

UDK 616-083.98-053.31
614.253.5

Stavovi medicinskih sestara u Hrvatskoj o primarnom oživljavanju prijevremeno rođene novorođenčadi

Nurse attitudes in Croatia towards primary resuscitation of prematurely born infants

Iva Bilić^{1*}, Igor Prpić¹, Jelena Radić², Petar Vukelić², Ana Petrović³, Emilija Juretić⁴, Ivanka Furlan⁵

SAŽETAK. *Cilj:* Cilj istraživanja bio je ispitati stavove medicinskih sestara u Hrvatskoj o primarnom oživljavanju prijevremeno rođene djece. *Metode:* Pisanom anketom ispitivana je dob, roditeljstvo, radno iskustvo i mjesto rada te stavovi medicinskih sestara iz Hrvatske o primarnom oživljavanju prijevremeno rođene djece. Anketa je obuhvatila 174 medicinske sestre: 49 zaposlenih u rađaonici ili na mjestima rada koja uključuju rad s trudnicama (Rađ/Tr), 79 u pedijatrijskim/neonatološkim jedinicama intenzivnog liječenja (JIL/NICU), dok 46 radi s općom populacijom (OP). *Rezultati:* Nije bilo statistički značajne razlike među skupinama u odnosu na dob, materinstvo i duljinu radnog staža. Postoji statistički značajna razlika u stavovima o pristupanju primarnom oživljavanju novorođenčadi rođene u 22. i 23. tjednu gestacije u sestara zaposlenih u Rađ/Tr te u JIL/NICU u odnosu na sestre koje rade s OP. Postoji statistički značajna razlika u stavovima o pristupanju primarnom oživljavanju novorođenčadi rođene u 24., 25. i 26. tjednu gestacije u sestara zaposlenih u JIL/NICU u odnosu na one u sestara koje rade s OP. Nema razlike u stavovima sestara zaposlenih u JIL/NICU u odnosu na sestre zaposlene u Rađ/Tr. *Rasprava:* Medicinske sestre koje rade s OP sklonije su pristupanju primarnom oživljavanju prijevremeno rođene novorođenčadi u odnosu na njihove kolegice u komparativnim skupinama. Ovakav je rezultat posljedica činjenice da sestre zaposlene u JIL/NICU i Rađ/Tr imaju drugačije iskustvo u svezi s primjenom terapijskih i dijagnostičkih postupaka održavanja života novorođenčadi rođene na granici preživljenja. *Zaključak:* Radno mjesto, tj. iskustvo stečeno na specifičnom radnom mjestu, a ne suvremeni stavovi i preporuke kliničke bioetike, osnova su u stvaranju stavova o primarnom oživljavanju prijevremeno rođene novorođenčadi. Edukacija iz područja bioetičkih stavova mora biti trajna i u skladu sa suvremenim mjerama intenzivnog liječenja i dugoročnog ishoda prijevremeno rođene novorođenčadi.

Ključne riječi: bioetika, medicinske sestre, primarno oživljavanje, prijevremeno rođena novorođenčad, stavovi

ABSTRACT. *Aim:* The aim was to determine the attitudes of nurses in Croatia toward primary resuscitation of prematurely born infants. *Methods:* A written questionnaire was distributed to the nursing staff with questions regarding their age, parity, work experience, work place and attitudes toward primary resuscitation of prematurely born infants. A total of 174 nurses completed the questionnaire; 49 of them working at the delivery room or in contact with pregnant women (DR/PW), 79 working at the pediatric/neonatal intensive care units (PICU/NICU), 46 working with the general population (GP). *Results:* There were no statistically significant differences regarding age, parity and work experience among groups, nor in attitudes among DR/PW and PICU/NICU nurses. There was a statistically significant difference in attitudes toward primary resuscitation of infants born at 22nd and 23rd gestational week among DR/PW – PICU/NICU and GP nurses, as well as in attitudes toward primary resuscitation of infants born at 24th to 26th gestational week among PICU/NICU and GP nurses. *Discussion:* GP nursing staff has attitude to initiate more likely primary resuscitation of premature born infants than their colleagues in the comparative groups. Such results are consequences of the fact that PICU/NICU-DR/PW nurses have different experience towards the complexity of procedures applied in primary resuscitation of infants who are born at the margins of viability. *Conclusions:* Working place i.e. experience at the particular working place, but not modern guidance in clinical bioethics, play major role in creation of attitude towards the primary resuscitation of prematurely born infants among nurses. Education in clinical bioethics should be continuous, in accordance with medical advances in neonatal intensive care and long term outcome of prematurely born infants.

Key words: attitudes, bioethics, neonatal resuscitation, nurse, premature born infants

¹Klinika za ginekologiju i porodništvo, KBC Rijeka

²Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

³Klinika za dječje bolesti, KBC Zagreb

⁴Klinika za ženske bolesti i porode, KBC Zagreb

⁵Klinika za ginekologiju i opstetriciju, KBC Split

Primljeno: 5. 6. 2008.

Prihvaćeno: 8. 8. 2008.

Adresa za dopisivanje:

***Iva Bilić, dr. med.**

KBC Rijeka

Klinika za ginekologiju i porodništvo

Cambierieva 17/5

51 000 Rijeka

e-mail: ivablic@yahoo.com

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

UVOD

Problem preživljavanja nasuprot pojmu kvalitete života postao je svakodnevnim predmetom rasprave među zdravstvenim osobljem¹⁻⁴. Napredak dijagnostičkih i terapijskih intervencija otvara niz vjerskih, moralno-etičkih i pravnih dvojbi^{1,5,6}.

U posljednjih nekoliko desetljeća napredak opstetricije i neonatologije doveo je do povećanja preživljavanja prijevremeno rođene novorođenčadi. Istovremeno, unatoč brojnim tehničkim

Porođajem se u Republici Hrvatskoj od 2001. godine smatra rađanje svakog ploda porodne mase veće od 500 grama i gestacije iznad 22. tjedna. Pitanja o postojanju donje granice zrelosti, tjelesne mase ili gestacijske dobi koja ne opravdavaju primjenu intenzivnog liječenja, pitanja o poduzimanju intenzivnih postupaka u slučajevima malformirane novorođenčadi ili novorođenčadi s teškim oštećenjem mozga, te pitanja o tome tko i kada donosi takvu odluku ostaju kontroverzna. Osnovno pitanje jest treba li započeti s mjerama primarnog oživljavanja i tko snosi odgovornost za donošenje takve odluke.

dostignućima te novim stručnim i znanstvenim spoznajama, mnoga preživjela novorođenčad nosi visok rizik za trajno i/ili teško oštećenje mozga⁴⁻⁶.

Porođajem se u Republici Hrvatskoj od 2001. godine smatra rađanje svakog ploda porodne mase veće od 500 grama i gestacije iznad 22. tjedna⁵⁻⁷. Pitanja o postojanju donje granice zrelosti, tjelesne mase ili gestacijske dobi koja ne opravdavaju primjenu intenzivnog liječenja, pitanja o poduzimanju intenzivnih postupaka u slučajevima malformirane novorođenčadi ili novorođenčadi s teškim oštećenjem mozga, te pitanja o tome tko i kada donosi takvu odluku ostaju kontroverzna⁵. Osnovno pitanje jest treba li započeti s mjerama primarnog oživljavanja i tko snosi odgovornost za donošenje takve odluke.

Cilj našeg istraživanja bio je ispitati stavove medicinskih sestara o primarnom oživljavanju prijevremeno rođene djece. Prema našim spoznajama rezultati ovog istraživanja prvi put pružaju uvid u bioetičke stavove medicinskih sestara o navedenoj temi za područje Hrvatske.

ISPITANICE I METODE

U svrhu ispitivanja stavova medicinskih sestara o primarnom oživljavanju prijevremeno rođene djece sastavljena je pisana anketa. Ispitanice iz Rijeke (n=95), Splita (n=24) i Zagreba (n=55) odgovorile su na pitanja u anketi koja uključuju njihovu dob (20-34 god., 35-49 god., 50 i više god.), roditeljstvo (da ili ne), radno iskustvo (ispod 5 god., 5-10 god., 10-20 god., više od 20 god.), mjesto rada (u rađaonici ili rad s trudnicama; rad u pedijatrijskim/neonatološkim jedinicama intenzivnog liječenja (JIL/NICU); rad s općom populacijom (OP)), te njihove stavove o primarnom oživljavanju prijevremeno rođene djece. Za svaki od deset ponuđenih gestacijskih tjedana, (od 22. do 31. tjedna), medicinske sestre dale su odgovore na skali od 1 do 5 spram teoretske situacija koje je opisana na sljedeći način.

“Slijedi prijevremeni porod prema navedenoj gestacijskoj dobi. Do samog poroda trudnoća je bila kontrolirana, urednog tijeka, bez znakova fetalne patnje. Procijenjeno je da je fetus odgovarajuće težine za gestacijsku dob. Što biste savjetovali obitelji s obzirom na navedenu gestacijsku dob novorođenčeta?”

Ponuđeni odgovori, tj. skala od 1 do 5 značila je:

1. zahtijevala bih da se ne pristupi primarnom oživljavanju novorođenčeta
2. preporučila bih da se ne pristupi primarnom oživljavanju, ali bih postupila suprotno svojoj preporuci ukoliko bi to roditelj zatražio/la
3. moj stav u odnosu na pristup primarnom oživljavanju je neutralan
4. preporučila bih primarno oživljavanje, ali bih na zahtjev roditelja postupila suprotno svojoj preporuci te pristupila *comfort care*
5. zahtijevala bih pristupanje primarnom oživljavanju novorođenčeta.

STATISTIČKA ANALIZA

Podaci su uneseni u dvodimenzionalnu relacijsku tablicu u programu MS Excell 5.0./7.0.

Statistička obrada učinjena je pomoću računalnog programa MedCalc Statistical Software, inačica 9.3.9.0, (MedCalc Software, Mariakerke, Belgija). Podaci su prikazani srednjom vrijednošću i standardnom devijacijom

Pojavnost razlike u raspodjeli ispitanica s obzirom na dob, dužinu radnog iskustva i roditeljstvo u odnosu na mjesto zanimanja ispitana je χ^2 testom, na razini značajnosti od $p < 0.05$.

ANOVA-test (jednostrani) na nivou značajnosti od $p < 0.05$ korišten je u ispitivanju razlika u stavovima sestara o primjeni primarnog oživljavanja s obzirom na mjesto rada. Ukoliko je ANOVA-testom dokazana statistički značajna razlika među svim skupinama, učinjena je *post-hoc* raščlamba.

REZULTATI

Anketa je obuhvatila ukupno 174 medicinske sestre (iz Rijeke 95, iz Splita 24 i iz Zagreba 55) koje su bile svrstane u tri skupine. Prvu skupinu sačinjavalo je 49 medicinskih sestara zaposlenih u rađaonici ili na mjestima rada koja uključuju rad s trudnicama, drugu skupinu 79 medicinskih sestara zaposlenih u pedijatrijskim/neonatološkim jedinicama intenzivnog liječenja, a treću skupinu 46 medicinskih sestara u radu s općom populacijom.

Većina ispitanica bila je u dobi između 35 i 49 godina, duljine radnog staža iznad 20 godina, a 74,7% ispitanica ima djecu.

Upotrebom hi-kvadrat testa nije dokazano postojanje statistički značajne razlike među navedenim skupinama u odnosu na dob ($\chi^2=12,0$, $p=0,597$), materinstvo ($\chi^2=12,0$, $p=0,597$) i duljinu radnog staža ($\chi^2=10,9$, $p=0,09$).

Slika 1. prikazuje stav svih ispitanica o primarnom oživljavanju prijevremeno rođene djece u odnosu na pojedini gestacijski tjedan.

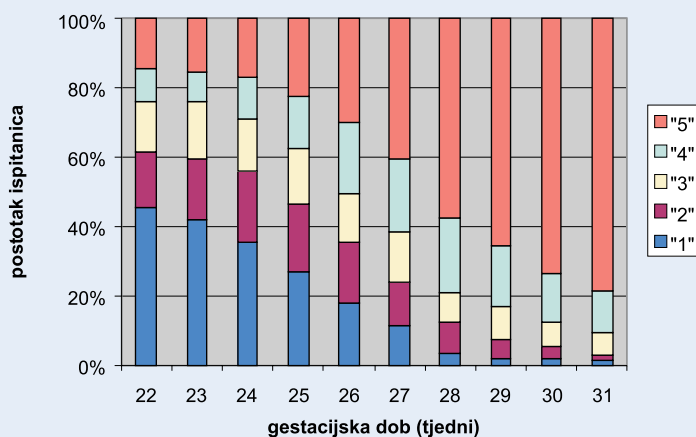
Slika 2. prikazuje stav sestara zaposlenih u rađaonici ili na mjestima rada koja uključuju rad s trudnicama o primarnom oživljavanju prijevremeno rođene djece.

Slika 3. prikazuje stav sestara zaposlenih u pedijatrijskim/neonatološkim jedinicama intenzivnog liječenja o primarnom oživljavanju prijevremeno rođene djece.

Slika 4. prikazuje stav sestara koje rade s općom populacijom o primarnom oživljavanju prijevremeno rođene djece.

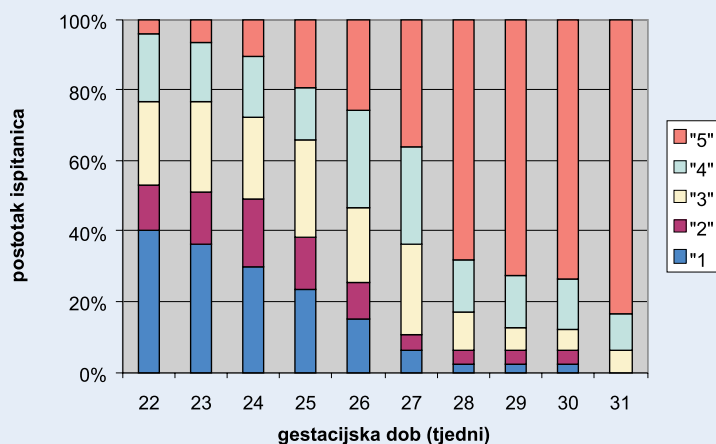
Aritmetičke sredine i standardne devijacije stava medicinskih sestara o primarnom oživljavanju novorođenčeta s obzirom na mjesto rada i prema gestacijskim tjednima prikazano je u tablici 1.

Post-hoc raščlambom dokazano je postojanje statistički značajne razlike u stavovima sestara zaposlenih u rađaonici ili u radu s trudnicama i sestara zaposlenih u jedinicama intenzivnog



Slika 1. Udio pojedinih odgovora (od 1 do 5) svih medicinskih sestara na pitanje o primarnom oživljavanju novorođenčadi pojedine gestacijske dobi

Figure 1. Percentage of distinct answers (1-5) of all nurses on primary resuscitation of premature born infants depending on gestational age



Slika 2. Udio pojedinih odgovora (od 1 do 5) medicinskih sestara čije je radno mjesto u rađaonici ili rade s trudnicama na pitanje o primarnom oživljavanju novorođenčadi pojedine gestacijske dobi

Figure 2. Percentage of distinct answers (1-5) of nurses working at the delivery room or in contact with pregnant women on primary resuscitation of premature born infants depending on gestational age

liječenja u odnosu na sestre koje rade s općom populacijom o pristupanju primarnom oživljavanju novorođenčadi rođene u 22. i 23. tjednu gestacije.

Također je dokazana statistički značajna razlika u stavovima sestara zaposlenih u jedinicama intenzivnog liječenja u odnosu na sestre koje rade s općom populacijom o pristupanju primarnom

oživljavanju novorođenčadi rođene u 24., 25. i 26. tjednu gestacije.

Nije nađena statistički značajna razlika u stavovima sestara zaposlenih u jedinicama intenzivnog liječenje u odnosu na sestre zaposlene u rađaonici ili sestre koje rade s trudnicama.

RASPRAVA

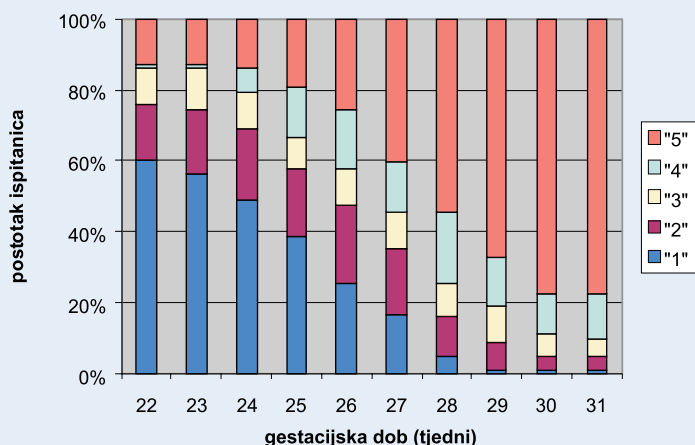
Stavovi medicinskog osoblja o oživljavanju prijevremeno rođene novorođenčadi uključuju stručna, ali i osobna, kulturološka, ideološka i religijska uvjerenja^{1,3}.

Rezultati našeg istraživanja pokazali su postojanje statistički značajne razlike u stavu o primarnom oživljavanju novorođenčadi rođene u 22. odnosno 23. tjednu gestacije u sestara zaposlenih u rađaonici ili sestara koje rade s trudnicama te medicinskih sestara zaposlenih u pedijatrijskim/neonatološkim jedinicama intenzivnog liječenja u odnosu na stavove medicinskih sestara koje rade s općom populacijom.

Razvidno je da su medicinske sestre koje rade s općom populacijom u većem postotku sklonije pristupanju primarnom oživljavanju takve novorođenčadi u odnosu na njihove kolegice u druge dvije skupine. Vjerujemo da ovakav rezultat nije samo posljedica višegodišnjeg iskustva stečenog u rađaonici i (ili) JIL/NICU, nego i rezultat provođenja specifične edukacije zaposlenica na navedenim radnim mjestima. Time spomenute medicinske sestre, za razliku od svojih kolegica koje rade s općom populacijom, imaju bolji uvid u kompleksnost primijenjenih terapijskih i dijagnostičkih postupaka kojima je cilj održavanje života novorođenčadi rođene na granici preživljenja.

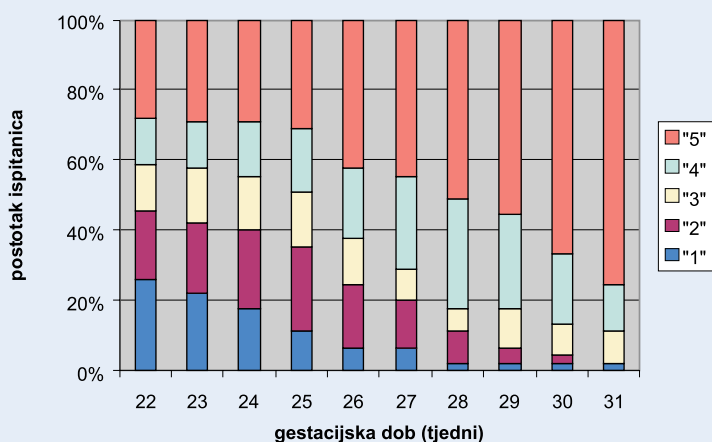
Također je dokazano postojanje statistički značajne razlike u stavovima o primarnom oživljavanju novorođenčadi rođene u 24., 25., i 26. tjednu gestacije u sestara zaposlenih u pedijatrijskim/neonatološkim jedinicama intenzivnog liječenja u odnosu na medicinske sestre koje rade s općom populacijom. U slučajevima poroda novorođenčadi navedene gestacijske dobi, medicinske sestre koje rade s općom populacijom sklonije su pristupanju primarnoj reanimaciji u odnosu na njihove kolegice iz komparativne skupine.

Medicinske sestre zaposlene u pedijatrijskim i neonatološkim jedinicama intenzivnog liječenja



Slika 3. Udio pojedinih odgovora (od 1 do 5) medicinskih sestara zaposlenih u pedijatrijskim/neonatološkim jedinicama intenzivnog liječenja na pitanje o primarnom oživljavanju prijevremeno rođene djece pojedine gestacijske dobi

Figure 3. Percentage of distinct answers (1-5) of nurses working at the pediatric/neonatal intensive care units on primary resuscitation of premature born infants depending on gestational age



Slika 4. Udio pojedinih odgovora (od 1 do 5) medicinskih sestara koje rade s općom populacijom na pitanje o primarnom oživljavanju novorođenčadi pojedine gestacijske dobi

Figure 4. Percentage of distinct answers (1-5) of nurses working with the general population on primary resuscitation of premature born infants depending on gestational age

sudjeluju u svakom koraku dijagnostike i liječenja prijevremeno rođene djece. Njihova povezanost s takvom djecom nerijetko ne prestaje u trenutku otpusta iz bolnice, već se kontakti s roditeljima nastavljaju i u godinama koje slijede. Spoznaja da je, unatoč primijenjenim metodama, nerijetko bolnim i iscrpljujućim za novorođenče, u te djece česta rana dojenačka smrt ili teški neuromentalni deficiti, zasigurno će pridonijeti izgradnji njihova stava o provođenju primarne reanimacije.

U posljednjih nekoliko desetljeća napredak medicinske znanosti i prakse u području perinatologije doveo je do značajnog smanjenja perinatalnog mortaliteta^{1,5,6}. Porast rizika za invaliditet ili ranu smrt povezanu s manjom gestacijskom dobi otvara ozbiljne dvojbe o primjeni odgovarajućih postupaka^{5,14}.

Vjerojatno jedna od najvećih dvojbi danas predstavlja rođenje ekstremno prematurnog novorođenčeta na granici preživljenja^{4,8-11}. Prema preporukama *Britanskog društva za pedijatriju i dječje zdravlje*, reanimacija ne bi trebala biti primijenjena u novorođenčadi <23 tjedna gestacije i porodom masom <500g. U slučaju novorođenčeta gestacijske dobi ispod 22 tjedna trebalo bi savjetovati roditeljima da odbiju liječenje, dok s druge strane roditelje djece rođene iznad 25.-26. gesta-

cijskog tjedna treba podržati u inzistiranju za punom terapijskom skrbi¹¹. Preporuke Australskog centra uključuju potpunu terapijsku intervenciju i primjenu intenzivnog liječenja sve djece rođene iznad 24. gestacijskog tjedna, rodne mase iznad 500g, uz iznimku novorođenčadi porodne mase ispod 750g kod koje tijekom primarne reanimacije nije došlo do oporavka⁴.

Etička odgovornost traži od medicinskog osoblja da obavijesti roditelje o mogućem kliničkom ishodu djeteta u slučaju poduzimanja mjera intenziv-

Medicinske sestre koje rade s općom populacijom sklonije su pristupanju primarnom oživljavanju novorođenčadi rođene u 22. i 23. tjednu gestacije u odnosu na njihove kolegice zaposlene u rađaonici, na radnom mjestu koje uključuje rad s trudnicama, te u pedijatrijskim/neonatološkim jedinicama intenzivnog liječenja. Ovakav je rezultat posljedica višegodišnjeg iskustva medicinskih sestara zaposlenih u rađaonici i(i)li JIL/NICU i provođenja specifične edukacije ovih zaposlenica koja im pruža bolji uvid u složenost primijenjenih terapijskih i dijagnostičkih postupaka kojima je cilj održavanje života novorođenčadi rođene na granici preživljenja.

nog liječenja^{5,6}. Konačnu odluku o tome što je za novorođenče bolje donosi zdravstveno osoblje i roditelji. Odluke o oživljavanju djece na granici preživljenja, do 24. tjedna gestacije, treba donijeti poštujući načela bioetike, a sve u najboljem interesu djeteta⁶. Preživljenje novorođenčeta do 24. gestacijskog tjedna klinički je i etički kontro-

Tablica 1. Aritmetičke sredine i standardne devijacije stava medicinskih sestara o primarnom oživljavanju novorođenčeta unutar pojedinih skupina prema gestacijskim tjednima.

Table 1. Arithmetic means and standard deviations of nurse attitudes towards primary resuscitation of prematurely born infants among groups according to weeks of gestation

Gest. dob/tj.	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Mjesto rada	AS (sd)	AS (sd)	AS (sd)	AS (sd)	AS (sd)	AS (sd)	AS (sd)	AS (sd)	AS (sd)	AS (sd)
Rađaonica	2,3(1,3)	2,4(1,3)	2,6(1,4)	2,9(1,4)	3,4(1,4)	3,8(1,2)	4,4(0,9)	4,5(0,9)	4,5(0,9)	4,8(0,5)
PICU/NICU	1,9(1,4)	1,9(1,4)	2,2(1,4)	2,6(1,6)	2,9(1,6)	3,4(1,6)	4,1(1,2)	4,4(1,0)	4,6(0,9)	4,6(0,8)
Opća	2,9(1,6)a	3,1(1,6)a	3,2(1,5)b	3,3(1,4)b	3,7(1,3)b	3,9(1,3)	4,2(1,0)	4,3(0,9)	4,5(0,9)	4,6(0,8)

AS = aritmetička sredina; sd = standardna devijacija; Gest. dob/tj. = gestacijska dob/tjedan; PICU/NICU = jedinica intenzivnog liječenja djece/ jedinica intenzivnog liječenja novorođenčadi

a = *post-hoc* raščlambom dokazano je postojanje statistički značajne razlike u stavovima medicinskih sestara koje rade s općom populacijom u odnosu na preostale dvije skupine

b = *post-hoc* raščlambom dokazano je postojanje statistički značajne razlike u stavovima medicinskih sestara koje rade s općom populacijom u odnosu na medicinske sestre zaposlene u pedijatrijskim/neonatološkim jedinicama intenzivnog liječenja

verzno. Rezultati objavljenih radova, s druge strane, pokazuju da treba provesti potpune terapijske postupke u djece rođene u 24. gestacijskom tjednu jer 50% djece te dobi preživi, a 78% preživjelih je bez invaliditeta^{6,12,13}.

Preporuke Američke akademije za pedijatriju, između ostalih, uključuju i stavke o opravdanosti obustave mjera intenzivnog liječenja u situacijama u kojima je moguće izbjeći smrt, ali uz značajan stupanj razvoja neuromentalnih odstupanja i u slučajevima kada roditelji smatraju da je na-

primarne reanimacije s porastom gestacijske dobi manje izražen. Takav stav proizlazi iz činjenice da spomenute medicinske sestre u svom radu uglavnom susreću "drugačiju" populaciju, te nemaju izravnog uvida u raznolikost problematike oživljavanja i eventualnih posljedica u odnosu na stupanj prematuriteta ili da nemaju potrebnu edukaciju iz bioetičkih načela. Stoga bi edukacija iz bioetičkih načela trebala postati obvezatni dio trajne medicinske izobrazbe. Ona bi također morala pratiti suvremena dostignuća u postupcima

oživljavanja i mjerama intenzivnog liječenja prijevremeno rođene novorođenčadi s posebnim osvrtom na dugoročni ishod i kvalitetu života te djece.

Bioetika kao multidisciplinarna znanost nastoji pronaći odgovore na probleme nastale razvojem znanosti i tehnologije^{5,6}. U medicinskoj se etici današnjice vode brojne rasprave o eutanaziji. U novije se vrijeme također često raspra-

vlja o problemu distanzije ili terapijske upornosti, kada se čovjekov život produžava bez realne šanse za preživljenje, a bolesniku pritom nanosi patnja i bol. Bioetički gledano, u kliničkoj medicini relevantna odluka o primjeni dijagnostičkih i terapijskih mjera temelji se isključivo na slobodnom odlučivanju bolesnika^{5,6}. Specifičnost situacije u neonatologiji stavlja naglasak na medicinsku praksu utemeljenu na načelima bioetike.

Cilj svakog medicinskog djelatnika je pružiti maksimalnu smislenu pomoć prijevremeno rođenom djetetu^{2,5}. Unatoč većem broju objavljenih znanstvenih i stručnih radova o etičkim dvojabama u medicinu, kontinuirani napredak u liječenju nameće potrebu za svakodnevnim preispitivanjem odluka te donošenjem novih preporuka i stajališta^{5,6}. Dužnost je neonatologije postupati prema smjernicama bioetike, te omogućiti novorođenčetu optimalnu zdravstvenu njegu i liječenje s naglaskom na postizanje kvalitete života. Rezultati provedenog istraživanja dodatno ukazuju na nepostojanje ujednačenosti stavova među medicinskim sestrama, što nalaže potrebu za trajnom edukacijom iz područja kliničke bioetike.

Medicinske sestre zaposlene u pedijatrijskim i neonatološkim jedinicama intenzivnog liječenja sudjeluju u svakom koraku dijagnostike i liječenja prijevremeno rođene djece. Nerijetko njihova povezanost s takvom djecom ne prestaje u trenutku otpusta iz bolnice, već se kontakti s roditeljima nastavljaju i u godinama koje slijede. Spoznaja da je, unatoč primijenjenim metodama, nerijetko bolnim i iscrpljujućim za novorođenče, u te djece česta rana dojenačka smrt ili teški neuromentalni deficiti, zasigurno će pridonijeti kreiranju njihova stava o provođenju primarne reanimacije.

stavak liječenja izvan njihovih mogućnosti prihvaćanja⁸⁻¹⁰.

U slučajevima poroda novorođenčadi gestacijske dobi od 27. do 31. tjedna nije bilo statistički značajne razlike u stavovima medicinskih sestara po skupinama. U odnosu stavova o primarnoj reanimaciji u navedenim tjednima gestacijske dobi medicinskih sestara zaposlenih u rađaonici ili sestara koje rade s trudnicama i medicinskih sestara zaposlenih u pedijatrijskim/neonatološkim jedinicama intenzivnog liječenja također nije bilo statistički značajne razlike.

Statističkom obradom isključeno je postojanje razlike u dobi, duljini radnog staža i materinstvu među pojedinim skupinama medicinskih sestara obuhvaćenih ovim ispitivanjem. Takav podatak stavlja naglasak na komponentu osobnog iskustva tj. mjestu rada unutar pojedinih skupina u formiranju stava o primarnom oživljavanju. Analiza aritmetičkih sredina stavova unutar pojedinih skupina ukazuje kako je kod sestara koje rade s općom populacijom, u usporedbi s ostale dvije skupine ispitanica, porast voljnosti započinjanja

LITERATURA

1. Lavin JP, Kantak A, Ohlinger J, Kaempf JW, Tomlinson M, Campbell B, et al. Attitudes of Obstetric and Pediatric Health Care Providers Toward Resuscitation of Infants Who are Born at the Margins of Viability. *Pediatrics* 2006;118:S169-76.
2. Yu VYH. Is Neonatal Intensive Care Justified in All Pre-term Infants? *Croat Med J* 2005; 46:744-50.
3. Janvier A, Leblanc I, Barrington KJ. The Best-Interest Standard Is Not Applied for Neonatal Resuscitation Decisions. *Pediatrics* 2008;121:963-9.
4. Yu VYH. Selective non-treatment of newborn infants. *Med J Aust* 1994;161:627-9.
5. Gazdik M, Rožmanić V, Ahel V, Vlašić-Cicvarić I. Etički problemi u neonatologiji. *Paediatr Croat* 2004;48:117-20.
6. Frković A. Bioetički pogledi na postupke u novorođenčadi izrazito male porođajne težine. *Medicina* 2005;42:121-6.
7. Pavešić B. Kazneni zakon. Rijeka: Pravni fakultet Sveučilišta u Rijeci, 2001.
8. American Academy of Pediatrics: Guidelines on foregoing life sustaining medical treatment. *Pediatrics* 1994;93:532-6.
9. American Academy of pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 4th Edition. 1997;134-5.
10. AAP Committee on Bioethics. Ethics and the cure of critically ill infants and children. *Pediatrics* 1996;98:149-52.
11. Royal College of Pediatrics and Child Health. Withholding and withdrawing life saving in children. A framework for practice. London, 1997.
12. Wilder MA. Ethical issues in the delivery room: resuscitation of extremely low birth weight infants. *J Perinat Neonat Nurs* 2000;14:44-57.
13. Ahner R, Bikas D, Rabi M, Al-Kouatly HB, Krauss AN, McCullough LB, et al. Ethical implications of aggressive obstetric management at less than 28 weeks of gestation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:120-5.
14. Chan KL, Kean LH, Marlow N. Staff views on the management of the extremely preterm infant. *Eur J Obstet Gynecolo Reprod Biol* 2006;142-7.