slažem s tvrdnjom), odnosno svi ispitanici su izrazili slaganje sa navedenom tvrdnjom.





**Graf 5.** Prikaz pitanja na koja su ispitanici naveli najveći broj odgovora 1 (u potpunosti se ne slažem s tvrdnjom) i 4 (u potpunosti se slažem s tvrdnjom).

**Tablica 3.** Prikaz frekvencija i relativnih frekvencija odgovora na pitanja iz Upitnika.

Pitanje		Odgovor							
		1		2		3		4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1.	Primalje bi trebale samostalno utvrđivati trudnoću	1	1,85	6	11,11	17	31,48	30	55,56
2.	Primalje bi trebale samostalno voditi fiziološku trudnoću	1	1,85	3	5,56	15	27,78	35	64,81
3.	Primalje bi trebale samostalno voditi fiziološki porođaj	0	0,00	0	0,00	6	11,11	48	<b>88,89</b>
4.	Primalje bi samostalno trebale procijeniti stanje novorođenčeta nakon fiziološkog porođaja	0	0,00	3	5,56	18	3,33	33	61,11
5.	Primalje bi trebale samostalno skrbiti za žene i novorođenčad do 6 tjedana nakon porođaja	2	3,70	2	3,70	13	24,07	37	68,52
6.	Primalje bi trebale samostalno raditi na odjelima koje vode primalje ( <i>midwifery led unit</i> )	0	0,00	1	1,85	13	24,07	40	74,07
7.	Primalje bi trebale biti samostalne i zakonski odgovorne za vođenje porođaja kod kuće	12	<b>22,22</b>	12	22,22	15	27,78	15	27,78
8.	Primalje se trebaju obrazovati na diplomskoj i postdiplomskoj razini	0	0,00	3	5,56	11	20,37	40	74,07
9.	Važno je da studentima primaljstva predaju primalje	0	0,00	1	1,85	12	22,22	41	75,93
10.	Primaljstvo je smjer sestrinstva*	2	3,70	11	20,37	12	22,22	29	53,70

\*Obrnuto kodirano pitanje.

Na pitanje broj 3. *Primalje bi trebale samostalno voditi fiziološki porođaj* najveći broj ispitanika N=48 (88,89%) naveo je odgovor 4 (u potpunosti se slažem s tvrdnjom).

Najveći broj ispitanika N=12 (22,22%) u potpunosti se nije složio sa tvrdnjom broj 7. *Primalje bi trebale biti samostalne i zakonski odgovorne za vođenje porođaja kod kuće.*

### 7.3. Razlike između pojedinih skupina ispitanika

#### 7.3.1. Razlike u odgovorima ispitanika s obzirom na vrstu studija

Razlike u odgovorima ispitanika s obzirom na studij koji pohađaju testirane su Mann-Whitney U testom. Pri tome vrijednost  $p < 0,05$  uzeta je kao statistički značajna. Statistički značajne razlike opažene su na tri od deset tvrdnji, i to tvrdnji 1, 2 i 10.

**Tablica 4.** Razlike u odgovorima ispitanika obzirom na vrstu studija

Pitanje		SOZS Split			FZS Rijeka			U*	p
		N	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD		
1.	Primalje bi trebale samostalno utvrđivati trudnoću	32	3,22	0,87	22	3,68	0,48	253	<b>0,050</b>
2.	Primalje bi trebale samostalno voditi fiziološku trudnoću	32	3,34	0,75	22	3,86	0,47	202	<b>0,002</b>
3.	Primalje bi trebale samostalno voditi fiziološki porođaj	32	3,84	0,37	22	3,95	0,21	313	0,207
4.	Primalje bi samostalno trebale procijeniti stanje novorođenčeta nakon fiziološkog porođaja	32	3,50	0,67	22	3,64	0,49	325	0,579
5.	Primalje bi trebale samostalno skrbiti za žene i novorođenčad do 6 tjedana nakon porođaja	32	3,56	0,72	22	3,59	0,80	332	0,666
6.	Primalje bi trebale samostalno raditi na odjelima koje vode primalje ( <i>midwifery led unit</i> )	32	3,72	0,52	22	3,73	0,46	347	0,908
7.	Primalje bi trebale biti samostalne i zakonski odgovorne za vođenje porođaja kod kuće	32	2,78	1,13	22	2,36	1,09	277	0,172
8.	8. Primalje se trebaju obrazovati na diplomskoj i postdiplomskoj razini	32	3,69	0,54	22	3,68	0,65	340	0,774
9.	Važno je da studentima primaljstva predaju primalje	32	3,75	0,44	22	3,73	0,55	348	0,924
10.	Primaljstvo je smjer sestriinstva	32	2,13	0,94	22	1,18	0,50	150	<b>0,000</b>

\*Mann-Whitney test

Studenti Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci statistički značajno više ocjenjuju tvrdnju 1. *Primalje bi trebale samostalno utvrđivati trudnoću* ( $p=0,05$ ), te tvrdnju broj 2. *Primalje bi trebale samostalno voditi fiziološku trudnoću* ( $p=0,002$ ), dok tvrdnju broj 10. *Primaljstvo je smjer sestrinstva* ocjenjuju statistički značajno niže ( $P<0,001$ ). Razlike u ostalim tvrdnjama između studenata FZS Rijeka i Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu nisu statistički značajne ( $p>0,05$ ).

### 7.3.2. Razlike u odgovorima ispitanika s obzirom na godinu studija

Razlike u odgovorima ispitanika s obzirom na godinu studija koju pohađaju testirane su Kruskal- Wallis testom. Pri tome vrijednost  $p<0,05$  uzeta je kao statistički značajna. Statistički značajne razlike opažene su samo na jednoj tvrdnji, i to tvrdnji broj 1.

**Tablica 5.** Razlike u odgovorima s obzirom na godinu studija.

Pitanje		Prva godina			Druga godina			Treća godina			*X <sup>2</sup>	p
		N	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD		
1.	Primalje bi trebale samostalno utvrđivati trudnoću	23	3,61	0,78	10	3,60	0,52	21	3,10	0,77	7,312	<b>0,026</b>
2.	Primalje bi trebale samostalno voditi fiziološku trudnoću	23	3,52	0,85	10	3,80	0,42	21	3,48	0,60	2,175	0,337
3.	Primalje bi trebale samostalno voditi fiziološki porođaj	23	3,83	0,39	10	4,00	0,00	21	3,90	0,30	2,181	0,336
4.	Primalje bi samostalno trebale procijeniti stanje novorođenčeta nakon fiziološkog porođaja	23	3,39	0,66	10	3,60	0,52	21	3,71	0,56	3,535	0,171
5.	Primalje bi trebale samostalno skrbiti za žene i novorođenčad do 6 tjedana nakon porođaja	23	3,48	0,95	10	3,50	0,71	21	3,71	0,46	,553	0,759
6.	Primalje bi trebale samostalno raditi na odjelima koje vode primalje ( <i>midwifery led unit</i> )	23	3,70	0,56	10	3,80	0,42	21	3,71	0,46	,257	0,880
7.	Primalje bi trebale biti samostalne i zakonski odgovorne za vođenje porođaja kod kuće	23	2,70	1,22	10	3,10	0,88	21	2,29	1,06	3,802	0,149
8.	Primalje se trebaju obrazovati na diplomskoj i postdiplomskoj razini	23	3,61	0,58	10	3,80	0,42	21	3,71	0,64	1,316	0,518
9.	Važno je da studentima primaljstva predaju primalje	23	3,83	0,39	10	3,80	0,42	21	3,62	0,59	1,783	0,410
10.	Primaljstvo je smjer sestrinstva	23	1,78	0,95	10	2,10	1,10	21	1,52	0,75	2,241	0,326

\*Kruskal- Wallis test

Studenti prve i druge godine statistički značajno više ocjenjuju tvrdnju broj 1. *Primalje bi trebale samostalno utvrđivati trudnoću.* ( $p < 0,05$ ). Za ostale tvrdnje ne postoji statistički značajna razlika između pojedinih godina studija. ( $p > 0,05$ ).

### 7.3.3. Razlike u odgovorima ispitanika s obzirom na prethodno završeno obrazovanje

Razlike u odgovorima ispitanika s obzirom na prethodno završeno obrazovanje testirane su Mann-Whitney U testom. Pri tome je vrijednost  $p < 0,05$  uzeta kao statistički značajna. Statistički značajne razlike opažene su na dvije od deset tvrdnji, i to na tvrdnji broj 9. i 10.

**Tablica 6.** Razlike u odgovorima između primaljskih asistentica i ostalih ispitanika.

Pitanje		Primalje asistentice			Ostali			U*	p
		N	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD		
1.	Primalje bi trebale samostalno utvrđivati trudnoću	12	3,58	0,67	42	3,36	0,79	214	0,369
2.	Primalje bi trebale samostalno voditi fiziološku trudnoću	12	3,67	0,65	42	3,52	0,71	222	0,458
3.	Primalje bi trebale samostalno voditi fiziološki porođaj	12	3,83	0,39	42	3,90	0,30	234	0,492
4.	Primalje bi samostalno trebale procijeniti stanje novorođenčeta nakon fiziološkog porođaja	12	3,75	0,62	42	3,50	0,59	188	0,117
5.	Primalje bi trebale samostalno skrbiti za žene i novorođenčad do 6 tjedana nakon porođaja	12	3,67	0,65	42	3,55	0,77	233	0,619
6.	Primalje bi trebale samostalno raditi na odjelima koje vode primalje ( <i>midwifery led unit</i> )	12	3,67	0,65	42	3,74	0,45	250	0,946
7.	Primalje bi trebale biti samostalne i zakonski odgovorne za vođenje porođaja kod kuće	12	2,50	1,17	42	2,64	1,12	234	0,699
8.	Primalje se trebaju obrazovati na diplomskoj i postdiplomskoj razini	12	3,67	0,65	42	3,69	0,56	252	0,989
9.	Važno je da studentima primaljstva predaju primalje	12	3,42	0,67	42	3,83	0,38	165	<b>0,014</b>
10.	Primaljstvo je smjer sestrinstva	12	1,25	0,45	42	1,88	0,97	164	<b>0,043</b>

\*Mann-Whitney test.

Studenti koji su kao srednjoškolsku kvalifikaciju stekli titulu primalje-asistentice statistički značajno niže ocjenjuju tvrdnju broj 9. *Važno je da studentima primaljstva*

*predaju primalje* ( $p=0,014$ ) te tvrdnju broj 10. *Primaljstvo je smjer sestrinstva* ( $p=0,043$ ). Razlike u ostalim tvrdnjama između primalja-asistentica i ostalih su slučajne ( $p<0,05$ ).

**Tablica 7.** Razlike u odgovorima studenata koji su prethodno završili gimnazijsko obrazovanje i ostalih.

Pitanje		Gimnazijalci			Ostali			U*	p
		N	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD		
1.	Primalje bi trebale samostalno utvrđivati trudnoću	11	3,18	0,98	43	3,47	0,70	201	0,393
2.	Primalje bi trebale samostalno voditi fiziološku trudnoću	11	3,27	0,90	43	3,63	0,62	180	0,149
3.	Primalje bi trebale samostalno voditi fiziološki porođaj	11	3,82	0,40	43	3,91	0,29	216	0,407
4.	Primalje bi samostalno trebale procijeniti stanje novorođenčeta nakon fiziološkog porođaja	11	3,64	0,67	43	3,53	0,59	208	0,475
5.	Primalje bi trebale samostalno skrbiti za žene i novorođenčad do 6 tjedana nakon porođaja	11	3,55	0,93	43	3,58	0,70	228	0,813
6.	Primalje bi trebale samostalno raditi na odjelima koje vode primalje ( <i>midwifery led unit</i> )	11	3,64	0,50	43	3,74	0,49	208	0,413
7.	Primalje bi trebale biti samostalne i zakonski odgovorne za vođenje porođaja kod kuće	11	2,64	1,12	43	2,60	1,14	234	0,947
8.	Primalje se trebaju obrazovati na diplomskoj i postdiplomskoj razini	11	3,73	0,47	43	3,67	0,61	236	0,989
9.	Važno je da studentima primaljstva predaju primalje	11	3,82	0,40	43	3,72	0,50	218	0,593
10.	Primaljstvo je smjer sestrinstva	11	2,09	0,83	43	1,65	0,92	164	0,087

\*Mann-Whitney test.

Razlike u odgovorima studenata koji su prethodno završili gimnaziju i ostalih studenata statistički nisu značajne  $p > 0,05$ .

## 8. RASPRAVA

U Hrvatskoj se obrazovanje za prvostupnice primaljstva provodi u dvije visokoškolske ustanove, Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu te Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci. Na oba studijska programa upisne kvote iznose 15 studenata po akademskoj godini što čini ukupni broj od 90 svih studenata primaljstva u Hrvatskoj. U ovom istraživanju analizirani su podaci za 54 redovna studenta, odnosno u istraživanju je sudjelovalo preko 60% studenata primaljstva.

Najviše studenata obuhvaćenih istraživanjem pohađalo je sveučilišni studijski program primaljstva Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu, njih 59,26%, dok su studenti stručnog studija primaljstva Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci činili 40,74% ispitanika.

Među ispitanicima najviše ih je u trenutku provođenja istraživanja pohađalo prvu godinu studija (42,59%), zatim treću godinu studija (38,89%), dok je najmanje ispitanika pohađalo drugu godinu studija (18,52 %).

Prosječna dob ispitanika bila je 21,7 godina. Prosjek ocjena ispitanika postignut tijekom studija bio je niži od prosjeka postignutog tijekom srednjoškolskog obrazovanja i iznosio je 3,97 uz standardnu devijaciju 0,36, dok je prosjek ocjena postignut tijekom srednjoškolskog obrazovanja bio 4,52 uz standardnu devijaciju 0,36.

Usprkos sustavu izravnog ulaska u primaljstvo (*direct entry*) većina studenata primaljstva prethodno je završila srednju medicinsku školu te ima zanimanje zdravstvenog djelatnika. Više od dvije trećine studenata (72,22%) prije studija je pohađalo srednju medicinsku/zdravstvenu školu. Većina njih (25,93%) završila je školu za nekog drugog zdravstvenog djelatnika. (fizioterapeutskog tehničara, zdravstveno laboratorijskog tehničara, farmaceutskog tehničara, zubotehničara itd.). Slijede studenti koji su prethodno stekli kvalifikaciju medicinskih sestara, 24,07%, dok je najmanje studenata prethodno zdravstvenog usmjerenja pohađalo srednju primaljsku školu (22,22%).

Trećina studenata nije imala nikakvo prethodno zdravstveno obrazovanje (27,78%). Od toga je većina pohađala gimnaziju prije studija primaljstva ( 20,37%) dok su ostali pohađali neku drugu srednju školu (7,41%).

Većina ispitanika obuhvaćena istraživanjem nije imala prethodno radno iskustvo u primaljstvu, njih čak 92,59%. Samo četiri ispitanika navela su radno iskustvo (7,41% ), i to u rasponu od jedne do šest godina. Takav rezultat odražava činjenicu da su svi ispitanici redoviti studenti, te sam ustroj studija kao i male upisne kvote za studente koji su završili obrazovanje prije uvođenja sustava državne mature značajno otežava upis studija i redovito studiranje primaljama koje su zaposlene. Tako mali ukupan broj ispitanika s radnim iskustvom, odnosno premali uzorak onemogućio je testiranje statističke značajnosti razlika između stavova ispitanika sa i bez radnog iskustva. No ipak se uočavaju velike razlike. Na svako od pitanja iz upitnika veći postotak ispitanika bez radnog iskustva izrazio je veće slaganje. Pozitivniji stav prema profesionalnoj autonomiji imali su studenti bez radnog iskustva u primaljstvu.

Većina istraživanja koja se bave zaposlenošću studenata usredotočena su na utjecaj njihovog zaposlenja na područja studiranja kao što su akademski uspjeh, pohađanje nastave i razinu stresa, te dovode do zaključka da zaposlenost studenata ima negativan utjecaj. To se također pokazalo točnim i u ovom istraživanju budući da je prosjek ocjena studenata s radnim iskustvom bio niži (3,7) od prosjeka ocjena studenata bez radnog iskustva (4,0). No ne postoji mnogo istraživanja o utjecaju radnog iskustva u srodnim zanimanjima na socijalizaciju studenata i razvoj njihovog profesionalnog identiteta.

Hasson, McKenna i Keeney (2013) su u svojoj kvalitativnoj studiji istraživali utjecaj koji na studente sestrištva ima honorarni rad u zanimanju bolničara (*health care assistant*). Zaključili su da takav rad može negativno utjecati na socijalizaciju studenata, njihov edukativni doživljaj te razvoj profesionalnog identiteta. Radno iskustvo koje stječu u okruženju u kojem trebaju ostvarivati svoju buduću ulogu medicinskih sestara no u ulozi koja se razlikuje po kompetencijama i razini odgovornosti negativno utječe na razvoj profesionalnog identiteta, prijelaz u drugu profesionalnu ulogu te stjecanje vrijednosti, ponašanja i stavova, odnosno socijalizaciju u ulogu medicinske sestre (Hasson, McKenna, Keeney 2013.).

Čukljek je 2016. provela istraživanje s ciljem utvrđivanja stavova studenata redovnog i izvanrednog studija sestrištva o sestrištvu kao profesiji, odnosno razlika u stavovima prema sestrištvu između studenata redovnog i izvanrednog studija sestrištva. Izvanredni studenti u tom istraživanju kao uvjet za upis studija morali su imati položen stručni ispit za medicinsku sestru te najmanje jednu godinu radnog



iskustva. Rezultati tog istraživanja vezani uz područje profesionalizma govore u prilog tome da redovni studenti ( studenti bez radnog iskustva u struci) u prosjeku imaju više rezultate, odnosno iznose više stavove vezane za profesionalizam od studenata sa radnim iskustvom (Čukljek, 2016.).

Negativniji stavovi o profesionalnoj autonomiji primalja ispitanika koji imaju radnog iskustva u primaljstvu mogu se objasniti time što takvi studenti prolaze drugačiji postupak socijalizacije u profesiju od studenata bez radnog iskustva. Cohen (1981.) definira profesionalnu socijalizaciju kao „Složen proces kojim osoba stječe znanja, vještine i osjećaj okupacijskog identiteta koji su karakteristični za članove te profesije. Uključuje internalizaciju vrijednosti i normi grupe u vlastito ponašanje i samopoimanje. Za proces profesionalne socijalizacije ključno je odbacivanje stereotipa koji su rasprostranjeni u općoj populaciji te usvajanje onih koji su karakteristični za članove te profesije (Brennan, McSherry, 2007.). Studenti s radnim iskustvom koji su dio zdravstvenog sustava već su prošli sustav socijalizacije u ulogu primaljskih asistentica, te za njih profesionalna socijalizacija tijekom studija primaljstva znači preuzimanje uloga koje se razlikuju od njihovog dotadašnjeg kliničkog iskustva. Istovremeno im je puno teže socijalizirati se u ulogu studenta koji usvaja znanje, budući da ih drugi studenti doživljavaju kao uzor.

U istraživanju su sudjelovali studenti stručnog i sveučilišnog studija. Budući da bi sveučilišni studij trebao biti usmjeren na razvoj i unapređenje znanstvenih dostignuća a ne samo na njihovu primjenu, očekivalo se da će studenti sveučilišnog studija imati pozitivniji stav. Ta hipoteza nije dokazana. Na šest od ukupno deset tvrdnji iz upitnika studenti stručnog studija FZS-a dali su više odgovore, odnosno izrazili su veće slaganje od studenata sveučilišnog studija SOZS-a. Dok je za samo dvije tvrdnje ta razlika statistički značajna, i to za tvrdnju broj 1. *Primalje bi trebale samostalno utvrđivati trudnoću* te tvrdnju broj 2. *Primalje bi trebale samostalno voditi fiziološku trudnoću*. Studenti stručnog studija tvrdnju broj 10. *Primaljstvo je smjer sestrinstva* ocjenjuju statistički značajno niže. Budući da ta tvrdnja predstavlja negativan stav prema primaljstvu, možemo reći da na ukupno tri tvrdnje od deset studenti stručnog studija imaju statistički značajno pozitivniji stav od studenata sveučilišnog studija. No, zanimljivo je da studenti sveučilišnog studija više ocjenjuju tvrdnju vezanu uz kućni porođaj. Ta tvrdnja se pokazala najkontroverznijom u ovom istraživanju, te se općenito

smatra jednom od kontroverznijih tema kako u hrvatskom tako i u svjetskom porodništvu. Razlog pozitivnijeg stava studenata sveučilišnog studija spram te tvrdnje možda leži u nešto većem naglasku i većoj satnici predmeta koji se bave znanstvenim istraživanjima.

Iz rezultata istraživanja vidljivo je da studenti primaljstva imaju pozitivan stav prema profesionalnoj autonomiji primalja. No pozitivnost stavova razlikuje se s obzirom na područja autonomije.

Prvih pet pitanja odnosno tvrdnji u upitniku odnosi se na područja autonomije koja su definirana kompetencijama koje završetak studija donosi prvostupnicama primaljstva. Obzirom na to ne čudi da je upravo tvrdnja iz tog područja ona s kojom su se studenti najviše složili odnosno izrazili najpozitivniji stav. Ta tvrdnja je tvrdnja broj 3. *Primalje bi trebale samostalno voditi fiziološki porođaj.*

Svi studenti koji su sudjelovali u istraživanju složili su se s tom tvrdnjom (100%). To je ujedno i tvrdnja prema kojoj su studenti izrazili najsnažniji stav budući da je 88,89% studenata izjavilo da se u potpunosti slaže s tom tvrdnjom. Taj rezultat ne iznenađuje budući da najveći udio kliničke nastave studenti provode u rađaonici, te se većina kliničkih predmeta bavi temom porođaja i skrbi u porođaju. Studenti posao primalje primarno vide kao osobe koja sudjeluje u porođaju te se može steći dojam da studenti najveće ostvarenje profesionalne autonomije primalje vide unutar rada u rađaonici. Budući da u svim ostalim područjima koja pripadaju kompetencijama primalja znatno veći utjecaj imaju drugi zdravstveni djelatnici, prvenstveno liječnici, ne čudi da studenti primaljstva vide ulogu primalje u tim područjima kao vrlo limitiranu. Tradicionalno, utvrđivanje trudnoće kao i vođenje fiziološke trudnoće obavlja liječnik specijalist ginekologije i opstetricije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Jednako tako procjenu zdravstvenog stanja novorođenčeta nakon porođaja službeno obavlja liječnik pedijatar neonatolog, dok skrb majci i novorođenčetu u babinju pružaju medicinske sestre u sklopu patronažne djelatnosti, što su studenti primaljstva tijekom nastave mogli vidjeti te svoju ulogu vidjeti kao manje važnu.

Za ostale tvrdnje iz područja autonomije primalja koja proizlaze iz kompetencija studenti imaju podjednako pozitivan stav. U tom području studenti su najmanje pozitivno ocijenili tvrdnju broj 1. *Primalje bi trebale samostalno utvrđivati trudnoću,* s kojom se složilo ukupno 87,04% studenta. S tvrdnjom broj 2. *Primalje bi trebale*

*samostalno voditi fiziološku trudnoću* složio se 92,59% studenata, kao i s tvrdnjom broj 5. *Primalje bi trebale samostalno skrbiti za žene i novorođenčad do 6 tjedana nakon porođaja*, dok se s tvrdnjom broj 4. *Primalje bi samostalno trebale procijeniti stanje novorođenčeta nakon fiziološkog porođaja* složilo 94,44% studenata.

Iako studenti imaju ukupno pozitivan stav jako zabrinjava činjenica da je određen broj studenata ipak izrazio neslaganje s tvrdnjama koje zapravo opisuju njihove kompetencije. Pa tako 12,96% studenata ne smatra da bi primalje trebale utvrđivati trudnoću. Obzirom da su ti studenti buduće prvostupnice primaljstva koje će uskoro formalno posjedovati kompetencije te se od njih očekuje da će za njih biti i pripremljene, vrlo je zabrinjavajuće da neke od njih imaju negativan stav i ne smatraju da bi trebale obavljati te poslove.

Takav rezultat međutim nije iznenađujuć budući da je istraživanje koje je provela Hrvatska komora primalja pokazalo da samo 55% primalja smatra da trebaju imati veći stupanj odgovornosti te 76% smatra da bi trebali imati veći stupanj samostalnosti. Za razliku od primalja, drugi zdravstveni djelatnici su u većem postotku izrazili slaganje s tvrdnjama da primalje trebaju imati veći stupanj odgovornosti i samostalnosti što govori u prilog nedostatku samopouzdanja primalja. Isto istraživanje utvrdilo je da samo 62% primalja smatra da su kompetentne za samostalno nadziranje trudnoće, porođaja i babinja (Sever, 2017). Takav stav primalja neminovno utječe na proces socijalizacije studenata te se manifestira negativnim stavom dijela studenata.

Između ostalih tvrdnji koje ne pripadaju u područje kompetencija prvostupnica primaljstva ispitanici su najpozitivnije ocijenili tvrdnju broj 9. *Važno je da studentima primaljstva predaju primalje*. S navedenom tvrdnjom složilo se 98,15% ispitanika, odnosno samo jedan ispitanik nije se složio s navedenom tvrdnjom. Takav rezultat govori u prilog tome da studenti primaljstva prepoznaju važnost kvalitetnih edukatora iz primaljske struke.

Rezultati pokazuju da studenti također prepoznaju važnost visokog obrazovanja u primaljstvu budući da velik postotak izrazio slaganje s tvrdnjom da bi se primalje trebale obrazovati na diplomskoj i postdiplomskoj razini (94,44%). Prema anketi Hrvatske komore primalja iz 2017. godine 87% primalja i 89% drugih zdravstvenih djelatnika smatra da bi primaljama trebalo omogućiti magisterij i doktorat (Sever, 2017). Omogućavanjem nastavka obrazovanja primalja iznad preddiplomske razine

osigurao bi se potreban obrazovni kadar iz primaljske struke ali bi se i značajno pridonijelo razvoju istraživačkog rada u primaljstvu te osiguralo provođenje primaljske skrbi zasnovane na dokazima.

Studenti su očekivano najnegativnije ocjenili tvrdnju broj 7. *Primalje bi trebale biti samostalne i zakonski odgovorne za vođenje porođaja kod kuće.* Od ukupnog broja studenata njih 24 se nije složilo s tom tvrdnjom, odnosno 44,44% studenata ne smatra da bi primalje trebale biti samostalne i zakonski odgovorne za vođenje porođaja kod kuće. Polovica od tih studenata je izrazila snažno neslaganje s tvrdnjom (22,22%).

Vedam, Aaker i Stoll provedli su istraživanje sa ciljem utvrđivanja stavova certificiranih medicinskih sestara–primalja (*certified nurse-midwives*) prema planiranom porođaju kod kuće. Utvrdili su postojanje značajnih razlika u stavovima s obzirom na kliničko iskustvo, vanjske prepreke i obrazovno iskustvo. Primalje koje su prije ili tijekom svoj obrazovanja imale doticaja sa porođajem kod kuće imale su pozitivnije stavove (Vedam, Aaker, Stoll 2010).

Istraživanje provedeno u Kanadi potvrdilo je snažnu povezanost izloženosti porođaju kod kuće tijekom obrazovanja različitih zdravstvenih djelatnika s njihovim stavovima. Rezultati tog istraživanja pokazali su da primalje imaju značajno pozitivnije stavove prema porođaju kod kuće od liječnika specijalista ginekologije i opstetricije te obiteljskih liječnika. Većina primalja koje su sudjelovale u istraživanju imale su pozitivan stav (98,9%) dok je samo 25,2% obiteljskih liječnika i 5,5% porodničara izrazilo stav koji je bio pozitivan prema porođaju kod kuće. Sve primalje koje su sudjelovale u istraživanju imale su doticaj s porođajem u kući tijekom svog obrazovanja za razliku od liječnika što objašnjava velike razlike u stavovima. Primalje koje su obrazovane u Kanadi imale su pozitivnije stavove prema porođaju kod kuće od primalja koje su se obrazovale u drugim državama. Autori istraživanja smatraju da je takav rezultat posljedica pozitivnog utjecaja obrazovnog programa odnosno obveze sudjelovanja u porođaju kod kuće koje kanadski studenti primaljstva imaju. Također je uočena razlika u stavovima među liječnicima koji su diplomirali prije uvođenja primaljstva kao regulirane profesije u Kanadi i onih koji su diplomirali poslije. Liječnici koji su započeli sa radom nakon što su primalje priznate kao profesija imali su pozitivnije stavove prema porođaju kod kuće (Vedam et al, 2014).

Nedostatak izloženosti porođaju kod kuće tijekom obrazovanja studenata primaljstva u Hrvatskoj i njegova nezastupljenost u kurikulumu kao i nedostatak predavača primaljske struke može objasniti negativan stav studenata prema porođaju kod kuće. Budući da porođaj kod kuće u Hrvatskoj još uvijek nije zakonski reguliran, studenti primaljstva nemaju mogućnosti prisustvovanja takvom obliku pružanja intrapartalne skrbi. Za to iskustvo su također zakinuti i njihovi predavači i mentori što utječe na stavove koje će imati prema porođaju kod kuće te kojima će neminovno utjecati i na oblikovanje stavova studenata.

S obzirom na rastući broj istraživanja koja idu u prilog sigurnosti porođaja kod kuće, očekivalo se da će studenti sveučilišnog studija imati pozitivnije stavove budući da je njihov studijski program više orijentiran na znanstveni rad. Studenti sveučilišnog studija izrazili su pozitivniji stav prema porođaju kod kuće od studenata stručnog studija no ta razlika nije bila statistički značajna ( $p=0,172$ ).

## 9. ZAKLJUČAK

Statističkom obradom prikupljenih podataka na studentima primaljstva moguće je izvesti slijedeće zaključke:

- Studenti primaljstva imaju pozitivne stavove prema profesionalnoj autonomiji primalja.
- Opažene su statistički značajne razlike u stavovima studenata.
- Prilikom utvrđivanja razlike između stavova studenata sveučilišnog i stručnog studija utvrđene su statistički značajne razlike na 3 od 10 tvrdnji. Pri tome su studenti stručnog studija imali pozitivnije stavove, čime nije potvrđena hipoteza da će studenti sveučilišnog studija imati pozitivnije stavove.
- Prilikom utvrđivanja razlike između studenata različitih studijskih godina utvrđena je statistički značajna razlika na tvrdnji *Primalje bi trebale samostalno utvrđivati trudnoću*, pri čemu su studenti prve i druge godine imali pozitivniji stav te hipoteza da će studenti viših godina imati pozitivniji stav nije potvrđena.
- Nije potvrđena hipoteza da će studenti koji su prethodno imali gimnazijsko obrazovanje imati pozitivniji stav.
- Studenti koji imaju radno iskustvo u primaljstvu imaju negativniji stav prema profesionalnoj autonomiji primalja od studenata bez radnog iskustva.
- Utvrđena su područja profesionalne autonomije primalja prema kojima studenti izražavaju najpozitivniji odnosno najnegativniji stav.
- Najpozitivniji stav studenti imaju prema samostalnom vođenju fiziološkog porođaja.
- Najnegativniji stav studenti imaju prema vođenju porođaja kod kuće.
- Jedan dio studenata primaljstva ne slaže se sa budućim kompetencijama.

Završetkom obrazovanja studenti primaljstva stječu titulu prvostupnika/ca primaljstva i dobivaju odobrenje za samostalan rad te se od njih očekuje da preuzmu punu odgovornost u pružanju primaljske skrbi ženama tijekom trudnoće, porođaja i razdoblja babinja sukladno kompetencijama koje im ta diploma pruža. Studij primaljstva bi ih trebao osposobiti i pripremiti za preuzimanje kompetencija koje im po zakonu pripadaju no tijekom svog obrazovanja studenti primaljstva suočavaju se s

brojnim preprekama u stjecanju potrebnih znanja i iskustava kao i izazovima koje donosi proces socijalizacije u primaljstvu.

Za oblikovanje stavova koji će odražavati filozofiju primaljske skrbi i osnaživanje budućih primalja u postizanju autonomije nužno je studentima tijekom obrazovanja stvoriti prilike pružanja skrbi koje odgovaraju njihovim budućim kompetencijama te koje će im pomoći razviti vještine donošenja odluka. Ovo istraživanje daje uvid u područja kojima bi trebalo posvetiti dodatnu pažnju tijekom obrazovanja primalja s ciljem pripremanja budućih prvostupnica za pružanje skrbi u punom rasponu njihovih kompetencija. U nedostatku kliničkih uvjeta koji bi to omogućili potrebno je u postojeći sustav obrazovanja inkorporirati suvremene pedagoške metode kao i jačati primaljski obrazovni kadar prema primjeru zemalja u kojima je primaljstvo na većem stupnju autonomije.

Nedostatak istraživanja na temu stavova studenata primaljstva u svijetu a posebice u Hrvatskoj zabrinjavajući je i naglašava potrebu za većim uključivanjem primalja u znanstveni rad koji predstavlja put u budućnost primaljstva kao akademskog znanstvenog područja.

## 10. ZAHVALE

Najveću zahvalu upućujem svojoj mentorici doc. dr. sc. Vesni Elveđi Gašparović, koja je svojim vodstvom, nesebičnom stručnom pomoći i podrškom omogućila izradu ovog rada.

Zahvaljujem studentima i zaposlenicima Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu te Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci koji su mi poklonili povjerenje i odazvali se pozivu za sudjelovanje u ovom istraživanju.

Posebnu zahvalu dugujem svojoj obitelji koja mi je pružila podršku tijekom cijelog mog obrazovanja. Njihova bezuvjetna ljubav i podrška omogućili su mi da slijedim svoj put koliko god on krivudav bio. Hvala i mojoj baki, od koje sam osim imena dobila i priče o ženskoj snazi i primaljama koje su bile razlika između života i smrti te me inspirirala da nađem svoj poziv i strast.

Hvala dragoj Deani što je nadahnuće, motivacija i prijatelj na svakom koraku.

Velika zahvala ide i Danieli, ženi koja ne poznaje nepremostive prepreke, što me svakodnevno inspirira svojim entuzijazmom i gura me izvan zone komfora.

Hvala mojim dragim primaljama iz Opće bolnice Pula što su mi pokazale koja je snaga primaljstva kada je u rukama žena koje vjeruju u žene i stoje uz njih.



## 11. LITERATURA:

Baird K. Exploring autonomy in education: Preparing student midwives. Br J Midwifery: 2007;15(7):400-405.

Benoit C, et al. Designing midwives: A comparison of educational models. Birth by design: Pregnancy. Maternity care and midwifery in North America and Europe. New York: Routledge: 2001;139-165.

Cork University Maternity Hospital Domino Pilot Project. Cork: Cork University Hospital; 2018.

Ćosić V. Demografske i javnozdravstvene odrednice razvoja porodništva i primaljstva u Slavonskom Brodu tijekom 19. stoljeća. [dissertation]. Zagreb. Sveučilište u Zagrebu; 2016. 108p.

Direktiva 2005/36 EK. Dostupno na: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/?uri=celex%3A32005L0036> , pristupljeno 23.08.2018.

Direktiva 2013/55 EU Dostupno na: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/?uri=celex%3A32013L0055> , pristupljeno 23.08.2018

Fakultet zdravstvenih studija. Stručni studij primaljstvo. Dostupno na <http://www.fzsri.uniri.hr/hr/studenti/studijjski-programi/69-preddiplomski-strucni-studiji/primaljstvo.html> , pristupljeno 05.08.2018.

Fakultet zdravstvenih studija. Izvedbeni nastavni plan. Kolegij: Prenatalna primaljska skrb. Dostupno na [http://www.fzsri.uniri.hr/files/NASTAVA/Preddiplomski/PRIMALJSTVO/Izvedbeni\\_nastavni\\_plan/1god/INP-Prenatalna%20PNJ%202017-018.pdf](http://www.fzsri.uniri.hr/files/NASTAVA/Preddiplomski/PRIMALJSTVO/Izvedbeni_nastavni_plan/1god/INP-Prenatalna%20PNJ%202017-018.pdf) pristupljeno 23.08.2018.

Fakultet zdravstvenih studija. Natječaj za upis polaznika na razlikovni „bridging program“ Primaljstva. Dostupno na: <http://www.fzsri.uniri.hr/files/Obavijesti-Naslovnica/bridging/Bridging%20program.pdf> , pristupljeno 09.08.2018.

Fakultet zdravstvenih studija. Zapisnik sa V. sjednice Fakultetskog vijeća Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci. Rijeka: Fakultet zdravstvenih studija; 2017. Dostupno na: <https://dokumen.tips/documents/sveuciliste-u-rijei-fakultet-zdravstvenih-obvezni-fizioterapija-1-30-p-.html> , pristupljeno 10.08.2018.

Fureš R. Novije spoznaje o Ivanu Krstitelju Lalanguieu i njegovom stručnom, javnozdravstvenom te izdavačkom djelovanju u Hrvatskoj druge polovice XVIII. Stoljeća. Hrvatski časopis za javno zdravstvo.2011; (7)26.

Fureš R, Jembrih A. Pravilnik za obavljanje primaljske djelatnosti Ivana Krstitelja Lalanguiea u kontekstu povijesnog razvoja primaljstva u Hrvatskoj. Acta Med Croatica. 2012;66:327-336.

Gilkison, A, et al. Midwifery education in New Zealand: Education, practice and autonomy. Midwifery. 2016;33:31-3.

Hrvatska komora primalja. Trebaju li nam uistinu visoko obrazovane primalje u Hrvatskoj? Anonimna anketa Hrvatske komore primalja. Zagreb: Hrvatska komora primalja; 2016. Dostupno na: <https://www.komora-primalja.hr/datoteke/Status%20prvostupnica%20primaljstva%20u%20Hrvatskoj%20-%20primaljski%201.pdf> , pristupljeno 20.06.2018.

Hrvatska komora primalja. Registar članova Komore. Zagreb: Hrvatska komora primalja; 2018. Dostupno na: <https://www.komora-primalja.hr/zanimljivosti/18-registar-clanica-komore> , pristupljeno 03.08.2018.

International Confederation of Midwives. Philosophy and model of midwifery care. Hague: International Confederation of Midwives; 2014.

Jamnicky Dojmi M. Zadarska primaljska škola od njezina osnutka 1820. do zatvaranja 1918. godine. Acta medico-historica Adriatica. 2006; 4(1):129-152.

Juretić N. Obrazovanje primalja u Republici Hrvatskoj. Primaljski vjesnik. 2016;23:25-29.

Krešić M, Rakitičan M. Primaljstvo u Hrvatskoj i Slavoniji 1876.-1918.: Zakonodavni okvir ustroja primaljske službe. Historijski zbornik. 2018; 68(2):277-295.

Masterson A. Core and developing role of the midwife: Literature Review. London: Department of Health; 2010.

Mivšek P, Baškova M, Wilhelmova R. Midwifery education in Central- Eastern Europe. Midwifery: 2016;33:43-45.

Mozgav. Preglednik studijskih programa: Agencija za znanost i visoko obrazovanje; 2018. Dostupno na: <https://mozvag.srce.hr/preglednik/pregled/hr/podrucje/odabirPolje.html?oznakapodrucje=3> Pristupljeno 16.08.2018.

Nursing and Midwifery Board of Ireland. Advanced Practice (Midwifery) Standards and Requirements: Nursing and Midwifery Board of Ireland; 2018.

O'Connell R, Bradshaw C. Midwifery education in Ireland. The quest for modernity. *Midwifery*. 2016;33:34-6.

Puljizević K. U ženskim rukama, Primalje i porođaj u Dubrovniku (1815-1918). Zagreb– Dubrovnik: Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti, Zavod za povijesne znanosti u Dubrovniku; 2016.

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;28;4:

Sever K. Identitet primalja. *Primaljski vjesnik*. 2017;23:7-10.

Smith J. The nature of midwifery and autonomy. *Br J Midwifery*: 2014;22(9):675-676.

Sveučilište u Splitu. Podružnica Sveučilišni odjel zdravstvenih studija. Dopunska isprava o studiju. Split: Sveučilište u Splitu; 2016.

Sveučilište u Splitu, 2016. Novi diplomski studiji - primaljstvo i medicinsko-laboratorijska dijagnostika. Dostupno na: <http://www.unist.hr/novosti/najave-i-događanja/artmid/2417/articleid/9009/novi-diplomski-studiji-primaljstvo-i-medicinsko-laboratorijska-dijagnostika> , pristupljeno 16.06.2018.

Švaljug D, Kuljak Ž. Primaljstvo u Republici Hrvatskoj – jučer, danas, sutra, naručeno predavanje, Simpozij Psihodinamika u opstetriciji, KBC Sestre milosrdnice, Klinika za ženske bolesti i porodništvo: Zagreb; 2016.

Švaljug D, Kuljak Ž. Školovanje primalja u Republici Hrvatskoj i stjecanje kompetencija u primaljstvu. *Primaljski vjesnik*. 2018;24:30-35.

Vedam S, Aaker J, Stoll K. Assessing certified nurse-midwives' attitudes towards planned home birth. *Midwifery Womens Health*. 2010;55(2):133-42.

Vedam S et al. The Canadian birth place study: examining maternity care provider attitudes and interprofessional conflict around planned home birth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:353.

Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske; 2012.

Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske; 2012.

Wokaunn M, Menenica H. Medicina starog Rima: U povodu izložbe rimskih medicinskih instrumenata u Arheološkome muzeju Narona u Metkoviću. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/65113> , pristupljeno 07.08.2018.

Zakon o primaljstvu, Narodne novine, 120/2008, 145/2010.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14 , 154/14, 70/16, 131/17. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/190/Zakon-o-zdravstvenoj-zaštiti> , pristupljeno 23.08.2018.

Zakon o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, Narodne novine 123/03, 198/03, 105/04, 174/04, 02/07, 46/07, 45/09, 63/11, 94/13, 139/13, 101/14, 60/15, 131/17. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/320/Zakon-o-znanstvenoj-djelatnosti-i-visokom-obrazovanju> , pristupljeno 13.08.2018.

## 12. ŽIVOTOPIS

Magdalena Kurbanović rođena je 1986. godine u Vinkovcima. Nakon osnovne škole koju završava u Drenovcima upisuje opću gimnaziju u Županji te maturira sa odličnim uspjehom.

Godine 2013. upisuje sveučilišni preddiplomski studij primaljstva Sveučilišnog Odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu gdje 2016. godine stječe titulu sveučilišne prvostupnice primaljstva. Za vrijeme studija obnašala je dužnost studentske pravobraniteljice i bila član Stručnog vijeća te Etičkog povjerenstva Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu. Dobitnica je Pročelnikove nagrade za najbolji prosjek ocjena na preddiplomskim studijima. Nakon završetka preddiplomskog studija upisuje sveučilišni diplomski studij sestrinstva Medicinskog fakulteta u Zagrebu, gdje je član Studentskog zbora.

Od 2017. godine radi kao prvostupnica primaljstva u rađaonici u Općoj bolnici Pula gdje je također voditelj tečaja pripreme za porođaj u sklopu inicijative „Rodilište prijatelj djece“. Mentor je stranim studentima primaljstva i medicine u sklopu programa Gap Medics.

Od 2019. godine nositeljica je titule međunarodno certificirane savjetnice za dojenje – IBCLC®. Članica je Hrvatske udruge IBCLC savjetnica za dojenje (HUSD) i Hrvatske komore primalja. Aktivni je član savjetodavne agencije „Primalja i obitelj“ u kojoj vodi individualne i grupne radionice te savjetovalište o dojenju. Suautorica je poglavlja naziva „*Collaborative Decision-Making from a Woman's Perspective*“ knjige „*Midwifery and Decision-Making Theories*“ urednice Elaine Jefford, koja će biti izdana 2019.-20. godine. Sudjelovala je u međunarodnom multidisciplinarnom timu za izradu kurikuluma za porođajne edukatorice u sklopu Erasmus+ projekta „3P+ Obrazovanje odraslih za pozitivnu trudnoću, porod i babinje“. Također je sudjelovala na brojnim domaćim i međunarodnim stručnim i znanstvenim skupovima.