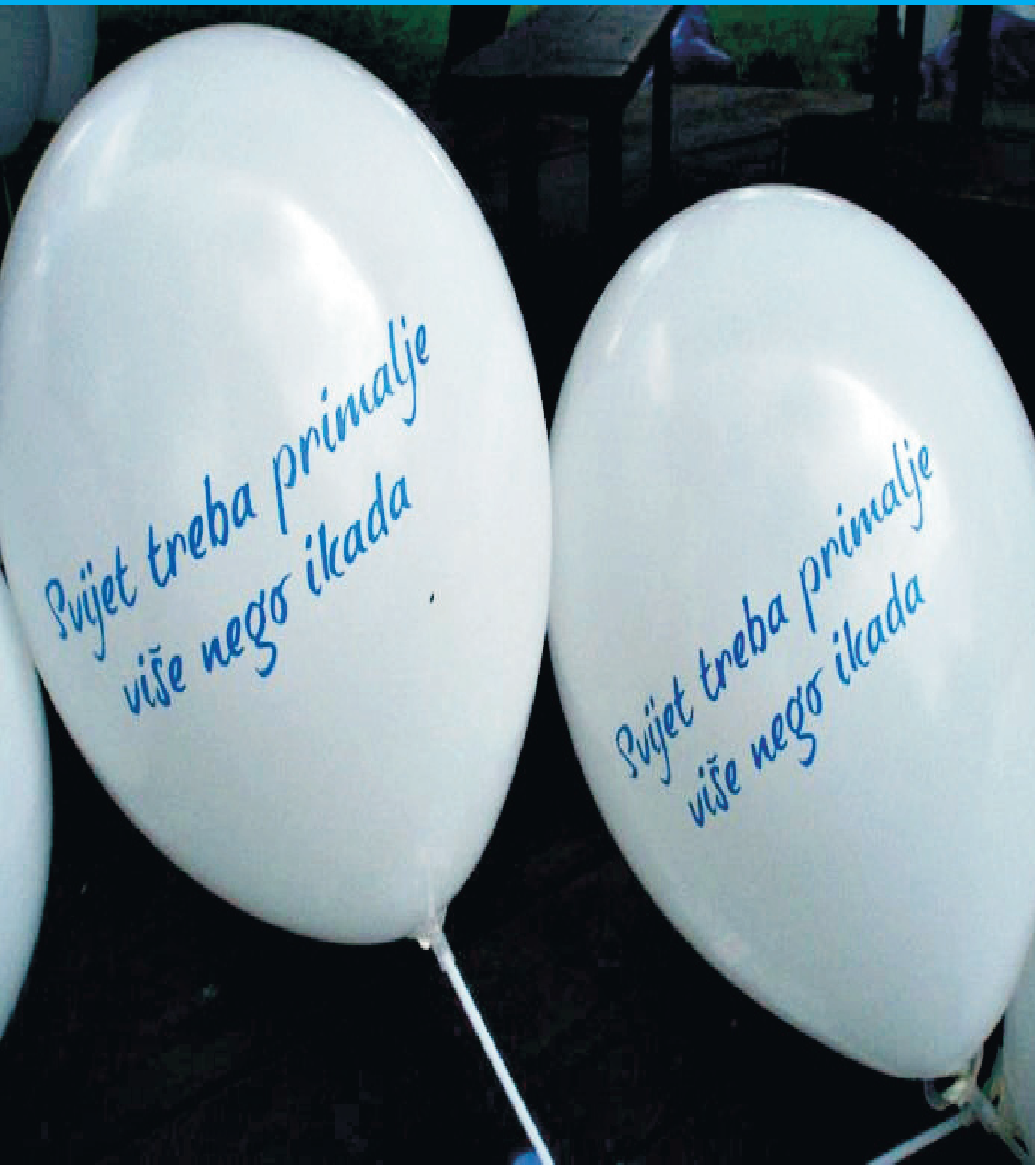




PRIMALJSKI VJESNIK



PRIMALJSKI VJESNIK | BROJ 12 | LIPANJ 2012.



**... saznajte
odgovore na ta
i još mnoga pitanja
u našoj radionici
za roditelje.**

Radimo u
malim
grupama

Radionice će
se održavati
u
popodnevnim
satima.

Cijena
radionice po
paru (trudnica i
osoba za
podršku) iznosi
500 kn.

Moguće je
dogovoriti
individualne
konzultacije,
čak i u Vašem
domu.

Cijena
individualnih
konzultacija (2 h) iznosi
250 kn, a može se organ-
izirati u trudnoći ili kao pomoć
nakon poroda (prvo kupanje,
presvlačenje, nježa pupka,
problemi s dojenjem...). Naše
educirane primalje i savjetnice
za dojenje pomoći će vam
riješiti nedoumice
i probleme.



HRVATSKA KOMORA
PRIMALJA
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES

PROGRAM RADIONICE:

1. 9 čarobnih mjeseci
2. Mudrost rađanja; kako zaštititi normalan tijek poroda?
3. Žena je sposobna vlastitim snagama roditi dijete; kako to postići?
4. Biranje mjesta i načina poroda; vježbe disanja
5. Dojenje i puerperij (babinje)

RADIONICU VODE EDUCIRANE HRVATSKE PRIMALJE.

Primalje su, prema standardima Europske unije, posebno educirane da pomognu ženama, trudnicama, novorođenčadi, ali i obitelji u specifičnom i posebnom razdoblju Vašeg života. Primalje brinu o zdravim ženama, fiziološkoj trudnoći i porodu te promoviraju i njeguju prirodne pristupe u trudnoći, porodu i puerperiju (babinju).

Svakoj trudnici u njezinu životu treba PRIMALJA!!

Ova radionica specifična je po tome što su edukatorice upravo one primalje koje će s vama biti u rađaoni i rodilištu; u sklopu radionice dobit ćete informacije "iz prve ruke" od primalja koje godinama rade u rodilištima i koje će brinuti o vama kada dođete roditi, te nakon poroda.

MALA ENCIKLOPEDIJA ZNANJA:

” Sve što ste oduvijek željeli znati o

PORODU

a niste imali priliku pitati.”



HRVATSKA
UDRUGA
PRIMALJA

**ZA SVE DODATNE
INFORMACIJE OBRATITE SE:**

na broj telefona:

01 / 5494 688 / 689

na e-mail:

komora@komora-primalja.hr

Ako ste trudnica i pitate se...

- **Hoću li ja to moći?**
- **Kakav porod želim?**
- **Koji je izbor dobar za mene?**
- **Kad trebam krenuti u rodilište?**
- **Koliko će me boljeti?**
- **Kako ću podnijeti bol?**
- **Što trebam ponijeti u rodilište?**
- **Koliko je važna osoba za podršku?**
- **Hoću li znati dojeti svoju bebu?**

SADRŽAJ

RIJEČ UREDNIŠTVA	4
MEĐUNARODNI DANI PRIMALJA 5. SVIBNJA 2012.	5
5. SVIBNJA, SVJETSKI DAN PRIMALJA	5
NIZOZEMSKA PRIMALJA U PUSTINJI	6
PRIMALJSTVO U HRVATSKOJ U KONTEKSTU USKLAĐIVANJA S PRAVNOM STEČEVINOM EUROPSKE UNIJE	7
SVEUČILIŠTE U RIJECI – MEDICINSKI FAKULTET U RIJECI – STRUČNI STUDIJ PRIMALJSTVO.....	12
SVEUČILIŠTE U SPLITU – SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA – PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJSKI PROGRAM – PRIMALJSTVO	14
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA NA MEDICINSKOM FAKULTETU SVEUČILIŠTA U ZAGREBU	14
ODZVONILO AMNIOCENTEZI: NEINVAZIVNI KRVNI DNK-TEST ZA DOWNOV SINDROM STIŽE I U EUROPU	15
IZNENADNI GUBITAK DJETETA	17
SEKSUALNOST U TRUDNOĆI	19
TENS – TRANSKUTANA ELEKTRIČNA NERVNA STIMULACIJA	22
EPIZOTOMIJA, PREDNOSTI I NEDOSTACI (I. DIO)	24
LIJEKOVI U POROĐAJU I ZAŠTO SE DAJU	31
VAGINALNI POROĐAJ	34
UTJECAJ POROĐAJA NA DOJENJE	35
PRVA OPSKRBA NOVOROĐENČETA	40
BABY HANDLING – ISPRAVNO POSTUPANJE S DJETETOM	40
BIOETIČKA PITANJA U MEDICINSKI POMOĞNUTOJ OPLODNJI	44
POREMEĆAJ PREHRANE U TRUDNOĆI	52
ANEMIJA U TRUDNOĆI	53
ULOGA FIZIOTERAPEUTA U PRIPREMI TRUDNICA ZA POROĐAJ I SURADNJA S PRIMALJAMA	54
PRENATALNA JOGA	57
SIMPTOMI MENOPAUZE	59
SKRB O PUPKOVINI I PUPČANOM BATALJKU PRAKSA HRVATSKIH RODILIŠTA U SKRBI O PUPKOVINI I PUPČANOM BATALJKU – INFORMACIJE PRIKUPLJENE PUTEM UPITNIKA HRVATSKE KOMORE PRIMALJA I USPOREDBA S DRUGIM ISTRAŽIVANJIMA	60

RIJEČ UREDNIŠTVA

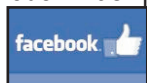
Drage primalje,
evo, izašao je i dvanaesti broj našega *Vjesnika*! U njemu je mnoštvo novosti i zanimljivosti iz područja primaljske skrbi o kojima se trenutačno govori. Trudili smo se pronaći nove teme i održati svježinu, prateći najnovija znanstvena istraživanja i dostignuća.

Nadamo se da ćete i u ovom broju naći nešto za sebe i uživati čitajući ga. Voljeli bismo da i sami pišete o onome u čemu ste najbolji – tekstove pošaljite na našu adresu primaljski-vjesnik@komora-primalja.hr. Radovi se boduju prema pravilniku Hrvatske komore primalja.

Pitajte nas što vas zanima, a mi ćemo vam pokušati odgovoriti!

Hvala svima koji su svojim radom pridonijeli i ovom broju *Vjesnika*.

Također nas pratite na stranici na Facebooku [http://www.facebook.com/pages/](http://www.facebook.com/pages/Hrvatska-komora-primalja/)



[Hrvatska-komora-primalja/](http://www.facebook.com/pages/Hrvatska-komora-primalja/).

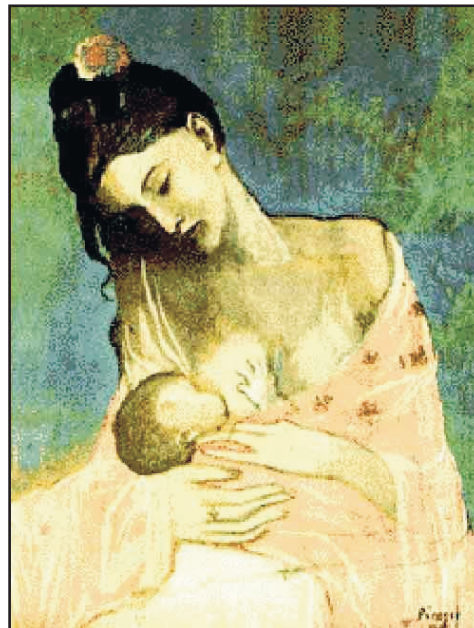
Andrea Oštrić, mag. admin. sanit.

Oglas Hrvatske komore primalja:

Hrvatska komora primalja ovim objavljuje da je Mirjana Gres, primalja, prijavila gubitak (krađu) licence (odobrenja za samostalni rad) izdane pod

ur. brojem 340-1-10-566-02 te da se ista

licenca proglašava nevažećom.



IMPRESUM:

Izdavač: Hrvatska komora primalja, Kutnjački put 2a, Vrbani, 10000 Zagreb, www.komora-primalja.hr,

žiro-račun: 2402006-110549055 Erste Banka

Hrvatska udruga primalja, Kutnjački put 2a, Vrbani, 10000 Zagreb

www.udrugaprimajla.hr, žiro-račun: 2360000-1101743245 Zagrebačka banka

Radove slati na: info@komora-primalja.hr • primaljski-vjesnik@komora-primalja.hr

Priprema i tisak: Tiskara Markulin d.o.o., svibanj, 2012. Naklada: 1000 primjeraka

Tekstovi su lektorirani i autori odgovaraju za istinitost sadržaja

List je besplatan.

MEĐUNARODNI DANI PRIMALJA 5. SVIBNJA 2012.**Nova definicija primalje**

Na sastanku Vijeća u Durbanu izglasane su izmjene definicije primalje. Ona sada glasi:

“Primalja je osoba koja je uspješno završila program edukacije za primalje koji je uredno priznat u državi u kojoj se nalazi, a koji se temelji na ICM-ovim Esencijalnim kompetencijama osnovne primaljske prakse i okvirima ICM-ovih Globalnih standarda obrazovanja za primalje; osoba koja je stekla potrebne kvalifikacije kako bi bila registrirana i/ili zakonski licencirana za obavljanje primaljske skrbi i upotrebu titule ‘primalja’; koja dokazuje kompetencije u primaljskoj praksi.”

Izvor: 1. <http://www.komora-primalja.hr/421-nova-definicija-primalje>; 16. 9. 2011.

5. SVIBNJA, SVJETSKI DAN PRIMALJA

Svjetski dan primalja obilježava se 5. svibnja od 1991. godine. Na taj se dan pokušava usmjeriti pozornost na primalje, primaljstvo te buduće i sadašnje roditelje širom svijeta. Svrha njegova obilježavanja jest podići osviještenost o primaljskoj skrbi na lokalnoj, nacionalnoj, regionalnoj i globalnoj razini.

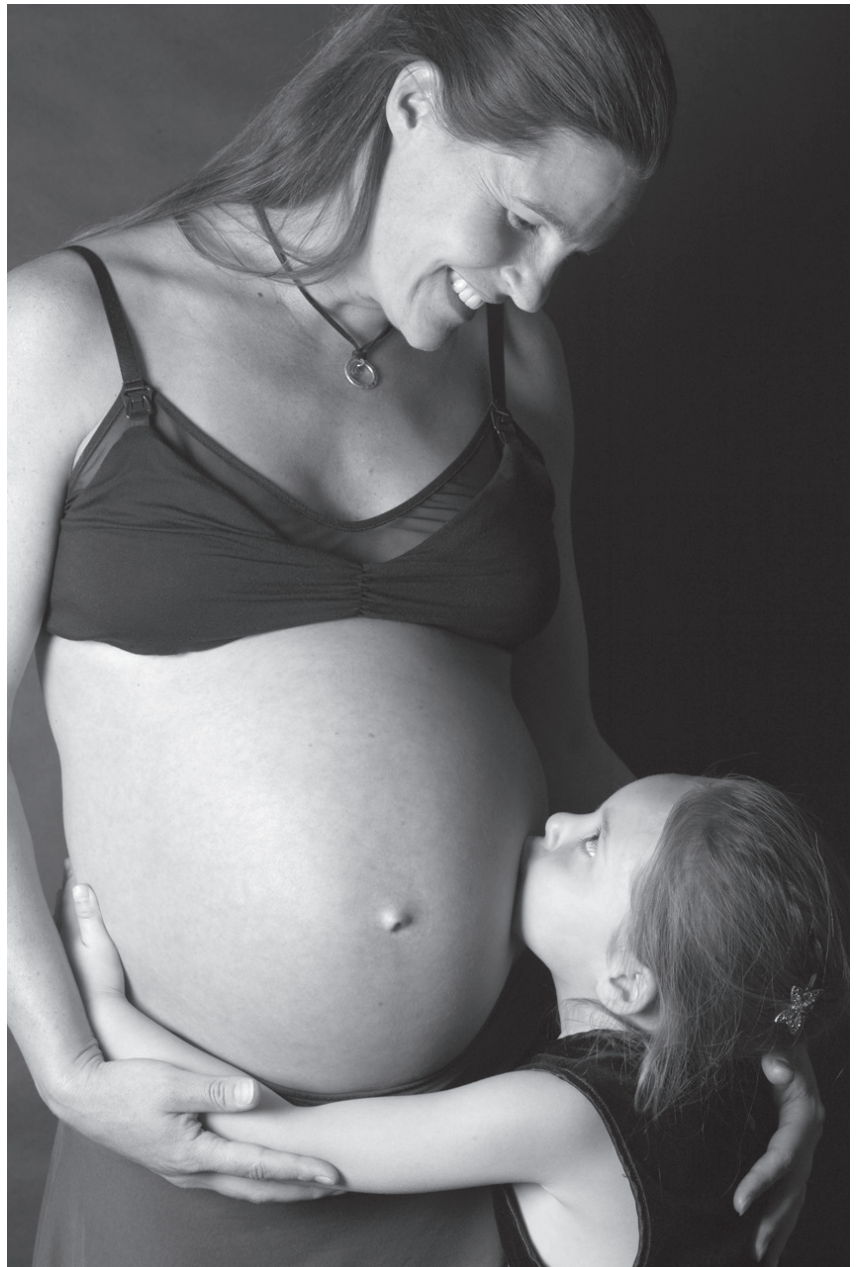
Tog su dana primalje u prigodi da informiraju javnost o tome koliko kompetentna, dobro educirana i vješta primalja može pridonijeti snižavanju maternalnoga i neonatalnoga mortaliteta, ali i sigurnom doživljaju trudnoće, porođaja i babinja. Primalje trebaju proslaviti postignuća u primaljstvu te istaknuti napretke u maternalnoj i neonatalnoj primaljskoj skrbi.

Također je potrebno motivirati širu javnost i lobirati s ciljem da se osigura više sredstava za primaljstvo, edukaciju primalja i prepoznavanje jedinstvene uloge primalja u zdravstvenom sustavu.

Svjetski dan primalja prigoda je da se širu društvenu zajednicu upozori na važnost uloge primalja u zdravstvenoj zaštiti žena i novorođenčadi. Potrebno je također informirati političare na lokalnoj i centralnoj razini o dobrobiti i koristi koje dobro organizirana primaljska skrb sa sobom nosi, a odnosi se na sve društvene slojeve. Spoznaju o primaljama i primaljstvu trebali bi steći prije svega budući roditelji, njihova obitelj, kao i liječnici, medicinske sestre i ostali zdravstveni djelatnici.

SVIJET TREBA PRIMALJE VIŠE NEGO IKAD

Ujedinjeni narodi, Svjetska zdravstvena organizacija i ostale globalne zdravstvene organizacije prepoznali su važnost dobro educiranih, iskusnih i stručnih primalja u zdravstvenoj zaštiti žena i novorođenčadi u postizanju Milenijskih ciljeva, posebno četvrtoga i petoga.



MILENIJSKI CILJEVI

- iskorjenjivanje siromaštva i gladi
- omogućivanje obrazovanja svima
- jednakost spolova
- zdravlje djece
- zdravlje majki i žena
- borba protiv HIV-a/AIDS-a
- održivi razvoj
- globalna suradnja.

PRIMALJE SPAŠAVAJU ŽIVOTE

Svake godine u svijetu umire 350.000 žena i više od dva milijuna novorođenčadi zbog komplikacija koje su se mogle spriječiti u trudnoći i porođaju. Stoga bi autoriteti i političari širom svijeta trebali pridonijeti unapređenju edukacije i zapošljavanju primalja, pogotovo u nerazvijenim zemljama.

PRIMALJSKE KOMPETENCIJE I EDUKACIJA SUKLADNA ICM-OVIM GLOBALNIM STANDARDIMA VAŽNE SU ZA POSTIZANJE ČETVRTOGA I PETOGA MILENIJSKOG CILJA.

Primalje moraju biti kompetentne i dobro educirane te imati zakonsku regulativu. U nerazvijenim zemljama treba osigurati dostupnost primalja i primaljske skrbi te inzistirati na aktivnostima vladajućih državnih tijela koja bi morala osigurati edukatore, tečajeve i prostor, sve u skladu s globalnim kompetencijama primaljske prakse. Svjetski dan primalja stoga je važan dan, ne samo za primalje već i za sve žene, majke, novorođenčad i obitelji. Taj je dan jedinstvena prilika da se u javnosti skrene pozornost koliko su primalje i primaljska skrb važne u zaštiti zdravlja žena i novorođenčadi te da primalje svojim radom čine svijet boljim i sigurnijim mjestom.

Milanka Matešić, bacc. primaljstva

NIZOZEMSKA PRIMALJA U PUSTINJI

Lepršavi šatori, prozračne haljine, strašna vrućina i prašina, puno prašine. To su slike koje su ostale u sjećanju nizozemske primalje Roos Ament. U kolovozu se ukrcala u zrakoplov i oputovala u Etiopiju, gdje je trebala mjesec dana raditi u izbjegličkom logoru na granici Etiopije i Somalije. "Etiopija je moja druga domovina. Živjela sam tamo s obitelji od 1992. do 1998., kada sam se vratila u Nizozemsku da bih se školovala za primalju. Organizacija Liječnici bez granica pozvala me da mjesec dana u logoru Dolo Ado radim u opstetričkoj jedinici. Moja su djeca bila na praznicima, pa su mi ruke bile slobodne." Dolo Ado sastoji se od četiri skloništa za sto dvadeset somalijskih izbjeglica, koje su pobjegle od građanskog rata i gladi. Roos Ament pristala je pomoći pod jednim uvjetom – šator za rađanje s betonskim podom. Nije bila spremna pomoći ženama da rađaju djecu u pijesku. "To je prljavo. Ima poprilično krvi, a tu je i babinje. Nisam to željela raditi u pijesku. Željela sam krv ispirati vodom, a ne zatrpavati pijeskom. Zatražila



sam povišenu podlogu s odvodom nad koji će žene nakon porođaja moći čučnuti i oprati se. Sve je bilo pripremljeno, preko toga je razapet šator i to je bila moja rađaonica." Već prvog dana pozvao ju je zbog porođaja uspaničeni muškarac. Ulazeći u šator, naišla je na ženu u pijesku. Nije se moglo baš puno učiniti, dijete se spontano rodilo baš u tom trenutku. Roos je bila sretna što je ipak bila prisutna. "Žena je ispričala svoju dugu tužnu priču. Hodala je šest tjedana, bježeći od rata i gladi, unatoč svemu što joj se moglo dogoditi tijekom tog napornog i opasnog puta. Kada je konačno stigla u izbjeglički logor, znala je da je spašena." Izbjeglance često tjednima putuju do izbjegličkog logora i sigurnosti. Žene vode svoju djecu, noseći ih na leđima kad zatreba. Muškarci ostaju u pozadini, da se pobrinu za stoku koju su uspjeli spasiti. "Velika većina njih uopće ne zna kamo ide, samo slijede kolone ljudi, nadajući se da će stići nekamo gdje će biti sigurni i pronaći hranu." Djelatnici Dolo Ada dolaze sa svih strana svijeta: Nizozemci, Kanađani, Indonežani, Kinezi i mnogi drugi. Nekoliko tjedana naporno su radili pri temperaturi od 45 °C, neprestano prekriveni prašinom. Stvorili su bolnicu i zdravstvenu službu usred pustinje. "Potpuno si prekriven odjećom, samo su ti oči slobodne, a najbolje bi bilo da i njih možeš pokriti. Na kraju dana cijeli si prekriven crvenom prašinom. Nakon 19 sati više nismo smjeli napuštati sigurnost logora. Bez obzira na sve bilo je zabavno i to nas je držalo. Ponekad kada bismo završili s poslom, popili bismo zajedno pivo, ako smo ga imali, a zatim bismo ulovili koji sat sna." Roos je strahovala za živote svojih pacijenata. Nasreću, nijedna majka ni novorođenče nisu umrli dok je boravila u Dolo Adu, iako djeca i odrasli često umiru od iscrpljenosti i gladi. Roos se sjeća žene koju je ekipa spasila. Samo je troje od jedanaestero njene djece preživjelo, a ona sama bila je teško bolesna. "Hodala sam kroz logor i vidjela je kako stoji na ulazu u šator. Visoka žena u crveno-plavoj lepršavoj haljini. Nasmiješila se i mahнула mi. Rekla je da je sada puno bolje i da se osjeća sigurno i sretno. Nikada neću zaboraviti taj prizor." Vrativši se u svoj rodni grad, Roos je trebalo neko vrijeme da se prilagodi na uobičajeni život. Vratila se svom poslu i postala aktivna u udruzi Posvoji primalju, koje školuje Etiopljanke za primalje kako bi nakon trogodišnjeg obrazovanja bile sposobne samostalno raditi po selima.

"To je mjesto gdje su školovane primalje najpotrebnije."

S engleskog prevela i prilagodila: **Milanka Matešić, bacc. primaljstva**

Izvor: www.allAfrica.com.; Africa: A Dutch Midwife in the Desert

PRIMALJSTVO U HRVATSKOJ U KONTEKSTU USKLAĐIVANJA S PRAVNOM STEČEVINOM EUROPSKE UNIJE

1. Uvod

U samim počecima europskih integracija, u okviru prvih međunarodnih sporazuma temeljem kojih su se europske države ekonomski povezivale (tzv. Rimski ugovori) regulirano je kretanje osoba. Iako su Rimski ugovori bili namijenjeni osiguranju slobodnoga kretanja radnika, države članice EU-a nisu bile obvezne priznati stručne kvalifikacije stečene u drugim državama članicama, pa to često nisu ni činile. To je bila glavna prepreka slobodi kretanja stručnjaka, a rezultiralo je razvojem procesa kojima se olakšavalo priznavanje obrazovanja, osposobljavanja i kvalifikacija stečenih u drugim zemljama članicama EU-a, kao i kod svih drugih prekograničnih kretanja. Time se otvorio prostor za dva značajno različita pristupa, oba ostvariva putem primjene direktiva EU-a, u vezi s načinima priznavanja stručnih kvalifikacija unutar Unije. Ta dva načina (poznata kao sustav sektorskih direktiva i sustav općih sistemskih direktiva) objašnjavaju se detaljnije u nastavku. Iznimno se za neka zanimanja, kao što su sestринство, koriste oba pristupa, ovisno o inicijalnom obrazovanju i osposobljavanju konkretnog stručnjaka.

Sektorske direktive

Tijekom 70-ih i 80-ih godina 20. stoljeća Europska se komisija usredotočila na izradu posebnih direktiva za pojedina zanimanja, poznatih kao sektorske direktive. Svaka direktiva izvedena je iz procesa "harmonizacije", koji je postignut kroz sudjelovanje predstavnika relevantnih zanimanja u radu Savjetodavnog odbora u Bruxellesu. U Savjetodavnom odboru postignut je dogovor oko minimalnih standarda za dotična zanimanja, s obzirom na prirodu, minimalni sadržaj te trajanje programa obrazovanja i osposobljavanja potrebnih za dobivanje kvalifikacija koje međusobno priznaju sve države članice. Nakon što je postignut dogovor, Direktiva je donesena. Cilj je bio omogućiti slobodu kretanja unutar EU-a za državljane EU-a određene struke na temelju njihovih kvalifikacija, obrazovanja i osposobljavanja. Zahtjev za priznavanje tih kvalifikacija, obrazovanja i osposobljavanja u drugoj zemlji EU-a trebalo je podnijeti "nadležnom tijelu" (zakonski određenom za primjenu sektorskih direktiva) u dotičnoj zemlji.

Primalje, medicinske sestre odgovorne za opću skrb, liječnici, stomatolozi, farmaceuti, veterinari i arhitekti imali su određene sektorske direktive. Direktive za primalje donesene su 1980.: Direktiva 80/154/EEC o uzajamnom priznavanju diploma, svjedodžbi i drugih dokaza formalnih kvalifikacija u primaljstvu, uključujući i mjere za olakšavanje učinkovitog

ostvarivanja prava poslovnog nastana i slobode pružanja usluga, te Direktiva 80/155/EEC o koordinaciji odredbi utvrđenih zakonom ili drugim propisom koje se odnose na pokretanje i obavljanje primaljske djelatnosti.

Tijekom vremena proces stvaranja i održavanja sektorskih direktiva kroz usklađivanje pokazao se sporim, nezgrapnim i skupim. U praksi su sektorske direktive bile teško izvedive, osobito prilikom izmjena, koje su nužne zbog promjenjive prirode zdravstvene zaštite i stručne prakse. Budući da je potražnja drugih struka za sličnim procesima usklađivanja bila iznimno visoka, prepoznata je potreba za alternativnim sustavom koji bi bio fleksibilniji.

Opće systemske direktive

Opće systemske direktive temeljile su se na procesu priznavanja umjesto harmonizacije. Taj je pristup omogućio da pojedinac prepoznat kao profesionalac u jednoj državi članici može biti priznat kao takav i u drugoj, pod uvjetom da je njegova struka regulirana u obje države članice.

Direktiva 89/48/EEC odnosila se na diplome stečene nakon završetka najmanje trogodišnjega visokog obrazovanja, nakon školovanja ekvivalentnog baccalaureatu.

Direktiva 92/51/EEC odnosila se na diplome stečene nakon završetka stručnog obrazovanja te obrazovanje i osposobljavanje koji su kraći od tri godine. Taj pristup osmišljen je da bude jednostavniji i fleksibilniji za primjenu, pri čemu se nastojalo postići održavanje profesionalnih standarda obrazovanja i prakse. No definicija regulirane profesije nije nužno jednostavna i u praksi može biti izvor teškoća za osobe koje žele migrirati. Uvjeti za obrazovanje i obuku nisu propisani u direktivama, ali kvalifikacije podnositelja ocjenjivalo je "nadležno tijelo" (zakonski određeno tijelo za provedbu direktive u državi članici). Bilo je dozvoljeno zahtijevati razdoblje prilagodbe ako su postojale sumnje u istovrijednost obrazovanja pojedinca ili se od njega moglo tražiti da polaže ispit. U području zdravstva tim su se postupkom služile sve struke za koje nisu bile predviđene sektorske direktive. Njime su se služile i medicinske sestre i primalje koje su završile stručno obrazovanje, kao dio inicijalnog obrazovanja i obuke ili kao postkvalifikacijsku specijalizaciju. Takvi su pojedinci trebali podnijeti zahtjev relevantnome nadležnom tijelu da prizna njihove kvalifikacije. Zemljama je bilo dopušteno da zahtijevaju ispit ili razdoblje nadzirane prakse u svrhu priznavanja/registracije. Iz iskustva provedbe tih sektorskih i općih direktiva, kao i želje za razvojem učinkovitijih mehanizama za omogućivanje slobodnoga kretanja pripadnika reguliranih zanimanja u proširenoj Europskoj uniji, razvijena je nova direktiva koja kombinira prethodne i uključuje izmjene dogovorene tijekom godina.

2. Direktiva 2005/36/EZ o priznavanju stručnih kvalifikacija

Ova Direktiva stupila je na snagu 20. listopada 2007. i zamijenila petnaest sektorskih direktiva, uključujući i četiri koje su se odnosile na sestrinstvo i primaljstvo. Njezin je cilj bio ojačati četiri slobode (slobodu kretanja radnika, robe i kapitala te slobodu pružanja usluga) i pojednostaviti proces uzajamnosti, uključujući usklađivanje i priznavanje.

Svrha je Direktive olakšati kvalificiranim stručnjacima da obavljaju svoja zanimanja u Europskome gospodarskom prostoru (EEA), tj. svim državama osim vlastite, s najmanje birokracije uz osiguravanje dužne zaštite za javno zdravstvo i sigurnost, zaštite potrošača i održavanje profesionalnih standarda.



Nastavljajući se na članak 3. stavak 1. točke Ugovora o EZ-u, ukidanje prepreka za slobodno kretanje osoba i usluga između država članica (recital 1 L255/22) važan je cilj Europske zajednice. Dakle nužno je ciljano tumačiti direktivu imajući u vidu njenu utemeljenost na osnovnim principima osnivačkih ugovora Europske unije.

Što se konkretno primaljstva tiče, Direktiva se na tu profesiju izravno referira kao na jedno od sedam reguliranih zanimanja te propisuje potrebno obrazovanje i stručne kompetencije primalja. Iako se već u uvodnim izjavama naglašava autonomija država članica u organizaciji obrazovnih programa, ovim se aktom nedvojbeno pokušava utjecati i na usklađivanje i ujednačivanje sustava izobrazbe primalja unutar Europske unije. Nadalje, osobito je značajan članak 42, koji propisuje obvezu država članica da primaljama omoguće pristup i obavljanje **minimalno** sljedećih poslova:

- a) primjereno informiranje i savjetovanje u vezi s planiranjem obitelji
- b) dijagnosticiranje trudnoće i praćenje normalnog tijeka trudnoće, obavljanje pregleda potrebnih za praćenje razvoja normalnog tijeka trudnoće
- c) propisivanje pregleda ili savjetovanje o pregledima koji su potrebni za najraniju moguću dijagnozu rizičnih trudnoća
- d) izvođenje programa za pripremu roditeljstva i potpuna priprema za porođaj, uključujući savjete o higijeni i prehrani
- e) skrb i pomoć majci tijekom porođaja i praćenje stanja fetusa u maternici odgovarajućim kliničkim metodama i tehničkim sredstvima
- f) vođenje spontanih porođaja uključujući, prema potrebi, epiziotomiju i u hitnim slučajevima porođaje na zadak
- g) prepoznavanje znakova koji upozoravaju na nepravilnost kod majke ili djeteta, koji traže upućivanje liječniku i pomoć liječniku, prema potrebi; uz poduzimanje potrebnih hitnih mjera u odsutnosti liječnika, posebno ručno odstranjivanje posteljice popraćeno ručnim pregledom maternice
- h) pregled i njega novorođenčeta, uz poduzimanje svih inicijativa u slučaju potrebe i izvođenje hitnog oživljavanja prema potrebi
- i) njega majke i praćenje njezina napretka u razdoblju nakon porođaja te davanje svih potrebnih savjeta majci o njezi djeteta kako bi joj se omogućilo da svome djetetu pruži optimalni napredak
- j) provedba liječenja koje propiše liječnik
- k) priprema potrebnih pisanih izvješća.

Budući da su između država članica postojale iznimno velike razlike u poimanju zvanja primalje, bilo je nužno direktivom odrediti što će se točno podrazumijevati pod tim nazivom u svim državama članicama te koji su minimalni standardi za obavljanje tog zanimanja. Prema tome, direktiva upravo u članku 42 uspostavlja neovisnu definiciju profesije na nadnacionalnoj razini i traži od pojedinih država da usklade svoje zakonodavstvo prema iznesenim zahtjevima. Valja napomenuti da popis kompetencija nije taksativan, odnosno nije posrijedi zatvorena lista, već su to minimalni standardi, **koji se mogu proširiti i dopuniti** u nacionalnim zakonodavstvima.

Važnost ove odredbe dobro ilustriraju i primjeri iz prakse. Tako je primjerice Europska komisija 2006. odlučila pokrenuti postupak za utvrđivanje povrede europskog prava od Luksemburškoga Velikog Vojvodstva zbog toga što je utvrdila da su njegovim nacionalnim zakonodavstvom previše ograničene aktivnosti koje bi primalje trebale obavljati samostalno, bez liječničkoga nadzora.

Konkretno, bila je riječ o određenim pregledima trudnica za koje je bilo propisano da ih moraju obavljati liječnici specijalisti. Komisija je smatrala da takve restrikcije onemogućuju primalje iz drugih zemalja članica da obavljaju svoju djelatnost u Luksemburgu te da je zapravo riječ o povredi njihove slobode kretanja i poslovnog nastana. Komisija je osudila i mjeru države o uskrati trudničkog doplatka kojom se ohrabrivalo trudnice da preglede obavljaju kod liječnika umjesto kod primalje. U navedenom je dokumentu od Luksemburga zatraženo očitovanje te je država pozvana na donošenje potrebnih propisa u svrhu uklanjanja navedenih nepravilnosti.

Prema tome, očito je da postoji potreba jasnog određivanja europskih standarda te ujednačivanja nacionalnih odredbi koje se odnose na određivanje bitnih odrednica primaljstva kao profesije, te u vezi s tim i razinu obrazovanja nužnu za postizanje stručnosti potrebne za obavljanje tog zanimanja. Stoga se u Direktivi jasno iznose i zahtjevi vezani uz stručno obrazovanje primalja:

1. Osposobljavanje primalja obuhvaća ukupno minimalno:

- a) posebno redovno osposobljavanje za primalje, koje obuhvaća najmanje tri godine teoretskog i praktičnog obrazovanja (smjer I.) koje minimalno uključuje program opisan u Prilogu V., točki 5.5.1. ili
- b) posebno redovno osposobljavanje za primalje koje traje osamnaest mjeseci (smjer II.) koje obuhvaća minimalno obrazovni program opisan u Prilogu V., točki 5.5.1. koji nije predmet istovjetnog osposobljavanja medicinskih sestara za opću zdravstvenu njegu. Države članice jamče da su ustanove koje obavljaju osposobljavanje primalja odgovorne za usklađivanje teorije i prakse tijekom programa obrazovanja.

2. Pristup osposobljavanju za primalje, ovisi o ispunjenju jednog od sljedećih uvjeta:

a) završenih barem prvih deset godina općega školskog obrazovanja za smjer I., ili

b) posjedovanje dokaza o formalnim kvalifikacijama za medicinsku sestru za opću zdravstvenu njegu u Prilogu V., točki 5.2.2. za smjer II.

3. Osposobljavanje primalja mora zajamčiti da je ta osoba stekla sljedeća znanja i vještine:

a) primjereno poznavanje znanosti na kojima se temelje poslovi primalja, posebno porodništva i ginekologije

b) primjereno poznavanje etike profesije i profesionalnog zakonodavstva

c) temeljito poznavanje bioloških funkcija, anatomije i fiziologije porodništva i neonatologije te odnosa između stanja zdravlja i fizičkog i socijalnog okruženja čovjeka i njegova ponašanja

d) primjereno kliničko iskustvo u ovlaštenim ustanovama pod nadzorom osoblja osposobljenog za primaljstvo i opstetriciju

e) primjereno razumijevanje osposobljavanja zdravstvenih djelatnika i iskustvo u radu s takvim osobljem.

Iz citiranih je odredbi razvidno da se za zanimanje primalje traže visoko educirane osobe čije školovanje i osposobljavanje uključuje stjecanje niza specifičnih i specijalističkih vještina i kompetencija. Komparativnom analizom obrazovnih sustava država članica nameće se zaključak da postoje dva optimalna načina za postizanje potrebne razine stručnosti: završetak preddiplomskog i diplomskog studija primaljstva te doškolovanje postojećega medicinskog osoblja (sestara) s visokom stručnom spremom.



3. Stanje u hrvatskom zakonodavstvu

U okviru pristupnog procesa od Republike Hrvatske tražilo se usklađivanje s pravnom stečevinom Unije u svim područjima, pa tako i u vezi sa slobodom kretanja radnika. Doneseni su propisi čija je svrha bila upravo usklađivanje s Direktivom 36/2005, od kojih je temeljni akt Zakon o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija, čije je donošenje bilo i jedno od mjerila. U skladu sa standardima postavljenima u Direktivi, navedeni Zakon predviđa programe osposobljavanja u Hrvatskoj za sedam profesija koje ulaze u sustav priznavanja stručnih kvalifikacija na osnovi koordinacije minimalnih uvjeta osposobljavanja. Na temelju tih odredbi Zakona potrebno je provjeriti i uskladiti nastavne planove za primalje, i to najkasnije do dana pristupa Hrvatske Europskoj uniji.

Nadalje, do listopada 2008. u Hrvatskoj nije postojao posebni zakon koji bi regulirao profesiju primalje, odnosno primaljstvo se nije smatralo neovisnom profesijom odvojenom od zanimanja medicinskih sestara za opću njegu. U listopadu 2008., kao dio usklađivanja s pravnom stečevinom u ovom poglavlju pregovora, profesija primalja uređena je posebno, donošenjem Zakona o primaljstvu (NN 120/08). Istovremeno je osnovana Hrvatska komora primalja i osnovni uvjeti osposobljavanja nadograđuju se kako bi odgovarali organizaciji osposobljavanja te sustavu stjecanja znanja i vještina sukladno Direktivi 2005/36. Navedeni je Zakon izmijenjen i dopunjen u prosincu 2010., kad su u njega uneseni popis kompetencija primalje koji je načelno usklađen s Direktivom i odredbe o obveznome temeljnom obrazovanju za primalje asistentice i primalje prvostupnice.

Europska komisija u svojem je posljednjem izvješću o napretku Hrvatske ocijenila razinu usklađenosti s pravnom stečevinom u ovom području kao zadovoljavajuću, iako je istaknula potrebu za daljnjim usklađivanjem obrazovnih programa za primalje, unatoč izmjenama i dopunama Zakona o primaljstvu.

Načelno, Zakon o primaljstvu slijedi Direktivu i propisuje minimalne zahtjeve u pogledu obrazovanja te regulira i definira djelatnosti primalja. No zakon je po samoj svojoj prirodi opći pravni akt za čiju je primjenu potrebno donijeti i provedbene propise, što se do sada nije dogodilo. U takvim uvjetima stanje hrvatskog primaljstva u praksi ostaje nepromijenjeno.

Što se tiče zatečenog stanja, prema hrvatskome pristupnom ugovoru, **ne priznaju se stečena prava u primaljstvu**, pa od 1. srpnja 2013., odnosno od dana pristupa Europskoj uniji, primalje koje svoje zvanje nisu stekle prema uvjetima iznesenima u Direktivi neće moći direktno pristupiti zajedničkom tržištu EU-a. Budući da u Republici Hrvatskoj trenutno nema nijedne primalje koja udovoljava tim uvjetima, time se zapravo hrvatske primalje diskriminira jer je Hrvatska dužna omogućiti zapošljavanje primalja iz EU-a čije su kvalifikacije u skladu s Direktivom (štoviše, to im je pravo zajamčila i zakonom), a s druge strane ne omogućuje adekvatnu naobrazbu ni obavljanje propisanih djelatnosti na svome državnom području, iako su u tom smislu doneseni načelni propisi. Štoviše, istodobno se diskriminiraju i primalje iz Europske unije (v. slučaj Luksemburga), koje u Hrvatskoj ne mogu obavljati svoju djelatnost u onom sadržaju i na onaj način kako je to regulirano Direktivom.

Takvo je stanje pravno neprihvatljivo i praktično neodrživo te su potrebne daljnje reforme da bi se ono ispravilo, i to prije svega donošenjem provedbenih propisa kojima će se detaljno regulirati način samostalnog funkcioniranja i obavljanja djelatnosti primalja te stvaranjem administrativnih i institucionalnih preduvjeta da se zakonska rješenja mogu što bolje primijeniti u praksi. U prvom je redu potrebno odrediti uvjete za pokretanje samostalnih privatnih praksi te predvidjeti reorganizaciju primaljskog angažmana u okviru zdravstvenih ustanova. Također valja pokrenuti niz obrazovnih programa i programa stručnog usavršavanja kojima će se stjecati vještine i znanja potrebni za obavljanje primaljskih djelatnosti. Ako se to ne dogodi, Hrvatska će nakon 1. srpnja 2013. biti odgovorna za kršenje prava EU-a, što će otvoriti prostor Europskoj komisiji za pokretanje postupka za utvrđivanje povrede, a zatim i Europskom sudu.

Valja napomenuti i da se usklađenost s Direktivom 2005/36/EZ u najvećem dijelu postiže kao dio paketa razvojnih mjera u području sestinstva i primaljstva koji uključuje niz strategija Regionalnog ureda WHO-a za Europu, uključujući i one za obrazovanje sestara i primalja, smjernice za upotrebu ljudskih resursa, preporuke za jačanje sestinstva i primaljstva te primjenu globalnih standarda WHO-a za profesionalno obrazovanje sestara i primalja. Prema tome, navedena pitanja vezana uz situaciju u hrvatskom primaljstvu prelaze okvire Europske unije i mogu se smatrati globalno utvrđenim međunarodnim obvezama.

4. Zaključak

Građani EU-a koji pružaju širok raspon profesionalnih usluga bitni su sudionici u našem gospodarstvu. Pružanje usluga ili zapošljavanje u drugoj državi članici konkretan je primjer kako oni mogu imati koristi od jedinstvenog tržišta. Već je odavno prepoznato da restriktivna regulacija stručnih kvalifikacija jednako negativno utječe na mobilnost kao i diskriminacija na temelju nacionalnosti. Priznavanje kvalifikacija stečenih u drugoj državi članici stoga je postalo temeljni građevni blok jedinstvenog tržišta.

Omogućivanje građanima da ostvare pojedinačna prava na rad bilo gdje u EU-u mora se sagledati u širem kontekstu. Da bi se potpuno iskoristila sloboda kretanja, stručnjaci moraju imati mogućnost da jednostavno ostvare priznanje kvalifikacija u drugim državama članicama. Prema tome, bitno je da Direktiva postavlja jasna i jednostavna pravila za priznavanje stručnih kvalifikacija. U isto vrijeme pravila moraju osigurati visoku kvalitetu usluga, a da ne postanu prepreka mobilnosti. Stoga Direktiva postavlja jasna pravila i kriterije za obrazovanje i osposobljavanje profesionalaca, ali i iznosi definicije pojedinih profesija te njihove kompetencije. Time nastoji osigurati jedinstveno poimanje i ujednačene zahtjeve u okviru pojedinih struka u svim državama članicama. To je važan i neizostavan korak koji je temelj integracije, pa je kao takav prepoznat već i u osnivačkim ugovorima.

Hrvatska na pragu punopravnog članstva u Europskoj uniji mora biti svjesna značenja ovog pravnog instrumenta i potpuno spremna u cijelosti ga implementirati. Budući da su dosad poduzeti određeni koraci u tom smjeru, ostaje očekivanje da će se nastaviti usklađivanje s odredbama Direktive te da će se donijeti potrebni provedbeni propisi posebnoga karaktera koji će omogućiti da primaljstvo kako je definirano u Direktivi te kako ga definira WHO uistinu zaživi i u Hrvatskoj.

Izvor:

1. http://www.komora-primalja.hr/datoteke/direktiva_2005_36%20analiza.pdf.

Predstaviti ćemo ustanove koje educiraju primaljske prvostupnice:

SVEUČILIŠTE U RIJECI – MEDICINSKI FAKULTET U RIJECI – STRUČNI STUDIJ PRIMALJSTVO

Opći podaci

Naziv studija: Stručni studij Primaljstvo

Nositelj studija i izvođač: Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Trajanje studija: 3 godine (6 semestara)

Uvjeti upisa: završen program četverogodišnje srednje škole i razredbeni ispit

O studiju

Prva primaljska škola u Hrvatskoj osnovana je 1786. u Rijeci pod vodstvom riječkoga kirurga Jakoba Cosminija. Opstala je samo godinu dana jer kao privatna nije imala potporu države. Tek je 1821. u Zadru počela raditi prva primaljska škola, temeljem dekreta cara Franje I. Bilo je to u času kada je čitava pokrajina Dalmacija imala svega jednu izučenu primalju. Primaljsko učilište počelo je s radom 1877. u sklopu Opće i javne bolnice sestara milosrdnica u Zagrebu, gdje je otvoreno rodilište kao vježbaonica za učenice primaljstva.

Kontinuitet školovanja primalja prekinut je 1987., kada je školovanje za primalje ukinuto, nakon sto deset godina uspješnog djelovanja te škole. Ubrzo je na ginekološkim odjelima i u rodilištima uočen nedostatak toga osoblja te je nakon protesta mnogih uglednih liječnika ginekologa i na traženje strukovnih udruga 1991. opet otvorena Škola za primalje u Zagrebu. To je jedina škola u državi koja kontinuirano školuje primalje, dok se u našim većim gradovima one školuju povremeno, prema potrebama lokalnoga zdravstva.

S obzirom na veliki napredak perinatalne medicine, uvođenje mnogih novih dijagnostičkih i terapijskih postupaka, primalji je potrebna naobrazba na visokoškolskoj razini. Također, u procesima liječenja i zdravstvene njege uvedeni su visoki



tehnološki standardi. Kao protuteža posljednjih se desetljeća javlja pokret usmjeren na zdravlje i njegovo unapređenje, čiji je pokretač Svjetska zdravstvena organizacija. Bitne odrednice projekta "Zdravlje za sve do 2010. godine" jesu unapređenje i očuvanje zdravlja kroz znanje, slobodno odlučivanje i odgovornost, te osiguravanje kvalitete življenja u zdravlju i bolesti (WHO – European Health 21 – WHO Regional Committee for Europe, Kopenhagen, 1998.).

Jedna je od najvažnijih preporuka WHO-a i ostvarenje Cilja 18 – Razvoj ljudskih resursa u zdravstvu: do 2010. godine sve zemlje članice EU-a trebaju osigurati da svi zdravstveni radnici u sustavu zdravstva, ali i u drugim srodnim područjima, posjeduju odgovarajuća znanja, stavove i sposobnosti sa svrhom očuvanja i unapređenja zdravlja.

Prema preporukama i standardima Svjetske zdravstvene organizacije i Europske zajednice, a s obzirom na veliki napredak perinatalne medicine, uvođenje mnogih novih dijagnostičkih i terapijskih postupaka, na svim razinama zdravstvene zaštite potrebne su stručne i obrazovane primalje. U skladu s tim hrvatsko zdravstvo treba primalje koje će vladati elementarnim znanjima i vještinama primaljske skrbi, ali i visokoobrazovane primalje za područje upravljanja i rukovođenja, javnog zdravstva i školovanja.



Visokoobrazovane i humanistički odgojene primalje, koje poštuju život, učinkovito će pridonositi zdravlju naših žena, majki i djece te pronatalitetnoj politici Republike Hrvatske.

Predloženi program školovanja primalja na našem fakultetu usklađen je s predloženim europskim standardima.

Kompetencije koje student stječe završetkom studija

Po završetku studija studenti će biti pripremljeni za obavljanje primaljske prakse jer će imati primjerena znanja iz bioloških i humanističkih znanosti, bit će sposobni upozoriti na etičke dimenzije zdravstvene skrbi te povredu prava pacijenata i vladat će vještinama primaljske prakse. Profesionalna kompetencija u području zdravstvene njege sastoji se od sljedećih skupina aktivnosti: procjene prikupljanjem, analizom, interpretacijom i predstavljanjem podataka; planiranja i provođenja osnovne i specijalne zdravstvene njege kao i provođenja algoritama; brige o okolišu; evaluacije, izvještavanja i dokumentiranja pružene zdravstvene njege; promocije zdravlja i zdravstvenog obrazovanja; koordinacije zdravstvenom njegom na mikrorazini i makrorazini; nadziranja i upravljanja kvalitetom zdravstvene njege; unapređivanja profesionalne kompetencije na makrorazini.

Stručni naziv

prvostupnik primaljstva

SVEUČILIŠTE U SPLITU – SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA – PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJSKI PROGRAM – PRIMALJSTVO

Dana 3. i 4. prosinca 2010. održana je smotra Sveučilišta u Splitu. Na njoj su predstavljeni svi fakulteti, uz već postojeće i novoosnovani Fakultet zdravstvenih studija.

Fakultet zdravstvenih studija nudi pet studijskih programa, od kojih su dva nova – Primaljstvo i Medicinsko-laboratorijska dijagnostika, kako je na otvaranju rekao rektor Sveučilišta u Splitu prof. Ivan Pavić.

Sestrinstvo, Fizioterapija i Radiologija, koji su do sada bili stručni studiji, na Fakultetu zdravstvenih studija izvodit će se po sveučilišnom programu, jednako kao i Primaljstvo.

Sveučilište u Splitu prvo je u Hrvatskoj uspjelo napraviti jedan takav studij koji udovoljava svim zahtjevima Europske unije, a mi smo ponosni što se i program Primaljstvo našao u sklopu Fakulteta zdravstvenih studija.

Težnja je primaljske struke školovati primalju po europskim standardima kako bi bila konkurentna na tržištu rada zemalja članica EU-a, a prije svega pridonijeti zdravlju naših žena, majki i djece te pronatalitetnoj politici Republike Hrvatske. Stoga je upravo osnutak preddiplomskoga sveučilišnog studija primaljstva na Odjelu zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu prvi ozbiljan korak u ostvarivanju tog cilja.

No kako su potrebe za školovanjem primalja puno veće, a ulazak naše zemlje u EU sve bliži, nužno je osim izvanrednoga otvoriti i redoviti studij primaljstva koji bi u dogledno vrijeme zadovoljio potrebe za edukacijom primalja u skladu s Direktivom 2005/36/EZ, koja je obvezujuća za sve zemlje članice EU-a. Sveučilišni preddiplomski i diplomski studij primaljstva može zadovoljiti te visoke kriterije školovanja primalja. Upravo bi on omogućio potrebnu razinu obrazovanja kojom bi primalja postala temeljni nositelj primaljstva i pružanja primaljske skrbi. Također, nekadašnja orijentiranost na pomagačko zanimanje preoblikuje se i proširuje te primaljstvo usmjeruje prema profesiji za samostalno obavljanje primaljske skrbi. Pritom bi obrazovanje primalja na sveučilišnome preddiplomskom i diplomskom studiju primaljstva omogućilo stjecanje potrebnog znanja i osposobilo primalje za preuzimanje uloge edukatora (mentora) na preddiplomskome sveučilišnom studiju sestrinstva i voditelja/ica odjela/odsjeaka u klinikama te timova primaljske skrbi. Kao temeljni preduvjet za razvoj primaljstva takav profil primalja u RH potpuno je nepoznat. Upravo Komisija EU-a, koja je u sklopu Peer misije 2008. posjetila Republiku Hrvatsku na poziv Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi, u svom je izvješću izdvojila baš taj problem, navodeći da "primalje moraju učiti od primalja".

Školovanje po sveučilišnom programu znači imati osigurano i daljnje napredovanje u struci na diplomskome i poslijediplomskom studiju, što se i za primaljstvo predviđa.

Na Preddiplomski sveučilišni studij primaljstva moći će se upisati osobe koje zadovoljavaju sljedeće kriterije: završena srednja četverogodišnja škola te dokaz o zdravstvenim i psihofizičkim sposobnostima za studij primaljstva.

Izvori: 1. Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Primaljstvo, <http://ozs.unist.hr/studijски-programi/preddiplomski-programi/primaljstvo>, 12. 9. 2011.

SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA NA MEDICINSKOM FAKULTETU SVEUČILIŠTA U ZAGREBU

Nakon osnutka Fakulteta zdravstvenih studija na splitskom Sveučilištu te pokretanja prvoga sveučilišnog diplomskog studija sestrinstva u Osijeku, i Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu najavio je diplomski sveučilišni studij sestrinstva od sljedeće akademske godine.

Prof. dr. sc. Davor Miličić, dekan Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, odgovarajući u *Vjesniku* na pitanje o nedostatku zdravstvenih djelatnika, osvrnuo se i na nedostatak medicinskih sestara te najavio sveučilišni diplomski studij sestrinstva od iduće akademske godine.

"Osim liječnika, u Hrvatskoj postoji i ozbiljan manjak medicinskih sestara, a i one će ulaskom u Europsku uniju potražiti bitno bolje plaćeni posao u inozemstvu. Naš fakultet naravno ne može riješiti problem manjka sestara u Hrvatskoj, ali može i mora pomoći da sestrinstvo u Hrvatskoj dobije napokon mogućnost edukacije na sveučilištu radi stjecanja fakultetske – sveučilišne diplome, po uzoru na razvijenije europske zemlje i SAD. Nakon toga sestre mogu pohađati poslijediplomske sveučilišne studije, uključujući i znanstveni, doktorski studij. To je ključno za daljnji napredak i modernizaciju hrvatskoga sestrinstva. Dobivši dopusnicu Senata Sveučilišta u Zagrebu od iduće akademske godine planiramo početi s diplomskim studijem sestrinstva", izjavio je dekan Miličić za *Vjesnik* od 1. siječnja 2010.

Osim u *Vjesniku* najavu sveučilišnog diplomskog studija sestrinstva Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu objavio je



i u svome službenom časopisu, kao i tijekom uvodnih izlaganja na 1. Međunarodnom kongresu Hrvatskog nacionalnog saveza sestrinstva (HNSS), koji se održao krajem studenoga 2011. u Zagrebu.

Dekan Miličić usto je sredinom prosinca 2011. povodom obljetnice zagrebačkoga Medicinskog fakulteta najavio da će se na Medicinskom fakultetu od iduće godine uvesti i diplomski sveučilišni studij sestrinstva po uzoru na Europsku uniju i SAD, **a u planu je i uvođenje dodiplomskog studija primaljstva.**

Takvim potezima medicinskih fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Rijeci i Osijeku, Zdravstveno veleučilište u Zagrebu izgubilo je vodeću ulogu u visokom obrazovanju medicinskih sestara u Hrvatskoj i osiguravanju najviše moguće razine formalnog obrazovanja.

Tako se polako ali sigurno znatno proširilo tržište obrazovanja medicinskih sestara na visokoj razini na cijelu Hrvatsku, što je posljedica velikog interesa medicinskih sestara za daljnje napredovanje i obrazovanje, ali i mogućnost nove zarade za spomenute fakultete, koja je do sada bila uglavnom rezervirana za Zdravstveno veleučilište u Zagrebu.

Nažalost, ostaje i dalje činjenica da se svi natječaji i kvote upisa za studije sestrinstva odvijaju bez usklađivanja s realnim potrebama hrvatskog zdravstva za visokoobrazovanim medicinskim sestrama i tehničarima, što je, uz uvođenje petogodišnjih srednjih škola za medicinske sestre, koje nigdje drugdje u svijetu ne postoje, još jedan dokaz postojanja različitih interesnih skupina koje donose više štete nego koristi razvoju sestrinstva kao moderne profesije u Hrvatskoj.

Izvor: 1. Preuzeto s: http://www.nurse.hr/novosti/novosti_sestrinstvo/dogodine-sveucilisni-diplomski-studij-sestrinstva-na-mef-zagreb.html; 16. 9. 2011.

ODZVONILO AMNIOCENTEZI: NEINVAZIVNI KRVNI DNK-TEST ZA DOWNOV SINDROM STIŽE I U EUROPU

Novi bi test primjenu amniocenteze mogao smanjiti za čak 98 posto. Kod krvnog DNK-testa nema nikakva rizika za trudnicu ili dijete, za razliku od amniocenteze, koja je povećavala rizik od pobačaja.

Krvni DNK-test za rano otkrivanje Downova sindroma kod nerođenog djeteta, kojim se rizik od tog poremećaja utvrđuje na temelju malog uzorka majčine krvi, ove će godine nakon SAD-a stići i u Europu. Njegovo uvođenje najavila je Njemačka, i to za sredinu 2012., dok se u Sjedinjenim Američkim Državama uspješno primjenjuje od listopada 2011.

Godišnje pedesetak djece s Downom

U Hrvatskoj se godišnje rodi pedesetak djece s Downovim sindromom. U prosjeku se s tim kromosomskim poremećajem

koji nastaje zbog viška jednoga kromosoma ili dijela kromosoma u jezgri svake stanice tijela rađa jedno od 650 djece. Taj poremećaj sprečava normalan tjelesni i mentalni razvoj djeteta. Budući da postoje tri kopije 21. kromosoma, regularni tip Downova sindroma poznat je i kao "trisomija 21".

Primjena krvnog testa za Downov sindrom mogla bi, smatraju stručnjaci, potpuno ukloniti potrebu za provođenjem amniocenteze, invazivnog testa koji povećava rizik od pobačaja. Prema podacima britanskih znanstvenika, u toj se zemlji invazivnom testiranju, prilikom kojeg se vađenjem plodne vode iglom uzima uzorak stanica posteljice, podvrgava od tri do pet posto trudnica, a svaka stota među njima pobaci nakon pretrage. Novi bi test, predviđaju stručnjaci, učestalost potrebe za primjenom amniocenteze mogao smanjiti za čak 98 posto, ili na samo 0,1 posto svih trudnica. Za razliku od amniocenteze, kod krvnog DNK-testa nema nikakva rizika za trudnicu ili dijete. Ta se pretraga smatra potpuno pouzdanom jer krv sadržava i do pet posto materijala iz stanica posteljice, a tkivo posteljice identično je s tkivom djeteta.

Nepoznata cijena

Upravo je pouzdanost, odnosno visoka točnost krvnog testa preduvjet koji hrvatski liječnici smatraju ključnim da bi se nova pretraga primjenjivala i u Hrvatskoj.

"Naravno da pozdravljamo svaku novu dijagnostičku metodu koja će biti manje invazivnosti, pa tako i ovaj krvni test. Međutim, prije nego ga počnemo primjenjivati, trebamo biti sigurni da je test jednako pouzdan kao i amniocenteza", ocjenjuje Slavko Orešković, predstojnik Klinike za ženske bolesti i porode u Petrovoj. Primjena testa ovisit će svakako i o njegovoj cijeni. Orešković kaže da nema informacija kada bi se novi DNK-test mogao pojaviti na našem tržištu, no sudeći prema tempu kojim Hrvatska slijedi Europu u uvođenju novih lijekova i medicinskih metoda, trudnice u Hrvatskoj ne bi trebale dugo čekati na njega.

Iako je novi test u svijetu izazvao kontroverze, osobito među roditeljima djece s Downovim sindromom koji smatraju da se time diskriminira djecu s tim poremećajem, u Hrvatskoj zajednici za Down sindrom nemaju ništa protiv uvođenja novog testa sve dok roditelji imaju pravo na slobodan izbor. Ako bi se testiranje pretvorilo u pritisak države na trudnice koje nose djecu s Downovim sindromom, to bi, kažu, bio opasan i nedopustiv trend.

"Najveći je problem ako se roditeljima ne dopušta da sami odlučuju. Ako test i pokaže da dijete ima Downov sindrom, roditelju treba ostaviti pravo da samostalno odluči želi li ipak to dijete", kaže predsjednica udruge Dinka Vuković. "Diskriminacija prema osobama s Downovim sindromom nije dobra jer su tolike bolesti puno gore nego Down", upozorava.

"Naš je cilj pomoći roditeljima da odluče, a ne da se od njih traži test da bi ih se 'spasilo' od djece s teškoćama, a državu lišilo jednog problema. Ako dijete ima alergije, ADHD, strada u prometu, sve to stvara ogromne probleme zdravstvu, veće nego Downov sindrom, o kojem se stalno govori", ističe Vuković.

Oštri Englezi

Pitanje je, veli, i kome će se dati krvni DNK-test, jer takvu djecu ne rađaju samo starije majke nego i one mlađe od trideset godina.

"Englezi su u tome bili oštri, započeli su široko testiranje, ali su roditelji ipak počeli rađati djecu s Downom, i to zato što su sretali sve više takvih osoba u McDonaldsu, kafićima, kazalištima, i počeli ih prihvaćati. U Danskoj se pak dogodilo da je država bila okrutna prema roditeljima koji su htjeli dijete unatoč Downovom sindromu, po principu: tko vam je kriv, sad brinite o njemu", kaže Vuković.

Hrvatska je u tom pogledu korektna, ali sustav bi morao više pomoći roditeljima u podizanju te djece, rehabilitaciji i davanju drugih prava. Roditelji djece s Downovim sindromom u nas su uglavnom prepušteni sami sebi, pa čak i sami prevode knjige o tome kako raditi s tom djecom.

Svake godine čine se veliki koraci u identificiranju gena na 21. kromosomu, koji uzrokuju Downov sindrom. Danas su znanstvenici čvrsto uvjereni da će s napretkom genetike i istraživanjem ljudskoga DNK-a biti moguće ispraviti ili spriječiti mnoge probleme povezane s Downovim sindromom.

Izvor: 1. Odzvonilo amniocentezi: neinvazivni krvni dnk test za down sindrom stiže i u europu, <http://www.novilist.hr/Lifestyle/Zdravlje-ljepota/Zdravlje/Odzvonilo-amniocentezi-neinvazivni-krvni-DNK-test-za-Down-sindrom-stize-i-u-Europu>; Objavljeno: 13. siječnja 2012.

Ljerka Bratonja Martinović

IZNENADNI GUBITAK DJETETA

PODRŠKA U RODILIŠTU

Medicinsko osoblje najčešće je prvo u kontaktu s roditeljima koji su izgubili dijete, stoga može odigrati važnu ulogu u prihvaćanju gubitka i nošenju s njim. Nužno je da te obitelji nisu prepuštene isključivo sebi u pronalaženju načina da prebrode najteže trenutke.

Na koji način priopćiti vijest, kako će obitelj reagirati, kako pripremiti majku na porođaj mrtvog djeteta i mnoga slična pitanja mogu uznemiriti te izazvati dodatno psihološko opterećenje u ophođenju s roditeljima.

Što uopće reći? Najbolje je najčešće i najjednostavnije:

- * Žao mi je što ste izgubili dijete.
- * Ovo mora biti jako teško za vas oboje.
- * Ne znam što bih vam rekao/rekla.
- * Ne mogu ni zamisliti kako se osjećate.

Nikako se nemojte služiti frazama poput: Bit će druge djece; Tako je najbolje; Tako je htio Bog; Nije to još ni bilo dijete i sl.

Vrlo je bitan čimbenik u procesu zacjeljivanja rana da roditelji imaju sljedeće mogućnosti izbora:

- * prisutnost oca djeteta uz majku tijekom porođaja
- * vidjeti svoje dijete i oprostiti se od njega
- * nakon oporavka od prvog šoka odlučiti što će s djetetovim tijelom
- * informacije o mogućnostima pokopa
- * mogućnost razgovora sa psihologom/psihijatrom ili pružiti informacije gdje se mogu obratiti za pomoć
- * odvojiti takve roditelje od ostalih roditelja i beba
- * omogućiti posjete izvan zadanog vremena posjeta
- * uputiti roditelje na prava iz zakona (prijava djeteta u matični ured, korištenje roditeljskim dopustom)
- * osigurati sitnice za uspomenu (slike s ultrazvuka, fotografija djeteta, pramen kose i sl.).

ŽALOVANJE je proces proživljavanja emocija koje se stvaraju gubitkom. Ono je znak psihičkog zdravlja i nužno je kako bi se prešao put od prihvaćanja gubitka do pronalaženja načina da se nastavi sa životom nakon gubitka. Taj je proces obilježen usponima i padovima te raznim intenzivnim emocijama.

Nakon gubitka teško je zamisliti da će tuga ikada proći, no s vremenom većina roditelja ipak pronalazi način da nastavi sa životom. Važnu ulogu u zacjeljivanju rana imaju ljudi koji okružuju ožalošćene roditelje. Svatko od nas ima svoje, drukčije viđenje smrti, pa prema tome i različit način suočavanja s emocijama i reakcije na njih. Sve su te reakcije prirodne i potrebno ih je izraziti.

Uobičajene su reakcije na gubitak: depresivnost, ljutnja, bespomoćnost, poricanje, povlačenje iz društva, osamljenost, mržnja, plač, nesanica, iscrpljenost, obamrlost ili tupost, nedostatak koncentracije i razmišljanje o vlastitoj smrtnosti.

Majke često prolaze kroz intenzivan osjećaj krivnje jer svoje tijelo smatraju odgovornim za djetetovu smrt, predbacuju si zašto nisu na nešto reagirale ili prepoznale problem.

Žalovanje najčešće počinje ŠOKOM I NEVJERICOM, poricanjem da se smrt uopće dogodila. Slijedi LJUTNJA, koja može biti usmjerena prema sebi, okolini, liječnicima i sl. Često proizlazi iz osjećaja bespomoćnosti što ne možemo ništa učiniti da promijenimo situaciju.



Roditeljski forum mameibebe.biz.hr - "Anđeli-povjerljivo"
 andelipovjerljivo@gmail.com

Faza TUGOVANJA nastupa kada shvatimo da je gubitak nepovratan. To je emocija koja nas prati dugo, ponekad i zauvijek.

RESTRUKTURIRANJE SITUACIJE posljednja je faza tugovanja. U toj fazi osoba može iskusiti niz složenih osjećaja, od olakšanja do krivnje. Osjećaj krivnje može se javiti jer se smijem ili uživam u nekim stvarima, a dogodio nam se tako veliki gubitak. Unatoč tome ulazak u tu fazu predstavlja zacjeljenje i prihvaćanje nastale situacije. Faze žalovanja ne trebaju se kruto shvaćati jer su tijekom i trajanje tugovanja individualni.

Strategije kojima možemo smanjiti osjećaj boli jesu: razgovor s nekim o gubitku, bavljenje drugim stvarima, razvijanje nekog novog interesa, a najviše korištenje sustavom socijalne podrške obitelji, prijatelja ili profesionalnih savjetnika.

PODRŠKA OKOLINE

Ako poznajete roditelje koji su nedavno izgubili dijete, najbolje je da im dozvolite da sami ispričaju kako se osjećaju. Ako trebaju nekoga za razgovor, dajte im do znanja da ste tu. No neki roditelji ne izražavaju rado emocije i radije bi bili sami. Nemojte to osobno shvaćati, već ponovno pokušajte nakon nekog vremena ili ponudite praktičnu pomoć.

PARTNERSKI ODNOSI

- * Svatko je od nas drugačiji, nema pravog ni krivog načina nošenja s tugom.
- * Provodite dovoljno vremena zajedno kako biste mogli podijeliti svoje osjećaje i razgovarati o budućnosti.
- * Pomažite i ohrabrujte jedno drugo i pokušajte održati što više dotadašnjih stalnih aktivnosti.
- * Odvojite vrijeme za zajedničko uživanje, otiđite u šetnju, pogledajte film.
- * Dopustite si i da dio vremena provedete odvojeno.
- * Dopustite si ponekad nervozu i ljutnju, bez misli da morate pomoći partneru.
- * Ne zaboravite pružiti jedno drugome puno tjelesne ljubavi i nježnosti.

Nakon što prođu teške faze i stanu na svoje noge, parovi obično postanu bliži jedno drugom nego što su ikada prije bili. Ako se pak ne možete nositi s gubitkom kao par ili to jednostavno NE ZNATE, preporučljivo je, a ponekad i prijeko potrebno potražiti pomoć stručnjaka kako biste gubitak preboljeli što lakše.

I za kraj, vrijeme liječi neke rane, ali gubitak djeteta prati nas cijeli život i uvijek ćemo osjećati prazninu u onom dijelu srca koje smo mu namijenili. No bitno je znati da i s takvom prazninom imamo pravo na što kvalitetniji život.

MJESTA GDJE MOŽETE POTRAŽITI PODRŠKU

- * Obiteljski centar vaše županije www.dijete.hr/Dokumenti/novi%dokumenti/OBITELJSKI%CENTRI.pdf
- * Obiteljsko savjetovništvo pri Caritasu – www.caritas.hr/kakodjelujemohtml#obiteljska
- * Savjetovništvo Tesa, Zagreb – www.tesa.hr
- * Savjetovništvo Modus, Zagreb – www.dpp.hr
- * Kuća susreta Tabor – www.tabor.com.hr
- Internetski portali:
- * mameibebe.biz.hr – Anđeli – povjerljivo
- * www.psihoportal.com-stručni prilozi – tugovanje
- * www.hzzo-net.hr
- * Matični uredi RH: www.uprava.hr/default.aspx?id=10990
- * www.rememberingourbabies.net

Literatura na temu gubitka:

- Goldmann-Posch, U. *Kad majke žaluju.*
- Arambašić, L. *Gubitak, tugovanje, podrška.*
- Worden, J. W. *Savjetovanje i terapija u tugovanju.*
- Cirulli Lanham, C. *Pregnancy after loss.*



Ova vrsta gubitka, kao i svaka slična tragedija, znatno utječe na obitelji, na ono što jesu i što će od toga dana biti.

SEKSUALNOST U TRUDNOĆI

Trudnoća je vrijeme fizioloških i emocionalnih promjena koje mogu utjecati na ženske seksualne želje. Žene i njihovi partneri imaju mnoga pitanja na tu temu, pa u skladu s tim moraju imati osobu od povjerenja s kojom mogu otvoreno i bez srama porazgovarati, postavljati joj pitanja i na njih dobiti stručne odgovore. Tu, naravno, primalja ima važnu ulogu. Trudnoća je za svaki par bitno razdoblje. To je faza prijelaza u roditeljstvo i razvijena intimnost tijekom trudnoće pomaže partnerima da stvore jaku vezu. Mnoge žene u ranoj fazi trudnoće uzmiču pred seksom jer ih jednostavno previše obuzima novo stanje. Uz to su prisutne i tipične početne tegobe poput mučnine i umora. Mnogim ženama trudnoća i seks nisu spojivi u mislima. Novo je stanje još krhko, a seks bi ga mogao ugroziti – taj je strah poznat mnogim ženama, barem u prvih nekoliko tjedana. S druge strane, organi u maloj zdjelici na samom su početku trudnoće bolje prokrvljeni, što je dobro za užitak. Mnoge žene tada čak i lakše postižu orgazam. Upravo oni parovi kojima je duže trebalo da začnu dijete često osjećaju olakšanje tijekom seksa jer više ne moraju misliti kako moraju začeti dijete. Nježna prva faza trudnoće tako istovremeno može biti i razdoblje snažne strasti. Redoviti spolni odnosi u ranoj trudnoći ne povećavaju rizik od spontanog pobačaja. Liječnik savjetuje da se preventivno prestane sa spolnim odnosima samo ako je već došlo do krvarenja. Kada se opasnost ukloni, par ponovo može uživati u normalnome ljubavnom životu. Od 16. pa do otprilike 30. tjedna trudnoće mnoge se buduće majke uistinu dobro osjećaju, tijelo im se naviknulo na novo stanje, pa je vrlo ženstveno. Grudi su veće i obline izraženije. Trbuščić s bebom još nije pretežak. Sve su to dobri preduvjeti za užitak. U trenutku kada trudnica prvi put osjeti svoju bebu, pojavit će se i nedoumica. Kako na dijete utječe spolni odnos? Smeta li mu? Osjeća li pritisak kada tijekom orgazma trbuh otvrdne? Budući očevi sada također jasno osjećaju prisutnost treće osobe u krevetu. Često stječu dojam da se žena bavi samo nerođenom bebom, a da su oni na drugome mjestu i više nisu tako bitni. Često se brinu da ne ozlijede dijete. Ženski orgazam osjeti se u maternici, a posteljica uistinu nakratko dijete opskrbljuje s manje krvi. No to je vježba za djetetov krvotok, a nikako manjak koji bi mu mogao naštetiti. Djetetu se tijekom spolnog odnosa ništa ne može dogoditi jer beba leži na sigurnome u maternici, okružena plodnom vodom (čak i pri jačim podrhtavanjima nesmetano pluta u vodi sve dok je grlić maternice čvrsto zatvoren). Također se ne treba bojati da će dijete tijekom seksa biti ozlijeđeno jer je anatomske posve nemoguće da penis dođe blizu djeteta. No ako je žena sklona prijevremenim trudovima ili preranom otvaranju grlića maternice, bolje je odreći se spolnih odnosa. Nakon otprilike tridesetog tjedna postaje teže naći položaj



kojem trudnički trbuh nije prepreka. I tijekom trudnoće vrijedi da je dozvoljeno sve što je zabavno i ne boli. Tjelesna bliskost u trudnoći je naročito važna, što ne znači da je uvijek nužno da dođe do samog spolnog odnosa. Pritom se misli na maženje, masaže i nježne dodire. U kasnijem razdoblju trudnoće mnoge će buduće majke naučiti nešto što je vrlo važno za dobar seks. Reći će što im se sviđa, a što ne, te se ne moraju brinuti da muškarci punašno tijelo svoje žene ne smatraju privlačnim. Većina ih tvrdi da je bujnost erotična. Seks ne potiče trudove. Činjenica je da se u ejakulatu nalazi hormon prostaglandin, koji grlić maternice čini mekšim te ga priprema na trudove. No količina je toliko mala da zasigurno ne potiče trudove. Unatoč tome seks u vrijeme termina porođaja dobra je metoda koja može potaknuti bebu na izlazak jer će od seksa par biti opušteniji i bolje raspoložen.

Rizici kod spolnog odnosa u trudnoći

- u slučaju prijevremenog otvaranja grlića maternice; otvaranje samo po sebi ne predstavlja opasnost, ali moguće je da će spolni odnosi uzrokovati upale, koje mogu oštetiti vodenjak; to može uzrokovati spontani ili prijevremeni porođaj
- ako je žena već imala spontani pobačaj
- kod krvarenja
- kod prijevremenih trudova, koji upućuju na prijevremeni porođaj
- ako je posteljica krivo položena (*placenta previa*)
- kod blizanačke trudnoće (ako je rizična)
- kod kroničnih bolesti poput šećerne bolesti
- ako on ili ona imaju upalu spolnih organa
- ako je vodenjak već pukao.

Najčešća pitanja parova vezana uz seksualnost u trudnoći

1. Hoće li osjećaj biti dobar?

Nekim ženama čak i bolji, a nekima lošiji. Neke trudnice osjećaju grčeve tijekom odnosa ili nakon njega. Grudi u trudnoći rastu i mogu biti jako osjetljive, što u nekim slučajevima možda i neće biti najugodnije. Vaginalni iscjedak može biti obilniji, što može odnos učiniti još ugodnijim i ljepšim, ali i izazvati iritaciju. Ako se primijeti iznenadna razlika u količini ili mirisu iscjetka, savjetuje se liječnički pregled. Možda je riječ o vaginalnoj infekciji ili je puknuo vodenjak.

2. Nisam baš raspoložena za seksualne odnose otkad sam trudna. Je li to normalno?

Da, normalno je. Velike promjene na tijelu i u njemu rezultiraju promjenama u seksualnom životu. Neke žene, konačno oslobođene briga oko začeća i kontracepcije, osjećaju se ljepše i zavodljivije nego ikad, a neke su pak preumorne i lijene za seks, pogotovo u prvome tromjesečju. Drugo tromjesečje trudnoće karakterizira povećani libido, dok u posljednjem tromjesečju on jenjava pod pritiskom trudova, porođaja ili osjećaja neprivlačnosti zbog velikog trbuha i sl.

3. Hoće li se partnerova želja za seksom promijeniti?

Većina muškaraca smatra svoje trudne žene privlačnijima nego ikad. Partnerova želja za seksom može biti smanjena i zbog brige za partnericu i bebu, pritiska budućeg očinstva, straha da vođenjem ljubavi ne ozlijedi bebu ili čak zbog "srama" od odnosa u prisutnosti nerođenog djeteta.

4. Je li oralni seks siguran?

Oralni seks neće škoditi ni paru ni vašoj bebi, s pretpostavkom da je par u monogamnoj vezi te da su oboje HIV-negativni. Mnogi parovi oralni seks smatraju ugodnom zamjenom za seksualni odnos kada on zbog raznih čimbenika u trudnoći nije izvediv.

5. Koji su položaji za vođenje ljubavi najudobniji?

- Žena na boku, partner leži iza nje. U tom položaju partnerova težina nije izravno na ženi te je tako ne opterećuje.
- Žena leži na rubu kreveta s nogama na podu. U tom položaju partner kleči ispred nje te je njen trbuh slobodan.
- Žena leži na krevetu, a partner leži ispred nje, u suprotnom smjeru. U tom položaju penetriranje je plitko, što je idealno za pozniju trudnoću, kada dublja penetracija može biti neugodna.



- Partner leži na krevetu, a žena sjedne na njega. U tom položaju također nema opterećenja za trbuh, a žena kontrolira dubinu penetracije.
- Partner sjedne na čvrsti stolac, a žena mu sjedne u krilo. Trbuh i maternica nisu opterećeni.

Savjeti za savršeni seks u trudnoći

- Komuniciranje – potrebe para mijenjaju se s trudnoćom. Treba reći partneru što nam najviše odgovara u određenom trenutku.
- Eksperimentiranje – isprobavanje različitih položaja za vođenje ljubavi koji ne opterećuju trbuh. Otkrivanje novih stvari može oplemeniti ljubavni život para.
- Udobni položaj – pripremiti mnogo jastuka da bude udobno i imati pri ruci vaginalni lubrikant u slučaju potrebe.
- Proširenje horizonata – bit seksualnog odnosa nije samo snošaj. Možda će partneri poželjeti međusobno se masirati, masturbirati zajedno ili uživati u oralnom seksu ako penetracija više nije ugodna.
- Povezivanje – stavljanje intime na vrh liste prioriteta u trudnoći povezuje partnere na poseban način kroz to divno razdoblje i razvija bliskost koju će poslije dijeliti s prinovom.

Jelena Savičić, primalja

LITERATURA

1. http://kidshealth.org/parent/pregnancy_center/your_pregnancy/sex_pregnancy.html# (17. 10. 2011.)
2. <http://pregnancy.about.com/od/sexuality/a/Questions-About-Pregnant-Sex.htm> (17. 10. 2011.)
3. <http://sexduringpregnancy.org/> (17. 10. 2011.)
4. <http://www.babymed.com/sex-and-pregnancy/best-sex-positions-pregnancy> (17. 10. 2011.)

TENS – transkutana električna nervna stimulacija

TENS je kratica od transkutana (lat. *cutis* = “koža”) električna nervna (živčana) stimulacija. TENS je uređaj koji blokira prienos bola s određenog područja na tijelu. Bol se prenosi s određenog dijela tijela putem debelih i tankih vlakana do leđne moždine, koja se nalazi u šupljini kralježnice, i njome do kore velikog mozga, što omogućuje da svjesno osjećamo bol.

Primjenjuje se kod akutnih bolova kao što su poslijeoperacijski, gdje smanjuje uporabu analgetika, ginekološki bolovi (npr. kod porođajnih trudova u području križa) i orofacijalni bolovi (npr. akutni zubni bolovi). Primjenjuje se kod kroničnih bolova kao što su križobolja, artroza, artritis i osteogeneza (potiče zarastanje nesraštenih prijeloma), za održavanje tjelesne kondicije, za opuštanje, za revitalizaciju mišića, u fizioterapiji i za migrene.

Ne primjenjuje se kod bolesnika sa srčanim stimulatorom, senilnih osoba, transkranijalno u osoba koje su pretrpjele moždani udar, preko očiju, kod tjeskobnih ljudi te u osoba koje su uzimale narkotike prije operacije. Potreban je oprez kod trudnica ako se primjenjuje u području trbuha ili križa (u prvim mjesecima trudnoće ne smije se upotrebljavati).

TEHNIKA PRIMJENE

Elektrode su od ugljičnog silikata ili od gume različitih oblika i veličina koje na sebi najčešće imaju visoko vodljivi gel. Mogu biti samoljepive ili ih se mora pričvrstiti trakom ili vrećicama napunjenima pijeskom. S vremenom se moraju zamijeniti jer im opada vodljivost i površina im postaje hrapavija. Stavljaju se na područja koja su bolna u blizini leđne moždine, uzduž perifernog živca koji pripada bolnoj regiji, motoričke točke (mjesto gdje periferni živac ulazi u mišić), *trigger*-točke (mjesto na koži iznad mišića ili vezivnog tkiva koje su jako osjetljive na dodir) i akupunkturne točke (mjesto koja su na koži povezana s određenim dijelom tijela ili organima).

Mogu se namjestiti:

- unilateralno (jednostrano)
- bilateralno (obostrano)
- iznad bolne točke (proksimalno) ili ispod bolne točke (distalno)
- u obliku slova V
- u obliku križa
- segmentno (određeni dio tijela)
- transkranijalno (preko sljepoočnica prostrujavamo glavu).



Koža mora biti čista i obrijana ako je moguće, kako bi se smanjio otpor kože i elektroda. Elektrode moraju biti pričvršćene cijelom površinom. Bolesnik treba tijekom primjene imati osjećaj trnaca. Peckanje i žarenje mogu upućivati na nepoželjan otpor kože. Analgeziju (nestanak bolova) bolesnik treba osjetiti unutar trideset minuta primjene TENS-a. Može se primjenjivati svakodnevno kod akutnih bolova pa sve dok ne prestanu. Kod kroničnih bolova upotrebljava se dok ne nastupi analgezija.



VRSTE APARATA

- klasični TENS, koji upotrebljavaju fizioterapeuti, sportaši, starija populacija itd.
- TENS s ugrađenim dugmetom Boost, koji je bitan za olakšavanje trudova i bolova za vrijeme porođaja, ima malo veće (samoljepive) elektrode od klasičnog TENS-a.

KAKO UPOTREBLJAVATI TENS TIJEKOM POROĐAJA

- trudnici elektrode namjestimo na donji dio leđa
- izaberemo vrstu stimulacije
- namještanjem jakosti nađemo ugodan osjećaj; mora se osjetiti, ali ne smije boljeti i biti neugodno
- osjeća se nježno vibriranje – “bockanje”
- tijekom porođaja stimulacija se može postupno pojačavati ovisno o bolnosti trudova.

PREDNOSTI UPORABE TENS-a

- nema nuspojava
- pod kontrolom je trudnice
- omogućuje mobilnost trudnice
- uporaba je sigurna za bebu i majku
- može se kombinirati s drugim sredstvima protiv bolova (lijekovi)
- pomoću Boosta trudnica (za vrijeme truda) sama dozira dodatni val energije, što osjeća kao brže olakšanje bolova.

ISTRAŽIVANJA

Jedino istraživanje provela je u Sloveniji dipl. primalja na Ginekološkoj klinici u Ljubljani. Svrha istraživanja bila je utvrditi je li ta vrsta stimulacije učinkovito sredstvo za smanjenje bolova. Eksperimentalna grupa sastojala se od 145 trudnica koje su upotrebljavale TENS, a kontrolna grupa upotrebljavala je “običnu” analgeziju.

Upotreba stimulacije nije pokazala statistički značajne razlike u stupnju olakšanja bolova među grupama. Upotreba TENS-a znatno je smanjila primjenu drugih analgetika te je prvo uzimanje analgetika potrebno kod veće dilatacije ušća maternice. Rezultati su korisne smjernice za kliničku praksu i temelj za daljnja istraživanja.

EPIZIOTOMIJA, PREDNOSTI I NEDOSTACI (I. DIO)

1. UVOD

Termin epiziotomija potječe od grčke riječi *episeion*, "sram" ili "stid", i *temno*, "režem". Jedna od definicija epiziotomije glasi: "Epiziotomija je kirurški rez koji se napravi na međici pred kraj drugoga porođajnog doba (doba izгона ili istiskivanja ploda) s namjerom da se poveća promjer izlaznog dijela porođajnog kanala." Da bi taj rez bio što učinkovitiji, bezbolniji i s minimalnim oštećenjem mišića međice, neophodno je poznavati anatomske strukturu mišića zdjeličnog dna.

Prema Greenhillu, Ould je 1742. prvi upotrijebio epiziotomiju, da bi proširio izlazni dio porođajnog kanala i omogućio izlazak glavice ploda¹. Ekspanzija epiziotomije počela je 1921., kada je DeLee objavio *The Prophylactic Forceps Operation*². Godine 1928. Jaschke je preporučio epiziotomiju u svim slučajevima u kojima se može predvidjeti (primjerice zbog nepovoljnog oblika stidnog luka ili abnormalno velike glave, tj. gdje postoji opasnost da će nastati oštećenja levatora s gotovo sigurnim posljedicama)³. Kako se epiziotomija tretirala kao porodnička operacija, primalje je dugo nisu smjele izvoditi. Sedamdesetih godina prošlog stoljeća ta se slika promijenila.

Indikacije za epiziotomiju

Fetalni distress opravdana je indikacija za epiziotomiju jer se kod tog stanja zahtijeva što hitnije dovršenje porođaja u interesu djeteta.

Epiziotomija je bila indicirana za sve prvotkinje. Graham 97 i Kitzinger navode kako je zastrašujuće da je epiziotomija bila ustaljena praksa bez pravih dokaza o njezinim prednostima i učinkovitosti⁴.

Defleksijski stavovi (tjemeni, čeon i lični) i stav zatkom također su indikacije za epiziotomiju. Jedini normalan položaj i stav djeteta u porođaju jest dorzoanteriorni okcipitalni, odnosno uzdužni položaj glavicom, leđa sprijeda, vodeća točka mala fontanela. Na taj se način djetetova glavica rađa svojim najmanjim promjerom i pritom je najmanja mogućnost ozljede



mekoga porođajnog kanala. Samim tim smanjena je i potreba za epiziotomijom. Dijete se tijekom porođaja prilagođava obliku porođajnog kanala, tako da njegovi najširi promjeri prolaze najširim promjerima zdjelice. Na ulazu u zdjelicu djetetova glavica, odnosno *sutura sagitalis*, u poprečnom je položaju. Slijede spuštanje, fleksija, rotacija, defleksija, vanjska rotacija i ekspulzija. Kod svih defleksijskih stavova indicirana je epiziotomija jer djetetova glavica prolazi većim promjerom u odnosu na fleksijski stav.

Tjemeni stav (*praesentatio parietalis*) najblaži je stupanj defleksije. Indicirana je epiziotomija jer čedo kroz zdjelicu prolazi frontooccipitalnim promjerom (*diameter frontooccipitalis* iznosi 12 cm), koji je širi od subokcipitobregmatičnog (*diameter suboccipitobregmatica* iznosi 9,5 cm), najmanjeg promjera glave djeteta.

Čeoni stav (*praesentatio frontalis*) najnepovoljniji je defleksijski stav i indicacija za porođaj carskim rezom.

Lični stav (*praesentatio facialis*) najveći je stupanj defleksije, glavica čeda prolazi kroz porođajni kanal promjerom od 10 cm i opsegom od 34 cm, što je također indicacija za epiziotomiju.

Epiziotomijom se sprečavaju rupture III. i IV. stupnja kada je građa međice nepovoljna, kao primjerice rigidna međica, visoka međica, niska ili ožiljkasta međica.

Veliko dijete: kada je glava ploda velika, međica se prejako rasteže, a kada poblijedi, to je znak da će uskoro prsnuti.

Sultan⁵ tvrdi da nema znanstvenih dokaza za ispravnost uobičajenih indicacija za epiziotomiju kao što su:

- skraćanje drugoga porođajnog doba
- prevencija razdora perineuma i razdora trećega stupnja
- urinarna inkontinencija
- intrakranijalno krvarenje i intrapartalna asfiksija novorođenčeta.

Autor⁵ smatra da je epiziotomija indicirana kod:

- abnormalnih stavova glave
- distocije ramena
- fetalnog distresa
- forcepsa
- ako je već rastegnuti perineum debeo i čvrst.

Misli da ne bi trebalo biti više od dvadeset do trideset posto epiziotomija. Prema WHO-u, rutinske epiziotomije morale bi se napustiti, a broj epiziotomija ne bi smio prelaziti dvadeset posto. Optimalno bi bilo oko deset posto⁶.

Argumenti za epiziotomiju i protiv nje

Pristaše epiziotomije pripisuju joj mnoge prednosti. Neki su od argumenata za njeno izvođenje ovi:

- sprečavanje rupture i onoga što je s njom povezano
- smanjenje fekalne i urinarne inkontinencije
- omogućivanje lakšeg šivanja i cijeljenja rane zbog ravnih rubova
- skraćanje drugoga porođajnog doba i time sprečavanje fetalnog distresa
- poboljšanje spolnog života žene i njezina partnera.

Protivnici epiziotomije navode njene brojne nedostatke, pa čak i suprotna mišljenja o njenoj uporabi. Argumenti protiv epiziotomije:

- bol
- veći gubitak krvi
- veća mogućnost rupture
- mogućnost komplikacija
- dugotrajniji proces cijeljenja
- narušeno samopouzdanje
- dispareunija
- otežano povezivanje majke i djeteta (dojenje).

Epiziotomija ne uzrokuje samo trenutačni bol, nego bolnost u posljeporođajnom oporavku koja može trajati tjednima i mjesecima. Zbog bolova su otežani briga o njezi djeteta, dojenju i spolni život žene, što dovodi do bračne partnerske disharmonije. Ženama koje su imale epiziotomiju može biti narušeno samopouzdanje, a zbog pogoršanih obiteljskih odnosa može se javiti čak i depresija. Zbog bolova je otežano izlučivanje stolice i urina. Epiziotomija može prouzročiti raz-

derotine u porođaju. Dokazano je da je ona povezana s većim postotkom rupture III. i IV. stupnja. Ako je ženi napravljena epiziotomija, mogućnost ruptura veća je za 26%⁶. Nova istraživanja dokazuju da su duboka napuknuća skoro isključivo posljedica epiziotomije. Harrison⁷ je to slikovito opisao: "Ako držite komad tkanine i rastežete ga namjeravajući ga potrgati na dva dijela, znate i sami kolik otpor stvara tkanina, i rijetko će puknuti. Ali ako napravite mali rez u sredini, rastezanjem ćete lako postići cilj. Epiziotomija je jednaka tome, tako da ponekad dolazi čak i do rascjepa rektuma. Liječnici još uvijek raspravljaju je li taj 'jasni' kirurški rez lakše tretirati od puknuća koje nastaje bez rezanja. Moje je iskustvo da je ta mala napuknuća koja se događaju bez epiziotomije lakše zašiti i manje su bolna za ženu." U istraživanju⁸ koje su proveli američki znanstvenici sa Sveučilišta u Pittsburghu na šest tisuća pacijentica tijekom deset godina, zaključili su da je kod 47,8% roditelja pri prvom porođaju učinjena epiziotomija. Spontane laceracije drugoga stupnja javile su se kod 51,3% od tih roditelja tijekom sljedećega vaginalnog porođaja. Za razliku od njih samo 26,7% roditelja koje prije nisu imale epiziotomiju imale su spontane laceracije drugoga stupnja.



Teške laceracije trećega i četvrtoga stupnja javile su se u 4,8% roditelja s prethodnom epiziotomijom i 1,7% roditelja bez prethodne epiziotomije. Do prije desetak godina epiziotomija se primjenjivala rutinski, pogotovo kod prvotkinja, jer se smatralo da će pružiti bolju zaštitu ženi, što se odnosi na očuvanost tonusa mišića dna zdjelice, seksualne funkcije, bolje cijeljenje međice u babinju te smanjenje broja ozljeda analnog sfinktera. U posljednje vrijeme javljaju se suprotna mišljenja o uporabi epiziotomije. Jedno je od njih da epiziotomija ne prevenira oštećenja dna zdjelice, nego, štoviše, povećava mogućnost njihove pojave. Danas definitivno prevladava mišljenje da je preventivna i rutinska primjena epiziotomije neopravdana te da je treba primjenjivati promišljeno i restriktivno. Zaključak je izvještaja Cochrane⁹ da rutinska primjena epiziotomije povisuje rizik od trajnoga oštećenja zdjelice dna. Američko udruženje opstetričara i ginekologa (ACOG)¹⁰ zaključilo je da rutinska uporaba epiziotomije ne bi trebala biti dio današnje opstetričke prakse. Svaka bi žena morala biti upoznata s indikacijama za epiziotomiju, kao i s mogućim posljedicama tog reza (Graham, 1997)⁴. Pristanak na epiziotomiju ili odbijanje epiziotomije morali bi biti jasno dokumentirani i potpisani. Prema rezultatima više studija iz devedesetih godina, uporaba epiziotomije znatno se smanjila.

Vrste epiziotomija: medijalna epiziotomija, mediolateralna epiziotomija, lateralna epiziotomija, incizija po Schuchardtu i rez u obliku slova J.

- Medijalna (središnja) epiziotomija – rez se izvodi po sredini međice, ravno dolje prema rektumu.

Prednosti medijalne epiziotomije: manje krvarenje, lakša rekonstrukcija rane, bolje cijeljenje i manja bolnost u babinju.

Glavni je nedostatak medijalne epiziotomije veća mogućnost za rupturu trećega i četvrtoga stupnja. Početnicima se zato ne preporučuje da izvode medijalnu epiziotomiju³. Istraživači navode da je šest puta veća mogućnost rupturu trećega i četvrtoga stupnja u odnosu na mediolateralnu epiziotomiju¹¹. Ako dođe do rupturu analnog sfinktera, pedeset posto tih žena imat će fekalnu inkontinenciju (Nice, 2007).¹²

- Mediolateralna epiziotomija jest rez koji polazi od stražnje usne sveze pod kutom od 45° u odnosu na uzdužnu os,

što znači prema kvrgi sjedne kosti (*tuberositas ischi*) strane prema kojoj se rez izvodi.

Glavna prednost mediolateralne epiziotomije: manja mogućnost za oštećenja analnog sfinktera.

Nedostaci mediolateralne epiziotomije: veća bolnost u poslijeporođajnom oporavku, dulja bolnost, dulji proces cijeljenja i dispareunija.

- Lateralna epiziotomija: rez se napravi oko jedan centimetar od srednje linije na stražnjoj komisuri prema lateralno.
- Incizija po Schuchardt maksimalno je prilagođena (modificirana) mediolateralna epiziotomija koja polukružno zavija oko rektuma. Upotrebljava se rijetko, osim u slučajevima koji zahtijevaju veći manipulativni prostor.
- Rez u obliku slova J započinje u sredini usne sveze, ide po sredini i zatim se usmjeri polukružno.

Izvođenje epiziotomije

Prije izvođenja epiziotomije potrebno je aplicirati lokalni anestetik (npr. 10 ml 0,5 – 1% lidokain). Aplikacija se izvodi ovako: dva prsta lijeve ruke (ako je epiziotomija na lijevoj strani) uvedemo u vaginu da bismo zaštitili prednjačeći dio ploda. Iglu ubodemo od četiri do pet centimetara duboko pod kožu u smjeru planirane epiziotomije. Prije aplikacije potrebno je aspirirati da bismo isključili aplikaciju anestetika u krvnu žilu. Preporučuje se aplikacija lijevo i desno od predviđene incizije.

Treba pričekati dvije do četiri minute (dva do tri truda) te provjeriti osjeća li žena bol. Ako osjeća, valja pričekati još dvije minute s incizijom (WHO, 2003)¹³. Anesteziranje je moguće provesti i blokadom *nervusa pudendusa* na njegovu izlazištu na medijalnoj strani sjednih kvrga.

Kod urezivanja međice bitno je odrediti pravo vrijeme, jer ako se epiziotomija napravi prerano, može doći do unutarnjeg oštećenja dubokih tkiva, tj. do presijecanja stražnjeg dijela mišićja (*m. levator ani*). Također, ako je epiziotomija napravljena prerano, veći je i gubitak krvi, što sprečavamo kompresijom sterilnom kompresom između trudova.

Za epiziotomiju je prekasno kada međica počne pucati. Optimalno vrijeme bilo bi kada se u spolovilu vidi tri do četiri centimetra vodeće česti ploda. Rez se izvodi u trudu kada vodeća čest, najčešće djetetova glavica, pritisne tkivo međice, koje bude istanjeno i ishemično, da ne dođe do pojačanoga krvarenja iz epiziotomijske rane. Za urezivanje međice upotrebljavaju se posebne škare.

Škare moraju biti oštre da bi se njima napravio rez u jednom potezu. Kod urezivanja međice ulazi se dvama prstima u vaginu, prsti se rašire između prednjačećeg dijela ploda (glavice) i međice, zatim se jedan krak škara s tupim vrhom uvuče između glavice i međice, a kraci škara usmjere se prema *tuberositas ischi*. Pri urezivanju međice bitno je držanje škara. Oštrica se mora uvijek držati okomito na tkivo jer će se u protivnome tkivo prerezati koso, što je nepovoljnije i za šav i za cijeljenje. Važno je da rez počinje na sredini stražnje komisure, tj. sa sredine stražnje usne sveze, inače je bolniji i teže ga je sašiti. Valja napomenuti da se izbjegava epiziotomija na strani na kojoj postoje prošireni venski putevi i kondilomata.



Rez međice izvedemo jednim glatkim potezom, a njegova duljina mora se prilagoditi potrebi. Ako je prekratak, puca dalje ili nastaje razdor na drugome mjestu. Nakon epiziotomije i dalje je potrebno čuvanje međice kako se epiziotomija ne bi produžila u razderotinu.

Asistencija primalje kod šivanja

Šivanje epiziotomije izvodi se u strogo aseptičnim uvjetima. Zbog blizine analnog područja i povećane mogućnosti infekcije epiziotomijske rane potrebno je to područje sterilno izolirati. Kako se epiziotomijom prereže koža perineuma, vaginalna sluznica i površinski dio mišića zdjeličnog dna, tako se i šivanje odvija u tri dijela. Prvi je dio stijenka vagine, drugi mišići i treći perineum. Prije šivanja epiziotomije potrebno je pripremiti instrumentarij za šivanje i rodilju, što je zadatak primalje.

- Rodilju namjestimo u položaj za šivanje te joj prekrijemo noge sterilnim jednokratnim kompresama. Spustimo uznožje stola pa zelenu kompresu (ispod žene) namjestimo da pada u posudu ispod stola.
- Stol za šivanje postavljamo na desnu stranu rađaoničkog stola, odnosno zdesna onomu tko šiva.
- Na stolu za šivanje sterilno otvorimo set za šivanje i na njega dodajemo sterilnu špricu, igle i konac.
- Onomu tko šiva otvaramo i pridržavamo ampulu lokalnog anestetika pri njegovoj aspiraciji.
- Toplim dezinficijensom polijemo sterilne tufere za dezinfekciju spolovila prije šivanja.
- Nakon šivanja uradimo anogenitalnu njegu, posteljinu namjestimo u prvobitni položaj, pobrinemo se za udobnost žene, odstranjujemo otpatke i mehanički peremo instrumente.

Instrumentarij potreban za šivanje epiziotomije: igla, iglodržać, anatomska pinceta, kirurška pinceta, škare (s ostrim i tupim vrhom), anestetik, sterilne komprese, sterilne rukavice, kapa i maska.

Tehnika šivanja/shema šivanja

Šivanje vagine. Prije šivanja potrebno je područje rane učiniti pristupačnim i prije svega preglednim. To se postiže velikim sterilnim tuperom koji se ugura duboko u vaginu kako krv koja dolazi iz uterusa ne bi ometala preglednost. Nakon toga potraži se unutrašnji tj. gornji kut rane, gdje se postavlja prvi šav. Šiva se resorptivnim koncem (ketgut). Nakon postavljenoga prvog šava u najgornjem kutu rane u vagini, daljnje šivanje vagine ide pojedinačnim šavovima u razmaku od tri do četiri centimetra do frenuluma. Pri šivanju vagine površina rane mora se često brisati da bude suha, a iglodržać uvijek držati skoro paralelno sa stijenkom vagine. Ubodi iglom ne trebaju prolaziti dalje od sluzokože vagine jer postoji opasnost od oštećenja zida stražnjeg crijeva, a time i za stvaranje rektovaginalnih fistula i infekcije epiziotomijske rane.

Duboki šav međice. Na početku šivanja podigne se pincetom lijevi rub rane i ubode ispod njega srednje velikom iglom, zahvati se u dubinu, na suprotnoj strani podigne rub rane i izađe ispod ruba rane. Bitno je šivati tako da ne nastaju džepovi u rani u kojima će se sakupljati krv, sekret rane, lohije i sl., što može biti pogodno tlo za infekciju.

Kod dubokih šavova nikada se ne smiju uhvatiti samo rubovi rane ili kože. Kod šivanja međice iglodržać se drži uspravno.

Šav kože. Šiva se odozgo prema dolje, a iglodržać se drži uspravno. Pri šivanju treba paziti da šavovi ne budu prečesti jer bi to moglo dovesti do ishemije tkiva, što može ometi pravilno zarastanje epiziotomije. Također valja paziti da šavovi ne budu previše zategnuti jer će i to dovesti do nepravilnog zarastanja. Šivanju treba posvetiti iznimnu pozornost i na kraju ne zaboraviti izvaditi tuper iz rodnice.

Cijeljenje epiziotomijske rane

Rana cijeli primarno, tj. *per primam intentionem*. Za potpuno cijeljenje prema principu *per primam intentionem* potrebna su približno četiri tjedna. Nakon 24 sata rubovi rane slijepljeni su i manja je mogućnost infekcije. Petoga dana sljubljuju se rubovi rane. Nakon četiri do sedam dana šavovi više nisu potrebni, a čvrstina rane brzo se povećava. Valja naglasiti da se sve vrijeme skrbi za rodilju treba držati principa asepsa. Cijeljenje epiziotomijske rane bolnije je i dugotrajnije od cijeljenja ruptur. Proces cijeljenja posebno je usporen dođe li do dehiscijencije rane. Dehiscijencija epiziotomijske rane jest rastvor rane nakon operativnog postupka zbog popuštanja šavova. Uzrok tomu najčešće su ishemija (slaba prokrvljenost tkiva), anemija, hematoma, infekcija, šećerna bolest i pretilost. Epiziotomija, kao i svaka druga kirurška intervencija, ima svoje rizike: gubitak krvi, loše zarastanje rane i infekcija. Takve su infekcije jako bolne. Kožni rub međice vlažan je, taman i mekan, prisutni su neugodan miris i gnojni iscjedak iz rane. Šavovi se moraju skinuti da bi se rana prirodno drenirala, a onda je valja ponovo zašiti. Učestalost infekcija zbog epiziotomije iznosi tri posto (Thacker i Banta)¹⁴. Jedna od opasnih komplikacija epiziotomije može biti formiranje hematoma. Hematom se stvara duboko u tkivu mišićne ovojnice i nekada ga je teško uočiti jer je tkivo međice otečeno. Količina krvi u hematoma može prelaziti tisuću mililitara, što utječe na opće stanje žene, tj. pojave se znaci akutnog šoka. U takvu slučaju potrebno je hematoma odstraniti i ponovo zašiti tkivo, što

se izvodi u općoj anesteziji. Što se tiče spolnosti, iskustva kazuju da epiziotomija ima posebnu ulogu pri doživljavanju spolnosti nakon porođaja zbog bolova, suhoće rodnice (pogotovo je izražena u žena koje doje – estrogen), ožiljkastog tkiva, koje je tvrdo i neelastično, i oštećenja mišića. Porođaj bez epiziotomije skraćuje tjelesni oporavak na minimum te omogućuje bezbolnije kretanje i zauzimanje različitih položaja već dan nakon porođaja. Sve to ženu čini spremnijom da se uhvati u koštac s dojenjem, koje zahtijeva upornost, strpljivost i smirenost. No unatoč svim navedenim nedostacima epiziotomija je neizostavna i nezaobilazna intervencija u porodničkoj praksi. Neophodna je kada su posrijedi fetalni distres i stanja koja zahtijevaju hitno dovršenje porođaja.

Uloga primalje u sprečavanju epiziotomije

Primalja već tijekom trudnoće uspostavlja prijateljski i partnerski odnos s trudnicom. Komunikacija i razumijevanje te podrška i savjetovanje neizostavni su dio tog odnosa. Tijekom trudnoće primalja će razgovarati s trudnicom i savjetovati je o postupcima koji će možda spriječiti urezivanje međice u porođaju, kao što su masaža međice i jačanje mišića zdjeličnog dna, ali je potrebno i objasniti opravdanost izvođenja epiziotomije.

Da bi se poboljšala kvaliteta tkiva međice, preporučuje se masaža međice. Perinealna masaža dobar je postupak za omekšavanje tkiva međice tijekom posljednjih tjedana trudnoće, osobito ako se rabe specijalna ulja i kreme za perinealnu masažu. Engleska studija¹⁵ iz 2000. pokazala je da su učestalost pucanja međice drugoga i trećega stupnja te potreba za epiziotomijom bile za šest posto manje kod žena koje su u posljednjih šest tjedana trudnoće svakodnevno masirale međicu. Mnogi smatraju da korist nije samo u postupnom rastezanju međice već i u tome da se žene koje su se masirale naviknu na osjećaj zatezanja te ga zato lakše podnose u porođaju. Primalja će još tijekom trudnoće razgovarati i o postupcima koji povećavaju mogućnost potrebe za epiziotomijom. Neki su od njih porodničke operacije, prekomjerno raširene noge i isključivo ležeći položaj. Što se tiče jačanja mišića zdjeličnog dna, preporučit će Keglove vježbe, s kojima će nastaviti i nakon porođaja. Plan vježbi trudnica bi trebala dobiti u pisanom obliku. Primalja ima iznimno značajnu ulogu u sprečavanju epiziotomije tijekom samog porođaja. Ako porođaj teče normalno, primalje moraju upotrijebiti sve svoje sposobnosti i znanje da bi izbjegle epiziotomiju (Downe, 2003)¹⁶. Primalja u porođaju rodilji stavlja tople obloge u predjelu međice jer toplina poboljšava njezinu elastičnost. Mogućnost uporabe tople vode tijekom prvoga porođajnog doba također je značajna. U drugome porođajnom dobu smanjenje potrebe za epiziotomijom postiže se odgovarajućim položajem rodilje. Preporučuju se stojeći, čučajući, klečeći i koljeno-lakatni položaj. Ležeći je položaj najnepovoljniji. Istraživanje provedeno na 241 prvorođkinji čiji je porođaj protekao u bolnici pokazuje da je omjer dubokih napuknuća bio najniži (0,9%) kod žena bez epiziotomije i koje nisu bile ograničene na ležeći položaj. Najveći postotak dubokih napuknuća (27,9%) bio je u žena koje su rađale u stremenu i s epiziotomijom (Borgatta et al., 1989).¹⁷ Kada žena leži na leđima, s nogama u stremenu i pokušava istiskivati protiv sile teže, vjerojatno će početi razdiranje u dubokom tkivu ispod površine kože. Kada žena rađa u poduprtome čučućem položaju, rijetko je potrebna epiziotomija. Taj položaj osigurava maksimalni pelvični pritisak, optimalnu opuštenost mišića, veliko širenje perineuma i minimalno mišićno naprezanje. Primalja može spriječiti epiziotomiju fiziološkim pritiskanjem, što omogućuje da vodeći dio ploda međicu rasteže nježno i polako. Primalja mora biti strpljiva i smirena te izbjegavati pritisak na fundus, kaskadu intervencija i kontinuirano snimanje CTG-om u ležećem položaju. Dokazano je i da je postotak epiziotomija i oštećenja međice niži pri kontinuiranoj prisutnosti i potpori poznate primalje (Polona Mivšek)¹⁸. Bilo bi poželjno da primalja koja je bila s trudnicom tijekom trudnoće bude prisutna i na njezinu porođaju.

Njega epiziotomijske rane

U posljeporođajnom razdoblju posebnu pozornost pridajemo njezi epiziotomijske rane, zbog svih navedenih mogućih komplikacija. U tom razdoblju javljaju se brojne primaljske dijagnoze, koje valja uočiti te pravim i pravodobnim intervencijama spriječiti i postići cilj. Jedna je od najčešćih dijagnoza "bol u/s urezivanja međice"¹⁹. Već su spomenute negativne posljedice koje bol ostavlja na babinjaču. Intervencije radi ublažavanja bolova mogu biti farmakološke i nefarmakološke. Farmakološki su način ublažavanja analgetici (ibuprofen, paracetamol, kodein itd.), a nefarmakološki način aromaterapija, hladni oblozi, krioterapija itd. Primjenom određene metode bitno je postići cilj, tj. smanjiti bolnost područja epiziotomijske rane, a samim time i spriječiti sve moguće neugodnosti. Bitno je evaluirati postizanje tog cilja te promijeniti intervenciju ako upotrijebljena nije dala rezultat. Osobna higijena babinjače iznimno je važna zato što je kod babinjača pojačano znojenje. Važni su tuširanje, njega ruku (topla voda, sapun i dezificijens) nakon defekacije, mokrenja te prije i nakon mijenjanja uložaka, prije dojenja i hranjenja. Babinjači trebaju biti dostupni papirnati ručnici i čisto rublje. Pravilnom higijenom sprečava se prijenos infekcije s genitalija na dojke, a s dojke na dijete. Njegu anogenitalnog područja u rodilištu obavlja primalja kod babinjača koje nisu sposobne brinuti se same za sebe.

Kod pranja je bitno da se mjesto rane ne dodiruje, pere se područje oko rane. Rana mora biti suha. Primalja će često kod babinjače utvrditi problem, odnosno neupućenost u higijenu epiziotomijske rane. Primalja educira babinjaču o higijeni

međice te joj daje jasne upute i informacije. Babinjači savjetujemo pamučno rublje, izbjegavanje nošenja uskih hlača te češće mijenjanje uložaka. Potrebno ju je također informirati o vremenu u kojem bi rana trebala zacijeliti i uputiti je u simptome infekcije. Zbog visokog rizika od infekcije i dehiscijencije rane savjetujemo joj ležanje na suprotnoj strani od epiziotomije i izbjegavanje sjedenja u prvim danima. Na taj način dojenje će biti učinkovitije i manje bolno, a rana će prije zacijeliti. Strah od defekacije i mokrenja kad je prisutna epiziotomijska rana očituje se u izjavama babinjača primaljama poput "Strah me imati stolicu da ne ispadnu konci iz rane." Osim praćenja cijeljenja međice primalja će davati babinjači podršku da ne osjeća strah i nelagodu te će kontrolirati higijenu babinjače i njenu informiranost. Mnoge su žene zabrinute zbog budućega spolnog života, a primalja će ih savjetovati glede toga (tople kupke, lubrikant, vježbe za jačanje mišića zdjeličnog dna itd.).

**Monika Grgić, Opća bolnica "Knin", Odjel za ginekologiju i porodništvo
Deana Švaljug, Škola za primalje, Vinogradska cesta 29, Zagreb**

LITERATURA

1. Greenhill, J. P. *Obstetrics*. Philadelphia-London: Saunders, 1960.
2. DeLee, J. B. *The Prophylactic Forceps Operation*. Am. J. Obstet. Gynecol., 1920.
3. Pschyrembel, W. *Praktična opstetricija*. Beograd-Zagrab: Medicinska knjiga, 1975.
4. Graham, D., Jan, Kitzinger, S. *Episiotomy: Ehallenging Obstetrics Interventions*: Blackwell Science Ltd, 1997.
5. Sultan A. H., Kamm, M. A. *England J Med, Hudson CN, Thomas J disruption duruin vaginal delivery.N.*, 1993.
6. Mivšeg, A. P. *Epiziotomija in poškodbe mehke porodne poti*. Zdravstvena fakulteta Ljubljana, 2007.
7. Harrison, R. F., Brennan, M., North, P. M., Reed, J. V., Wickam, E. A. "Is routine episiotomy necessary", *Med J.* 1971-1974, 1984.
8. <http://www.poliklinika-harni.hr/epiziotomija> i rizik laceracije/id=371&godina=2008.
9. Carroli, G, Mignini, L. "Episiotomy for vaginal birth", *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2009.
10. American College of Obstetrics and Gynecology. *Episiotomy. ACOGPractice*, 2006.
11. Shiono, P., Klebanoff, M. A., Carey, J. C. "Midline episiotomies: more harm than good?", *Opstet. Gynecol.*, 1990.
10. <http://www.plivamed.net/?section=home&cat=w&show=1&id=13080>.
12. Nice. UK National Institute for Health and Clinical Excellence. "Birth: Issues", *Perinatal Care* 35/1, 2008.
13. <http://www.roda.hr/tekstovi.php?TekstID=124&Tekst2ID=&Show=759>.
14. Thackes, S. B., Banta, H. D. "Benefits and risks of episiotomy", *Obstet Gynecol J.*, 1983.
15. <http://cme.medscape viewarticle/529251.com/>.
16. "Downe S.", *Journal of Midwifery & Womens Health*, 2003.
17. "Association or episiotomy and delivery position with deep perineal laceration during spontaneous delivery in nulliparous women", *American Journal of Obstet. Gynecoll.*, 1989.
18. Mivšeg, A. P. *Epiziotomija in poškodbe mehke porodne poti*. Zdravstvena fakulteta, Ljubljana, 2007.
19. Fučkar, G. *Proces zdravstvene njege*. Hrvatska udruga za medicinsku edukaciju, Zagreb, 1999.



LIJEKOVI U POROĐAJU I ZAŠTO SE DAJU

Lijekovi se u porođaju upotrebljavaju vrlo često. Mogu se koristiti s jasnom medicinskom indikacijom ili pak rutinski, a izraz "rutinski" označuje uporabu lijekova radi ubrzavanja normalnog porođaja. Riječ je o intervencijskom porođaju gdje su sve intervencije, kao i uporaba lijekova, usmjerene cilju što bržeg rođenja djeteta, kao i umanjenju porođajnog bola. Primjena lijekova s jasno određenom medicinskom indikacijom najčešće upućuje na odmak od fiziološkoga i potrebu za dovršenjem porođaja uz pojačani nadzor nad stanjem majke i djeteta.

Kao i svako upletanje u porođaj, uporaba lijekova ima svoje dobre i loše strane. Svaka zdrava roditeljica s fiziološkom trudnoćom trebala bi još kao trudnica razmotriti rutinsku uporabu lijekova te donijeti vlastiti sud i mišljenje unaprijed kako bi njen izbor zaista bio informirani izbor.

Najčešće upotrebljavani sistemski lijekovi u porođaju jesu:

- sintetski hormon oksitocin (kod nas pod nazivom Syntocinon), koji služi za izazivanje ili pojačavanje trudova
- opioidni lijekovi za smanjenje bola (kod nas najčešće Dolantin)
- spasmolnetici za smanjenje bola (kod nas najčešće Spasmex, Buscol).

Najčešće upotrebljavani lijekovi s lokalnim djelovanjem jesu:

- kombinacije analgetika i lokalnog anestetika prilikom epiduralne ili spinalne analgezije.

Sintetski hormon oksitocin – Syntocinon (drip) upotrebljava se iz tri najčešća razloga:

1. Kako bi porođaj započeo (indukcija porođaja). U ovom slučaju davanje oksitocinskog dripa najčešće uključuje postupak prokidanja vodenjaka.
2. Kako bi se porođaj ubrzao. Nakon prirodno započetog porođaja događa se da trudovi oslabe i prorijede se – to može biti posljedica promjene (dolazak u bolnicu, uzbuđenje, strah) ili pak neke intervencije u porođaj. Primjerice epiduralna analgezija obično ima takav učinak.
3. Kako bi se ubrzao porođaj posteljice i smanjilo krvarenje. Ova primjena sintetskog oksitocina naziva se "aktivno vođenje trećega porođajnog doba". Kombinira se s trenutačnim klemanjem i prekidanjem pupčane vrpce te povlačenjem za slobodni kraj pupkovine kako bi se posteljica brže odljuštala.

Ad 1. i 2. Uporaba sintetskog oksitocina u svrhu indukcije ili ubrzavanja porođaja

Utjecaj na majku

Prednosti:

- pouzdana metoda za ubrzavanje porođaja kad postoji rizik po život ili zdravlje, odnosno medicinski opravdan razlog za primjenu oksitocinskog dripa
- primjena dripa skratit će porođaj i spriječiti iscrpljenost majke dugim porođajem
- socijalni razlozi: mogućnost prisutnosti odabranog liječnika, partnera, želja da se porođaj dogodi na neki određeni datum zbog obiteljskih ili nekih drugih razloga.

Nedostaci:

- porođaj može biti bolniji i stresniji zbog neprirodno dugih trudova koji dolaze u kratkim razmacima, što i majci i djetetu daje vrlo malo vremena za odmor između trudova
- raste vjerojatnost za primjenom lijekova protiv bolova ili epiduralne analgezije
- ako ušće maternice nije dovoljno zrelo za otvaranje, porođaj će vrlo sporo napredovati, s mogućnošću njegova dovršenja carskim rezom zbog "nenapredovanja porođaja"
- kretanje majke otežano je ili onemogućeno zbog iv. infuzije
- ako je bila potrebna epiduralna, a porođaj je dug i iscrpljujući, raste mogućnost za otežan izgon djeteta te primjenu vakuumske ekstrakcije (majka može računati na veliku i bolnu epiziotomiju)
- sintetski oksitocin smanjuje izlučivanje prirodnoga oksitocina; kada se prekine dotok sintetskog oksitocina, on brzo napušta tijelo i ono mora opet samo izlučiti prirodni oksitocin, zbog čega neko vrijeme postoji manjak prirodnoga oksitocina, te su mogući problemi kod uspostave laktacije; tijelu je potrebno više vremena da izluči oksitocin kao odgovor na sisanje djeteta te je time i "dolazak" mlijeka u dojke sporiji.

Utjecaj na dijete

Prednosti:

- pouzdana metoda za dovršenje porođaja (izgona, drugo porođajno doba) ako dijete pokazuje znakove patnje (fetalni distres)
- dijete može biti rođeno onda kada su dostupni potrebni stručnjaci i/ili određena medicinska oprema, primjerice kada je riječ o ugroženom novorođenčetu iz rizične trudnoće.

Nedostaci:

- pojačani intenzitet i trajanje trudova, između kojih je vrlo kratka stanka (minuta do dvije) za uspostavu cirkulacije kroz posteljicu i odmor, mogu uzrokovati patnju djeteta (fetalni distres) zbog manjka kisika, što zahtijeva daljnje intervencije; ako je problem ozbiljan, možda će biti potreban hitan carski rez
- ako se porođaj dovrši vakuumskom ekstrakcijom, dijete može biti u lošijoj kondiciji – nižih ocjena Apgar, te će vjerojatno trebati provedbu određenih pretraga i pojačani nadzor osoblja kao i više vremena za oporavak i prilagodbu
- povećava se mogućnost jače novorođenačke žutice zbog zaostalih lijekova u tijelu novorođenčeta koje je potrebno metabolizirati i eliminirati iz organizma u prvih nekoliko dana (funkcija jetre još je nezrela i u fazi "uhodavanja", stoga je opterećenje za mali organizam)
- dogodit će se rano razdvajanje od majke ako se neki od navedenih problema pojave u težem obliku, što svakako ostavlja posljedice na *bonding* i uspostavu dojenja.



Ad 3. Uporaba sintetskog oksitocina za brže odljuštenje posteljice i smanjenje količine izgubljene krvi u majke**Utjecaj na majku****Prednosti:**

- treće porođajno doba može se dovršiti rapidno brzo
- krvarenje će neposredno nakon porođaja biti manje
- dobra kontrola krvarenja za majke koje su obilno krvarile nakon prethodnih porođaja (poslijeporođajna hemoragija), imaju težu anemiju ili pak poremećaj zgrušavanja
- postizanje dobre kontrahiranosti maternice prilikom carskog reza – također dobra kontrola krvarenja.

Nedostaci:

- posteljica se mora roditi brzo nakon primjene oksitocina jer će se ušće maternice brzo zatvoriti pod djelovanjem ovog lijeka te postoji mogućnost da otvor na ušću maternice postane premalen za prolazak posteljice
- postoji mogućnost pucanja pupkovine zbog forsiranog povlačenja
- možda će trebati ručno odstraniti posteljicu ili dijelove posteljice u slučaju komplikacija
- sintetski oksitocin smanjuje izlučivanje prirodnoga oksitocina; kada se prekine dotok sintetskog oksitocina, on brzo napušta tijelo i ono mora opet samo izlučiti prirodni oksitocin, zbog čega neko vrijeme postoji manjak prirodnog oksitocina, te su mogući problemi kod uspostave laktacije; tijelu je potrebno više vremena da izluči oksitocin kao odgovor na sisanje djeteta te je time i "dolazak" mlijeka u dojke sporiji.

Opioidni lijekovi za smanjenje bola – Dolantin

Dolantin je lijek iz grupe narkotika (opioidni lijek), sličan morfiju i heroinu (*diamorphine*), koji se vrlo često primjenjuje u porođaju. Djeluje u središnjemu živčanom sustavu tako da sprečava (inhibira) slanje signala bola u mozak, a kao rezultat tog djelovanja roditelj osjeća trud kao manje bolan. Također može povećati prag tolerancije bola.

Doziranje i primjena:

Lijek je tvornički dostupan najčešće u ampulama od 100 mg, rjeđe u ampulama od 50 mg. Dozu bi valjalo izračunati prema tjelesnoj težini roditelje. Ovaj lijek propisuje liječnik, a primalja daje lijek prema propisanoj dozi. Može se započeti manjom dozom pa primijeniti dodatnu ako je potrebno. Primjena lijeka u mišić preporučena je, no često se propisuje i intravenska primjena. Primijenjena doza djeluje dva do tri sata, stoga Dolantin nije preporučljivo primijeniti ako se porođaj očekuje unutar tri sata.

Utjecaj na majku**Prednosti:**

- umanjuje bolnost truda
- sedira
- ima sekundarno djelovanje kao mišićni relaksans, što umanjuje mišićnu napetost i posljedično omogućuje brže otvaranje ušća maternice
- ako je potrebno prekinuti djelovanje lijeka, može se primijeniti antidot (*naloxone*).

Nedostaci:

- dolantin djeluje kao opioid/droga, stoga žena može imati osjećaj lebdenja, propadanja, vrtoglavice, izgubljenosti, dezorijentiranosti i sl.
- izaziva mučninu i povraćanje (moguće je uz Dolantin primijeniti lijek koji sprečava ili umanjuje tu nuspojavu)
- izaziva depresiju centra za disanje, što može rezultirati smanjenom razinom kisika u krvi (u žena s astmom primjena nije preporučljiva)
- izaziva usporeno pražnjenje želuca, što može biti problem ako se pokaže potreba za općom anestezijom (povećani rizik od aspiracije želučanog sadržaja)
- neke žene osjećaju samo opojno djelovanje Dolantina, dok im je u isto vrijeme bolnost truda ostala jednaka, pa navode kako im je zbog toga porođaj zapravo bio otežan umjesto olakšan.

Utjecaj na dijete**Prednosti:**

- *Nema ih!*

Nedostaci:

- Dolantin prelazi posteljičnu barijeru i uzrokuje depresiju centra za disanje; može u djeteta izazvati teškoće s disanjem, osobito ako se dijete rodi u vrijeme maksimalnog djelovanja primijenjene doze (unutar jednog do tri sata od primjene)
- teškoće s disanjem mogu se umanjiti primjenom antidota, no isto tako mogu se pojaviti opet kada djelovanje antidota prestane (jer je Dolantin još prisutan u djetetovu tijelu, zbog nezrelosti jetre eliminacija lijeka iz tijela vrlo je duga, čak do pet dana)
- novorođenačka žutica može biti pojačana zbog napora nezrelog sistema da eliminiira lijekove iz tijela
- Dolantin oslabljuje djetetove normalne reflekse, pa tako i reflekse sisanja i gutanja, stoga uspostava dojenja u prvim danima može biti otežana (dijete stalno spava i potrebno ga je buditi za podoj, teško ga je namjestiti na dojku, loše ili labavo hvata bradavicu i lako je ispušta, "lijeno" i slabašno siše, lako se zagrcne itd.)
- ako je zaostala doza u djetetovu tijelu veća, može se pokazati potreba za intenzivnim nadzorom djeteta na novorođenačkom odjelu, što dovodi do razdvajanja majke i djeteta.

Spasmoanalgetici

Lijekovi iz ove grupe imaju sposobnost da umanje mišićnu napetost; najčešće se primjenjuju kako bi se grlić maternice (građen od glatkog mišićja) opustio i omekšao. Posljedično se ubrzava otvaranje grlića maternice. Subjektivno roditelja ne osjeća da trud boli manje, no moguće je skratiti doba otvaranja. Ti lijekovi nemaju težih posljedica ni nuspojava ako se pravilno primjenjuju.

Opasnost od obilnijega krvarenja nakon porođaja može se pojaviti kod nekritične uporabe ovih lijekova, odnosno u slučaju davanja prevelike doze (predoziranja).

Iva Podhorsky Štorek, primalja, bacc. med. techn.

VAGINALNI POROĐAJ

Filozofija, ako je možemo tako nazvati, primalja i filozofija liječnika opstetričara u pristupu porođaju razlikuju se gotovo u svim segmentima osim u tome što i jedni i drugi u konačnici žele zdravu roditelju i zdravo novorođenče. Vaginalni porođaj prirodni je način rađanja i kao takav ne bi smio biti proglašen nečim što na bilo koji način ugrožava majku ili dijete, čime mu se u startu oduzima mogućnost da se odvija po svim pravilima prirode, prirodno i neometano interveniranjem u njegov tijek. Napominjemo da ovdje ne govorimo o rizičnim trudnoćama i porođajima u kojima je potreban pojačani nadzor.

Ono što svaki porođaj čini različitim jesu način na koji žena ulazi u njega, što očekuje, razina podnošenja bolova, kulturološke razlike, tradicijska uvjerenja itd. Mnogo važniji dio od onog tjelesnog u porođaju, osobito za primalje, jest psiha žene koja rađa. Ako je žena neprestano



u strahu od onoga što slijedi, ako dopusti da bolovi budu jači od nje same, ako se izgubi u vrtlogu trudova i misli kako ona to ne može, porođaj joj zasigurno neće ostati u lijepom sjećanju. No isti taj porođaj kod žene koja surađuje sa svojim tijelom, podnosi bol i trudove kao nešto dobro te koja misli o pozitivnom ishodu sigurno će biti iskustvo koje će je osnažiti za ulogu majke i žene.

Moderne žene nisu naučene na prirodu, u svijetu tehnike i konzumerizma sve se odvija kao na traci, a u posljednjih pedeset godina ni porođaj nije iznimka. Stopa operativnog dovršenja porođaja sve je veća i tragično je da su upravo žene te koje se odriču prava da rode vaginalnim putem. Navest ćemo samo neke dobrobiti vaginalnog porođaja:

PREDNOSTI VAGINALNOG POROĐAJA

- dokazano je da je vaginalni porođaj sigurniji od operativnog dovršenja trudnoće (osim hitnih stanja)
- iskustvo aktivnog porođaja i rođenja djeteta osnažujuće je za svaku ženu
- nema razloga za odvajanje djeteta od majke, povezivanje je mnogo snažnije
- mogućnost uspostave dojenja već nekoliko minuta nakon porođaja
- porođaj je iznimna radost i ne događa se često u životu žene
- vaginalni porođaj esencija je ženstvenosti za većinu žena, on biološki i psihološki povezuje sve žene.

Marijana Ivančić, primalja

UTJECAJ POROĐAJA NA DOJENJE

Dojenje je prirodan, fiziološki proces. Ali što se dogodi kada se lijekovi ili postupci kojima je žena podvrgnuta u porođaju umiješaju u fiziološke procese?

Suprotno uvriježenome mišljenju, porođaj utječe na dojenje na mnogo načina. Često zdravstveni djelatnici, ali i budući roditelji, doživljavaju trudnoću i porođaj odvojeno od iskustva dojenja. Istina je da način na koji je žena rodila dijete utječe na način na koji će ona dijete dojiti. Normalan i prirodan proces porođaja priprema i majku i dijete na dojenje. Oluja hormona koju majčino tijelo stvara tijekom porođaja to omogućuje. Kako bi dojenje moglo početi i uspješno teći, novorođenče mora moći sisati, gutati i disati, a majka mora željeti i moći svome djetetu omogućiti dojenje, dok okolina mora podržavati tu biološku jedinicu. Mnogi danas uobičajeni postupci u porođaju poput indukcije porođaja, rutinskih intervencija, epiduralne analgezije i odvajanja majke od djeteta narušavaju proces rane uspostave dojenja za majku i dijete.

U organizaciji La Leche League, koja promovira i unapređuje dojenje na svjetskoj razini, vjeruju da aktivno sudjelovanje majke u porođaju može utjecati na ishod porođaja, a time i na dojenje.

Često se medicinske intervencije izvode rutinski i ponekad nepotrebno. Ipak, u određenim situacijama upravo su intervencije te koje će spasiti život majke i/ili djeteta. Stoga je jako dobro da buduća majka ima saznanja o psihologiji i fiziologiji porođaja kao i o dojenju, čime će moći smanjiti učinke intervencija u određenim trenucima. Ako je roditelj svjesna važnosti pojedine intervencije i na nju pristane, posljedice su puno blaže.

Kako uobičajeni postupci u porođaju utječu na dojenje?

Smjernice Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) – Odjel reproduktivnog zdravlja i istraživanja pod nazivom Skrb tijekom normalnog porođaja govore o intervencijama koje se u porođaju ne bi smjele rutinski primjenjivati, kao što su klistir, brijanje, infuzija u porođaju, ležeći položaj, primjena oksitocina itd.

Porođaj utječe na majčino psihičko stanje i tjelesni integritet.

Na dijete utječe tjelesno, farmakološki, psihološki i neurološki.

Čimbenici rizika koji mogu utjecati na dojenje:

- epiduralna anestezija/analgezija
- instrumentalno dovršenje porođaja
- indukcija porođaja
- dugačak i težak porođaj, osobito uz poremećaj rotacije glavice
- asimetrija glavice i traume.

Prema nekim istraživanjima:

1. dovršenje porođaja vakuumskim ekstraktorom snažan je prediktor koji govori o problemima kod dojenja nakon porođaja (Hall i sur.)
2. loše dojenje može biti znak intrakranijalnoga krvarenja (Avrami i sur.).

Primjena lijekova i intervencija tijekom porođaja ima kumulativan i sinergistički učinak. Ipak, malobrojna su istraživanja koja potvrđuju povezanost postupaka u porođaju i uspješnosti dojenja. Kompleksan i slabo istražen fiziološki proces uspostave laktacije općenito se ne smatra podložnim utjecaju lijekova, a sklonost hranjenju bočicom najčešće se poima kao posljedica sociokulturnih čimbenika. Najveća prepreka točnoj procjeni utjecaja porodnih postupaka na dojenje, unatoč činjenici da "majke i bebe čine nerazdvojnu biološku i socijalnu jedinicu" (SZO, 2003), jest neadekvatna komunikacija između zdravstvenih djelatnika uključenih u porođaj i postnatalnu skrb. Tijekom trudnoće i porođaja različiti se specijalisti fokusiraju ili na majku ili na dijete, a rijetko na oboje. Tako su porodničari i anesteziolozi rijetko uključeni u uspostavu uspješnog dojenja u prvim satima i danima nakon porođaja, a pedijatri u odluke vezane uz fiziološki porođaj. Različiti zdravstveni djelatnici skrbe se o trudnici, roditelji i babinjači. Karakteristike porođaja koje utječu na dojenje možemo razvrstati u nekoliko kategorija: zrelost novorođenčeta, utjecaj lijekova na središnji živčani sustav, ozljede djeteta pri porođaju i posljedice odvajanja majke od novorođenčeta.

1. Zrelost djeteta jedan je od okidača spontanog početka porođaja. Kada je dijete spremno za život izvan maternice, porođaj počinje sam. Nezrelost sama po sebi, i bez ostalih utjecaja, primjerice indukcije porođaja, utječe na sposobnost hranjenja novorođenčeta. Inducirani porođaj često rezultira nespremnom majkom i nezrelim novorođenčetom. Nezrelo novorođenče vjerojatnije će pokazivati nezreo i neuređen uzorak sisanja – gutanja – disanja. Indukcija je traumatičnija za dijete i češće je povezana s ozljedama glave i mozga te izlaganjem djeteta narkoticima, što sve dovodi do slabije sposobnosti hranjenja. Osim toga neki stručnjaci za laktaciju smatraju da je nakon indukcije porođaja kod majke slabiji refleks otpuštanja mlijeka. Nakon inducirano porođaja češće dolazi do odvajanja majke i djeteta, a povećan je i rizik od žutice.

2. Većina lijekova koji se daju majci tijekom trudnoće ili porođaja stiže i do djeteta. Narkotici i anestetici koji se daju majci snižavaju respiratornu funkciju novorođenčeta, čime narušavaju njegovu sposobnost da koordinira svoje sisanje, gutanje i disanje. Vrijeme poluraspada nekih narkotika mnogo je duže u djeteta nego u majke, čime lijekovi nastavljaju djelovati na dijete dugo nakon što ih je majka već izlučila iz organizma. Lijekovi upotrijebljeni pri epiduralnoj analgeziji smanjuju sposobnost novorođenčeta da se nosi s bolom jer inhibiraju majčine prirodne beta-endorfine tijekom porođaja, čime snižavaju razinu beta-endorfina u kolostrumu i majčinu mlijeku. Više je istraživanja pokazalo kako je dojenje utješno za dijete te da je i samo mlijeko analgetik. Kako navodi Sepkoski, nakon davanja određenih lijekova posljedice na novorođenčetu mogu biti vidljive i do trideset dana. Istraživanja pokazuju da porođaj pod epiduralnom anestezijom negativno utječe na dojenje u prva 24 sata novorođenčeta života, iako nije dokazano da je utjecao na smanjenje pokušaja dojenja u prvom satu djetetova života (Baumgarder i sur.).

3. Iako su istraživanja koja govore o učincima mehaničkih sila primijenjenih u porođaju na sposobnosti sisanja, gutanja i disanja novorođenčeta ograničena, utvrđeno je da asimetrija bilo kojeg dijela djetetova tijela, osobito glave i vrata, pridonosi slabijem sisanju. Tako je vaginalni porođaj dovršen vakuumom jaki pretkazatelj problema prilikom dojenja. Za mehanizam sisanje – gutanje – disanje kod novorođenčeta potrebni su:

- 6 kranijalnih živaca
- 22 kosti
- 34 zglobova/hrskavice
- 60 mišića.

Stoga nije čudno da mehaničke sile koje djeluju na dijete u porođaju mogu djelovati i na dojenje nakon porođaja.

4. Nema istraživanja koja opravdavaju odvajanje majke i djeteta, a upravo je to česta praksa. Odvajanje od djeteta, čak i za bezazlene postupke poput vaganja i mjerenja, narušava djetetovo sisanje. Odvajanje ometa dojenje jer djeca moraju biti fizički blizu majke kako bi dojila. Fizička blizina majke i djeteta, posebice kontakt koža na kožu, dovodi do više pokušaja dojenja, bržeg odgovora majke na znakove gladi u djeteta, normalnog uzorka sisanja, toplinske koregulacije,

imunološke zaštite djeteta i još mnogo drugoga. Zaključci nekoliko istraživanja glase da je češće sisanje u ranom razdoblju života preduvjet za uspostavu uspješnog dojenja.

Što sve može utjecati na dojenje ako se čini prije prvog podoja:

- razdvajanje majke i djeteta bez obzira na razlog
- vaganje djeteta
- mjerenje djeteta
- davanje vitamina K
- vađenje krvi i razni testovi bez obzira na razlog
- utopljavanje novorođenčeta
- kupanje
- prvi pregled
- stavljanje broja – identifikacije (osim ako se ne obavi ne ometajući kontakt koža na kožu).

Ne postoje dokazi koji govore da bi se takvi postupci trebali izvoditi prije prvog podoja ako su posrijedi zdravo novorođenče i fiziološki porođaj.

5. Posljedice ostalih postupaka u porođaju

Djeca kojoj su nakon porođaja aspiratorom čišćeni dišni putovi ili su bila intubirana mogu pokazivati odbojnost prema oralnom hranjenju,

što otežava dojenje. Neka istraživanja pokazala su da i kupanje novorođenčeta odmah nakon porođaja ometa dojenje jer miris amnijske tekućine može potaknuti bebu na dojenje. Nakon carskog reza oporavak majke traje duže, teže je pronaći udoban položaj za dojenje, te se pokazalo da nakon carskog reza mnoge majke imaju poteškoća s ranom uspostavom laktacije, a sve to otežava dojenje. Puno je brži oporavak nakon porođaja, a tako i dojenje kod majki koje nemaju epiziotomiju.

Za uspješno dojenje potrebno je sljedeće:

- novorođenče mora moći i htjeti dojiti
- majka mora moći i htjeti dojiti svoje dijete
- dojenje bi trebalo ubiti ugodno i za majku i za dijete
- okolina mora podržavati dojenje.

Prvo pravilo: NE ŠTETITI

- svi lijekovi koji se daju u porođaju utječu i na majku i na dijete
- instrumenti i intervencije utječu na oboje
- roditelja mora aktivno sudjelovati u svom porođaju i u donošenju odluka nakon pruženih adekvatnih informacija



- omogućiti majci dojenje mora biti obaveza
 - sve druge tekućine koje novorođenče može dobiti nose potencijalni rizik
 - sve druge naprave za hranjenje mogu imati posljedice
 - odvajanje majke i djeteta najveći je rizik.

U Hrvatskoj ne postoje rodilišta "prijatelji majki", dok većina rodilišta nosi titulu "prijatelj djece". No i u Europi postoji svega nekoliko rodilišta s titulom "prijatelj majki".

Uvjeti koje rodilište mora zadovoljiti da bi dobilo titulu "prijatelj majki" jesu da postoji mogućnost podrške partnera ili bilo koje druge osobe na porođaju, da rodilište ima javno dostupnu statistiku, da žena može birati položaj u kojem će roditi (izbjegavajući ležanje na leđima) te da se u rodilištu ne izvode rutinski sljedeće procedure: brijanje, klizma, otvaranje venskog puta, uskraćivanje obroka i tekućine, kontinuirani nadzor djeteta putem kardiotokografije i prokidanje vodenjaka. Osim navedenoga preporučeni su i rezultati koje rodilište mora zadovoljiti u smislu učestalosti primjene oksitocina, epiziotomije, carskog reza i vaginalnog porođaja nakon carskog reza.

Osoblje se mora educirati o prirodnim metodama smanjenja bola u porođaju, potiču se kontakt koža na kožu i rana uspostava dojenja.

Rodilište mora imati i titulu "prijatelj djece".

U Hrvatskoj je sve veći postotak žena koje se odlučuju na porođaj u vlastitom domu, no uzorak je još uvijek premalen da bi se mogli utvrditi pouzdani statistički podaci vezani uz dojenje.

Istraživanje provedeno u Velikoj Britaniji 28. dana nakon porođaja govori da je postotak djece koja su dojena nakon kućnog porođaja 98, dok je istodobno nacionalni postotak 25.

Veliko istraživanje koje govori o sigurnosti prilikom kućnog porođaja provedeno u Sjevernoj Americi na uzorku od 5418 žena utvrdilo je da je šest tjedana nakon porođaja 95,8% žena dojilo nakon planiranoga kućnog porođaja. Prema podacima iz 2007., postotak djece dojene šest mjeseci jest 14,2.



Istraživanja također pokazuju statistički značajno povećanje dojenja kod žena koje su imale doulu u porođaju. U Hrvatskoj postoji trend prisustvovanja doula na porođaju i sve se više žena odlučuje na takvu opciju.

Zaključak

Najlakši način na koji možemo svesti moguće probleme na minimum jest smanjiti intervencije u porođaju na najmanju moguću mjeru. Normalni porođaj obično vodi normalnom dojenju, a intervencije, više ili manje opravdane, mogu uvelike utjecati na majku, dijete i tijek dojenja.

Anna Verwaal, koja je nedavno održala zanimljivo predavanje u Ljubljani, smatra (a to je potkrijepila nizom dokaza i istraživanja) da svaki čovjek na podsvjesnoj razini pamti razdoblje trudnoće i porođaja te da sve intervencije koje se dogode u tom razdoblju mogu utjecati na čovjekov život.

Prema podacima SZO-a, intervencije se u porođaju ne smiju izvoditi rutinski i moraju biti opravdane.

Svi podaci upućuju na to da uspješnost uspostave dojenja ovisi o događajima u prvim danima života. Zdravo dijete stavljeno majci na prsa u kontaktu koža na kožu odmah nakon porođaja može dopuzati do dojke i početi sisati u roku od prvih pet minuta do prvog sata. Neposredan i neprekidan kontakt koža na kožu toliko je ključan u uspostavi dojenja da se spominje i u koracima inicijative za bolnice s titulom "prijatelj djece" (BFHI).

Primalje i savjetnice za dojenje upravo su osobe koje moraju pomoći ženi i naučiti je kako pravilno dojiti svoje dijete, čak i nakon carskog reza, medikaliziranog ili induciranog porođaja. Moramo imati na umu psihičko stanje žene, koja ako nije doživjela porođaj onako kako je očekivala, može osjećati razočaranje, tugu ili krivnju. *Bonding* s novorođenčecom pomoći će joj da te negativne osjećaje pretvori u pozitivne te da vjeruje u sebe i svoje tijelo, da može dojiti i adekvatno odgovarati na djetetove potrebe. Ponekad je potrebno samo saslušati majku te joj tako pomoći da izbac iz sebe negativno i krene iznova.

Barbara Finderle, primalja, IBCLC

Izvori:

- Cochrane database, www.cochrane.org.
- *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Oxford University Press.
- Mother-Friendly Childbirth Initiative.
- Hall, R. T., Mercer, A. M., Teasley, S. L. et al. "A breastfeeding assessment score to evaluate the risk for cessation of breastfeeding by 7 to 10 days of age", *J Ped.* 2002., 141: 659-664.
- Avrahami, E., Amzel, S., Katz, R. et al. "CT demonstration of intracranial bleeding in term newborns with mild clinical symptoms", *Clin Radiol.* 1996., 51: 31-34.
- Baumgardner, D. J., Muehl, P., Fischer, M., Pribbenow, B. "Effect of labor epidural anesthesia on breastfeeding of healthy full-term newborns delivered vaginally", *J Am Board Family Practice*, Jan-Feb, 2003., 16(1): 7-13.
- <http://www.aims.org.uk/hbchoose.htm>.
- <http://www.bmj.com/content/330/7505/1416.long>.
- <http://www.journallive.co.uk/lifestyle-news/newcastle-features/2012/03/27/making-the-case-for-a-doula-during-world-doula-week-61634-30629158/>.
- www.motherfriendly.org/MFCI/steps.html.
- Baby-Friendly Hospital Initiative.
- www.babyfriendlyusa.org.
- www.llli.org.
- Bar, G., Sheiner, E., Lezerovitz, A., Lazer, T., Hallak, M. "Early maternal feeding following caesarean delivery: a prospective randomised study", *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 2008., 87(1): 68-71.
- Smith, L. J. "Impact of birthing practices on the breastfeeding dyad", *J Midwifery Womens Health*, Nov-Dec, 2007., 52(6): 621-30.
- *Smjernice SZO*, Odjel reproduktivnog zdravlja i istraživanja, Skrb tijekom normalnog porođaja.
- Ford, C., Iliffe, S., Franklin, O. "Outcome of planned home births in an inner city practice", *BMJ.*, 1991., 303: 1517-1519.
- Johnson, K. C., Daviss, B. A. "Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America", *BMJ*, 2005.

PRVA OPSKRBA NOVOROĐENČETA

Dijete u maternici živi u idealnim uvjetima, u mraku i tišini, uz konstantnu temperaturu okoline, plutajući u amnijskoj tekućini. U porođaju se okolina novorođenčeta mijenja. Dolaskom na svijet novorođenče je izloženo vanjskim uvjetima na koje nije naviklo te je potrebna maksimalna potpora osoblja kako bi se majka i njeno novorođenče što lakše i nježnije privikli na nove uvjete te jedno na drugo. Za novorođenče koje se mora prilagoditi uvjetima života izvan maternice uistinu vrijedi poslovice "Svaki je početak težak."

Za vrijeme porođaja glava, trup i ekstremiteti izloženi su pritiscima, savijanjima i rastezanjima. Intermitentno, u ritmu trudova mijenja se, a podvezivanjem pupkovine definitivno se prekida umbilikalna cirkulacija. Prvim udasima i prekidom krvnih žila posteljice krvotok se potpuno mijenja. Intrauterino je manja količina krvi bila namijenjena djetetu, dok je veća količina išla kroz umbilikalne arterije u posteljicu. Porođajem počinje prijelazna faza novorođenačkoga krvotoka, koja traje od četiri do deset sati. Ta je faza obilježena velikim protokom krvi kroz pluća i uspostavom funkcionalnoga plućnoga krvotoka.

U trenutku rođenja funkciju disanja moraju u roku od minuta ili dvije preuzeti pluća. Događa se niz promjena: tekućina koja je do sada ispunjavala pluća mora biti odstranjena, plućne alveole moraju se ispuniti zrakom, protok krvi kroz pluća mora se povećati od šest do deset puta te centri u mozgu za disanje moraju preuzeti svoju ulogu.

Termoreceptori u koži i gornjim dišnim putovima izloženi su snažnim termičkim podražajima. Novorođenče u odnosu na odrasle teško održava tjelesnu temperaturu zbog tanke kože i malo potkožnoga masnog tkiva. Padne li temperatura okoline ispod donje granice termoneutralnosti, novorođenče će se pothladiti, i obrnuto, porast temperature okoline preko granice termoneutralnosti vodit će neizbježnom porastu temperature novorođenčeta.

Prva opskrba novorođenčeta neposredno nakon rođenja uvelike će ovisiti o stanju vitalnosti. Važno je zaželjeti mu dobrodošlicu na ovaj svijet u toploj prostoriji. Novorođenče će neposredno po porođaju, odnosno tijekom prve minute udahnuti, primalja će ga obrisati toplom pelenom, položiti majci na trbuh te pokriti suhom toplom dekićom. Ovdje će početi upoznavanje majke sa svojim djetetom, ovdje će se dogoditi ljubav na prvi pogled. Trenutak će biti čaroban i zbog toga što su još uvijek jedno, pupkovina još uvijek pulsira, a majci se omogući da sama osjeti pulsiranje pupkovine te odluči kada će se pupkovina prerezati, što može učiniti i ona sama ili djetetov otac.

Za brzu ocjenu vitalnosti djeteta primjenjuje se ocjenjivanje metodom bodovanja po Apgarovoj ljestvici. Brzi pregled obavlja se u prvoj i petoj minuti, a ocjenjuju se boja kože, disanje, frekvencija srca, tonus miškulature i refleksna podražljivost. Bodovi su dva, jedan i nula. Dobiveni se bodovi zbroje te se njihov zbroj može kretati između deset, što znači optimalno vitalno novorođenče, i nule, što znači teško deprimirano, asfiktično novorođenče. Djeca koja u prvoj ili petoj minuti imaju od osam do deset bodova ne trebaju nikakve posebne mjere ni manipulacije. Djeca s pet do sedam bodova ocjenjuju se kao umjereno asfiktična djeca, a ona s četiri ili manje kao teško asfiktična. Ako je dijete ocjenjeno Apgarom od osam do deset, valja imati na umu da radnje kao vaganje i mjerenje duljine nemaju prednost nad ostvarenim kontaktom koža na kožu. Slijedi prvi sat u djetetovu životu, u kojem će se ostvariti prvi podoj i omogućiti djetetu što lakši i bolji početak.

Banana Kunina, primalja, IBCLC

BABY HANDLING – ISPRAVNO POSTUPANJE S DJETETOM

1. UVOD

Baby handling jest postupanje ili način postupanja s novorođenčetom, dojenčetom, djetetom ili odraslim čovjekom koji se na utjecaj okoline ili impulsa iz tijela ne odazivaju uobičajenim reakcijama. Kretanje je jedna od temeljnih životnih aktivnosti čovjeka, stoga je kod novorođenčeta i dojenčeta osnova za razvoj psihomotoričkih sposobnosti i spretnosti.

Temelj je i za dječji kognitivni razvoj (senzorički razvoj, razvoj mišljenja, usvajanje teorijskih pojmova i znanja) te emocionalno-socijalni razvoj (pozitivna saznanja o sebi i socijalizacija). Svakodnevno pravilno postupanje s djetetom probudit će razvoj njegovih kretnji, držanja, ravnoteže i koordinacije. Po ispravnom postupanju spoznat će svoje tijelo i naučit će ga savladavati. Različitim položajima jačat će svoje sposobnosti gibanja i pripremati se za igru.

Posebno se preporučuje ispravno postupanje u sljedećim slučajevima:

- ako je dijete prerano rođeno i u maternici nije spoznalo svoje tijelo
- ako je majka u trudnoći preboljela neku bolest koja lako može utjecati na plod

- ako je porođaj bio dugotrajan i težak (manjak kisika)
- ako je pupkovina stegnuta oko vrata (manjak kisika)- ako je porođaj dovršen vakuumskom ekstrakcijom
- ako je majka u porođaju bila životno ugrožena
- ako je novorođenče u porođaju ili nakon njega bilo zaraženo nekom bakterijom.

1.1. TEMELJNA NAČELA ISPRAVNOG POSTUPANJA S DJETETOM

Pravilno postupanje s djetetom jest metoda rada koju upotrebljavamo pri izvođenju svakodnevnih djetetovih aktivnosti, osiguravajući mu siguran i pravilan položaj. Oni koji ga primjenjuju trebali bi usvojiti osnovna načela *baby handlinga*:

- valja odvojiti dovoljno vremena i osigurati mir, koliko je moguće, tako da dijete doživi određenu kretnju, da svjesno otkriva svoje tijelo, a poslije u tome i sudjeluje
- valja posvetiti dovoljno pozornosti simetriji, dakle često mijenjati strane tijela
- kontakt s djetetom neka se temelji na kontaktu očima, tjelesnom kontaktu i dodiru naših ruku
- dodir treba biti nježan, sinkroniziran, tako da se dijete osjeća sigurnim
- treba ga što više okretati preko ruku, tako da upozna okolinu i navikne se na nju.



2. ISPRAVNI POLOŽAJI

Ispravno postupanje uključuje najrazličitije kretnje koje kod uobičajenih životnih aktivnosti izvodimo kod djeteta. Te su kretnje pravilno ležanje, dizanje, nošenje, spuštanje, hranjenje, držanje nakon hranjenja i previjanje.

2.1. ISPRAVNO LEŽANJE

Preporučuje se bočni položaj s laganom fiksacijom glavice i cijeloga tijela. Ako dijete leži na boku, pelenom podložimo zdjelicu, donju nožicu istegnemo, gornju lagano skvrčimo, pod trbušćić i pod gornju nožicu stavimo pelenu, glavica i ručica malo su nagnute naprijed. Kod spavanja ležanje na trbuhu nije preporučljivo, prije svega zbog mogućnosti aspiracije pri povraćanju. Nikada ne podlažemo glavicu. Ako dijete u spavanju gura glavicu unatrag, u *opistotonus*, stavimo ga ležati na leđa. Svakako moramo paziti da glavica nije uvijek okrenuta u istu stranu, da je ne "zaleži" (oblikovanje). Ležanje na trbuhu ne savjetuje se jer su istraživanja pokazala da je "smrt u kolijevci" češća u dojenčadi koja leži na trbuhu.

2.2. ISPRAVNO PODIZANJE I SPUŠTANJE

Dojenče uvijek prvo okrenemo na bok i zatim ga podignemo. Ruku stavimo između njegovih nožica te istovremeno pod rame i glavicu s donje strane. Gornjom rukom pridržimo glavicu, gornju ručicu djeteta i kralježnicu; glavica je lagano nagnuta naprijed. U lagano skvrčenom položaju podignemo ga i okrenemo na leđa, tako da ostane lagano skvrčeno. Pri spuštanju poštujemo ista pravila, samo obratnim redoslijedom. Valja napomenuti da se pri spuštanju djeteta najprije dotakne zdjelica. Važno je podupiranje i trupa i glavice.

2.3. ISPRAVNO DRŽANJE DJETETA

Dok je dijete jako maleno, nosimo ga u naručju kao da ga želimo uspavati, pazeći da su mu obje ručice naprijed te da je cijelo lagano skvrčeno. Ako sjedimo, djetetove nožice mogu počivati na našoj podignutoj nozi. Tako osiguravamo dovoljan nagib djetetova tijela i ispravnu skvrčenost. U svojem krilu možemo držati dijete i u bočnom položaju i na truhu. Taj položaj postižemo na isti način kao kod podizanja (ruka između nožica i leži na trupu, lagano ga zaokrenemo).

U bočnom položaju moramo paziti da mu je gornja nožica lagano skvrčena, a donja ispravljena, dok je naša ruka između njegovih koljena. Dok se igramo s djetetom u krilu, držimo ga na leđima tako da lagano podignemo svoja koljena, njegova je guza naslonjena na naš trup, nožice su podignute u zrak i naslonjene na naše grudi te se dodiruju stopalima. Stavimo djetetove ruke na njegov truh i učimo ga da se gladi po nožicama; stavimo igračku u ruku. Taj položaj ima mnogo prednosti (kontakt očima majke i djeteta, stavljanje udova u centralnu točku, upoznavanje vlastitog tijela).

2.4. ISPRAVNO HRANJENJE

Majka lako doji svoje dijete sjedečke ili ležeći na boku:

- djetetovo tijelo lagano je skvrčeno i nagnuto prema dojci
- jedna je ručica ispod dojke, druga na dojci
- donja ručica ne smije visjeti iza majčinih leđa.

Ako majka hrani dijete na bočicu, dijete uzmemo u naručje u pravilni položaj, da osjeti majčinu toplinu. Da mu bude još udobnije, prekrizimo svoju nogu (ako nam leži na desnoj ruci, prekrizimo lijevu nogu, i obratno). Uvijek pazimo da je glavica u ravnini s trupom i poduprta. Držimo ga jedanput na jednoj ruci, drugi put na drugoj, tj. mijenjamo položaj kao i kod dojenja.

2.5. ISPRAVNO DRŽANJE ZA PODRIGIVANJE

Kada stavimo dijete na svoje rame da se podrigne, jednom ga rukom držimo ispod guze, a drugom mu pridržavamo glavicu tako da tu ruku naslonimo na njegova leđa, čime ga podupiremo. Važno je paziti da su djetetove ručice ispred njegove glavice, tj. da su mu oba lakta na našim ramenima.

2.6. ISPRAVNO PREVIJANJE I PRESVLAČENJE

Kada želimo djetetu oprati anogenitalni predio ili zamijeniti pelenu, preporučljivo je da mu uvijek skvrčimo nožice. Jednom rukom uhvatimo mu koljeno, tako da njegova suprotna noga bude na našoj podlaktici. Važno je da ga ne držimo za stopala i ne istežemo nožice.

Najveća promjena u ispravnom postupanju s djetetom jest u presvlačenju jer se dok to činimo dijete neprestano rotira s jednog boka na drugi ako leži. Važno je da ne leži pasivno na leđima dok ga presvlačimo.

2.7. BORAVAK NA TRBUHU

Danas mala djeca (dojenčad) većinu vremena provode ležeći na leđima. Zbog toga mnogo gube jer nisu upoznata s kvalitetnim vremenom boravka na truhu. Dojenčad treba svaki dan neko vrijeme provoditi u potrbušnom položaju zbog jačanja mišića i samosvijesti o vlastitom tijelu te dobivanja temelja za kasnije razvojne prekretnice.



Razlozi za potrbušni položaj:

1. *Jača dojenčad.* Mala djeca koja provode vrijeme u potrbušnom položaju jačaju vrat od najranije dobi. Vratni su mišići važni kod kontrole vrata.
2. *Puzanje, upotreba ruku.* U potrbušnom položaju djeca se uče micati s jedne na drugu stranu, što im pomaže kod dohvatanja i puzanja. Također se razvija i poboljšava njihov osjet dodira.
3. *Ravnoteža i koordinacija.* Potrbušni položaj pomaže u razvoju ravnoteže i koordinacije, koji su temelj za sve motoričke vještine.
4. *Koordinacija oko – ruka.* Vid i koordinacija oko – ruka poboljšavaju se zahvaljujući tome što ruka lako doseže lice i usta.
5. *Smirivanje.* Stavljanje djeteta u potrbušni položaj može biti udobno i umirujuće za djecu s kolikama.
6. *Samosvijest i neovisnost.* Mala djeca motivirana su da istražuju svoj svijet kada shvate da mogu kontrolirati vlastitu mobilnost.

3. RANA STIMULACIJA

Bodovanje po Apgarovoj ljestvici služi nam za brzu procjenu vitalnosti novorođenčeta. Pregled novorođenčeta obavlja se nakon prve i pete minute nakon rođenja. Gledaju se i ocjenjuju s dva boda, jednim bodom ili nula bodova sljedeći parametri:

1. boja kože kao mjerilo količine kisika u krvi
2. disanje
3. frekvencija i kakvoća pulsa, odnosno frekvencija srca
4. tonus mišića
5. refleksna podražljivost.

Bodovi dobiveni za svaki parametar zbrajaju se. Najveći je broj bodova deset (optimalno vitalno novorođenče), a najniži nula (teško deprimirano novorođenče). Djeca koja u prvoj ili petoj minuti imaju od osam do deset bodova ne trebaju nikakve mjere zbrinjavanja. Djeca s četiri do sedam bodova imaju umjereno deprimirane vitalne funkcije, a djeca s tri boda ili manje teško deprimirane vitalne funkcije. Bodovanjem prema Apgaru u prvoj i petoj minuti nakon rođenja ugrubo se procjenjuju funkcija mozga, disanje i cirkulacija. Glavna važnost i vrijednost bodovanja prema Apgaru jest mogućnost brzog uočavanja neposredne ugroženosti djeteta i potrebe za intervencijom.

Izvor najveće stimulacije jesu roditelji i njihovi glasovi, iako ne treba zanemariti ni medicinsko osoblje koje se brine za novorođenčad na odjelima intenzivne skrbi. Dok se novorođenče njeguje u inkubatoru, dodir medicinskog osoblja mora biti veoma nježan i siguran, jer su to prvi dodiri koje dijete nakon rođenja osjeća na tijelu.

Kada dijete dođe kući, roditelji trebaju stimulirati svih pet osjetila. Za stimulaciju djetetova vida treba mu nuditi igračke jarkih boja, ogledalca za djecu i sl. Za stimulaciju sluha valja pjevati pjesmice visokim ili dubokim glasom te mu izražajno čitati slikovnice (uživat će u melodioznosti glasa i ritmu). Stimulaciju predjela oko djetetovih usana treba početi još u rodilištu, osobito kod nedonoščadi, koja imaju poteškoća s hranjenjem zbog nerazvijenog refleksa sisanja i gutanja.

4. ZAKLJUČAK

Od dana rođenja svako je dijete osoba željna ljudskog susreta, u dodiru, mirisu, ljudskom pogledu i glasu. Najprikladnije mjesto za zdravo, u terminu rođeno novorođenče jest blizak kontakt s majkom. Poznat je pozitivan učinak dodira i na prijevremeno rođenu djecu, tzv. taktilna stimulacija. Dodir koža na kožu majke i djeteta kod prijevremeno rođene djece regulira srčane otkucaje i disanje, pomaže održavanju tjelesne temperature i potiče duži i mirniji san te dojenje.

Osim dodira koža na kožu, kojim se ostvaruje prvi dodir djeteta s majkom, postupci koji potiču senzorički i psihoneuromotorički razvoj novorođenčeta jesu *baby handling*, razvojna stimulacija i masaža.

Osim majke, koja će mu to pružiti od prvog trenutka kada ga dobije na prsa nakon rođenja, važnu ulogu u svemu tome imaju i primalje, koje će se brinuti za novorođenče do otpusta kući. Zato je važno da medicinsko osoblje bude upoznato s ispravnim postupanjem s novorođenčetom kako bi učinkovito moglo educirati i savjetovati roditelje o njezi, manipulaciji, hranjenju i senzoričkoj stimulaciji, kako zdravoga tako i rizičnog novorođenčeta.

5. PRIMALJSKE DIJAGNOZE I INTERVENCIJE**Nemogućnost dojenja zbog prijevremenog rođenja, što se očituje izostankom refleksa sisanja**

CILJ: novorođenče će do otpusta iz rodilišta razviti refleks sisanja.

INTERVENCIJE:

- stimulirat ćemo predjele oko djetetovih usana tri puta na dan po pet minuta
- prstima ćemo pritiskati mjesta oko usana kao da točkama ocrtavamo obris usana
- čvrstim dodirom crtati ćemo mu brkove i bradu
- kružnim pokretima masirat ćemo obraze potičući sisanje.

Visoki rizik od usvajanja loših obrazaca pokreta zbog neadekvatnog postupanja s djetetom

CILJ: dijete neće usvojiti loše obrasce pokreta.

INTERVENCIJE:

- primijenit ćemo metodu ispravnog postupanja s djetetom u rodilištu
- stimulirat ćemo svih pet osjetila kod njege djeteta.

Visoki rizik od oštećenja vida zbog prijevremenog rođenja i dugotrajne primjene kisika

CILJ: djetetov vid neće biti oštećen.

INTERVENCIJE:

- stimulirat ćemo djetetove oči igračkama jarkih osnovnih boja
- upotrebljavat ćemo ogledalca za malu djecu.

LITERATURA

1. Mardešić, D., i suradnici. *Pedijatrija*, Školska knjiga, Zagreb, 2003., sedmo dopunjeno izdanje.
2. Internetska stranica: <http://www.udrugaoko.hr>.
3. Odent, M. *Preporod rađanja*, 2000.
4. Finnie, N. *Handling the Young Child with Cerebral Palsy at Home*, 1997.
5. Kotulak, R. *Inside the Brain*, Andrews and McMeel, 1996.
6. Fučkar, G. *Uvod u sestrinske dijagnoze*, Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju, 1996.

Sonja Kočiš Čovran, prvostupnica primaljstva, KB "Mercur"
sonjacovran@yahoo.com

BIOETIČKA PITANJA U MEDICINSKI POMOGNUTOJ OPLODNJI

UVOD

U bioetici i biomedicinskom pravu na prijelazu iz 20. u 21. stoljeće medicinski pomognuta oplodnja ostaje jednim od glavnih i najproblematičnijih sadržaja.

Dok veliki broj bračnih parova nastoji raznim metodama ograničiti svoju plodnost ili spriječiti dolazak novog života, s druge strane određeni broj njih – a on je u stalnom porastu – ima jednu jedinu želju: postati roditelji. Za ostvarenje te želje nikakva im cijena nije previsoka. Vlastite želje, društveni pritisci, ali i znanstveno-tehnički optimizam i obećanja reprodukcije medicine potiču ih na stalno nove pokušaje. Rezultati ni izdaleka ne prate sve napore, patnje i troškove kojima se izlažu. Neke od danas uobičajenih medicinskih metoda moralno su problematične i u suprotnosti s ljudskim dostojanstvom.

Etika (grč. *etikos* = "moralan, čudoredan"; *ethos* = "navika, običaj, mjesto stanovanja, narav") označuje skup navika i način ljudskog ponašanja – individualnog ili grupnog – promatranog sa stajališta moralnih vrijednosti o ljudskom "dobru" ili "zlu", "poštenom" ili "nepoštenom", "valjanom" ili "nevaljanom", "ispravnom" ili "pogrešnom", "dopuštenom" ili "nedopuštenom". To su moralne kategorije koje zajedno s moralnim teorijama, moralnim načelima (ili principima) te moralnim pravilima čine određeni moralni sustav. Etika je znanost o moralu (filozofija morala) koja istražuje smisao i ciljeve moralnih normi, osnovne kriterije za moralno vrjednovanje, kao i općenito zasnovanost i izvor morala. Etika prije svega pripada filozofiji koja proučava ljudsko ponašanje koje je prihvaćeno pod određenim moralnim aspektom.

Medicinska etika vrlo je stara moralna građevina koja je nastala prije 2500 godina na maloazijskom otoku Kosu, na kojem se rodio i medicinski obrazovao "otac znanstvene medicine" Hipokrat. Za nj je vezana liječnička zakletva, koju je i on sam, izgleda, polagao prilikom "upisa" u medicinsku školu na tom otoku. To je i danas ključni dokument ("stare") medicinske etike jer se u cjelini bavi etičkim načelima i normama vezanim uz liječničku struku, pa su se na nj nadovezali ostali etički kodeksi liječnika.

Odgovor na pitanje što je to bioetika zahtijeva osvrt na okolnosti njezina nastanka. Ono što se danas naziva bioetikom nastalo

je početkom šezdesetih godina dvadesetog stoljeća u Sjedinjenim Američkim Državama, i to ne kao znanstvena disciplina, nego kao društveni pokret.

Nastanak bioetike povezuje se s etičkim problemima do kojih je došlo zbog sve složenijih uvjeta u donošenju medicinskih odluka, kako za zdravstvene stručnjake tako i za laike koji su uključeni u postupak donošenja odluka. Osim klasičnih pitanja iz medicine, vezanih uz život, bolesti, zdravlje, umiranje, pitanje liječničke tajne te odnos liječnika i pacijenta, javljaju se i brojne druge bioetičke dileme. Andre Hellegers, opstetričar, demograf i fetalni fiziolog, rukovoditelj instituta Kennedy u sklopu Sveučilišta Georgetown u Washingtonu, u riječi bioetika vidio je sintezu medicinske etike i biologije. Od svoga nastanka do danas riječ bioetika poprimila je različita značenja, počevši od shvaćanja bioetike kao profesionalne etike u medicini preko bioetike i ekologije te bioetike kao ljubavi prema životu pa do globalne bioetike. U oba izdanja *Bioetičke enciklopedije* (1978. i 1995.) govori se o razvoju bioetike, njezinu znanstvenom utemeljenju i raznolikostima njezina sadržaja. Možda se najbolji pokazatelj burnih promjena u bioetici ogleda u definiciji bioetike jer svako izdanje *Enciklopedije* sadržava drugo objašnjenje tog pojma. U prvom izdanju *Bioetičke enciklopedije* (1978.) bioetika se objašnjava kao sustavno proučavanje ljudskog ponašanja u području znanosti o životu i zdravstvenoj skrbi ako se to ponašanje ispituje u svjetlu moralnih vrijednosti i načela. Iako je ta definicija mnogima služila kao temelj za razumijevanje bioetike, ona je već od početka izazivala dvojbe i kritike, osobito zbog uporabe riječi "načela". U drugom izdanju *Bioetičke enciklopedije* (1995.) stoji da se bioetika služi različitim etičkim metodologijama u interdisciplinarnom okruženju prilikom sustavnog proučavanja moralnih dilema, uključujući moralne poglede, odluke, ponašanje i djelovanje, u sklopu prirodnih znanosti i zdravstvene skrbi.

Bioetika u kliničkoj praksi zauzima se za rješavanje etičkih problema u kliničkom radu, odnosno pri skrbi za pacijente. No to se ne može uvijek odvijati po nekim unaprijed određenim pravilima. Često liječnik mora postupiti prema trenutačnoj situaciji, a to znači da se odluka donosi prema pojedinom slučaju. Svaka medicinska odluka u sebi ima medicinsko-tehničku i moralnu komponentu. Prva je vezana uz primjenu medicinske znanosti, a druga zahtijeva da primijenjeno medicinsko-tehničko dostignuće bude i moralno opravdano. Postoje razni modeli za bioetičku edukaciju kliničkog osoblja, uz retrospektivne i prospektivne prikaze pojedinih slučajeva i savjetovanja, a posebno se obraća pozornost na prava pacijenata, na pravo izbora, pravo obitelji da sudjeluje u etičkom odlučivanju pacijenta, prava fetusa itd. Tridesetpetogodišnja saznanja o bioetici samo su početak u stalnom razvoju bioetičkih spoznaja. Promjene koje su se u tom razdoblju odigrale u medicini toliko su duboke da ozbiljno dovode u pitanje određene osnovne pojmove. Glede svega toga bioetika danas, u odnosu na svoje početke, nije i ne može biti ista. Kao što je pristup etičkim pitanjima u medicini postao interdisciplinarnan, tako i odluka o liječenju pacijenta nije više prepuštena samo liječnicima već je u to uključen i pacijent, jer pacijent danas ima pravo odlučivanja o sebi i svojem zdravlju, o prihvaćanju ili neprihvatanju medicinskog postupka. To je i pravo ispitanika u biomedicinskim istraživanjima.

Jedinstvena medicinska disciplina opstetricija i ginekologija doživjela je u drugoj polovini prošlog stoljeća dinamične i vrlo



značajne promjene. Do tada je, kako u operacijskoj dvorani tako i u rađaonici, najvažnije bilo unapređivanje operativnih tehnika te liječenje upalnih promjena genitalnih organa žena. Nakon toga interes se počeo usmjerivati k fiziološkim i patofiziološkim promjenama, osobito onima vezanima uz trudnoću i porođaj. Tada u prvi plan dolaze brojne i nimalo jednostavne odluke koje zadiru u bit opstanka ljudskog bića, bez obzira na to je li riječ o ishodu trudnoće na osnovi prenatalne dijagnostike, donošenju odluke o prekidu trudnoće, selektivnom pobačaju u višeploidnoj trudnoći, o pitanju liječenja ploda, prihvatanju djeteta s nekom anomalijom itd.

Zbog povezanosti fetalnog i neonatalnog života utemeljena je perinatalna medicina. Ta medicinska znanost bavi se prevencijom i liječenjem patoloških stanja fetusa i novorođenčeta, o čemu se brinu specijalisti iz opstetricije i ginekologije te neonatolozi i pedijatri. Krajnji cilj perinatalne medicine jest da se rizik rađanja svede na najmanju moguću mjeru. Spoznaja da je perinatalno razdoblje možda najopasniji dio ljudskog života dovela je do snažnog uključivanja mnogih graničnih specijalnosti u perinatologiju. Perinatalna medicina nije izolirana u vremenu i prostoru, već je sastavni dio humane reproduktivne biologije, s dinamičnim razvojem embrija i fetusa, a zatim novorođenčeta. Možda je najveći napredak u modernoj opstetriciji i neonatologiji spoznaja da u obje specijalnosti postoje područja koja su zajednička i nedjeljiva, kako u pogledu medicinske skrbi tako i u znanstvenim istraživanjima i edukaciji.

U svim granama medicine, pa tako i u perinatologiji, razvoj i primjena novih tehničkih dostignuća pridonijeli su još brojnijim etičkim i pravnim dilemama, koje se odnose na pitanje fetusa kao pacijenta, njegove roditelje i liječnika, odnosno čitavo društvo. Donošenje bioetički valjane odluke u medicini temelji se na autonomiji, te će pacijent donijeti najbolju odluku u svome interesu. No u perinatalnoj medicini situacija je vrlo kompleksna i specifična. Ni fetus ni novorođenče ne mogu donijeti odluku, već nju donose roditelji u razgovoru s liječnicima. Za razliku od novorođenčeta u fetusa je situacija posebno kompleksna jer se dijagnostički i terapijski postupak može izvesti samo narušavanjem tjelesnog integriteta majke. No to nije uvijek jednostavno ostvariti. Zato ne treba računati da će se u svakom slučaju uspjeti pomoći plodu, na osnovi najstarijeg oblika ljudske etike, da je majka uvijek spremna sve učiniti za svoje dijete.

Sve veća razlika između mogućih i dostupnih terapijskih postupaka dovela je do situacije da na rad liječnikâ utječu ekonomska i politička razmatranja, a to je rizično za autonomiju liječnikâ. Nestvarna očekivanja i zahtjevi u odnosu na ono što medicina može i što treba napraviti mogu uvjetovati medicinske postupke koji mogu biti stručno neopravdani. Zato liječnici trebaju priopćiti mogućnosti rada, ali i rizike određenih postupaka liječenja. Ako pacijent i društvo ne prihvate rizike, kvaliteta zdravstvene zaštite može biti smanjena izvođenjem defanzivnih ili nepotrebnih zahvata ili pak odbijanjem zahvata. Zato valja osigurati kliničku neovisnost i stručni integritet liječnika. Priziv savjesti liječnika zasniva se na tvrdnji da liječnik zbog svojih etičkih, vjerskih ili moralnih nazora, odnosno vjerovanja nije dužan ispuniti određenu obvezu prema pacijentu jer ga na to ovlašćuje pozitivno pravo. S kliničkog stajališta pitanje priziva savjesti liječnika najčešće se povezuje s (ne)obavljanjem pobačaja. O liječnicima ovisi hoće li posegnuti za prizivom savjesti u skladu sa zakonskim propisima i kodeksima medicinske etike te svojim deontološkim odrednicama. Priziv savjesti mora biti nedvojbeno opravdan.

Tehnike umjetne oplodnje otvorile su široke rasprave, one o vrednotama povezanim s prenošenjem ljudskog života



(značenje bračnog čina i identitet subjekta koji na svijet dolazi tim načinom) kao i one o efikasnosti tih tehnika, o njihovoj sigurnosti i zdravstvenim opasnostima po majku i posljedicama za takvo novorođenče te o njihovoj ekonomskoj opravdanosti jer su veoma skupe.

Ne postoji društvo, primitivno ili napredno, kultura, vjera ni pravni zakon s neutralnim stavom prema reproduktivnom životu. Čak i u društvima koja se ne miješaju u odluke plodnih pojedinaca neplodni su parovi često predmet pozornosti javnosti i preispitivanja. Osim toga oplodnja je donijela nove probleme. Društvene institucije spore su u nošenju s novim situacijama. Prvo, tu je ono što se naziva reakcija moralne panike. Na sasvim drugoj razini postoji zabrinutost temeljena na ideologiji i vjerskim uvjerenjima. Treće, postoji zabrinutost na temelju utilitarnog razmatranja. Pojam moralne panike opisuje reakciju kada se tradicionalna moralna vjerovanja o obitelji i reprodukciji čine ugroženima. Reakcija je često neopravdana ili pretjerana. To može biti prolazna faza prije nego što se promjene prihvate. Tendencija je te reakcije da se mijenja iz prestravljene negacije u negaciju bez užasa, zatim postupno razumijevanje i na kraju sporo ali konačno prihvaćanje. U reakciji moralne panike postoji strah od "skliskog puta" – ako znanost nije spremna sada, hoćemo li u budućnosti prijeći kakvu "crvenu" liniju. U katoličkoj vjeri na temelju ideologije i vjerskih uvjerenja postoji zabrinutost u vezi sa statusom embrija kao osobe, s njegovim pravima i interesima. U islamu je istaknuta svetost obiteljske genetske loze. Ideološke zabrinutosti imaju pravo na poštovanje, ali njima se ne mogu pokoravati oni koji u njih ne vjeruju. Etička pitanja, prema utilitarnim principima, temelje se na onome što je najbolje za društvo i što je u najboljem interesu djeteta. Može se doći do različitih zaključaka kroz različite etičke pristupe i općenito ih se tolerira. Jedan je primjer zabrinutost zbog donacije ljudskih gameta i zametaka. U načelu, društva su se morala nositi s dva revolucionarna koncepta u humanoj reprodukciji: razdvajanjem seksa od reprodukcije i reprodukcijom uz sudjelovanje treće strane.

MPO (medicinski pomognuta oplodnja) kontinuirano izaziva društvene, moralne i etičke norme te pravne sustave. Iako je samo nekoliko područja u medicini postavilo toliko polemika kao MPO, u posljednja dva desetljeća on je ipak ponuđen nekoliko tisuća neplodnih parova i više od milijun djece rođeno je u cijelome svijetu kao rezultat intervencija MPO-a. Utjecaji kontroverzi i izazova mogu se vidjeti na pojedincu, društvu i političkim/pravnim razinama. Brojne mogućnosti koje MPO nudi neplodnim parovima često se dovode u pitanje zbog moralnih i etičkih dilema oko, između ostaloga, donacija gameta, surogatnog majčinstva, PGD-a (preimplantacijska genetska dijagnoza), redukcije fetusa, istraživanja na embrijima ili uništenja pohranjenih embrija. Kontroverze i istodobno široka primjena MPO-a utjecale su na stavove i praksu MPO-a. Pitanja izbora, reproduktivne slobode i medicinske odgovornosti treba promatrati u okviru širokog opsega promjena vrijednosti u današnjem modernom društvu. Države se često pokušavaju nositi s kontroverzama MPO-a regulacijom. U nekim slučajevima brzo pribjegavanje pravnoj regulaciji MPO-a može biti kontraproduktivno jer to može ograničiti informiranu raspravu o postojećim mogućnostima.

MATERIJALI I METODE

Materijale predstavljaju podaci prikupljeni iz različitih izvora koji u posljednja dva desetljeća tretiraju problematiku medicinski pomognute oplodnje. Analiza literature (pregled literature) odabrana je kao metoda.

REZULTATI I RASPRAVA

Neplodnost i pomognuta oplodnja iz regionalne perspektive

Značenju kulturne različitosti i pluralizma treba se posvetiti dužna pozornost, ali na takva se razmišljanja ne smije pozivati kako bi se spriječila zadiranja u ljudsko dostojanstvo, ljudska prava i temeljne slobode te u principe utvrđene Deklaracijom o bioetici i ljudskim pravima, niti se smiju ograničiti njihova područja primjene.

Kulturne perspektive glede neplodnosti i MPO-a raznolike su poput društva u kojem živimo i u kojem postoje. No većini je zajedničko da se neplodnost gleda kao stigma. U mnogim kulturama za neplodnost se obično krivi žena. Kao rezultat toga teret neplodnosti teži je za žene, posebno u društvima koja ženskost definiraju kroz majčinstvo. Osjećaj stigmatizacije udaljava obitelji i vršnjake, a pritisak medija dovodi do psiholoških, bračnih i socijalnih problema. Neplodan par, ali češće žene, traži pomoć i savjete članova obitelji, tradicionalnih iscjelitelja, primarne zdravstvene skrbi ili izravno od specijalista za neplodnost. Često su neplodni parovi posebno ranjivi te ih šikaniraju tradicionalni i konvencionalni pružatelji zdravstvene skrbi.

Neplodnost i pomognuta oplodnja u zemljama u razvoju

Unatoč tome što je neplodnost univerzalni zdravstveni problem, neplodni parovi, osobito u zemljama u razvoju, imaju ograničen pristup uslugama za liječenje neplodnosti. Neplodnost je relativno nevažna u siromašnijim područjima, gdje su fatalne i zarazne bolesti i dalje nekontrolirane. Neadekvatan pristup pomognutoj oplodnji svjetski je problem, a posebice je naglašen u nerazvijenim područjima. Poboljšani pristup ovisi o brojnim čimbenicima: kreatori državne politike i zakon

trebaju priznati neplodnost kao javnozdravstveni problem, valja razviti pojednostavljene sheme za tretiranje neplodnosti i smanjiti troškove MPO-a pacijentu.

Religije i MPO

“Znanost je neuvjerljiva bez religije, religija je bez znanosti slijepa.”

Albert Einstein

Katolička se crkva protivi umjetnoj oplodnji iz nekoliko razloga i smatra je teškim grijehom. Prvi je razlog isti kao i protivljenje svakoj kontracepciji jer se bračni odnos odvaja od prokreacije. Drugi je razlog protivljenje zamrzavanju zametaka jer smatraju da oštećuje zametke te postoji opasnost da se par ne vrati po njih. Brine ih i selekcija zametaka, koja se, navodno, provodi kod zamrzavanja zametaka.

Crkva smatra da je svaka oplodena jajna stanica dijete, no znanost kaže drugačije. Više od 50% oplodjenih jajnih stanica (a u žena nakon 40. godine i do 90%) često je nezdravo jer imaju pogrešan broj kromosoma. Zato se prestaju razvijati i završe kao rani spontani pobačaji, bilo u laboratoriju, bilo u ženinu tijelu. Čak i zdravi embriji imaju samo 60 – 70% izgleda za implantaciju u maternici.

Također, Crkva smatra da je zamrzavanje embrija ubojstvo. Istina je da se zamrzavanjem embrija omogućuje ženi da izbjegne ponovni hormonalni tretman i bolno vađenje jajnih stanica. Embriju se omogućuje život jer se ne moraju svi vratiti u maternicu istovremeno, čime se izbjegavaju višepodne trudnoće, koje su opasne za ženu i dijete. U Hrvatskoj se godišnje rodi oko stotinupedesetero djece iz zamrznutih embrija: zamrznuti embriji dakle nisu mrtvi. Bez zamrzavanja embrija u pravilu se ne može dobiti dopuštenje za izvođenje izvantjelesne oplodnje jer se smatra njenim sastavnim dijelom.

Stav je Crkve i da postupak izvantjelesne oplodnje uništava živote jer neki embriji budu odbačeni. Embriji koji se prestanu razvijati u laboratoriju prvih pet dana nakon oplodnje, tj. prije nego što budu vraćeni u maternicu, nezdravi su u 99% slučajeva. Oni dakle nisu “odbačeni”, nego je to najraniji stupanj spontanog pobačaja, koji se događa i prirodno, samo što to najčešće i ne znamo jer ne možemo zaviriti u žensko tijelo. Znanstvena istraživanja utvrdila su da upravo zdravi embriji prežive prvih pet dana u inkubatoru.

Iako islam nema centralni autoritet koji bi dopustio ili zabranio medicinski pomognutu oplodnju, već se za religijsko učenje oslanja na fetve imama, liječenje neplodnosti smatra se dužnošću, a smatra se da fetus stječe dušu 40 do 120 dana nakon oplodnje. Metode medicinski pomognute oplodnje dopuštene su dok se koriste spolne stanice bračnih partnera, kao i zamrzavanje te čak i uništavanje zametaka.

Stav judaizma prema medicinski pomognutoj oplodnji potječe iz Božje zapovijedi “Idite i množite se.” Izrael kao vjerska država financira postupke medicinski pomognute oplodnje do rođenja dvoje djece, bez obzira na broj potrebnih postupaka. IVF i zamrzavanje zametaka dopušteni su.

Dok hinduizam i katoličanstvo (uz mnoge druge kršćanske religije) apodiktički odbijaju svaku pomisao na pomognutu oplodnju, druge su religije – budistička, islamska i židovska – mnogo tolerantnije i ostavljaju mogućnost za diskusiju i analizu.

Socijalna i psihološka pitanja u neplodnosti i MPO

Čovjekova želja da regulira brojnost svojeg potomstva stara je koliko i ljudski rod. Promicanje socijalnog razvoja i zdravlja svojeg stanovništva središnji je cilj svih vlada te bi ih svi sektori društva trebali zajednički nastojati provesti. Uzimajući u obzir da je uživanje najviših standarda zdravstvene skrbi koji se mogu dostići jedno od temeljnih prava svakog ljudskog bića bez razlike s obzirom na rasu, religiju, politička uvjerenja, ekonomske ili socijalne uvjete te napredak znanosti i tehnologije, treba pospješiti pristup kvalitetnoj zdravstvenoj skrbi i osnovnoj medicinskoj zaštiti, posebno onoj vezanoj uz zdravlje žena i djece, jer je zdravlje osnovno za život i mora se smatrati socijalnim i ljudskim dobrom.

Ključno u tretiranju neplodnosti, uključujući i MPO, jest da neplodni parovi trebaju imati dovoljno informacija, tako da mogu donositi informirane odluke o tome gdje će se i kako dijagnosticirati i liječiti. Od ranih dana MPO-a, prije više od dva desetljeća, prisutna je briga o zdravlju i psihološkoj dobrobiti potomstva iz MPO-a. Kako je sada moguće imati i do pet roditelja (donator oocite, donator sperme, surogatna majka i dva socijalna roditelja), otvorila su se mnoga pitanja o posljedicama takve mogućnosti za psihološki razvoj djeteta, kao i utjecaj na odraslog čovjeka. Dodatna zabrinutost pojavljuje se u vezi s funkcioniranjem MPO-obitelji kao cjeline. Kako su odnosi i dinamika MPO-obitelji pogođeni djelomičnom ili potpunom odsutnošću genetske veze između djeteta i roditelja u slučajevima donacije gameta, ili tajnosti okolnosti začeća djeteta, to postaju pitanja od kritične važnosti, posebno zato što sve veći broj ljudi poseže za MPO-om pri rješavanju svoga problema neplodnosti.

U mnogim društvima problemi neplodnosti pripisani su ženama, bez obzira na dijagnozu. Kao rezultat toga tradicionalno

je teret neplodnosti teži za žene.

Odluka o rađanju potomstva daje braku dodatni smisao i kakvoću te u najvećem broju slučajeva oplemenjuje i obogaćuje vezu žene i muškarca. Velika je vjerojatnost da će nesporazume i nesuglasice u braku izazvati različito gledanje žene i muža na druge načine osnivanja obitelji zbog poteškoća s prirodnom prokreacijom. Neplodni muškarci i žene pate od posljedica neplodnosti i razvijaju mehanizme suočavanja u kontekstu svojih obitelji i sociokulturnih okruženja. U mnogim okolnostima postoje različiti oblici obitelji i drugih društvenih grupa za podršku partnerima. Istraživanja su uglavnom usmjerena na to kako se žena nosi s neplodnošću, a manje je informacija dostupno o mehanizmima suočavanja muškaraca s neplodnosti.

Bračno stanje

Određba o braku u Europskoj konvenciji o ljudskim pravima povezuje pravo na osnivanje obitelji s pravom na sklapanje braka, a smatra se da je namjena odredbe štiti bračni par od upletanja države u to njihovo pravo.

Jedno od temeljnih ljudskih prava žene jest da odluči kada i kako začeti. U Europskoj konvenciji smatra se da žena bez partnera, pa čak i lezbijski par imaju pravo imati djecu, iako ta djeca pravno nemaju oca. Većina stručnih tijela i propisa u raznim europskim zemljama preporučuje da MPO treba biti ograničen na heteroseksualne parove, pravno vjenčane, ili barem one koji žive u stabilnoj vezi.

Argument za ograničenje MPO-a na bračne parove ili parove koji zajedno žive jest da djeca odrasla u obitelji imaju prednost u odnosu na djecu koja žive sa samohranim roditeljem. No, prema statistikama, parovi koji zajedno žive skloni su vjenčati se nakon rođenja djeteta. S druge strane, struktura našeg društva brzo se mijenja; povećava se stopa razvoda i, štoviše, sve je veći broj samostalnih žena koje žele postati majke i uspostaviti jednoroditeljske obitelji. Te drastične društvene promjene otvaraju pitanje treba li MPO biti pravo uskraćeno neudanim ženama.

Jedan je od glavnih problema centara za doniranje sjemena nalaženje odgovarajućeg donatora. U većini europskih zemalja donatori mogu biti samci ili u braku. Prema izraelskom Zakonu o zdravstvenoj zaštiti iz 1987., donator mora biti samac, dok u Poljskoj i Francuskoj donator mora biti u braku. Smjernice u Francuskoj kažu da donator treba živjeti u stabilnoj vezi, s najmanje jednim djetetom, i suglasnost za donaciju mora dati njegov bračni partner. Donatori sjemena mogu biti anonimni ili poznati paru. Istraživanja su pokazala da je u većini europskih zemalja anonimnost donatora zadržana i donator ne može biti ni član obitelji ni prijatelj primatelja (osim u Cipru, Njemačkoj, Nizozemskoj i Finskoj). Većina centara ne odobrava donacije članova obitelji ili prijatelja jer to može uzrokovati probleme u obiteljskoj strukturi primatelja, npr. nejasne emocije između donatora, djeteta i pravnih roditelja. Dva su razloga što anonimnost donatora nije u interesu djeteta. Prvo, svaka osoba ima pravo znati svoje podrijetlo, i drugo, postoje određene bolesti za koje je bitno imati važne medicinske ili genetske informacije koje se odnose na roditelje pacijenta.

Starost

Da bi se izbjeglo nasljeđivanje genetskih poremećaja, donatori bi trebali biti mladi. No donacija je ograničena u odnosu na dob samo u nekim europskim zemljama (Belgija, Hrvatska, Češka Republika, Danska, Finska, Francuska, Mađarska, Izrael, Nizozemska, Poljska, Ukrajina, Velika Britanija), a dobna granica varira od 30 godina u Izraelu do 55 godina u Francuskoj.

Plaćanje

Većina međunarodnih etičkih povjerenstava u svojim izjavama naglašava da donatori sperme ne bi trebali dobivati nikakve nadoknade za svoje donacije. No zbog nedostatka spermija donatori se na taj način motiviraju na donaciju. Studije pokazuju da donatore u gotovo svim europskim zemljama u početku privlači prilika da zarade novac. Rješenje tih etičkih i praktičnih dilema jest odluka da se financijski nadoknadi donatoru samo utrošeno vrijeme, putne troškove, odsutnost s posla i dr. Plaćanje se razlikuje od zemlje do zemlje i iznosi oko trideset do sto dolara po donaciji.

Status djece začete MPO-om

O statusu djece začete MPO-om mnogo se raspravlja posljednjih nekoliko godina. U brojnim zemljama zakonodavstvo u odnosu na praksu MPO-a ne postoji (još), pa legitimnost djeteta određuju sudovi u pojedinim slučajevima. Uobičajena preporuka o tome, uključujući i Vijeće Europe, jest da se dijete začeto MPO-om, uz suglasnost majčina supruga, pravno smatra suprugovim djetetom. U većini europskih zemalja gdje se prakticira MPO identitet donatora nepoznat je potencijalnim roditeljima i njihovoj djeci te, čak i ako su informirana o okolnostima svoga začeca, ta djeca nemaju pravo znati očev identitet. Iznimka je Švedska, u slučaju "prirodnog" začeca (AID u MPO-u zabranjen je u Švedskoj). Nadalje, Vijeće Europe preporučuje da treba poduzeti sve mjere opreza kako bi se održali tajnima identiteti svih uključenih strana, a identitet donatora nikada se ne smije objaviti, čak ni na sudu. Sadašnji je trend da roditelji trebaju obavijestiti dijete o

njegovu načinu začeća AID-om. Smatra se da dijete treba biti poznato s takvom činjenicom. Donator nema prava, obveza ili interesa u odnosu na dijete rođeno kao posljedica njegove donacije i pomoći, a dijete nema pravo povezivanja s donatorom ili interesa prema donatoru ni u kojem postojećem sustavu.

Donacija spermija i MPO

Praksu AID-a ne priznaju mnoge religije i nije moralno prihvatljiva za sve neplodne parove ili čak njihove liječnike. Mnoge europske zemlje u kojima se AID prakticira nemaju posebne zakone o tome, a u zemljama gdje je MPO dostupan za samostalne žene, AID je dopušten.

Donacija jajne stanice

Čini se da tamo gdje je donacija sjemena već prihvaćena donacija oocita ne bi trebala biti etički dvojben. Pravno gledano, donacija oocita može se rješavati na isti način kao i donacija sjemena. Dijete koje je rođeno smatra se djetetom majke koja ga je rodila. U svim europskim zemljama donor jajne stanice nema prava ili obveze odnosu na dijete. Trenutačno se donacija oocita prakticira u samo dvanaest europskih zemalja te je zakonom zabranjena u Austriji, Njemačkoj, Norveškoj, Švedskoj i Švicarskoj.

Većina oocita za donacije dobiva se od žena koje same prolaze kroz oplodnju *in vitro* (IVF). No s napretkom tehnike zamrzavanja embrija većina žena koje sudjeluju u programima IVF-a nije voljna dati "rezervne" oocite. Ovuum se može dobiti i iz drugih izvora, od žena koje prolaze izabrani ginekološki postupak (to jest sterilizaciju, npr. u Velikoj Britaniji). U nekim zemljama donatori su volonteri, članovi obitelji ili prijatelji (npr. Belgija, Finska, Nizozemska), ali ta je praksa vrlo ograničena.

Suočeni sa sve većom potražnjom za doniranim oocitama i smanjenim brojem donatora, kliničari u cijelom svijetu predložili su uporabu tkiva jajnika od živih donatora, leševa ili iz pobačenih fetusa kao potencijalnih izvora ženskih gameta za donaciju. Nijedan od tih izvora još nije upotrijebljen.

Donacija jajne stanice ženama u menopauzi prakticira se u nekoliko centara širom svijeta, posebno u Italiji. Najstarija žena koja je zatrudnjela imala je šezdeset godina.

Većina međunarodnih etičkih povjerenstava navodi da donatori ne bi trebali dobiti nadoknadu za donaciju. Budući da se u većini europskih centara oocite dobiva od žena koje prolaze postupak IVF-a, plaćanje za donacije nije potrebno.

Donacija embrija

Pitanje donacije embrija složenije je od donacije sperme ili oocita jer nema izravne veze embrija i budućih roditelja, iako će postojati gestacijski link. U donaciji embrija odnos je analogan onome posvajanja, a jedina je razlika vrijeme u kojem se posvajanje događa. Donacija embrija prakticira se u samo osam europskih zemalja. U većini zemalja to je zabranjeno zakonom ili od državnih ili stručnih tijela.

Argumenti protiv donacije embrija povezani su s utjecajem na dijete i društvo. Argumenti u korist te prakse jesu da ima prednost pred posvajanjem jer majka pridonosi maternicom i otac se obvezuje i prije implantacije. U svim europskim zemljama u kojima se donacija embrija prakticira dobiva se informirani pristanak i od donatora i od budućih roditelja. Donatori nisu obaviješteni o ishodu svoje donacije i neće ništa znati o djetetu koje je njihova genetskog porijekla niti će ga nadzirati. Primatelji su informirani o svim rizicima i neizvjesnostima postupka. Okolnosti rođenja ne pripočavaju se djetetu, međutim ono može slučajno otkriti podatke o svom začeću. Prema propisima u Velikoj Britaniji, dijete može saznati činjenice kad navrší osamnaest godina.

Surogatne trudnoće

Surogatna majka definira se kao žena koja nosi fetus i dijete u ime druge osobe ili osoba, s dogovorom da preda dijete



osobi ili osobama odmah nakon porođaja ili kratko vrijeme nakon njega.

Surogatstvo je velika kontroverza u društvu i medicinskoj struci. Primjedbe na surogatstvo temelje se na sljedećemu: surogatstvo iskorištava surogatnu ženu, koja je često niskoga socioekonomskog statusa, iz zemalja u razvoju, odnosno član obitelji stavljen pod pritisak; surogatstvo oslobađa ženu odgovornosti; surogatstvo narušava ženinu čast; surogatstvo ima komercijalni aspekt; postoje medicinske, tjelesne i mentalne opasnosti za surogatnu majku.

Zagovornici surogatstva temelje svoje stavove na sljedećemu: pravo je ljudi da čine što požele sve dok ne štete drugim ljudima; rađanje je pravo svake osobe u društvu; surogatstvo čini ljude sretnijima, a budući da ono postoji te da će i dalje postojati, unatoč pravnim negacijama, ne bi ga trebalo sprečavati.

Trenutačno je surogatstvo u Europi ograničeno. Prakticira se, u skladu s propisima, u samo dvije europske zemlje, Velikoj Britaniji i Izraelu.

Duboko zamrzavanje

Etičke, pravne i religijske aspekte povezane sa zamrzavanjem zametaka profesionalci i javnost razmatrali su još prije praktične provedbe tog postupka. U nekim zemljama postupak je doživio velike kritike javnosti i bio je zaustavljen donošenjem zakona ili propisa, na primjer u Norveškoj i Njemačkoj. Oni se protive zamrzavanju ljudskih embrija jer se time ugrožava dostojanstvo čovjeka.

U svim europskim zemljama par mora dati pristanak za skladištenje i uporabu embrija, bilo za svoje liječenje, za liječenje drugih osoba ili za istraživanja. Zamrznuti embriji mogu biti donirani drugom paru ili za istraživanja u samo osam europskih zemalja. Ako par odluči donirati embrij drugome neplodnom paru, vlasti također trebaju osigurati dovoljno vremena za odgovarajuće savjetovanje i probir.

Zamrzavanje zametaka otvara neka pravna pitanja. Pravni status zamrznutog embrija teško je utvrditi ako se smatra osobom, ili čak potencijalnom osobom; on nema pravni status prema zakonima u većini zemalja. Tu je i prijedlog da zametak bude vlasništvo, no ta definicija nije skladu s etičkim načelima.

Maksimalno razdoblje za uskladištenje i čuvanje zamrznutih embrija u europskim zemljama određuje se zakonima ili propisima koji se odnose na praksu MPO-a u svakoj zemlji. Maksimalno desetogodišnje razdoblje čuvanja postoji u Finskoj, Izraelu i Španjolskoj. S druge strane, u Austriji i Danskoj razdoblje je samo godina dana. Većina europskih zemalja prakticira duboko zamrzavanje bez ograničenja razdoblja čuvanja. Liječnici specijalisti MPO-a u raznim europskim zemljama zabrinuti su jer se veliki broj embrija ostavlja da propadne. Pitanje produžavanja skladištenja stoga se ponovno razmatra.

Propisi u većini europskih zemalja tvrde da samo parovi koji još uvijek žele imati dijete zajedno, mogu primiti odmrznuti zametak. Ako se par ne slaže, ako se razvodi ili ako je jedan partner umro, zametak mora biti uništen.

ZAKLJUČAK

“Ljudi su već otkrili način za seks, a da se ne dobiju djeca, a sada se pronašao i način da se dobiju djeca bez seksa.” Kroz znanstvena otkrića i tehničke inovacije možemo vidjeti snagu znanstvenog svijeta da riješi mnoge jedinstvene ljudske probleme s kojima se suočavamo u području ljudskoga reproduktivnog zdravlja.

Glavni etički problem vezan uz tehnologiju umjetne oplodnje postaje surogatno majčinstvo, koje većina europskih država zabranjuje. Poznati su mnogi slučajevi surogatnih majki koje odbijaju predati dijete genetskim roditeljima, ali i slučajevi homoseksualnih parova koji naručuju dijete od surogatne majke. U SAD-u čak se zna da je okvirna cijena surogatnog majčinstva od 28.000 do 45.000 dolara, stoga nije tako nevjerojatno zamisliti nastanak “crnog tržišta” surogatnog majčinstva u državama koje u svojim zakonima propuste posvetiti dužnu pozornost tom problemu.

Ipak, najveća diskusija vodi se oko prava donatora sjemena na anonimnost. Ovdje je pitanje hoćemo li njegovo pravo na anonimnost pretpostaviti djetetovu pravu na informacije o svome podrijetlu. Taj je slučaj sličan situaciji posvojene djece i može se zaključiti da i djeca začeta umjetnom oplodnjom, kao i posvojena djeca, imaju pravo saznati svoje biološko podrijetlo, ali bez pravnih posljedica za biološkog oca. Naravno, pravo ne može uvijek pratiti u stopu medicinska dostignuća, a nove tehnologije umjetne oplodnje brzo se razvijaju (dovoljno je sjetiti se kloniranja). Zato je bitno da je postojećim zakonima koji reguliraju umjetnu oplodnju moguće sve te slučajeve adekvatno normirati.

Dosadašnja promišljanja mogu se sažeti u nekoliko sintetičkih vrijednosnih načela, koja bi trebala činiti moralnu supstanciju pravnoga propisa za društvenu regulaciju kliničke liječničke prakse tzv. MPO-a. Prvo, zaštita temeljnog prava na život nevinoga ljudskog bića, a to ujedno uključuje njegovu zaštitu od neuredne manipulacije, eksploatacije, diskriminacije i uništavanja – dakle priznanje prvenstva dobrobiti djeteta u nastajanju. Drugo, zaštita autonomije medicine i kliničke liječničke prakse u skladu s načelima i normama općepoznatih, međunarodnih te nacionalnih etičkih i pravnih propisa i standarda, vrednuju li pritom mudro i razborito posebnosti i vlastitosti konkretnoga društvenoga konteksta – dakle

priznanje prvenstva dobrobiti medicine i kliničke liječničke prakse kao eminentno humanističke djelatnosti u konkretnome društvu. Treće, zaštita slobode znanstvenih istraživanja u skladu s etičkim zahtjevima, a protiv porobljavanja slobode znanstvenika egoizmom, gramzivošću, karijerizmom, industrijom, tržištem, ekonomskim lobijima i političkom oligarhijom – dakle priznanje prvenstva etike pred tehnikom i, posljedično, priznanje prvenstva moralne pred materijalnom dobrobiti.

Andrea Oštrić, mag. admin. sanit.

POREMEĆAJ PREHRANE U TRUDNOĆI

Od poremećaje prehrane u trudnoći pati sedam milijuna Amerikanki svake godine. Postoje žene koje i prije trudnoće imaju poremećaj prehrane, ali se on također može javiti u trudnoći tijekom svih devet mjeseci.

TIPOVI POREMEĆAJA

1. ANOREKSIIJA
2. BULIMIJA

Anoreksija uključuje opsesivne dijete i mnogo vježbanja kako bi se izgledalo što mršavije. Najčešće pogađa manekenke, glumice i pjevačice.

Kod bulimije žene se često prejedaju, a nakon obroka povraćaju.

Oba poremećaja smanjuju šansu za začeće jer kod anoreksije mnoge žene nemaju menstrualne cikluse zbog smanjenog unosa kalorija u organizam, dok pedeset posto oboljelih od bulimije nema regularni menstrualni ciklus.

Žene koje se bore s bulimijom pretežno dobiju mnogo kilograma u trudnoći, što može uzrokovati hipertenziju, sklonije su prepartalnoj te postpartalnoj depresiji i imaju poteškoće kod dojenja.

Laksativi, diuretici te drugi preparati mogu oštetiti fetus.

Tijekom trudnoće mogu se javiti sljedeće komplikacije:

1. prijevremeni porođaj
2. pobačaj
3. zastoj rasta fetusa
4. povećani rizik od dovršenja porođaja carskim rezom
5. poteškoće s disanjem
6. gestacijski dijabetes
7. preeklampsija i dr.

Uloga primalje kod takvih poremećaja jako je važna. Kad primijeti da žena ima poremećaj prehrane, bilo bi dobro da konzultira nutricionista, koji će izraditi plan adekvatne prehrane. Primalja bi trebala konzultirati i ginekologa kako bi ga upoznala sa stanjem u kojem se nalazi trudnica jer je riječ o rizičnoj trudnoći, pa su u tom slučaju potrebne češće kontrole. Psihološka pomoć ovdje je ipak najvažnija, stoga bi bilo korisno savjetovati trudnicu da se uključi u individualnu ili grupnu terapiju.

Bojana Kalčić, primalja (OB "Pula")



ANEMIJA U TRUDNOĆI

Prema podacima WHO-a, od svih mikronutrijenata željezo je na prvome mjestu kada se govori o deficitu u organizmu. Nekoliko je čimbenika koji utječu na manjak željeza:

- nedovoljan unos hranom
- loša apsorpcija iz probavnog sustava
- povećani gubitak željeza
- povećane potrebe organizma.

U vrijeme burnog rasta i razvoja te u trudnoći žene imaju povećane potrebe za željezom te postoji rizik od anemije. Dakle trudnoća je stanje specifičnih metaboličkih potreba, pa je nužna i specifična prehrana kako bi se izbjegle moguće komplikacije uzrokovane nedostatkom nutrijenata. Naime nedostatan unos željeza rezultira premalim zalihama, stoga ni fetus ne može zadovoljiti potrebe za željezom. Time se povećava rizik od komplikacija, većega gubitka krvi tijekom porođaja, povećanog stupnja prijevremenih porođaja, niske porođajne težine ploda i perinatalne smrtnosti.

Trudnička anemija veliki je problem i u industrijaliziranim zemljama, ali i u onima u razvoju. WHO je izvijestio o stupnju učestalosti trudničke anemije. U zemljama u razvoju od 35 do 75 posto trudnica pati od anemije, a u razvijenim zemljama osamnaest posto.

Zbog rasta i povećanih potreba u trudnoći trudnice su posebno osjetljive na anemiju uzrokovanu nedostatkom željeza. Uočene su brojne negativne posljedice anemije i po majku i po dijete.

Najviše željeza potrebno je tijekom trećeg tromjesečja, a dostatnu količinu teško je podmiriti iz hrane zbog ograničene prehrane i teške bioraspoloživosti željeza uslijed visokih unosa prehrambenih vlakana.

Prema današnjim saznanjima, anemija u trudnoći rizični je čimbenik čija posljedica može biti prijevremeni porođaj i niska porođajna težina ploda. Iako se zapravo malo zna o dobrobitima suplementiranog željeza za majku i dijete, nadopuna prehrane željezom ipak je vrlo raširena zdravstvena mjera. Veliki je broj žena širom svijeta koje postaju anemične tijekom trudnoće.

Od najvažnijih tvari, velike količine bjelančevina potrebne su radi stvaranja i obnove stanica, mišića, organa, tkiva i kose te za proizvodnju enzima. Najmanje pedeset posto kalorija treba dolaziti od ugljikohidrata, uglavnom u obliku škroba. Od najvažnijih hranjivih tvari u trudnoći su presudno važni željezo i folna kiselina. Folna kiselina jest vitamin iz skupine B, a sudjeluje u diobi stanica, stvaranju eritrocita i razvoju djetetova živčanog sustava.

Budući da se neuralna cijev formira u četvrtom tjednu trudnoće, unos folne kiseline treba povećati prije začeća uzimanjem dodataka prehrani jer to pomaže spriječiti anomalije kao što je *spina bifida*. Potrebnu količinu folne kiseline nije lako održavati isključivo prehranom, pa bi se trebalo uzimati dodatke.

Važan je i jod.

U trudnoći je metabolizam pod utjecajem hormona koji preusmjeruju nutrijente prema posteljici i mliječnim žlijezdama. Funkcija bubrega promijenjena je, pa je povećano izlučivanje vitamina topivih u vodi. Volumen i sastav krvi također se mijenjaju. U trećem tromjesečju trudnoće volumen krvi povećava se za 35 do 45 posto, najviše zbog ekspanzije volumena plazme i povećanja mase eritrocita.

Zbog promjena koje se zbivaju u trudnoći ("drugo stanje") prehrana trudnica mora pratiti promjene koje se događaju u ženinu tijelu. U razvoju i rastu nerođenog djeteta prehrana majke ima važnu ulogu, no to ne znači da majka mora jesti dvostruko veću količinu hrane.

Budući da od trenutka začeća pa sve do porođaja dolazi do brojnih promjena u organizmu žene, što uključuje pojačani rad organizma, valja dobro uravnotežiti prehrambene komponente (bjelančevine, masti i ugljikohidrate) te potrebne vitamine i minerale. Potrebe majke za određenim vitaminima i mineralima značajno se povećavaju tijekom trudnoće.

No ono što je dobro u malim količinama, ne mora biti bolje u većim količinama, osobito u trudnoći. Vitamini i minerali u visokim dozama mogu štetno djelovati na organizam. To je osobito vidljivo tijekom trudnoće, i to kod vitamina A i D, koji imaju toksične učinke kada se unose u razinama koje nisu u skladu s preporučenim dnevnim količinama.

ULOGA FIZIOTERAPEUTA U PRIPREMI TRUDNICA ZA POROĐAJ I SURADNJA S PRIMALJAMA

UVOD

Uloga fizioterapeuta u pripremi trudnica za porođaj retrospektivno gledajući nije, nažalost, dovoljno prihvaćena ni zastupljena u Hrvatskoj. Iako se obrazovanje fizioterapeuta prilagodilo vanjskim standardima te prati preporučene i očekivane profesionalne smjernice na razini svjetske fizioterapije, prihvaćanje uloge fizioterapeuta u tom području još je uvijek nedovoljno i otežano. Čak ni sami zdravstveni djelatnici poput ginekologa i primalja često ne pokazuju interes za suradnjom ni za informiranjem trudnica o potrebama za vježbanjem u trudnoći pod vodstvom fizioterapeuta. Promatrajući pokušaje primalja da osiguraju sebi visoko obrazovanje i priznatu poziciju u okvirima zdravstvene zaštite i kliničkog djelovanja, upravo su fizioterapeuti u tečajevima priprema za porođaj uključivali primalje i surađivali s njima.

Hrvatski zbor fizioterapeuta u Vukovaru je 2007. donio smjernice za standard rada fizioterapeuta u zaštiti zdravlja žena, kojima se upozorilo na nepresutnost fizioterapeuta na odjelima ginekologije i u rodilištima, ali se od tada do danas nije poduzelo ništa kako bi se to promijenilo. Odjeli fizikalne terapije u nekim rodilištima organiziraju odlazak pojedinih fizioterapeuta na ginekološke odjele i u rodilišta, ali prilično rijetko. Kod nas je rijetka i inače uobičajena praksa da se fizioterapijska intervencija provodi kontinuirano i obavezno za sve rodilje u prvih nekoliko dana nakon porođaja.



Trudnica vježba. Fotografija: Kristina Lenard

OBRAZOVANJE FIZIOTERAPEUTA U PODRUČJU PORODILJSTVA I GINEKOLOGIJE

Prema smjernicama WCPT-a, djelokrug rada fizioterapeuta s trudnicama, posebice u pripremi za porođaj, počinje završetkom trogodišnjeg studija fizioterapije, odnosno dobivanjem licence za rad. Međunarodna organizacija fizioterapeuta

u zaštiti zdravlja žena (IOPTWH) usvojila je u lipnju 2011. Curriculum za enty-level u fizioterapiji zdravlja žena i Position Statement* kao dokument IOPTWH-a o djelatnosti fizioterapije u području skrbi za žensko zdravlje od 2005.*

Tijekom dodiplomskoga stručnog studija fizioterapije, gdje fizioterapeuti polažu ispite iz područja ginekologije i porodiljstva kao i fizioterapije u tom području, obrazovanje je od 2007. moguće nastaviti na diplomskome stručnom studiju fizioterapije pri Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu, gdje se u okviru Mišićno-koštanog modula obrazuju fizioterapeuti za rad s trudnicama i prevenciju sve prisutnijih urogenitalnih disfunkcija u žena. U okvirima trajnog usavršavanja i cjeloživotnog učenja pri Hrvatskoj komori fizioterapeuta (HKF) prati se potrebno usavršavanje fizioterapeuta, gdje se uz dodatne tečajeve, seminare i radionice nastavlja osposobljavanje za rad u području ženskog zdravlja, a fizioterapeut djeluje po Zakonu o fizioterapeutskoj djelatnosti (1). Navedena edukacija fizioterapeuta počela je još 1999. pri tadašnjoj Hrvatskoj udruzi fizioterapeuta, čija je Sekcija za perinatologiju i ginekologiju postala članicom međunarodne organizacije (IOPTWH). Članstvo je obnovljeno prošle godine i trenutačno u Hrvatskoj djeluje Hrvatska udruga fizioterapeuta za zdravlje žena (HUFZZ), u okviru čijeg se programa održava tečaj za vođenje tjelesne aktivnosti u trudnoći. Pri Hrvatskom zboru fizioterapeuta djeluje i Hrvatsko društvo za neonatološku, perinatološku i ginekološku fizioterapiju (HDNPGF), koje također organizira neke oblike stručnog usavršavanja fizioterapeuta u navedenom području.

UNICEF i Ministarstvo zdravlja organiziraju od 2011. sustavnu edukaciju zdravstvenih djelatnika (ginekologa, primalja, medicinskih sestara, fizioterapeuta, pedijataru itd.) za licencirane voditelje tečajeva za trudnice, o čemu je izdan i priručnik (2).

Od 1999. fizioterapeuti su članovi IOPTWH-a, čije su smjernice prihvaćene za stručno i odgovorno djelovanje na visokoj razini obrazovanja za rad s trudnicama.

U Hrvatskoj u nekoliko većih bolničkih centara i nekih drugih zdravstvenih ustanova fizioterapeuti su članovi pripreme za porođaj (Zagreb, Rijeka, Split, Dubrovnik, Osijek, Pula, Bjelovar, Slavonski Brod itd.), a otvaraju se i privatne zdravstvene ustanove, čiji fizioterapeuti održavaju tečajeve za trudnice.

Od ove godine osim tečajeva za trudnice najveći centar po broju porođaja u Hrvatskoj, Klinika za ženske bolesti i porode "Zagreb" u Petrovoj postala je uz Kliničku bolnicu "Sveti Duh" (od 1996.) nastavna baza za fizioterapeute u području ginekologije i porodništva.



ŠTO RADI FIZIOTERAPEUT U PRIPREMI TRUDNICA ZA POROĐAJ?

Tijekom trudnoće fizioterapeut provodi fizioterapijsku procjenu mišićno-koštanog sustava, po kojoj izrađuje individualni program terapijskog vježbanja tijekom trudnoće. Fizioterapija obuhvaća i evaluaciju programa i intervencije, po čemu se terapija modificira ili usmjeruje ka grupnoj terapiji, ali i prilagođava zdravstvenom stanju trudnice i djeteta. Osim toga u

pripremi za porođaj na tečajevima za trudnice fizioterapeut uči trudnicu tehnikama disanja, tjelesnoj prilagodbi za vrijeme porođaja te tehnikama i metodama relaksacije. Navedeni set pripreme za porođaj prilagođava se tjednu trudnoće, gdje je procjena mišićno-koštanoga, kardiovaskularnog i dišnog sustava iznimno važna. Kineziološkom analizom pokreta tijela posebno se rabe metode kojima će se smanjiti nepotrebna opterećenja, rizici ili nepotrebne intervencije uz praćenje ponašanja djeteta intrauterino s obzirom na uporabu kisika kod faza disanja, položaje tijela u određenim tehnikama vježbanja i omogućivanje bolje prilagodbe u dnevnim aktivnostima. Prate se i nalaz ginekologa te ultrazvučna dijagnostika. Fizioterapijska intervencija dio je procesa i provodi se prema općim i specijalnim metodama procjene koju donosi isključivo fizioterapeut.

Posebno se pripremaju za porođaj rizične i visokorizične trudnice, ovisno o svojoj kondiciji i kardiorespiratornim kapacitetima, gdje se tehnike disanja i ostale terapijske vježbe moraju prilagoditi.

DODIRNA PODRUČJA DJELOVANJA U PRIPREMI ZA POROĐAJ

Tehnike disanja, izгона i relaksacije moguće je provoditi prema usklađenom programu, gdje bi primalja i fizioterapeut izradili najbolji program pripreme u skladu sa stručnim područjem djelovanja. Nikako se ne bi smjelo dogoditi da primalja provodi terapijske vježbe isključujući fizioterapijsku intervenciju po procjeni i slično, kao ni obrnuto. Kako obje struke imaju isti cilj, donijeti korist trudnici, nužno je djelovati timski i razumjeti zašto je bitno da vježbu pokaže i uči fizioterapeut, a ne primalja. Kada se uključuje zajednica (doula, prijateljica, majka itd.), valja uskladiti način pripreme kako ne bi došlo do nejasnoća, nedovoljno stručnih intervencija ili zastarjelog načina i pristupa trudnici odnosno rodilji. Nužni su i neprestani stručni dijalog te razmjena stavova i pristupa kako bi se pronašle najbolja, željena i očekivana podrška i priprema trudnica za porođaj. Osim toga, u okvirima Zakona o primaljstvu, o sudjelovanju u provedbi edukacije u pripremi za porođaj i roditeljstvo (članak 15a), kao i provedbi edukacije u pripremi za roditeljstvo i porođaj (članak 15b) jasno je da se to odnosi na djelokrug primalja, a ne njezinih intervencija u fizioterapijsku ili neku drugu djelatnost (3).



Vježbe tehnike disanja. Fotografija: Kristina Lenard, izvor: S. Vojvodić Schuster, *Vježbe za trudnice*, Planetopija, 2008.

ZAKLJUČAK

Prihvatanjem stručnoga i odgovornog djelovanja, a time i kompetencija po smjernicama u obrazovanju fizioterapeuta prema vanjskim standardima, uz opsežno i zahtjevno školovanje, opravdane su nužnost i potreba fizioterapijskog djelovanja, odnosno intervencije u području zdravlja žena, a posebice trudnica. Fizioterapija se nikako ne bi smjela

miješati s ostalim zdravstvenim intervencijama, posebice ne primaljskom, a djelokrug rada preuzima i odgovornost kada se ulazi u primjenu svakog stručnog djelovanja.

Snježana Vojvodić Schuster, bacc. physioth.; dipl. arh.

viši predavač

Studij fizioterapije

Zdravstveno veleučilište u Zagrebu

Kontakt: snjezana.schuster@zvu.hr

Literatura:

Zakon o fizioterapijskoj djelatnosti, HKF, 2008.

Priručnik za voditelje tečaja za trudnice, UNICEF, 2010.

Zakon o primaljstvu, HKP, 2008./2010.



PRENATALNA JOGA

Proteklih desetljeća joga je pronašla put do ljudi na Zapadu. Za mnoge od njih postala je vrijedna pomoć neovisno o životnoj dobi u kojoj se vježbač nalazi. Taj drevni nauk izazov je današnjoj medicini i psihologiji. Ovim člankom pokušat ćemo uputiti čitatelje u vrijednosti prenatalne joge.

Joga potječe iz Indije (nastala je prije više od 5000 godina) i povezuje se sa samim početkom čovječanstva. Vjeruje se da se razvila iz šamanizma kamenog doba. U hinduističkim tekstovima prvi se put pojavljuje oko 2000. pr. Kr.

Prema drevnoj indijskoj mitologiji, smatraju je božjim darom ljudskim bićima kako bi im pomogao otkriti i realizirati vlastitu božansku prirodu. Postoji mnoštvo različitih tradicija joge, koje polaze od različitih stavova. Svaka od njih vodi do krajnjeg cilja –samoostvarenja, odnosno ujedinjenja s božanskim (riječ *joga* znači “ujediniti”).

Joga je znanost o tijelu, umu i duhu. Ona je poklon drevnih rišija (riši je onaj koji vidi energije u tijelu, vidjelac) cijelom čovječanstvu, pa tako i pojedincu. Dragulj je koji valja čuvati jer kroz nju otkrivamo svoju bit. Na tom putu nalaze se istinski tragači za istinom i samospoznajom. Šest je osnovnih puteva (vrsta) joge:

1. *Hatha joga* (put spoznaje kontrolom i upotrebom tijela)
2. *Bhakti joga* (put spoznaje kroz sveprožimajuću ljubav)
3. *Jnana joga* (put spoznaje kroz razumijevanje i znanje)
4. *Raja joga* (put spoznaje kroz vježbu, iskustvo i meditaciju)
5. *Karma joga* (put spoznaje kroz nesebično djelovanje, pomaganje i suosjećanje)
6. *Mantra joga* (put svetog zvuka).

Najpoznatija je Hatha joga. *Ha* znači sunce, toplinu, aktivnost, pozitivni pol, desne strane tijela, a *tha* suprotno; mjesec, hladnoću, neaktivnost, negativni pol, lijeve strane tijela). Vježbajući Hatha jogu, dovodimo ta dva pola u ravnotežu (centar).

Iz Hatha joge razvili su se mnogi stilovi (*Ashtanga joga-Power i Vinyasa, Iyengar joga, Jivamukti joga, Bikram joga, Viniyoga, Shivananda joga, Anusara yoga...*), a danas je najrasprostranjenija dinamična joga – Ashtanga (Power i Vinyasa). To je najstariji oblik dinamične joge. Potječe iz drevnog sustava Vamana Rishija, koji je Guru Rama Mohan Brahmachari prenio Sri T. Krishnamacharyji na početku prošlog stoljeća. Razvio ga je i usavršio njegov učenik Sri K. Pattthabi Jois u svom Ashtanga Yoga Institutu u Maysoreu u Indiji.

Ashtanga doslovno znači “osam krakova (udova)” i odnosi se na Patanjalijeve Yoga Sutre. Taj tekst na sanskrtu sastoji se od 198 aforizama (sutri-niti). Vjeruje se da su napisani između 300. i 200. pr. Kr. Tih osam krakova joge jesu:

1. *Yama* (moralni kodeks):
 - *Ahimsa* (nenasilje)
 - *Satya* (iskrenost)
 - *Asteya* (neotuđivanje)
 - *Bramacharya* (kontrola osjetila)
 - *Aparigraha* (umjerenost)
2. *Niyama* (samopročišćenje i samoproučavanje):
 - *Sauca* (čistoća)
 - *Santosha* (zadovoljstvo)
 - *Tapas* (jednostavnost)
 - *Svadhya* (učenje)
 - *Isvarapranidhana* (predanost božanskom)
3. *Asana* (položaj)
4. *Pranayama* (kontrola daha)
5. *Pratyahara* (kontrola osjeta)
6. *Dharana* (koncentracija)
7. *Dhyana* (meditacija)
8. *Samadhi* (kontemplacija).

Taj je poredak ostao važeći do današnjih dana i ne zahtijeva korekturu ili nadopunu. Prva dva kraka, *Yama* i *Niyama*, odnose se na etička i društvena pravila. Da bismo se mogli posvetiti višim ciljevima i doseći viši stupanj unutarnjeg razvoja, moramo biti u skladu sa samim sobom i svojom okolinom. Upravo te propise često kršimo i ometamo svoj unutarnji napredak. Preostali su kraci osmerostrukog puta lakši.

Trudnoća je razlog više za vježbanje joge. Joga će trudnoću učiniti lakšom i ugodnijom. Prigoda je majkama da se posvete sebi i svojoj bebi, pripremajući se psihički i tjelesno za porođaj i rano majčinstvo, ali i razvijajući odnos s još nerođenom bebom.

Blaga prenatalna joga kombinacija je vježbanja, disanja i opuštanja. Omogućuje budućoj majci dobru tjelesnu kondiciju i lakše nošenje sa svim promjenama. Jača kralježnicu, smanjuje oticanje stopala, jača imunološki sustav, uravnotežuje energetska razinu, osvještava i produbljuje disanje, razvija svijest o tijelu, uklanja nesanicu, pomaže uspostavi mira i fokusiranosti te uklanja mučninu, promjene raspoloženja, napetosti i strahove vezane uz porođaj. Laganim razgibavanjem zdjelica se otvara, što pridonosi lakšem i bržem porođaju.

Jogijski se svjetonazor temelji na nenasilju, ne samo prema okolini i drugim živim bićima već i prema samome sebi. Zbog toga joga djeluje blago, ali duboko i postupno. Ako vježbajući osjetimo bol ili nelagodu, znači da ne vježbamo ispravno, pretjerujemo s vježbanjem ili pak određena vježba uopće nije za nas i ne bismo je trebali izvoditi. Zato je važno oslušivati tijelo kako bi svaki položaj bio ugodan te pravilno disati.

Joga promatra čovjeka kao mali univerzum i djeluje na njega u cjelini. Oslušujući svoje tijelo, trudnica osluškuje i svoje dijete, što pridonosi njihovoj povezivanju i komunikaciji.

Ako se trudnica tijekom trudnoće prvi put susreće s vježbanjem joge, bolje je pričekati svršetak prvog tromjesečja zbog delikatnog razvoja bebe i posteljice.



SIMPTOMI MENOPAUZE

Menopauza je prirodni događaj u životu svake žene. Prosječna dob nastupa menopauze nije se promijenila stoljećima. Znatno se produžio ljudski život, pa tako žene danas trećinu života provedu u postmenopauzi.

U razdoblju oko menopauze u ženinu tijelu nastaju promjene koje su posljedica snižene produkcije hormona u jajnicima, prije svega estrogena. Hormonska funkcija jajnika počinje polako slabjeti već nakon četrdesete godine, a ponekad i prije. Oko 40., 45. godine počinje prijelazno razdoblje, perimenopauza, koje traje od pet do deset godina.

Menopauza je posljednje fiziološko krvarenje iz maternice, koje u prosjeku nastupa oko 51. godine života.

Postmenopauza je razdoblje nakon menopauze, a obje ustanovljujemo naknadno ako krvarenje nije nastupilo u godinu dana nakon menopauze, pod uvjetom da žena nije trudna, ne doji ili uzima lijekove koji mogu utjecati na menstrualni ciklus.

Prijevremena menopauza (*menopausis praecox*) javlja se u dva do tri posto žena prije 40. godine. Uzroci mogu biti genetski, autoimune bolesti (reumatoidni artritis, mijastenija gravis), lijekovi (citostatici) i medicinski postupci (odstranjivanje maternice i jajnika zbog malignih bolesti).

Kasna menopauza (*menopausis tarda*) jest ona koja nastupi nakon 55. godine. Senij počinje nakon 75. godine života.

Nepravilnosti menstrualnog ciklusa uz valove vrućine prvi su simptomi perimenopauze. U početku se ciklusi mogu skratiti, da bi se poslije produžili, mogu privremeno nestati pa se ponovo na izvjesno vrijeme pojaviti. Simptomi koji čine predmenstrualni sindrom (PMS) također traju duže. Krvarenja se mogu produžiti ili skratiti, a količina menstrualne krvi povećati ili smanjiti. Navedeni simptomi nisu karakteristični samo za razdoblje oko menopauze, pa treba isključiti bolesti i stanja koja se mogu očitovati na taj način, osobito ako su ciklusi postali kraći od dvadeset jednog dana, ako su krvarenja duža od sedam dana ili se produže za nekoliko dana, ako krvarenja postanu izrazitije obilna te ako se počnu javljati u sredini ciklusa. Uzrok nepravilnih krvarenja koja mogu rezultirati anemijom mogu biti i dobroćudni tumori maternice. Među ostale uzroke nepravilnih krvarenja u perimenopauzi valja spomenuti trudnoću, primjenu hormonskih kontraceptiva, upale genitalnih organa, prekomjerno bujanje sluznice maternice, polipe sluznice maternice, karcinom sluznice maternice, poremećaj u radu štitne žlijezde i drugo.

Valovi vrućine mogu trajati od nekoliko mjeseci do nekoliko godina. Osnovni uzrok nalazi se u mozgu u centru za termoregulaciju, koji je osjetljiv na smanjenje razine estrogena. Nastaju zbog povećanog protoka krvi u potkožnim krvnim žilama zbog pokušaja tijela da snizi tjelesnu temperaturu. Češće se javljaju noću, praćeni znojenjem, ubrzanim radom srca i osjećajem uznemirenosti, rjeđe panike. Bitno utječu na kvalitetu života.

Psihološke promjene koje se javljaju u perimenopauzi nisu samo rezultat nedostatka hormona i jačine simptoma nego na njih utječu i razina stresa i mogućnost prilagodbe na njega, različita očekivanja, odlazak djece od kuće, uočljive posljedice starenja, blizina umirovljenja itd. Simptomi mogu varirati od potištenosti i čestih promjena raspoloženja do prave depresije s kroničnim umorom i gubitkom interesa za uobičajene životne sadržaje i aktivnosti. Nasreću, nisu sve žene podložne pojavi takvih simptoma, pa one koje su spremnije početi drukčije živjeti opisat će iskustvo s menopauzom kao razdoblje u kojem su ostvarile ispunjeniji život te unaprijedile ili poboljšale odnose s ljudima iz obitelji, poslovne ili druge okoline.

Promjena u sustavu spolnih i mokraćnih organa (urogenitalna atrofija) jedna je od čestih zdravstvenih tegoba žena u perimenopauzi i postmenopauzi. Nastaje zbog postupnog smanjenja produkcije estrogena u jajnicima. Estrogeni povoljno utječu na sluznicu rodnice i mokraćne cijevi te osiguravaju dostatno vlaženje. Također povoljno utječu na rast korisnih mikroorganizama koji osiguravaju kiseli okoliš i tako štite sluznicu rodnice od uzročnika upala. Posebice u postmenopauzi, zbog nedostatka estrogena, sluznica se stanjuje i mijenja se sastav bakterijske mikroflore, rodnica postaje suha, skraćuje se i postaje manje elastična, spolni odnosi postaju bolni ili čak nemogući, česti su svrbež i žarenje, a pojačani iscjedak znak je upale. Promjene u mokraćnom sustavu uključuju učestaliju potrebu za mokrenjem, noćno mokrenje, osjećaj hitnosti, bol pri mokrenju te učestale bakterijske infekcije mokraćne cijevi i mokraćnog mjehura. Procjenjuje se da oko osamdeset posto žena pati zbog simptoma urogenitalne atrofije. Urogenitalna atrofija uvelike smanjuje kvalitetu života.

Osteoporozna je gubitak mineralne gustoće kostiju, poremećaj mikroarhitektonike koštanog tkiva i njegove snage. Estrogeni imaju važnu ulogu u održavanju ravnoteže između razgradnje i izgradnje kostiju. Kostiju postaju sve poroznije i sklonije

prijelomima pri posve malim opterećenjima. Kod žena se javlja zbog nedostatka estrogena, pa u postmenopauzi koštana masa može biti smanjena i do pedeset posto. Žene koje su ranije ušle u postmenopauzu sitnije su građe, ako primijete da su izgubile na visini, puše, konzumiraju više alkohola i crne kave, konzumiraju manje namirnica bogatih kalcijem te ako su u obitelji imale slučajeve osteoporoze i osteoporotičnih prijeloma, više su od ostalih žena ugrožene od osteoporoze i njenih posljedica.

Promjene konstitucije tijela povezuju se uglavnom s promjenom načina života, posebice sa smanjenjem tjelesne aktivnosti. Tjelesna se masa povećava za otprilike tri do sedam kilograma, drukčije se raspoređuje masno tkivo, koje se premješta u područje trbuha, pa se, slikovito rečeno, figura žene iz kruškolikoga oblika mijenja u oblik sličan jabuci. S povećanjem tjelesne mase povećava se rizik od pojave dislipidemije, hipertenzije, inzulinske rezistencije i šećerne bolesti.

Promjene na koži također su posljedica nedostatka hormona. Koža postaje suha, tanja, neelastična, mjestimično ispucala, produbljuju se bore, kosa se prorjeđuje i gubi sjaj, smanjuje se količina stidnih dlaka.

Promjene središnjega živčanog sustava također su vezane uz nedostatak estrogena. Mjesta na koja se vežu estrogeni nalaze se i u mozgu, između ostaloga i u dijelovima odgovornima za ponašanje, koncentraciju i pamćenje. Kod nekih se žena u tom razdoblju mogu javiti razdražljivost, sklonost burnim reakcijama, osjetljivost na sitnice, sklonost plaču te teškoće pri koncentraciji i pamćenju.

U postmenopauzi se rizik od kardiovaskularnih bolesti povećava za 45%, a rizik od moždanog udara za 20%. Jedan od glavnih uzroka tome jest gubitak zaštitne uloge estrogena nakon menopauze. Primjena estrogena kao hormonskoga nadomjesnog liječenja povoljno utječe na srce i krvne žile ako se s njome počne kod prvih znakova nedostatka estrogena te kada kardiovaskularni sustav još nije znatno zahvaćen aterosklerozom i njenim posljedicama.

Bez obzira na neugodnost simptoma menopauza je prirodni događaj u životu svake žene. Zdravstvena zaštita žena igra veliku ulogu u očuvanju zdravlja i prevenciji rizičnih čimbenika koje menopauza sa sobom nosi, a pravilna prehrana, redovita tjelesna aktivnost i dobra briga o sebi mogu osigurati lakši i sretniji prolazak kroz to inače stresno razdoblje.

Andrea Tepšić, bacc. primaljstva

Bruna Markovski, bacc. primaljstva

SKRB O PUPKOVINI I PUPČANOM BATALJKU

Praksa hrvatskih rodilišta o skrbi o pupkovini i pupčanom bataljku – informacije prikupljene putem upitnika Hrvatske komore primalja i usporedba s drugim istraživanjima

SAŽETAK

Tijekom trudnoće pupkovina služi kao vitalna veza majke i fetusa opskrbljujući ga kisikom i hranjivim tvarima, koji su imperativ za rast i razvoj. Nakon rođenja pupkovina se reže, a zatim se mora osušiti u narednih jedan do tri tjedna prije nego što s vremenom otpadne. Tijekom tog razdoblja metode zbrinjavanja pupčanog bataljka uvelike se razlikuju u raznim zemljama kao i u raznim zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj.

Ovo istraživanje provedeno je kako bi se dobile informacije o skrbi o pupkovini i pupčanom bataljku u Republici Hrvatskoj. Budući da smo u anketi dobili mnogo različitih odgovora te uvidjeli da diljem Hrvatske ne postoji ujednačeni način skrbi o pupkovini i bataljku, zaključili smo da bi trebalo izraditi nacionalne smjernice u skladu s najnovijim istraživanjima i medicini temeljenoj na dokazima. Podaci podupiru hipotezu da upotreba antiseptičkih sredstava smanjuje bakterijsku kolonizaciju i može spriječiti infiltraciju leukocita, ali time odgađa odvajanje pupčanog bataljka.

UVOD

Dok je dijete u maternici, povezano je s majkom dvama važnim organima: posteljicom (*placenta*) i pupkovinom (*funiculus umbilici*). (2)

Pupkovina je organ koji spaja posteljicu s plodom. Kroz nju ide krvotok između posteljice i ploda. S rastom i razvojem ploda raste i pupkovina, postaje sve dulja i deblja te pred kraj trudnoće dosegne konačne dimenzije. Kod donesenog djeteta pupkovina je debljine malog prsta i duga oko pedeset centimetara. Tijekom prenatalnog razvoja ona je fiziološki i genetski dio ploda te je izvana omotana amnionom, a kroz njezinu sredinu prolaze krvne žile: dvije arterije (pupčane) i jedna vena (umbilikalna). Između krvnih žila i amnionske opne nalazi se pihijasto vezivno tkivo (*Wartonova pihitija*). (1)

Umbilikalne vene opskrbljuju fetus kisikom i krvlju bogatom hranjivim tvarima iz posteljice. Nasuprot tome, fetalno srce pumpa deoksigeniranu, hranjivim tvarima siromašnu krv kroz pupčane arterije natrag u posteljicu. (3)

Pupkovina se krajem prema posteljici usađuje u stranu okrenutu plodu. Najčešća je centralna insercija pupkovine (*insertio centralis*), rjeđe su paracentralna (*insertio paracentralis*) i marginalna (*insertio marginalis*), a vrlo rijetko pupkovina se ne inserira na samu posteljicu, već na ovoje, pa s ovoja razgranate krvne žile prelaze na posteljicu. Takvo inseriranje pupkovine naziva se *insertio velamentosa*. Ono može biti uzrok različitih komplikacija, prije svega krvarenja ploda zbog oštećenja krvnih žila. (1)

Pupkovina se razvija iz žumanjčane vreće te sadržava njezine ostatke (stoga se smatra da je nastala iz iste zigote kao i fetus). Formira se do petog tjedna fetalnog razvoja i zamjenjuje žumanjčanu vreću kao izvor hranjivih tvari fetusa. (4)

Pupkovina nije izravno povezana s majčinim cirkulacijskim sustavom i stoga ulazi u posteljicu, koja prenosi hranjive tvari i materijale u majčinu krv i iz nje, ne dopuštajući izravno miješanje. (3)

Protok krvi kroz pupkovinu jest oko 35 ml/min u 20. tjednu, a 240 ml/min u 40. tjednu trudnoće. Kada govorimo o težini fetusa, to odgovara do 115 ml/min/kg u 20. tjednu i 64 ml/min/kg u 40. tjednu. (5)

Brojne abnormalnosti mogu utjecati na pupkovinu, što može uzrokovati tegobe koji mogu utjecati i na majku i na dijete. *Nuchal cord* – pupkovina je omotana oko vrata fetusa.

Insertio velamentosa – abnormalno stanje tijekom trudnoće. Normalno se pupkovina usađuje u sredinu posteljice, a kod stanja *insertio velamentosa* usađuje se u plodove ovoje (*choriamniotic membrane*) pa putuje unutar membrane do posteljice (između vodenjaka i koriona).

Jedna pupčana arterija – zahvaća jednu arteriju na stotinu i jednu trudnoću na njih petsto, što je čini najčešćom nepravilnošću. Češća je u blizanačkih trudnoća. Uzrok nije poznat.

Prolaps pupkovine – događa se kada pupkovina izlazi iz maternice prije fetusa. To je hitnost tijekom trudnoće ili porođaja jer neposredno ugrožava život fetusa. Prolaps je rijedak. (6) Statistike se razlikuju, ali je u većini studija naveden raspon od 0,14 do 0,62 posto svih porođaja. (7)

Vasa praevia – opstetrička komplikacija definirana kao “križanje fetalnih žila u neposrednoj blizini unutrašnje cervikalne osi. Ove žile nalaze se unutar membrane (nepodržavane pupkovinom ili tkivom placente), te su u opasnosti od pucanja prilikom pucanja ovoja.” (8, 9)

Nakon rođenja pupkovina se reže, a zatim se mora njegovati u narednih jedan do tri tjedna prije nego što će se s vremenom odvojiti i otpasti. Tijekom razdoblja zalječenja i njege metode zbrinjavanja pupčanog bataljka uvelike se razlikuju u različitim zemljama kao i u različitim zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj. (12)

U svijetu se svake godine rodi oko sto trideset pet milijuna živorođene djece. Većina je rođena u “manje razvijenim zemljama” (13). Jedan od glavnih uzroka smrti u tim zemljama jest infekcija pupkovine. Takva je infekcija i neonatalni tetanus, koji uzrokuje oko dvjesto tisuća smrtnih slučajeva djece godišnje u cijelom svijetu. Stoga je bitno odrediti najbolju praksu za skrb o pupkovini kako bi se smanjile infekcije na milijunima novorođenčadi svake godine. (12)

Preventivne mjere njege pupkovine smanjuju kolonizaciju i infekciju, s kojima smo se suočavali najviše u pedesetim i šezdesetim godinama 20. stoljeća. Od tada, od smještanja djece u sobu uz majku, infekcije su se smanjile. No u razvijenim zemljama i danas se s vremena na vrijeme uočavaju epidemije infekcija pupkovine, iako se sve odvija u sterilnim uvjetima. Krvarenje iz pupčanog bataljka, iako rjeđe od infekcija, može biti fatalno i smrtonosno. No krvarenje iz bataljka lako se prevenira čvrstim vezanjem i stezanjem pupkovine. (18)

PATOFIZIOLOGIJA I RIZIČNI ČIMBENICI INFEKCIJE

Instrument koji reže pupkovinu reže kroz živo tkivo i žile povezane s novorođenčecom. Stoga instrument treba biti sterilan kako bi se izbjegla infekcija.

Kada je pupkovina presječena, pupčani bataljak iznenada ostaje bez dotoka krvi. Bataljak se ubrzo počinje sušiti, crnjeti se i stvrdnjivati (suha gangrena). Sušenje i odvajanje bataljka pospješuje se izlaganjem bataljka zraku. Devitalizirano tkivo bataljka može biti izvrsna podloga za rast bakterija, pogotovo ako je vlažno i nečisto. Također može biti mjesto ulaza systemske infekcije za novorođenče. Stoga je za suzbijanje infekcije najvažnije održavati bataljak suhim i čistim.

Na pupku nailazimo na bakterije iz najbliže okoline. U bolnicama je to najčešće *S. aureus*, i to s ruku osoblja. Drugi uzročnici infekcije mogu biti *E. coli* i streptokoki skupine B.

Odvajanje pupčanog bataljka nastaje upalom na spoju bataljka i kože trbuha. Tijekom normalnog procesa odvajanja mogu se pojaviti male količine mutnoga mukoznog materijala na spoju. To se može pogrešno interpretirati kao gnoj i može se činiti da je bataljak vlažan, ljepljiv i čudna mirisa. Pupčani bataljak najčešće otpada između petog i petnaestog dana nakon rođenja. Čimbenici koji to odgađaju jesu nanošenje antiseptika i infekcija.

Nakon odvajanja pupčanog bataljka pupak nastavlja cijeljati i tada se još može pojaviti mukozni materijal, najčešće nekoliko dana nakon odvajanja. Smatra se da je u to vrijeme pupak još podložan infekciji. (18)

UČESTALOST INFEKCIJA PUPČANOG BATALJKA

Rizik od infekcija u posljednje je vrijeme smanjen ranijim otpustom roditelja i djeteta iz bolnice. (19) Točna je incidencija infekcija nepoznata, međutim omfalitis u razvijenim zemljama veoma je rijedak. Učestalost može biti netočna zbog otpuštanja djece iz bolnice i ako se dalje ne prati stanje bataljka. Rizik od infekcije ipak je najveći u prva tri dana života i smanjuje se s vremenom te se pupčani bataljak odvaja, a pupak zarasta.

ZNAKOVI I SIMPTOMI INFEKCIJE

Znakovi upale (eritem, edem, nadraženost) tkiva oko bataljka upućuju na dijagnozu omfalitisa. Također može biti gnojnog iscjedka. Mogu se pojaviti i sistemski znakovi poput temperature, letargije i gubitka teka djeteta. Pri procjeni je li riječ infekciji često je vrlo važno iskustvo, jer ponekad i kod uobičajenog odvajanja bataljka nailazimo na slične, ali blaže znakove.

METODOLOGIJA RADA

Podaci se temelje na anketi koju je Hrvatska komora primalja provela krajem 2011. i početkom 2012. godine (do 7. travnja 2012.). Trideset jednom hrvatskom rodilištu poslan je upitnik koji se sastojao od sedam pitanja vezanih uz skrb o pupkovini tijekom porođaja i nakon njega. Upitnik je bio poslan elektroničkom poštom glavnim primaljama rodilišta, a uz anketu su objašnjeni cilj i način provedbe istraživanja te je naglašeno da je autor upitnika Hrvatska komora primalja. Na kraju upitnika tražilo se da se navede ime i prezime osobe koja je odgovarala na upitnik i koja je time odgovorna za točnost podataka. Također se koristila metoda analize literature (engl. *literature review*) sa svrhom:

1. vremenskog ograničavanja problema i njegova istraživanja
2. pronalaska potpore za utemeljenje hipoteza.

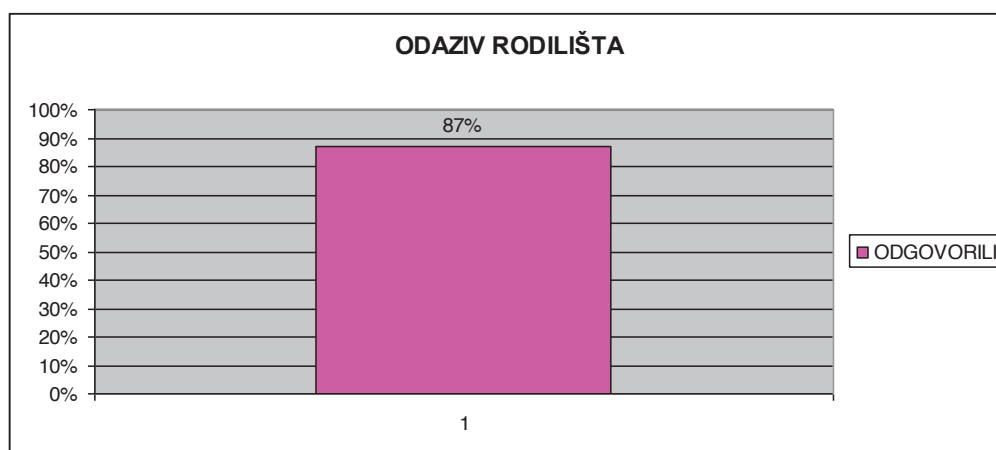
Navedeni dokumenti identificirani su istraživanjem preliminarnih, sekundarnih i primarnih izvora.

Pregledavanje literature trajalo je dva mjeseca.

Materijale predstavljaju podaci prikupljeni iz različitih oblika literature u posljednjem desetljeću. Prikupljeni su s ciljem objašnjenja skrbi o pupkovini i pupčanom bataljku u Hrvatskoj te u usporedbi sa svjetskim smjernicama.

REZULTATI

Hrvatska komora primalja anketu o tretiranju pupkovine u rodilištu poslala je trideset jednom rodilištu. Od toga osam rodilišta ima titulu "Rodilište prijatelj djece". Na anketu je odgovorilo 27 rodilišta, odnosno 87 posto, što smatramo dobrim odazivom. Od toga titulu "Rodilište prijatelj djece" ima sedam rodilišta (26%). Na anketu nisu odgovorila četiri rodilišta (13%). U obzir smo uzeli trideset odgovora jer su dva rodilišta odgovorila dvostruko (OB "Pula" i OB "Zadar").



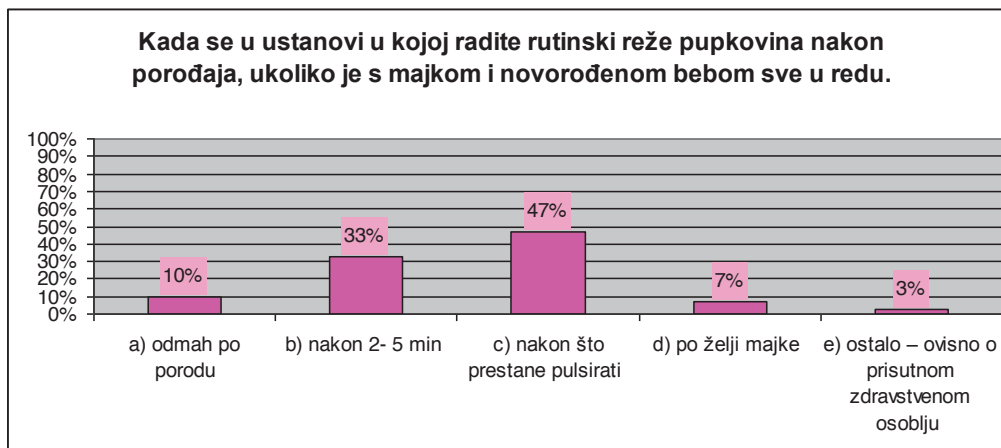
Dijagram 1. Odaziv rodilišta.

Na postavljena pitanja bilo je ponuđeno pet odgovora (od a do e) ili su bila otvorenog tipa (napisati odgovor svojim riječima).

Prvo pitanje bilo je "Naziv ustanove u kojoj radite" i na njega nam je odgovorilo 27 rodilišta (87%).

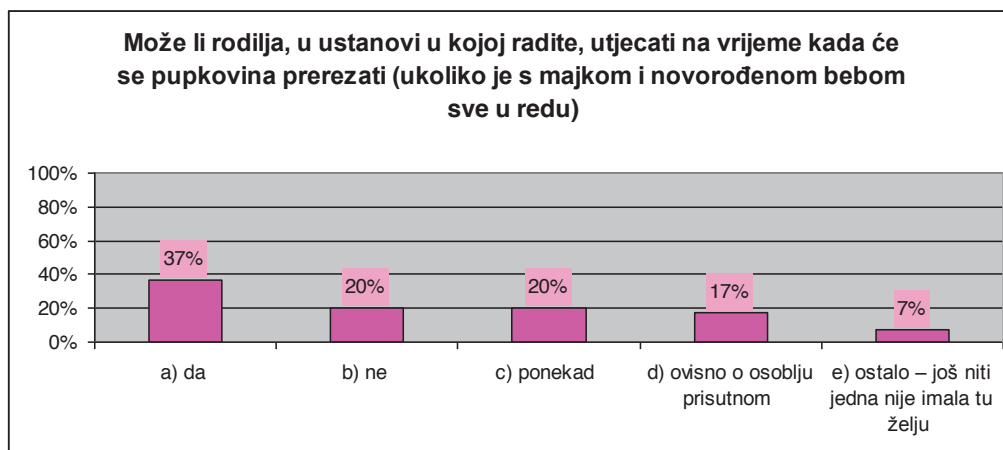
Na sljedeća pitanja uzeli smo u obzir sve ponuđene odgovore, što znači i dvostruke odgovore OB-a "Pula" (jer je odgovarala različita osoba) te OB-a "Zadar" (jer nismo mogli samovoljno eliminirati prvi ili drugi niz odgovora). Dakle u daljnjem istraživanju imamo trideset ponuđenih odgovora na svako pitanje.

Zanimalo nas je "Kada se u ustanovi u kojoj radite rutinski reže pupkovina nakon porođaja ako je s majkom i novorođenom bebom sve u redu?" Na to pitanje bilo je ponuđeno pet odgovora; a) odmah po porodu – odgovorila su tri rodilišta (10%); b) nakon 2 – 5 min – deset odgovora (33%); c) nakon što prestane pulsirati – četrnaest odgovora (47%); d) po želji majke – dva odgovora (7%); e) ostalo – ovisno o prisutnom zdravstvenom osoblju – jedan odgovor (3%).



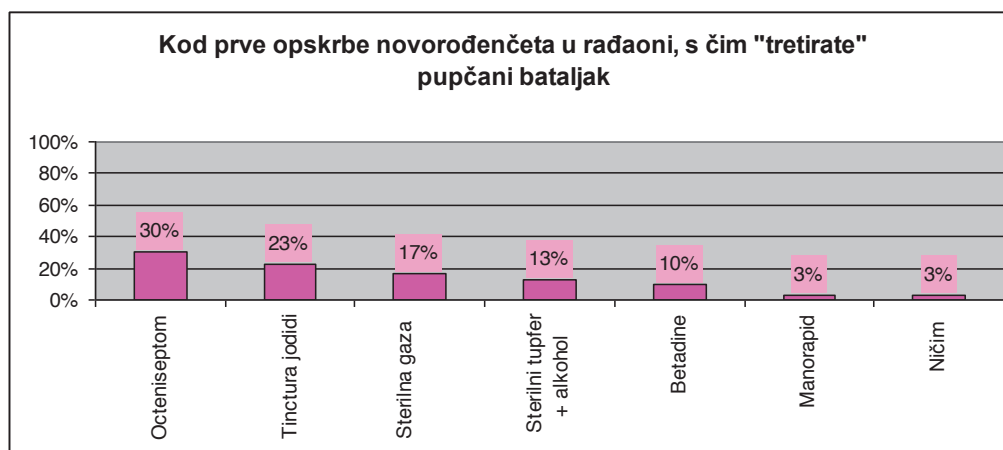
Dijagram 2. Kada se u ustanovi u kojoj radite rutinski reže pupkovina nakon porođaja, ukoliko je s majkom i novorođenom bebom sve u redu.

Zatim smo upitali "Može li roditelja, u ustanovi u kojoj radite, utjecati na vrijeme kada će se pupkovina prerezati (ukoliko je s majkom i novorođenom bebom sve u redu)?" Ponudili smo pet odgovora; a) da – jedanaest odgovora (37%); b) ne – šest odgovora (20%); c) ponekad – šest odgovora (20%); d) ovisno o osoblju prisutnom – pet odgovora (17%); e) ostalo – još niti jedna nije imala tu želju – dva odgovora (7%).



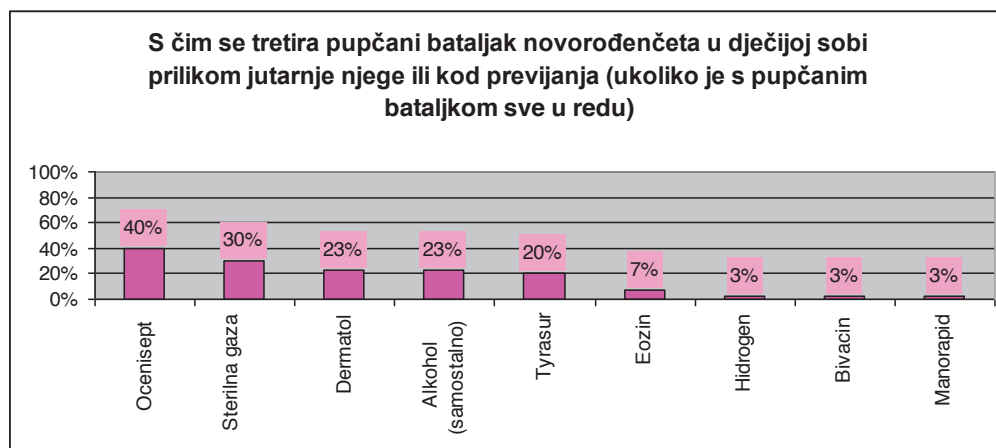
Dijagram 3. Može li roditelja, u ustanovi u kojoj radite, utjecati na vrijeme kada će se pupkovina prerezati (ukoliko je s majkom i novorođenom bebom sve u redu).

Nadalje su pitanja bila otvorenoga tipa. Na pitanje "Kod prve opskrbe novorođenčeta u rađaoni, s čim 'tretirate' pupčani bataljak?" dobili smo sljedeće odgovore: Octeniseptom – devet odgovora (30%); Tinctura jodidi – sedam odgovora (23%); Sterilna gaza – pet odgovora (17%); Sterilni tupfer + alkohol – četiri odgovora (13%); Betadine – tri odgovora (10%); Manorapid – jedan odgovor (3%); Ničim – jedan odgovor (3%).



Dijagram 4. Kod prve opskrbe novorođenčeta u rađaoni, s čim "tretirate" pupčani bataljak.

Zatim smo pitali "S čim se tretira pupčani bataljak novorođenčeta u dječjoj sobi prilikom jutarnje njege ili kod previjanja (ukoliko je s pupčanim bataljkom sve u redu)?" Dobivene odgovore razvrstali smo pojedinačno, a ako je riječ o kombinaciji preparata, najčešće se kao dodatni preparat upotrebljava alkohol. Najčešće se upotrebljavaju: Ocenisept – dvanaest odgovora (40%); Sterilna gaza – devet odgovora (30%); Dermatol – sedam odgovora (23%); Alkohol (samostalno) – sedam odgovora (23%); Tyrasur – šest odgovora (20%); Eozin – dva odgovora (7%); Hidrogen – jedan odgovor (3%); Bivacin – jedan odgovor (3%); Manorapid – jedan odgovor (3%).



Dijagram 5. S čim se tretira pupčani bataljak novorođenčeta u dječjoj sobi prilikom jutarnje njege ili kod previjanja (ukoliko je s pupčanim bataljkom sve u redu).

Sljedeće pitanje glasilo je: "Molim vas da navedete smjernice koje prenesete na majku pri izlasku iz rodilišta vezano za njegu pupka nakon dolaska doma", na koje su sva rodilišta dala gotovo identičan odgovor: "ne namakati pupak pri kupanju, okolinu pupčanog bataljka tretirati onime čime je bio tretiran u rodilištu, ostaviti da se posuši. Nakon toga zamotati sterilnom gazom. Pelene moraju biti ispod razine pupka."

RASPRAVA

U Sjedinjenim Američkim Državama i većini drugih razvijenih zemalja većina djece rođena je u bolnici ili u centrima za rađanje. U tim ustanovama primjenjuje se "čista" tehnika, upotrebljava se sterilni instrument (nož ili škare) za presijecanje pupkovine odmah po rođenju. U drugim dijelovima svijeta za prekidanje pupkovine koriste se i nesterilni alati. Nakon što je pupkovina prerezana, postoji velika varijacija u metodama koje se upotrebljavaju za skrb o pupčanom bataljku. Mnogi zagovaraju suhu njegu, u kojoj se pupčani bataljak drži "čist i suh, bez primjene ničega" (11). U razvijenim zemljama upotrebljavaju se najčešće *triple dye*, antiseptik ili antibiotik koji se nanosi na bataljak. Od antiseptika obično se rabe alkohol, srebro sulfadiazin, jod i klorheksidin. Konačno, topikalni antibiotici koji se upotrebljavaju jesu bacitracin, neomycin i nitrofurazone ili tetraciklin, može ih se primijeniti pomiješane s vodom, alkoholom ili deterdžentom, ili kao masti. U slabije razvijenim zemljama primjenjuju se razne tvari, uključujući ugljen, mast, kravlju balegu i sušene banane. (12)

NJEGA PUPČANOG BATALJKA

Nedavna istraživanja pokazuju da nanošenjem alkohola ne podržavamo sušenje bataljka, taj je postupak nedjelotvorniji protiv bakterija od ostalih antimikroba te produžuje vrijeme odvajanja bataljka. (18)

The Birth Place at Carilion New River Valley Hospital zagovara uglavnom suhu njegu pupčanog bataljka. Bataljak se drži suhim i čistim, a pelene se preklope ispod bataljka tako da ga ne dodiruju te tako ne iritiraju.

Bataljak se provjerava dva puta dnevno kako bi se provjerilo da nema eritema, oteklina i mirisnog ili gnojnog iscjetka. Nakon otpusta iz bolnice roditeljima se savjetuje da paze na te znakove upozorenja i da se obrate liječniku ako se pojave. Ako se utvrdi da je bataljak prijav, može se očistiti trljajući alkoholom i pamukom. (12)

Istraživanje skrbi o bataljku uglavnom je ograničeno na razvijenije zemlje, koje imaju nižu incidenciju infekcije pupkovine nego slabije razvijene zemlje. Recenzenti Cochranea našli su samo dvadeset jednu studiju o pupkovini koja je ispunila njihove kriterije, a od njih je samo jedna bila izvedena u slabije razvijenoj zemlji (Tajland), dok ih je osam bilo iz SAD-a. Devetnaest studija bilo je na djeci rođenoj nakon trideset osam tjedana gestacije (*full-term*) te bez drugih bolesti ili stanja. "Preporuke za njegu pupčanog bataljka često se temelje na tradicionalnim procjenama ili objavljenom literaturi i tradiciji" (11), a ne na istraživanjima. (12)

Metaanaliza iz studije Cochrane otkriva da se antiseptici upotrebljavaju češće nego antibiotici. To je najvjerojatnije zato što

su antiseptici jeftiniji od antibiotika i više ih se gleda kao preventivnu mjeru, a antibiotike kao lijek. Također je zaključeno da su infekcije bile rijetke, bez obzira na primijenjenu metodu njege bataljka. Zaključeno je da je vrijeme odvajanja bataljka produženo upotrebom antiseptika u odnosu na suhu skrb te skraćeno praškastim pripravcima. (12)

Sa zanimanjem smo čitali i članak Verbera i Pagana o njezi pupkovine. (14) Kao što su autori naveli, iako su postojale dvojbe za upotrebu antiseptičke njege (15), upotreba samo suhe njege dovodi do neprihvatljivo velike kolonizacije i izlaže novorođenčad riziku od infekcije. (16) S druge strane njega antiseptikom može odgoditi odvajanje bataljka, iako se pokazao superiornim u sprečavanju kolonizacije i infekcije.

Po njihovu mišljenju, suha je njega nedopustiva, a upotreba učinkovitih tvari u njezi vrlo je poželjna, ako ne i obvezna. No svjesni smo da se time produžuje vrijeme između rođenja i odvajanja pupkovine. Ta činjenica može izazvati roditeljsku brigu, povećati opterećenje zajednice i primalja te produžiti izloženost riziku od infekcije. Stoga su potrebna daljnja istraživanja da se skрати vrijeme odvajanja pupkovine, dok se istovremeno primjenjuje odgovarajuća antiseptička skrb. (17) Također se smatra da pupkovinu ne treba rezati barem tri minute nakon rođenja. Čekanje s podvezivanjem pupčane vrpce nakon rođenja bebi može osigurati više razine željeza u krvi u narednih nekoliko mjeseci te tako spriječiti anemiju. Manja je vjerojatnost da će novorođenčad biti anemična ako zdravstveni djelatnici pričekaju s rezanjem pupkovine, utvrdilo je istraživanje Sveučilišta Umea provedeno na četiristo djece. Bebe kod kojih se odgađalo rezanje pupkovine imale su mjesecima nakon rođenja više razine željeza naspram onih kojima su pupkovinu odmah odrezali, otkrivaju švedski znanstvenici. Na svakih dvadeset beba čija se pupkovina odreže tri ili više minuta nakon rođenja spriječio bi se najmanje jedan slučaj manjka željeza u novorođenčadi. Također bi bilo manje slučajeva neonatalne anemije kod onih koji odgode rezanje pupkovine.

U zapadnoj kulturi pupkovina se odreže i stegne između trideset sekundi i minute nakon rođenja, a zdravstveni djelatnici trebaju znati da dvije minute više mogu biti vrlo bitne za zdravlje djeteta, kaže neonatolog iz bolnice Halland u južnoj Švedskoj.

S tim se mišljenjem slaže i dr. Patrick van Rheenen, pedijatar sa Sveučilišta Groningen. I on tvrdi da postoji dovoljno dokaza za odgodu rezanja i vezanja pupkovine s minimalnim rizikom za zdravlje majke i djeteta, prenosi Fox. (10)

Čini se da se, iako ih nema puno, studije o pupkovini dobro provode. Stoga su sve reference navedene o ovom radu odabrane kako bismo bili sigurni da dokazi proizlaze iz najnovijih istraživanja. (12)

PREPORUKE ZA SKRB O PUPČANOM BATALJKU (WHO)

- Prati ruke vodom i sapunom prije i nakon kontakta s pupkovinom.
- Pupkovina se treba prerezati sterilnim instrumentom.
- Održavati pupkovinu čistom i suhom. Vodom i gazom može se nježno čistiti okolina pupka (alkohol se ne preporučuje).
- Držati pupak izložen zraku ili lagano prekriven čistom odjećom.
- Pelene moraju biti ispod razine pupka.
- Izbjegavati dugmad, zavoje i vezanje iznad pupka.
- U zdravstvenim ustanovama instrumenti koji se upotrebljavaju za njegu pupka trebaju se upotrijebiti samo jedanput, da ne bi došlo do međukontaminacije s ostalom djecom.
- Omogućiti majci i novorođenčetu da su, ako je moguće, 24 sata zajedno.
- Poticati dodir koža na kožu s majkom zbog kolonizacije nepatogenih majčinih bakterija.
- Poticati rano i često dojenje kako bi novorođenče razvilo antitijela za borbu protiv infekcija.

ZAKLJUČAK

Postoji još mnogo rasprava o najboljoj praksi za skrb pupkovine. Studija Cochrane na tu temu nije mogla doći do jasnog zaključka koja bi praksa bila najbolja. No sasvim sigurno, upotreba ugljena, masti, kravljeg izmeta i suhih banana, što je prisutno u nekim slabijem razvijenim zemljama, nije najbolja praksa.

Ipak, odluke što je bolje, različiti antiseptici i antibiotici ili suha skrb, još nema. Cochrane navodi da trenutni podaci iz studija ne spominju dokaze za jedno ili drugo. (11)

Suha njega djeluje obećavajuće, pogotovo u razvijenijim zemljama, gdje se pri rezanju pupkovine upotrebljava čista tehnika i gdje se poznaje *baby handling*.

Suha njega također ima smisla financijski, jer s njom povezani troškovi odnose se samo na sapun i vodu kojima se čisti pupčani bataljak. Suha njega skraćuje i vrijeme potrebno da se pupčani bataljak odvoji. Time se može uštedjeti novac u zemljama u kojima se ide u kućne posjete sve dok pupčani bataljak ne otpadne. Kod edukacije roditelja važno je naglasiti

da suha njega ne znači da njege nema, jer nepružanje njege može dovesti do neugodnog mirisa, curenja, infekcije, pa čak i smrti. (11)

Suha njega ne može biti izbor za novorođenčad s visokim rizikom od infekcija, poput one rođene prerano i beba u JIL-u. Kod te djece smatra se poželjnom upotreba antiseptika kako bi se spriječilo kolonizacije i infekcije pupčanog bataljka. Suha njega pupčanog bataljka nije najbolji izbor u slabije razvijenim zemljama, gdje se sterilna tehnika i higijena ne primjenjuju rutinski. Cochrane sugerira da je u tim slučajevima topikalna primjena antiseptika najbolji izbor; možda bi alkohol bio cjenovno najučinkovitiji izbor. (11)

Homeopatski izbor za njegu pupka nakon poroda bi bio Wecesein prašak, koje se pokazao izrazito učinkovit.



SMJERNICE ZA HRVATSKU

U skladu sa svim svjetskim istraživanjima i smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije te rezultatima ovoga istraživanja smatramo da se kod njege pupčanog bataljka treba upotrebljavati kombinacija suhe skrbi i antiseptika ovisno o potrebi, kako bi se spriječila infekcija te kako bi se preventivno djelovalo.

Nakon rezanja pupkovine nakon porođaja dobro bi bilo tretirati bataljak antiseptikom, dok se nadalje može primjenjivati suha skrb ako se ne pokaže potreba za daljnjom upotrebom antiseptika. Tretiranje antibioticima nije preporučljivo ako za to ne postoji jasna indikacija. Tretiranje Eozinom i hidrogenom smatramo metodom koja se zbog dostupnosti boljih preparata više ne bi trebala primjenjivati.

Homeopatski prašak Wecesein trebalo bi razmotriti kao mogućnost.

U većini hrvatskih rodilišta pupčani bataljak tretira se Octeniseptom, te bi ga, uz suhu skrb, valjalo primjenjivati u svim rodilištima u Hrvatskoj.

**Andrea Oštrić, mag. admin. sanit.; Barbara Finderle, primalja, IBCLC
ostricandrea@gmail.com**

LITERATURA:

1. *Pupčana vrpca*, preuzeto s: URL: <http://www.medicinabih.info/medicina/akuserstvo/pupcana-vrpca/>, 30. 1. 2012.
2. *Umbilical Cord Care*, preuzeto s: URL: www.sienapediatrics.com/UmbilicalCordCare.pdf -, 30. 1. 2012.
3. *Umbilical cord*, preuzeto s: URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Umbilical_cord, 30. 1. 2012.
4. *The Umbilical Cord*, preuzeto s: URL: http://www.med.yale.edu/obgyn/kliman/placenta/articles/EOR_UC/Umbilical_Cord.html, 30. 1. 2012.
5. Kiserud, T., Acharya, G. "The fetal circulation", *Prenatal Diagnosis* 24, 2004., (13): 1049-1059.
6. <http://www.emedicine.com/med/topic3276.htm>.
7. <http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=labordel/2191>.
8. <http://emedicine.medscape.com/article/262470-overview>.
9. http://www.merckmanuals.com/home/womens_health_issues/complications_of_labor_and_delivery/fetus_or_newborn_problems_during_delivery.html?qt=&sc=&alt=.
10. <http://www.24sata.hr/zdravlje/pupcanu-vrpca-ne-treba-rezati-barem-3-minute-nakon-roenja-242807>.
11. Zupan, J., Garner, P., Omari, A. "Topical umbilical cord care at birth", *The Cochrane Collaboration*, 2009., 1, N/A.
12. Robertson, K. *Best Practice for Umbilical Cord Care*, Radford University School of Nursing.
13. United States Census Bureau. (2008, December). Projected world live births by development status [Graph]. Retrieved March 19, 2009, from <http://www.census.gov/ipc/www/img/worldbirths.gif>.
14. Verber, I. G., Pagan, F. S. "What cord care – if any?", *Arch Dis Child*, 1993., 68: 594-6.
15. Barr, J. "The umbilical cord: to treat or not to treat", *Midwives Chronicle*, 1984., July: 224-6.
16. Watkinson, M., Dyas, A. "Staphylococcus aureus still colonises the untreated neonatal umbilicus", *J Hosp Infect*, 1992., 21: 131-6.
17. Ronchera-Oms, C., Hernandezm C., Jimemez, N. V. "Hospital Dr Peset, Antiseptic cord care reduces bacterial colonisation but delays cord detachment", *Archives of Disease in Childhood*, 1994., 70: F70.
18. *Newborn guideline 10, Care of the umbilical cord*, British Columbia reproductive care program, WHO, 1999.
19. Medves, J. O'Brian, B. *Cleaning solutions and bacterial colonization in promoting healing and early separation of the umbilical cord in health newborns*, 1997., CJPB, 88(6), 380-82.



HRVATSKA UDRUGA PRIMALJA
CROATIAN ASSOCIATION OF MIDWIVES



XXXVI. SIMPOZIJ

HRVATSKE UDRUGE PRIMALJA

s međunarodnim sudjelovanjem

10. - 12. svibnja 2012.
VINKOVCI, Hotel Slavonija