PRIMALJSKI VJESNIK

Primaljski Vjesnik ▸ Broj 14 ▸ Svibanj 2013.

Svijet **treba primalje** više nego ikada

The world **needs midwives** now more than ever

5. svibnja 2013.

Međunarodni dan primalja

5 May 2013

International Day of the Midwife

International Confederation of Midwives
La Confédération internationale des sages-femmes
Confederación Internacional de Matronas

International Confederation of Midwives
Strengthening Midwifery Globally

HRVATSKA KOMORA
PRIMALJA
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES

HRVATSKA UDRUGA ZA PROMICANJE PRIMALJSTVA
CROATIAN ASSOCIATION FOR PROMOTION OF MIDWIFERY

HRVATSKA UDRUGA ZA PROMICANJE PRIMALJSTVA

CROATIAN ASSOCIATION FOR PROMOTION OF MIDWIFERY

HRVATSKA KOMORA

PRIMALJA

CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES

Sadržaj

Riječ uredništva 4

O promjeni imena Udruge i željama za budućnost 5

Međunarodni dan primalja 6

Zablude i činjenice o HKP 7

Doula, majka majkama 10

Travanj – mjesec osviještenosti o carskom rezu 11

Promjene u porodničkoj praksi u općoj bolnici Jesenice u Sloveniji i rezultati u 2012. godini 13

Ibu Robin Lim, primalja koja pjeva 15

Ljudska prava u svakodnevnici primalja 17

Priča o iksu i ipsilonu 19

Otkrivanje genetskih oboljenja prije djetetova rođenja 22

Otkriven najstariji prikaz rođenja djeteta 23

Hrvatski Cochrane ogranak 24

Utjecaj hormona na trudnoću, porođaj i babinje 26

Prokidanje vodenjaka ne skraćuje porođaj 28

Prednja cervikalna usna: kako se može narušiti savršen porod? 29

Kontinuirana potpora tijekom porođaja 32

10 savjeta za primalje 33

Položaji pri porodu: rađanje na leđima ili mogućnost odabira položaja? 35

Porod u vodi 37

10 godina poroda u vodi u KBC-u Rijeka 38

Podvezivanje pupkovine – prije ili kasnije? 39

Nekoliko činjenica o trećem porođajnom dobu 42

Ankyloglossia i utjecaj na dojenje 43

Sofisticirane tehnologije kao profesionalni alati aktivnoj potpori dojenja 46

Autizam 48

Teškoće u razvoju djeteta i kako ih prepoznati 57

Prikaz filma: „Rođenje kao posao“ (The Business of Being Born, 2008.) 62

Primaljski vjesnik – upute autorima 63

Riječ uredništva

Lijep pozdrav dragim primaljama i svima Vama koji listate novi broj Primaljskog vjesnika!

I ovoga puta nastojali smo da naše stranice budu što zanimljivije i da Vam ponudimo sadržaje koji će nam pomoći u usavršavanju naših znanja.

I dalje, pozivam na suradnju sve kolegice. Javite se uredništvu Vjesnika sa svojim tekstovima, prijedlozima te opažanjima i pomognite nam da Primaljski vjesnik, jedino glasilo Hrvatske komore primalja i Hrvatske udruge primalja, učinimo boljim.

Radovi objavljeni u Primaljskom vjesniku boduju se prema pravilniku Hrvatske komore primalja. Možete ih dostaviti u elektroničkom obliku na adresu: primaljski-vjesnik@komora-primalja.hr.

Puno hvala svima Vama koji ste naš stručni časopis oplemenili svojim radovima i tako pomogli promicanju primaljstva.

Također nas možete pratiti na Facebook stranici: http://www.facebook.com/pages/Hrvatska-komora-primalja

Andrea Oštrić, mag. admin. sanit.

Stavovi autora/ica izneseni u ovom časopisu nužno ne predstavljaju službene stavove Hrvatske komore primalja i Hrvastke udruge primalja koji su izdavači Primaljskog vjesnika.

Impresum:

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

Žiro-račun: 2402006-110549055 Erste Banka

Hrvatska udruga za promicanje primaljstva, Kutnjački put 2a, Vrbani, 10000 Zagreb

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

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

Priprema i tisak: Tiskara ALFACOMMERCE d.o.o., Travanj, 2013.

Naklada: 1000 primjeraka

Tekstovi su lektorirani i autori odgovaraju za istinitost sadržaja .

List je besplatan.

O PROMJENI IMENA UDRUGE I ŽELJAMA ZA BUDUĆNOST

Drage kolegice primalje, dragi svi koji prelistavate i čitate naš Vjesnik,

Skupština Hrvatske udruge primalja donijela je odluku o velikoj promjeni u našoj Udruzi. Stručnjaci nam već dulje preporučuju da svoju Udrugu osnažimo tako da njeni članovi i članice mogu postati svi koji podržavaju, cijene i vole primalje i primaljstvo. Mišljenje većine nas, članica Izvršnog odbora – kako primalje neće prihvatiti tako veliku promjenu – pokazalo se potpuno pogrešnim! Skupština je jednoglasno prihvatila prijedlog, pa smo postali Hrvatska udruga za promicanje primaljstva. Ta je promjena za nas ključna, jer sada članom/icom može postati svaka osoba, iz bilo koje profesije, te to može učiniti kao podržavajući član ili podržavajuća članica HUPP-a, ali i kao aktivni volonter ili aktivna volonterka.
Smatramo da dolazi vrijeme oporavka i uzleta primaljstva, te vas pozivamo da nam se pridružite. Ako imate dobrih ideja za promicanje primaljstva, volje za volonterski rad u Udruzi, znanje koje bi nam bilo dobrodošlo, ako se želite baviti pisanjem, prevođenjem, uređivanjem web-stranice, pisanjem priča s porođaja ili o porođaju i ranome majčinstvu, trudnoći, dojenju, promicanju prava na osobni izbor, ako želite sudjelovati općenito u radu Udruge i dati dio svog vremena za povratak istinskog primaljstva u Hrvatsku, molimo vas da nam se javite na naš e-mail.
Željno vas očekujemo te se nadamo uspješnom i plodonosnom radu naše Udruge.

Hrvatska udruga za promicanje primaljstva
Web: ***www.hupp.hr***
E-mail: ***info@hupp.hr***

Iva Podhorsky Štorek
Izvršna direktorica HUPP-a

MEĐUNARODNI DAN PRIMALJA 2013.

Na uspjeh prošlogodišnjeg Međunarodnog dana primalja nadovezuje se obilježevanje istog i ove 2013. godine, s novim, interaktivnim web stranicama i društvenim mrežama kao moćnim platformama za globalnu kampanju koja ističe važnost primalja u zdravlju majki i djece.

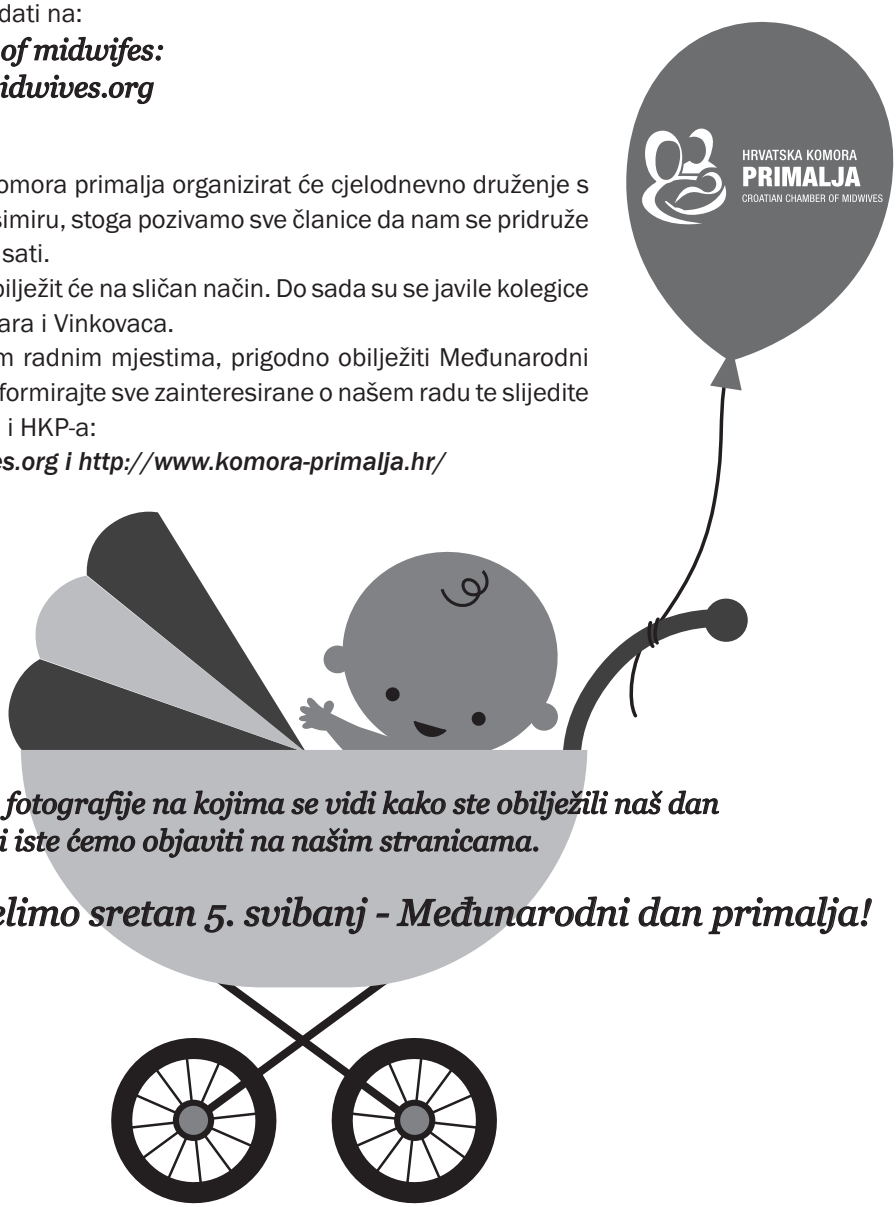
Ovogodišnja tema Međunarodnog dana primalja i dalje je:

Svijet treba primalje sada više nego ikada!

Naša zajednička tema i pod-tema: „Primalje spašavaju živote“ postaje sve značajnijom, jer približava se 2015. godina koja predstavlja rok za ostvarenje Milenijskih ciljeva razvoja (MDG).
Sredstva i plakati:
Novi paket informacija osmišljen je s ciljem da podrži sve primalje u planiranju vlastitih događaja povodom Međunarodnog dana primalja (MDP). Može se preuzeti na web stranici, a distribuirat će se i u Udruženjima primalja. Paket sadrži ideje, alate i informacije koji će nam pomoći da podržimo događanja u udruženjima, poruke i slike za korištenje, kao i prijedloge o tome kako možemo utjecati na medije te istaknuti lokalne aktivnosti. Bit će uključene smjernice i prijedlozi za korištenje društvenih mreža poput Facebooka, Twittera, Pinteresta i bloganja.

Sve što vas zanima možete pogledati na:
International confederation of midwifes:
http://www.internationalmidwives.org

Mjesta obilježavanja:
Kao središnji događaj Hrvatska komora primalja organizirat će cjelodnevno druženje s građanima na zagrebačkom Maksimiru, stoga pozivamo sve članice da nam se pridruže na spomenutoj lokaciji već od 11 sati.
U mnogim gradovima 5. svibanj obilježit će na sličan način. Do sada su se javile kolegice iz Čakovca, Splita, Zaboka, Vukovara i Vinkovaca.
Nadamo se da ćete i Vi, na Vašim radnim mjestima, prigodno obilježiti Međunarodni dan primalja. Istaknite plakate i informirajte sve zainteresirane o našem radu te slijedite upute iz paketa sa stranica ICM-a i HKP-a:
http://www.internationalmidwives.org i http://www.komora-primalja.hr/



Pošaljite nam fotografije na kojima se vidi kako ste obilježili naš dan i iste ćemo objaviti na našim stranicama.

Svim primaljama želimo sretan 5. svibanj - Međunarodni dan primalja!

ZABLUDE I ČINJENICE VEZANE ZA KOMORU PRIMALJA

„Uvijek isti pojedinci putuju po svijetu."

Činjenica jest da Komora aktivne volontere nagrađuje s edukacijama koje samostalno odabiru, a ponekad se takve edukacije održavaju izvan granica Hrvatske. S obzirom da članice koje volontiraju (a to su sve, izuzev zaposlenica) za svoj rad ne primaju novčanu naknadu, dogovoreno je da se njihov trud nagradi odlaskom na službena putovanja. Pritom je važno napomenuti da se radi o osobama koje su željne stjecanja novih znanja iz struke i koje će to isto znanje dalje, volonterski prenositi ostalim članicama Komore. Na web stranici Komora redovito objavljuje natječaje kojima se pokrivaju troškovi određenih edukacija. U posljednje vrijeme na natječaje se javlja sve veći broj članica i Komora, nažalost, nije u mogućnosti svima osigurati financiranje edukacija. Stav Vijeća je da se edukacija povremeno plati i članicama koje nisu aktivne volonterke, ali u budućnosti su spremne to postati.

„Previše se troši na putne troškove."

Činjenica jest da mnogo novaca odlazi na putne troškove, međutim treba imati na umu da se oko 60 tisuća kuna svake godine potroši na putne troškove u sklopu stručnog nadzora. Taj novac dobiva se iz državnog proračuna i mora se potrošiti isključivo u tu svrhu. Na sastanku Vijeća predloženo je da predsjednica Komore putuje što više i posjećuje područna Vijeća te razgovara sa članicama. Ta putovanja također stvaraju putne troškove. Međutim, navedena stavka trebala bi biti još i većom, ali zbog drugih poslova u Komori, predsjednica, a ni ostali volonteri nisu u mogućnosti putovati onoliko koliko bi doista bilo potrebno. Određene putne troškove iziskuje i organizacija sastanaka Vijeća, kao i organizacija te kontrola edukacija i radionica.
U konačnici i svaka Skupština koju je Komora jednom godišnje obavezna organizirati povlači za sobom velike financijske izdatke u obliku putnih troškova. Stoga, činjenica jest da se puno novaca izdvaja za putne troškove, no to su novci koji su uloženi za dobrobit članstva.

„Previše se putuje van granica Hrvatske."

Činjenica je da se izuzev na članarine za ICM i EMU (koja podrazumijeva poveću svotu) mnogo novaca potroši i na odlaske na sastanke istih. Međutim i Vijeće i Skupština Komore su iskazali stav da želimo biti dio ICM, EMA i NEMIRA. Nema nikakvog smisla biti članom tih organizacija, a ne odlaziti na sastanke. Poznanstva i savjeti koje smo tim putem dobili već su nam se višestruko isplatili, a pomoć i podrška tih organizacija neophodne su kako bi unaprijedili rad Komore i primaljske struke. Djelovanjem u ovim organizacijama, Komora je uspjela iskazati svoje stavove i mišljenja o EU direktivama koje utječu na primaljstvo, puno prije no što je Republika Hrvatska postala punopravna članice Europske unije. Te organizacije pružaju nam pomoć i podršku u svom radu, čime se unapređuje rad Komore.

„Stručnim nadzorom se nepotrebno prozivaju primalje."

Često se zaboravlja da nadzor koji Komora provodi nad svojim članicama pomaže u poboljšavanju i održavanju kvalitete rada primalja. To je najvažniji cilj koji se ostvaruje stručnim nadzorom. No isto tako, zahvaljujući nalazima stručnog nadzora nerijetko se upućuje zahtjev poslodavcima da poduzmu potrebne korake, nužne za kvalitetno obavljanje primaljskog posla. Često institucije u kojima radimo ne pružaju adekvatne uvjete za rad i primjenu svih naših primaljskih znanja i vještina.
Nadalje, stručnim nadzorom Komora pruža stručan i objektivan uvid u sporne situacije i na taj način štitimo primalje od zlonamjernog ili površnog tumačenja, do kojeg može doći i nehotično zbog nepoznavanja primaljske struke i zakonodavstva. Ne smijemo dozvoliti da nadzor primalja vrše drugi zdravstveni djelatnici. Dakle, stručni nadzor je potreban radi očuvanja i poboljšanja kvalitete rada, poboljšanja uvjeta u kojima primalje rade, ali i kompetentnog tumačenja spornih situacija. Stručni nadzor nije ugodan, ali je itekako potreban i ima veliku vrijednost za samu struku, ali i za primalje pojedinačno. Posljedice su vidljive, a nakon provedbe stručnih nadzora uvjeti rada u određenim bolnicama su se popravili.

„Nametnuto je sakupljanje bodova u slobodno vrijeme."

Edukacija, mijenjanje, trendovi, noviteti, a prije svega zaštita struke – to su ciljevi edukacije. Profesionalno usavršavanje danas predstavlja cjeloživotni proces i ne postoji struka u zdravstvenom sektoru koja na usavršavanje nije zakonom obavezana. Osim zaštite struke, Vi pohađanjem ovih edukacija i štitite svoje radno mjesto, jer možete dokazati da pratite najnovija dostignuća struke, da ste savjesni po pitanju primjene istih i da ste upravo Vi prava osoba za radno mjesto na kojem ste zaposleni. Ukoliko se ukaže potreba, Hrvatska komora primalja može Vam izdati popis predavanja na kojim ste bili tijekom godina s navedenim temama koje ste, po vlastitom odabiru, dodatno usavršavali.

„Komora nije riješila najbitnija pitanja.“

Istina jest da postoji još puno neriješenih problema, ali treba istaknuti i da je puno problema uspješno riješeno. Komora je riješila sva pitanja koja su ovisila isključivo o Komori. Svi problemi koji su ostali neriješeni, ostali su takvima zbog inertnosti institucija o kojima ovisimo (resorna ministarstva). Hrvatska komora primalja ne može donositi niti predlagati zakone. Hrvatska komora primalja jedino može predlagati rješenja za pojedine probleme, a to radimo kontinuirano – i uvijek o tome obavještavamo članstvo na stranicama Komore. Ne postoji problem vezan uz primaljstvo za koji Komora nije iznijela službeni prijedlog rješenja nadležnim tijelima.
Veliki problem u Komori je i inertnost članica, posebice u najvećem područnom Vijeću Gradu Zagrebu. Nažalost, ta inertnost je sve očitija kod javnih događaja – volonteri i Komora redovito organiziraju obilježavanje prigodnih događaja na koje se u pravilu odazove osmero ljudi. Od više stotina primalja u PV-u Grada Zagreba tek osam ih je spremno odvojiti 2 – 3 sata i promovirati struku. Ukoliko se ne pobrinemo da nas javnost zamijeti, ostat ćemo u sjeni, a naši će se problemi još više ignorirati. Mi se nalazimo među najmanjim zdravstvenim komorama i svima moramo ukazati na naše postojanje. Nedovoljna grupica od više ili manje osmero ljudi ne može sama utjecati na promjene i poboljšanja.
Upravo ta inertnost ostavlja i krivi dojam o našim problemima i njihovoj važnosti pred nadležnim institucijama. Vrlo malo članica je spremno adresirati svoja pitanja i probleme onima koji ih moraju i mogu riješiti – nadležnim ministarstvima. To ne znači da Komora neće saslušati svaku članicu i pomoć joj u rješavanju problema i po potrebi, pomoći u komunikaciji s drugim nadležnim tijelima ili poslodavcima.

„U Komori se rješavaju samo nečiji privatni problemi.“

U zadnje vrijeme ovu tvrdnju čuli smo nekoliko puta, međutim, ne postoji pitanje koje se može nazvati „nečjim privatnim problemom“, a da se istovremeno tiče zaštite struke i prava koja proizlaze iz naslova primalja. Ne postoji niti jedan problem struke, koji ne zadire u prava svih primalja i koji se tiče samo jedne članice; bilo da se radi o primalji zaposlenoj u stomatološkoj ordinaciji, ili je, pak, riječ o primalji koja ne može dobiti prijepis diplome na prvostupništvu ili primalja koja ne može aplicirati na natječaj za mjesto u rodilištu. Svaki riješeni problem povlači za sobom niz drugih aktivnosti koje utječu na članice i struku, stoga se ne možemo složiti s ovom tvrdnjom o rješavanju privatnih problema.

„Komora je zatvorena institucija u koju ne može doći nitko novi.“

Apsolutna zabluda. Tko god želi i može odvojiti dio svog vremena i volontirati za dobrobit struke u Komoru je više nego dobrodošao. Često su otvoreni natječaji za određena Tijela Komore i svi su pozvani da se prijave. Da bi sudjelovali u njezinom radu, važno je istaknuti, iako nije nužno, da ste članica određenog Tijela Komore. Ako želite samo povremeno volontirati, javite se i omogućiti ćemo Vam sudjelovanje u aktivnostima shodno vašim interesima i vremenu koje možete posvetiti struci.
Ukoliko želite samo podijeliti svoje mišljenje s nama, Komora je otvorila radni forum na koji možete doći putem web stranice. Forum je otvoren u namjeri da budemo transparentniji i da omogućimo članicama da se informiraju i komentiraju radne procese unutar Komore, kao i planove za budućnost. Nažalost, većina članica nema veliku želju učlaniti se na isti te tim putem dobivati informacije ili sudjelovati u radu Komore i na ovakav način. Za sudjelovanje na radnom forumu potrebno je minimalno slobodnog vremena, a forum se može pregledavati i putem mobitela.

„Članice su nezadovoljne, jer ne uspijevaju završiti pripravnički staž i zaposliti se.“

Nažalost, to je istina i članice su s pravom nezadovoljne. Važno je napomenuti da Komora ne utječe na broj primalja koji određena institucija može prihvatiti na stažiranje. U posljednje vrijeme Komora se aktivno uključila u lobiranje na lokalnim razinama u bolnicama kako bi se otvarila pripravnička mjesta putem stručnog osposobljavanja bez zasnivanja radnog odnosa, ako već nije moguće otvoriti pripravnička mjesta.

“Po pitanju školovanja primalja Komora nije rješila probleme”

Ovdje bi istaknuli da se u Komori radi i na razvijanju modela svojevrsne zaklade koja bi financijski potpomogla nastavak obrazovanja primalja. Smatramo da je vrlo loše za struku da se otvara toliko razreda za primaljske asistentice u RH, a toliko malo primalja se odlučuje na nastavak školovanja nakon mature. Došlo je do hiperprodukcije srednjeg stručnog kadra kojeg nitko ne može zaposliti jer se u bolnicama zapošljava minimalno ljudi zbog recesije. Puno manje se zapošljava primalja nego što ih se školuje – a planovi za školovanje istih očito nisu usklađeni sa stvarnim potrebama na terenu, a kamoli sa mogućnostima otvaranja novih radih mjesta. Svega par postotaka primaljskih asistentica želi i može dalje nastaviti studirati, što bi mi kao Komora svakako preporučili. Primalje na srednje stručnom obrazovanju Europa ne prepoznaje.

U Rijeci se u rujnu otvara Bridging program koji nam je neophodno potreban za kolegice koje imaju prvostupništvo iz sestrinstva a potrebno im je prvostupništvo iz primaljstva jer rade na primaljskim radnim mjestima. Postoji studij uz rad u Rijeci i Sveučilišni redovni studij primaljstva u Splitu.
U Rijeci razmišljaju i o diplomskom studiju primaljstva, a istom mišlju se bave i na Sveučilištu u Splitu.
Dok Sveučilište u Zagrebu uporno čeka (već nekoliko godina) razne dozvole kako bi otvorili preddiplomski i diplomski studij primaljstva i u glavnom gradu. Nadamo se da će se školovanje za primalje pokrenuti i u Zagrebu, a do tada primalje će se školovati u Rijeci i Splitu.

„Vaše zapošljavanje nas se ne tiče, samo nam plaćajte članarinu.“

Komora redovito prati natječaje koji se u bolnicama otvaraju za primalje. U više slučajeva promptno smo reagirali kada se na natječajima za nova radna mjesta nisu tražile i primalje, a radilo se o radnim mjestima na koja su prema zakonu, mogle konkurirati i primalje. Svi natječaji za posao koje Komora uspije pronaći objavljuju se na našim web stranicama. Ukoliko smatrate da neki natječaj nije objavljen u skladu s zakonom, molimo vas da nas kontaktirate. Napominjemo, nezaposlene primalje ne trebaju plaćati članarinu odlukom tijela Komore, iako Komora nije zakonski, niti na bilo koji drugi način bila obvezana donijeti takvu odluku. Članice bi trebale voditi računa o tome da ih Komora ne može osloboditi plaćanja članarine ukoliko to same ne zatraže.

„Komora samo propagira kućni porođaj kroz medije.“

Radi se o zabludi. U Komori smatramo da primalje imaju puno većih problema od kućnih porođaja, međutim, mediji su najčešće zainteresirani za tu temu. Ponekad uspijemo u medije plasirati i poneki drugi problem, ali to je prilično teško. Treba shvatiti, u kontekstu današnjih medija sklonih senzacionalizmu, da su novinari većinom voljni pisati o kućnom porođaju, dok, primjerice, nedostatno školovanje primalja ne doživljavaju kao temu koja privlači čitaoce/gledaoce. Postoji mnogo primalja kroz čije bi se priče javnosti mogli približiti problemi (ne)školovanja, kompetencija u praksi, nezapošljavanja, itd., na način koji bi medijima mogao biti privlačan i aktualan, no one nerado istupaju javno.

„Edukacije koje se održavaju su često loše i namijenjene samo za sakupljanje bodova.“

Odgovornost za teme predavanja ili pak raspored njihovog održavanja leži na predsjednicama PV-a. Komora organizirano provodi kontrole predavanja, no nije moguće istovremeno kontrolirati sva predavanja koja se održavaju. Ukoliko smatrate da neko predavanje nije bilo odgovarajuće slobodno nas obavijestite i Komora će provesti nadzor nad edukacijom, bilo da se radi o već održanoj edukaciji, ili o edukacijama koje će se tek održati.

DOULA, MAJKA MAJKAMA

Nina Novotni, Doula i predsjednica udruge Klub „Doula“

Nazivaju je doulom što na grčkom znači robinja, odnosno ona koja služi. Doula je tu da rodilji stoji na raspolaganju i ispuni svaku njezinu želju ili potrebu kako bi porod bio što lakši, a dolazak novog bića na svijet što nježniji.

Podrška doule započinje još za vrijeme trudnoće, tijekom koje se postepeno upoznaje s trudnicom, njezinim potrebama, navikama i željama. Upoznavajući ženu, dopušta i da žena upozna nju kako bi mogle ostvariti odnos, povezanost i osjećaj smirenosti, opuštenosti i sigurnosti koji će, kad porod krene, prenijeti iz rodiljina doma u bolnicu.

Koristeći se tehnikama opuštanja, disanja i masaže, te kretanjem, promjenama položaja ili mirnim promatranjem iz prikrajka doula pruža psihofizički oslonac i individualnu podršku rodilji. Ključ prisustva doule je u kontinuitetu potpore, kao i u povjerenju te osjećaju sigurnosti koji iz toga proizlazi. „Sve ovo može pospješiti fiziološke porođajne procese, kao i ženin osjećaj kontrole i sposobnosti i tako smanjiti potrebu za rizičnim intervencijama.“ (“1“)

Naime, smanjeni broj intervencija znanstvenici povezuju s prisutstvom doule ili druge bliske osobe (muž, majka, prijateljica) kod poroda. „Cochrane sustavni pregled analizirao je literaturu o kontinuiranoj potpori tijekom porođaja. U analizu su bila uključena 23 klinička pokusa iz 16 zemalja s ukupno 15.228 žena u različitim okruženjima i okolnostima. Najveću korist kontinuirane potpore priskrbile su žene koje su prisustvovale porodu isključivo s ciljem pružanja potpore, koje nisu pripadale društvenoj mreži rodilje, koje su bile iskusne u pružanju potpore tijekom poroda i koje su imale određenu prethodnu edukaciju. Zaključak autora sustavnog pregleda: kontinuirana potpora tijekom porođaja ima klinički značajnu korist za ženu i dijete, a nema poznatih neželjenih posljedica. Sve žene bi trebale imati potporu tijekom porođaja.“ (“1“)

Sa željom da se u Hrvatskoj poveća broj doula, a samim time i njihova dostupnost, od 23. do 26. svibnja u Daruvaru, održat će se prva DONA International* doula obuka koju će voditi certificirana DONA International instruktorica Reka Dezsi iz Mađarske.

DONA International je najstarija, najveća i najuglednija doula organizacija na svijetu čiji su certifikati na široko poznati kao mjera kvalitete i profesionalnosti.

Literatura:

1. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 10. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub4., cijeli članak raspoloživ na: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub4/abstract

E-mail: nina.novotni@gmail.com
Mobitel: 098/871-794

TRAVANJ – MJESEC OSVIJEŠTENOSTI O CARSKOM REZU

Andrea Oštrić, mag. admin. sanit.
ostricandrea@gmail.com

Mjesec osviještenosti o carskom rezu sponzorirala je Međunarodna mreža osviještenosti o carskom rezu (International Cesarean Awareness Network – ICAN) kako bi ukazala na velik broj carskih rezova koji se izvode u SAD-u i nedostatak pristupa medicinskoj skrbi vezanoj za vaginalni porod nakon carskog reza – VBAC (Vaginal Birth Afther Cesarian).

Stoga, tijekom travnja intenzivnije učimo o rođenju carskim rezom, vaginalnom porođaju nakon carskog reza, a naši napori usmjereni su ka tome da postanemo svjesniji poroda koji se odvija tim putem. Tijekom proteklog mjeseca ICAN je osmislio pregršt aktivnosti i događanja, između ostalog, na njihovu blogu našle su se priče o porodima carskim rezom.

Vrijeme je da podignemo razinu svijesti svih trudnica, majki i žena diljem svijeta. Rizike operacije nisu osjetile samo one žene koje se imale carski rez, već i društvo u cjelini. Dugujemo ženama pristup znanju i dostupnost informacija i podrške.

Stopa carskog reza u 2009. godini porasla je na 32,9%, još jedan rekord u SAD-u. Već više od desetljeća postotak poroda carskim rezom u stalnom je porastu. Od 1996. godine porastao je gotovo za 60% unatoč tome što postoje dokazi o povećanom riziku mortalita majki i djece, poglavito u slučajevima kada se zdrava trudnica odluči na carski rez u dogovorenom terminu.

Broj žena koje se odlučuju na dogovoreni carski rez (bez medicinske indikacije) bilježi porast. Kako bi žene, pri odabiru carskog reza, donijele uistinu informiranu odluku, neophodno je da im se ukaže na cijeli niz mogućih rizika kojima izlažu sebe i svoje dijete. Također, treba im se pružiti prilika da sa zdravstvenim djelatnikom razgovaraju o svom strahu od poroda.

Carski rez je velika abdominalna operacija te u usporedbi s vaginalnim porodom dijete i majka su izloženi dodatnim rizicima.

Carski rez može uzrokovati sljedeće fizičke komplikacije:

- liječnik može izazvati neželjene kirurške ozljede unutarnjih organa, uključujući ozljede probavnog i urinarnog trakta;
- pristuan je veći rizik za infekciju rane, maternice, pluća i mjehura. Bolest se može razviti unutar nekoliko dana od operacije ili do 6 tjedana nakon rođenja. Postoje i uzročnici infekcija koji su otporni na razne antibiotike;
- pretili (ili dijabetičari) su osjetljiviji i podložniji infekcijama;
- majka će izgubiti oko dva puta više krvi i možda će joj biti potrebna transfuzija;
- veća je vjerojatnost da će biti primljena na intenzivnu njegu;
- veća je vjerojatnost da će patiti od komplikacija povezanih s anestezijom;
- veća je vjerojatnost da će ponovno biti zaprimljena u bolnicu zbog komplikacija povezanih s carskiim rezom;
- veća je vjerojatnost da će se razviti krvni ugrušak koji može doći do pluća i uzrokovati smrt;
- veća je vjerojatnst da će trpiti značajne bolove 2 do 6 mjeseci nakon operacije;
- znatno je veća vjerojatnost da će patiti od komplikacija poput povećanog krvarenja i ozljede mjehura ili crijeva, a veća je vjerojatnost i da će u budućnosti imati histerektomiju;
- veća je vjerojatnost da će se razviti priraslice u zdjelici (ožiljno tkivo) koji će, kasnije u životu, uzrokovati bol u abdomenu te otežati bilo kakve buduće abdominalne operacije, uključujući i ponovni carski rez;
- veća je vjerojatnost da će patiti od usporenog rada crijeva mjesecima ili čak godinama nakon carskog reza;

- dvaput je veća vjerojatnost da će umrijeti od carskog reza nego li od vaginalnog poroda;
- ako odluči ponovo zatrudnjeti, veća je vjerojatnost da će imati problema s plodnošću;
- vjerojatnije je da će u sljedećim trudnoćama imati problema s položajem posteljice, krvarenjem, spontanim pobačajima te roditi nedonošče;
- tijekom sljedećih trudnoća povećan je rizik od abrupcije posteljice i rupture maternice;
- porod na carski rez u Sjedinjenim Američkim Državama kod slijedeće trudnoće uvjetuje ponovni carski rez bez mogućnosti izbora;
- komplikacije koje proizlaze iz carskog reza progresivno rastu sa svakim sljedećim carskim rezom.

Usporedimo li carski rez s vaginalnim porodom rizici za dijete su sljedeći:

- kod planiranog carskog reza vjerojatnije je da će dijete biti rođeno prijevremeno, da je fiziološki i metabolički nedovoljno zrelo, moguće su poteškoće s probavom, dehidracijom, infekcijama, regulacijom djetetove razine glukoze u krvi i tjelesne temperature;
- kod nedononoščadi veća je vjerojatnost otežanog disanja. Respiratorne komplikacije mogu biti ozbiljne i zahtijevati posebnu njegu. Vjerojatnije je da će dijete imati veći rizik za plućnu hipertenziju, potencijalno, po život opasno stanje;
- s nezrelom funkcijom jetre dijete može nakupiti visoke razine bilirubina (neuro toksin) i razviti žuticu;
- ako je dijete rođeno prijevremeno, veća je vjerojatnost da će imati probleme u učenju i u ponašanju u školskoj dobi;
- rođenje samo tjedan dana ranije može uvjetovati razliku u djetetovu zdravlju;
- manje je vjerojatno da će dijete i majka ostvariti kontakt koža-na-kožu odmah nakon rođenja, a to je važan čimbenik povezivanja majke i djeteta i početka dojenja;
- neki lijekovi za anesteziju koji se koriste tijekom operacije prolaze kroz posteljicu što djetetu može otežati dojenje;
- uz planirani carski rez veća je vjerojatnost da će dijete umrijeti tijekom prva 4 tjedna života, ali i tijekom prve godine života.

PROMJENE U PORODNIČKOJ PRAKSI U OPĆOJ BOLNICI JESENICE U SLOVENIJI I REZULTATI U 2012. GODINI

Eva Macun dr., spec. ginekologije i porodništva,
Odjel ginekologije i opstreticije, Glavna bolnica Jesenice, Slovenija

Uvod:

Opća bolnica Jesenice je mala regionalna bolnica s porodiljskim odjelom i rađaonom. Ima 600 do 700 poroda godišnje. U 2011. godini prisustvovali smo (jedan porodničar i jedna primalja) konferenciji o porodu održanoj u Laškom (Slovenija). Tu smo se upoznali s različitim pristupima i mogućnostima poroda.
Primalje i porodničari diljem Slovenije prolaze istu formalnu naobrazbu i stoga nemaju mogućnost upoznati se s različitim načinima poroda. Stručni smo u patološkim i visoko tehnološkim porodima. Tijekom našeg praktičnog obrazovanja nismo upoznati s metodama prirodnog poroda. U 2011. godini krenuli smo s primjenom novih saznanja. Sve dosadašnje rutinske procedure smanjili smo na najmanju moguću mjeru. Ne koristimo klistir, ne brijemo intimno područje žena, ne dajemo intra-venoznu terapiju, nema kontinuiranog CTG-a, ženama je dozvoljeno da hodaju i zauzmu položaj koji im najviše odgovara, a roditi mogu u bilo kojem, njima najpovoljnijem, položaju. Koristimo oksitocin, ali samo kada je to zaista potrebno. Dopuštamo prirodan tijek trećeg porođajnog doba i ne razdvajamo bebu od majke niti u jednom trenutku. Pristup prema indukciji poroda je vrlo restriktivan što će se predočiti i statističkim podacima.

Metode:

U našoj bolnici uočene su statističke promjene u određenim parametrima tijekom 2011. i 2012. godine. U statistiku su uključeni svi porođaji tijekom te dvije godine. Neki su podaci dobiveni od Perinatalnog sustava Sloveniji. Za 2012. godinu izračunali smo sve podatke iz rodnih listova pohranjenih u našoj bolnici.

Rezultati:

2011. godina: 624 poroda; 96 carskih rezova (15,4%), 38 V.E. (6,1%), 103 epiziotomije (16,5%).
2012. godina: 655 poroda; 88 carskih rezova (13,4%), 31 V.E. (4,1%), 44 epiziotomije (6,7%).

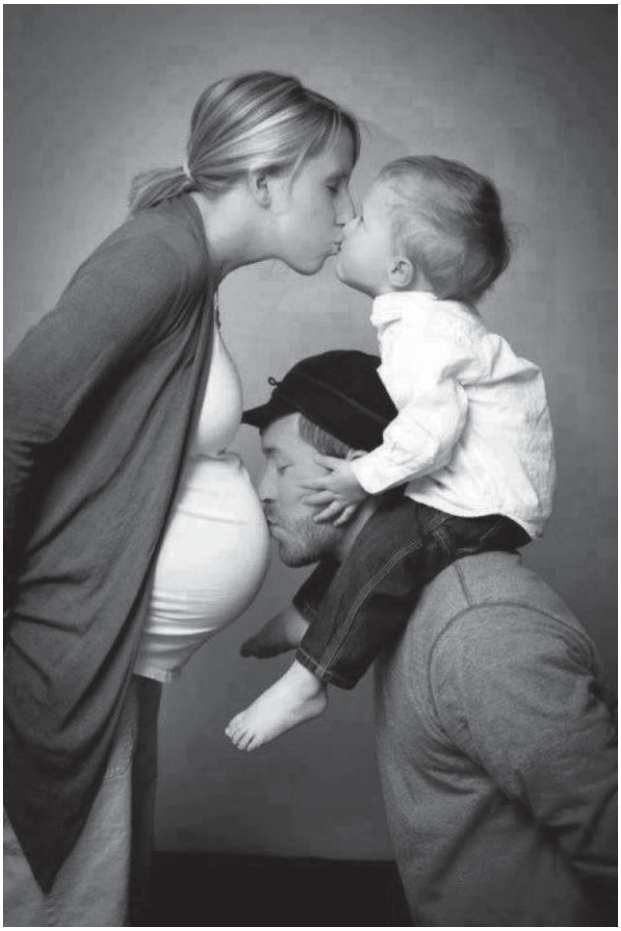
Primalje su 2012. godine napravile 23 (3,5%) epiziotomije, dok su ostale izveli porodničari tijekom vakum ekstrakcije. Oksitocin je 2011. godine primijenjivan tijekom svih porođajnih razdoblja, pa čak i u 3. razdoblju kod 231 (37%) žene, dok je u 2012. godini primjenjen samo kod 121 (18,5%) žene. Epiduralna anestezija je korištena kod 218 žena (34,9%) u 2011. godine, dok ju je u 2012. godini primilo 159 (24,3%) žena. Nizak Apgar rezultat (manje od 6 unutar 5 minuta) imalo je četvero (0,6%) djece u 2011. godini, a troje (0,5%) u 2012. godini. Kod 23 (3,7%) žene u 2011. godini gubitak krvi bio je veći od 500 ml nakon poroda, dok je u 2012. godini više od 500 ml krvi izgubilo 17 (2,6%) žena. Transfuziju su u 2011. godini trebale 3 (0,5%) žene, a u 2012. godini 4 (0,6%). Inducirali smo 45 poroda (6,9%), uključujuću umjetno puknuće vodenjaka kod 45 (6,9%) žena.

Rezultat koji ne možemo usporediti zbog nedostatka podataka, ali za nas je iznimno važan je stopa nataliteta bez intervencija. Dopuštamo intravenoznu terapiju te terapiju antibioticima nakon velikih, spontanih puknuća međice. Postotak naknadnog puknuća međice, kontinuiranog CTG-a i promijenjene aktivnosti trećeg porođajnog razdoblja u 2012. godini iznosio je 50,4, riječ je dakle o 330 poroda.

Drugo značajano postignuće je ostvareno pri vaginalnim porodima nakon prethodnog carskog reza. Imali smo 47 žena nakon jednog li više carskih rezova. Isključimo li sve žene koje su imale kontraindikaciju za vaginalni porod (dva ili više carskih rezova, obrnute rotacije, operacije na maternici, velike anomalije maternice) 41 žena je imala mogućnost vaginalnog poroda.

Podaci za Sloveniju za 2011. godinu su sljedeći:

- carski rez – 18,8%
- V.E. – 2,9%
- epiziotomija – 28,2%
- upotreba oksitocina – 50,9%
- transfuzija – 0,8%
- krvarenje više od 500ml – 2,2%
- epiduralna anestezija – 9%
- nizak Apgar rezultat – 0,8%



Zaključak:

Tijekom jedne godine promijenili smo stav spram bolničkih poroda i također smo promijenili standardne procedure kako bi trudnice imale priliku izabrati najbolji porođaj dostupan u bolnici. Primijetili smo da žene žele promjene i različite mogućnosti. Žele da ih se sasluša te da se njihove želje uzmu u obzir. Mi smo se vodili dokazima koji se temelje na preporukama i uputama za prirodan porod. I dalje nastojimo dosegnuti parametre majka – beba (Bolnice – prijatelji djece) koje preporučuje Svjetska zdravstvena organizacija za prirodan porod. Potrebne su nam brojne edukacije i usaglašavanje članova tima uključenih u porod. Naši statistički podaci pokazuju da radimo dobar posao, ali u budnućnosti potrebno je još mnogo toga. Intenzivno radimo na trećem porođajnom dobu.

Smatram da je najvažnije da svi stručnjaci prihvate ideju da je trudnica središte poroda i da joj mora biti dano pravo izbora, te da joj sve potrebne informacije moraju biti dostupne. Imamo saznanja da su žene vrlo zadovoljne i primamo brojna pisama zahvale. Imamo iskustva i s doulama i svjedočimo da niti jedna žena uz koju je bila doula nije imala operativan porod. Pogledamo li širu sliku, ne možemo se vraćati na stari put i ne smijemo koračati unazad. Shvatili smo da prijašnja praksa nije dovoljno dobra i žao nam je svih žena koje su kroz nju morale prolaziti.

IBU ROBIN LIM, PRIMALJA KOJA PJEVA

Elena Skoko
slobodna umjetnica

Rodila sam na Baliju, u Indoneziji, u noći 18. studenog 2009., uz pomoć američke primalje Ibu Robin Lim. Koko je imala lotus birth, nismo je odvajali od posteljice niti rezali pupčanu vrpcu. Moj se porod odvijao neometano, u potpunoj slobodi kretanja i djelovanja. Rodila sam glasno pjevajući, gola, u kadi prepunoj cvijeća, dok je babica tiho pjevušila hindu mantru i tako dočekala moje dijete rođeno u vodi. Svoju sam kćerku dobila odmah u ruke. Obasula sam je bujicom riječi ljubavi i dobrodošlice, dok nas je njezin otac obje grlio. Nitko nas nije ometao i svoju sam Koko držala uz sebe poput najvećeg blaga. Taj trenutak beskrajne zaljubljenosti u meni je označio potpun ulazak u novi svijet majčinstva. Euforija i nevjerovatna energija koju sam primila tijekom poroda pratila me mjesecima.

Nakon što sam ostala trudna, zajedno s trbuhom rasla je i moja svijest i saznanja o suvremenoj porodiljskoj praksi. U meni se počela rađati misao da bolnički porod nije za nas. Trebalo je pronaći neko drugo rješenje. S Robertom, mojim suprugom, razmišljala sam kako i gdje donijeti Koko na svijet. Na kraju nam se Bali, „Otok Bogova“, učinio najljepšim izborom. Jedan od ključnih razloga za odabir Balija su naši česti boravci na otoku zbog posla. Ipak, ni na Baliju, kao ni u Rimu, a ni u Puli nisam se osjećala dovoljno doma da bih se odlučila za porod kod kuće. Slučajno, od prijateljice sam dobila telefonski broj Ibu Robin Lim. Iako sam čula za nju, nisam znala kako je pronaći.

Robin je na Baliju osnovala dobrotvornu ustanovu Yayasan Bumi Sehat posvećenu prirodnom porodu u kojoj se vodi briga o trudnicama, rodiljama, djeci i ostalom lokalnom stanovništvu. Moja prijateljica bila je uz svoju prijateljicu iz Jakarte kada je rađala u Bumi Sehat. Naime, ta je žena poznata indonežanska rock zvijezda koju nitko u Jakarti nije htio poroditi bez carskog reza. Pretpostavljam da je to u glavnom gradu Indonezije, kao i u mnogim drugim svjetskim metropolama, uobičajena praksa, pogotovo kada je riječ o vrlo popularnim ličnostima. Mnoge su indonežanske i međunarodne glazbenice rodile uz pomoć Ibu Robin. I sama Ibu Robin, osim što je licencirana američka i indonežanska primalja, ujedno je pjesnikinja i književnica.

Posjetili smo je u njezinu malom porodiljskom carstvu gdje “nježan porod liječi Majku Zemlju”. Ništa joj nisam morala govoriti, jer njezini stavovi u potpunosti su se slagali s mojima. Jako nam se sviđala. Govorila je o svemu o čemu sam već čitala, uključujući i lotus birth. Naime, u toj ustanovi praksa je da se nakon rođenja djeteta čeka barem 24 sata, a tada se osušena pupčana vrpca, na sigurnoj udaljenosti od djeteta, polako pali svijećom, sve dok se u potpunosti ne odvoji. Radi se o drevnom kineskom načinu odvajanja djeteta od posteljice koji je potpuno sterilan, te prigodan i u najupitnijim situacijama u kojima se Ibu Robin često nalazi.

Osim ustanove na Baliju Ibu Robin osnovala je i centar u mjestu Banda Aceh (otok Sumatra, Indonezija). Iako je razoreno tsunamijem u njemu život i dalje teče, djeca se i dalje rađaju, iako u vrlo teškim uvjetima. Nije bez razloga u svojih dvadeset godina prakse Ibu Robin Lim dobila nadimak „guerrilla midwife“. Ibu Robin je dobitnica prestižne nagrade CNN-a Hero of the Year 2011, čime je njezina popularnost toliko porasla da je danas malo naselje Nyuh Kuning gdje se nalazi Yayasan Bumi Sehat postalo mjesto „hodočašća“ za primalje, pomagače pri porodu, kao i za sve ljude zainteresirane za holistički model primaljske skrbi. Također dolaze trudnice iz cijelog svijeta kako bi rodile u miru, okružene ljubavlju i ljepotom.

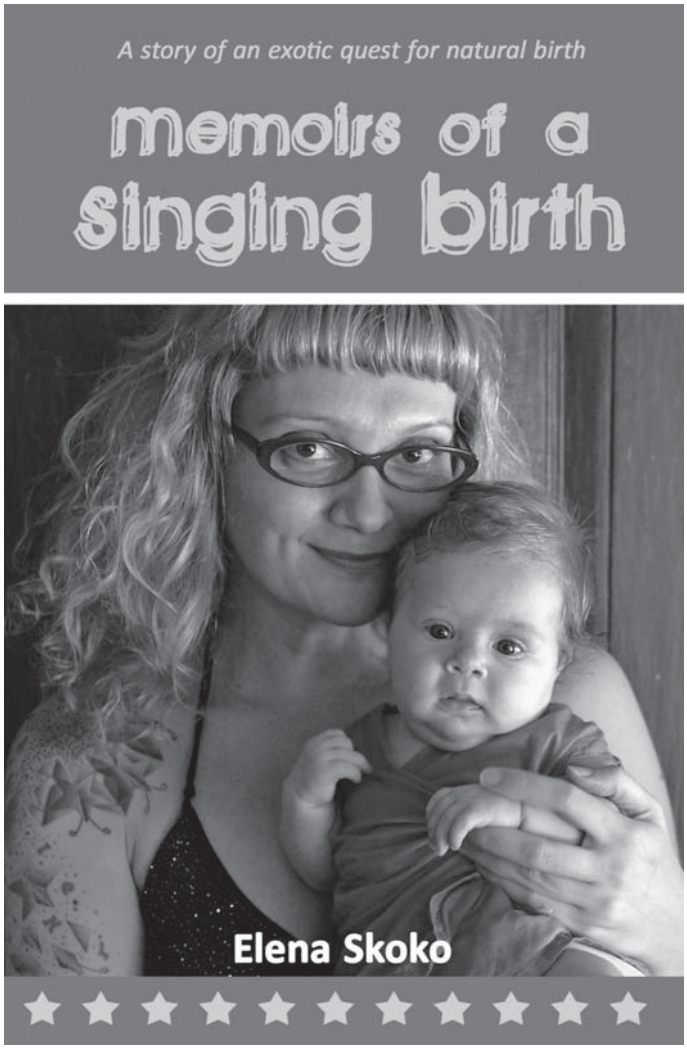
Ibu Robin nas je osvojila svojom dragošću i karizmom, ulila je u nas neizmjerno povjerenje, osjetila sam da me u potpunosti razumije i da se nalazim u sigurnim rukama. Na svako moje pitanje odgovorila bi pomno i precizno, temeljeći svoje odgovore na najnovijim znanstvenim istraživanjima i vlastitom iskustvu. Njezina vjera u primaljstvo i

u sposobnost žene da rađa je toliko jaka da je uspjela uvesti praksu ne rezanja pupčane vrpce i kod carskog reza. U porodiljskom centru Bumi Sehat rade isključivo primalje, a slučajevima kada je liječnička pomoć potrebna rodilja se u pratnji svoje primalje ambulantnim kolima odvozi u obližnje rodilište gdje operiraju liječnici koji podržavaju praksu nježnog poroda uz veliko poštovanje spram primaljske struke. To poštovanje je rezultat dugogodišnjeg dokazivanja koje je Ibu Robin Lim postigla svojim radom, velikom upornošću i beskrajnom ljubavlju. Ljubav je, smatra Robin, najsnažniji lijek i najuvjerljiviji argument. Ponekad, kada rodilja ima težak porod dostaje samo jedan zagrljaj i iskreno „volim te“ da se porod ubrza. Primalje u centru to dobro znaju i mudro primijenjuju. Tako je, putem ljubavi, uspjela ostvariti i zavidnu komunikaciju s liječnicima.

„Ako je stav primalja prema ginekolozima/obstetričarima prepun mržnje i neprijateljstva nikada neće biti pozitivnog dijaloga, jer svaka se osoba zatvori pred napadom, a uvijek je otvorena za riječi ljubavi.“
Na konferencijama Ibu Robin primalje i liječnici zajedno plaču.

Ibu Robin izgleda mi poput tigrice u tijelu sićušne, simpatične, pedesetogodišnje hipijevke, majke petoro djece, pomajke još četvoro i bake troje unuka. Njezine životne priče i iskustva svaki su nas put prikovale za kauč, strpljivo bi čekali nastavak priče i promatrali kako poklanjala pažnju svima koji je zatraže. Sretali bi ljude iz cijelog svijeta, primalje na stažu, donatore s najrazličitijim, korisnim poklonima, volonetere koji su u određene dane besplatno liječili lokalno stanovništvo, a uz sav taj živopisan svijet bilo je i mnogo trudnica.

Tijekom svakog pregleda Ibu Robin davala mi je da pijem vodu s klorofilom ili poneki kineski ili homeopatski lijek, ako bi imala neki problem, ili bi mi, pak, omogućila tretman akunpunkture u onom skučenom prostoru prepunom ljudi. Yayasan Bumi Sehat je mala ambulanta s pet soba, nekoliko kvadrata zajedničkog prostora i uredom. Usluge se ne naplaćuju već svatko donira onoliko koliko može. Prvenstveno je namijenjena lokalnom stanovništvu. Prvi puta mi se učinila suviše jednostavnom i prenapučenom. Pitala sam se kako će to izgledati kada budem rađala. Ne volim gužvu, a u tako osjetljivoj situaciji poput poroda, željela sam mir. U Aziji je gustoća naseljenosti visoka, a na samoću se gleda s čuđenjem. Bali nije iznimka. Ljudi su radoznali i njihov osjećaj za privatnost je potpuno drugačiji od zapadnjačkog. Moja briga bi nestala svaki puta kada bi pričala s Robin. Što se više bližio dan poroda bila sam manje zabrinuta. Vratili smo se na Bali u 36. tjednu trudnoće. Zbog nas je Robin otkazala svoj put u SAD. U sebi sam mislila: „Bit će sve kako treba biti, stvari će se odvijati na najbolji mogući način.“ Moje povjerenje u Ibu Robin bilo je potpuno. Nisam mogla ni zamisliti da u nekom rodilištu objašnjavam što je lotus birth. Isto tako ne mogu zamisliti da bih pred medicinskim osobljem rađala gola i raspjevana. Upoznati Robin Lim bila je prava sreća ili možda jedna velika ispunjena želja.



Bilješka o autorici:

Elena Skoko je pjevačica, spisateljica i mama koja živi nomadskim životom između Balija, Rima i Pule. Zajedno sa svojim partnerom Robom Bluebirdom osnovala je blues bend Bluebird & Skoko s kojim nastupa diljem svijeta. Rodom iz Hrvatske, autorica je na osobnom životnom iskustvu zasnovala svoj umjetnički izričaj i put samospoznaje. Nakon iskustva ekstatičnog poroda, Elena se posvetila širenju vizije svijetlog i svjesnog poroda slaveći taj čin kao važnu inicijaciju u svijet majčinstva. Svoje iskustvo opisuje u knjizi Memoirs of a Singing Birth koju je moguće naručiti putem internet knjižara Amazon, Lulu.com ili u digitalnom obliku na Smashwords.com.

E-mail: elena.skoko@gmail.com, +39 335 7092161

LJUDSKA PRAVA U SVAKODNEVNICI PRIMALJA

Daniela Drandić,
Voditeljica programa Trudnoća i porod,
Udruga RODA

Ljudska prava su područje rada pravnika, sudova i državne vlasti, nešto naizgled daleko od našeg svakidašnjeg života. Je li to zaista tako? Ili su pitanja o ljudskim pravima prisutnija u našoj svakodnevnici no što slutimo?

Zdravstvenim djelatnicima, posebice primaljama, problematika ljudskih prava je itekako bliska, posebice od 2010. godine. Tada je Europski sud za ljudska prava (ECHR) donio presudu da žene u Europi imaju pravo birati okolnosti svog porođaja. U svakodnevnom životu to bi značilo da žena ima pravo odabrati mjesto, osobu i vrstu skrbi uz pomoć koje će roditi svoje dijete. Ova, na neki način radikalna odluka, podsjeća nas da trudnice i rodilje imaju jednaka ljudska prava i prava kao korisnice zdravstvenih usluga, poput svih ostalih korisnika. Čini se jednostavno, ali ponekad je teško ostvarivo, jer u našoj kulturi potrebe trudnica i rodilja se ne stavljaju na prvo mjesto, a uz to se zanemaruje činjenica da je, u velikoj većini slučajeva, ono što je dobro za majku dobro i za dijete. Majku i dijete treba promatrati kao nerazdvojnu dijadu, a ne kao suparnike.

Pokret žena i primalja diljem svijeta koje se zalažu za poštivanje ljudskih prava žena tijekom trudnoće i poroda postaje sve glasnijim.
Istovremeno, pritisci sustava i privatnih interesa sve su veći. Njihova je namjera smanjiti prava ili onemogućiti njihovu provedbu u praksi. Nedavni prosvjedi samostalnih primalja u Velikoj Britaniji oslikavaju kako birokratski pritisci i računice privatnih osiguravateljskih kuća mogu u kratko vrijeme jednostavno uništiti dio struke i anulirati ogromno iskustvo i znanje koje se stjecalo stoljećima.

Zašto su privatne zdravstvene djelatnice tako značajne? Zar ne bi sve one mogle raditi u javnim bolnicama u kojima je ionako prisutan veliki manjak primalja? Priča nije tako jednostavna. Britanke s bilo kakvom komplikacijom tijekom trudnoće ili poroda, ma koliko god ona banalna ili ozbiljna bila, u bolničkom sustavu, odjednom, imaju samo jednu mogućnost – carski rez. Usluge samostalnih primalja vrlo često potražuju upravo trudnice suočene s nemogućnošću izbora odnosno carskim rezom: žene koje nose blizance, koje su već imale carski rez (ili više njih), žene čija su djeca u položaju zatka, žene s bilo kojom komplikacijom zbog koje im bolnički sustav onemogućava ili otežava pravo na izbor poroda. Statistike Udruge samostalnih primalja Velike Britanije (IMUK) su vrlo dobre, ishodi poroda za majke i djecu, uzmemo li u obzir slične rizične skupine, istovjetni su onima u bolnicama. Postavlja se pitanje – kome je u interesu i zašto se želi uništiti uistinu važna branša primaljstva te zatrti iznimna iskustva kod rizičnijih poroda?

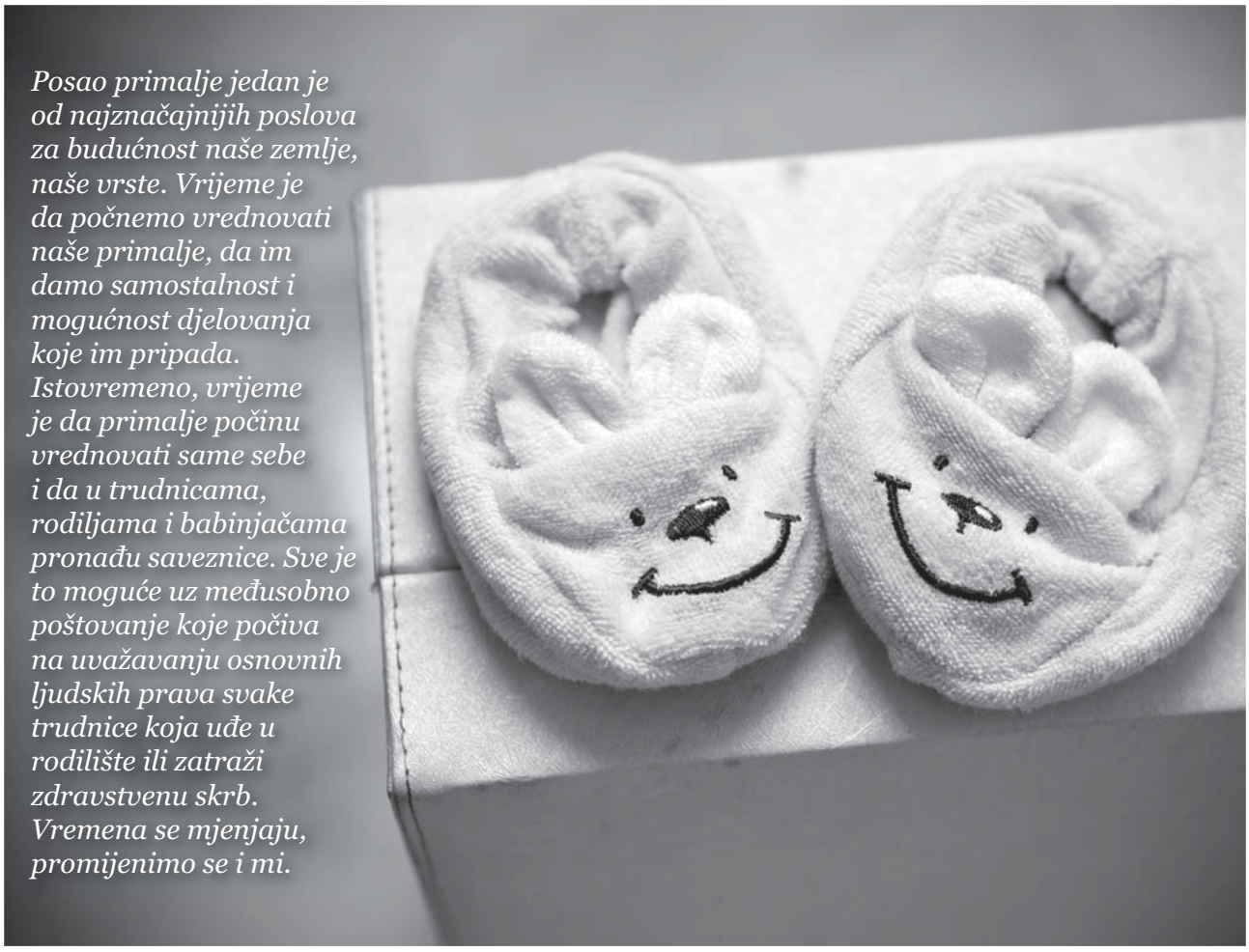
Zvuči li Vam poznatom ova priča? U Hrvatskoj je tek prije nekoliko godina ponovo omogućeno visoko obrazovanje primalja, naime, desetljećima su se sustavno, malo po malo, uništavale vještine koje su primalje stjecale stoljećima, umjesto da se objedini ono najbolje od tradicijskog zanata i moderne medicine. Žene u Hrvatskoj, bilo da je njihova trudnoća posve uredna ili rizična, imaju, zapravo, samo jednu mogućnost – pregledavati se kod ginekologa i otići u rodilište gdje će okružene nepoznatim osobama u nepoznatom prostoru uz stroga pravila i pritiske donijeti na svijet svoje dijete. Kome je to u interesu?

Što mogu napraviti hrvatske primalje?

Kako mogu utjecati i promijeniti iskustvo trudnoće i poroda?

Osim što mogu razmišljati o visokom obrazovanju u primaljstvu i otvaranju samostalne primaljske prakse, one koje rade u rodilištima svakog dana mogu napraviti „sitnicu“ kako bi se trudnicama i rodiljama osigurala temeljna ljudska prava:

- Potaknite žene da na porodu odaberu zdravstvenog djelatnika kojeg žele, odnosno osnažite ih da zatraže skrb drugog djelatnika ukoliko s prvim nisu zadovoljne.
- Potaknite žene da odaberu pratnju u porodu, neka to bude njihov izbor, u pratnji ne mora nužno biti otac djeteta; zagovarajte promjene u svom rodilištu kako bi žene mogle imati uz sebe dvije osobe, a ne samo oca djeteta i to tijekom cijelog poroda.
- Potaknite žene da aktivno sudjeluju u odlučivanju o svojoj skrbi tijekom trudnoće, poroda te babinja i upoznajte ih s njihovim pravima.
- Osigurajte da su ženama dostupne sve informacije kako bi mogle donijeti što informiranije odluke tijekom trudnoće i poroda, uključujući sve informacije o rizicima i prednostima određenih postupaka i intervencija, uz obaveznu mogućnost ***odbijanja ili čekanja***.
- Ponašate li se Vi prema trudnicama i rodiljama dostojanstveno i s poštovanjem, svojim primjerom potaknut ćete i druge.
- Brinite da se poštuje privatnost svih korisnica zdravstvenih usluga, što u svakodnevnici može značiti da jednostavno zatvorite pravan ili vrata ili potaknite rukovodstvo bolnice da se paravani ili vrata nabave.
- Zagovarajte ravnopravnost i dignite glas protiv mita, korištenja veza i sličnog ponašanja. Sve žene imaju pravo na istu, dobru, skrb.
- Potaknite žene da se informiraju o rodilištima u Hrvatskoj na internetskoj stranici rodilista.roda.hr, da postavljaju pitanja, da zahtijevaju bolje i ako je potrebno, da prijave kršenje prava u anonimnoj bazi kršenja prava koja se nalazi na stranici ***rodilista.roda.hr.***



PRIČA O IKSU I IPSILONU

Nina Pereza, dr.med., Prof.dr.sc. Saša Ostojić, dr.med.,
Medicinski fakultet u Rijeci (preuzeto iz: Narodni zdravstveni list; siječanj-veljača, 2011.)

Knjiga čovjeka (genom) složena je u poglavlja (kromosomi).
Genetički ili nasljedni materijal čovjeka pohranjen je unutar stanice, u strukturi koja se naziva jezgra. Nasljedni materijal u čovjeka čini deoksiribonukleinska kiselina (DNK), koja je u nerazmotanom stanju dugačka čak 1,8 metra. Kako bi se DNK uspješno pohranila unutar mikroskopski sićušne jezgre promjera od samo 5μm, DNK se pakira uz pomoć proteina u strukturu nazvanu kromatin. Stanice u ljudskom tijelu prolaze kroz nekoliko faza aktivnosti za svog životnoga vijeka, tijekom kojih nasljedni materijal poprima različite oblike. Tijekom interfaze, u kojoj je DNK organizirana u kromatin, stanica je samo prividno mirna budući da se intenzivno priprema za diobu. U diobi, mitozi ili mejozi, kromatin se sabija i tvore se kromosomi. Uz pomoć proteina, DNK je u kromosomima 50.000 puta kraća nego u potpuno razmotanom stanju.
Ljudi imaju 46 kromosoma, odnosno 23 para kromosoma, koji uključuju 22 para tjelesnih kromosoma (autosoma) i jedan par spolnih koromosoma (gonosoma). Tjelesni kromosomi označeni su brojevima od 1 do 22 te izgledaju jednako u muškaraca i žena. Kromosomski par 23 čine spolni kromosomi koji se razlikuju u muškaraca i žena. Normalne žene imaju dva kromosoma X, dok muškarci uz X imaju jedan kromosom Y. Sve kromosome nasljeđujemo od roditelja, 23 od majke i 23 od oca, tako da imamo dva seta od 23 kromosoma, odnosno 23 para.
U spolnim stanicama (spermiju i jajnoj stanici) broj kromosoma prepolovljen je na 23 kako bi spajanjem muških i ženskih spolnih stanica u oplodnji nastala oplođena jajna stanica (zigota) koja ima ponovno 46 kromosoma. Na taj se način broj kromosoma u određenoj vrsti održava konstantnim.

Početak prije 300 milijuna godina

Kromosom X po strukturi i funkciji najposebniji je humani kromosom (Slika 1.). Iako je jedan od većih kromosoma u čovjeka, sadrži relativno mali broj od 1098 gena, što čini oko 4% svih gena u humanom genomu. Kromosom X većinom je izgrađen od dijelova DNK koji se ponavljaju u velikom broju kopija, a nisu predodređeni da kodiraju proteine.
Kromosomi X i Y nastali su pred 300 milijuna godina, iz para tjelesnih kromosoma koji su postali spolni kromosomi. Tijekom iznimno brze evolucije, kromosom Y izgubio je većinu svojih gena te ih danas broji samo oko 90. Od tih 90 gena, 54 gena nalazi se i na kromosomu X. Kromosom Y tri je puta manji od kromosoma X, a žene, zbog prisutnosti dva kromosoma X u tjelesnim stanicama, imaju oko 3% više genetičkog materijala od muškaraca. To znači da žene imaju potencijalnu sposobnost stvarati i više proteinskih produkata nego muškarci, što se u životu i ne događa budući da žene i muškarci imaju identičan aktivni dio genoma.

Žene kompenziraju «višak» materijala

Kako bi došlo do izjednačenja u količini stvorenih genskih produkata gena koji se nalaze u suvišku na jednom od dva kromosoma X u žena, sisavci su razvili mehanizam dozne kompenzacije. Dozna kompenzacija u sisavaca postiže se transkripcijskom inaktivacijom jednog od dva kromosoma X u tjelesnim stanicama žena, a taj proces poznat je kao inaktivacija kromosoma X. Inaktivacija kromosoma X znači da s jednoga od dva kromosoma X ne dolazi do genske aktivnosti, nema prepisivanja (transkripcije) i nema stvaranja proteina. Inaktivacija kromosoma X događa se kao posljedica izrazito gustog pakiranja DNA molekule i onemogućavanja pristupa regualcijskih proteina na inaktivni kromosom X. U ranoj fazi razvoja ženskog embrija, u razdoblju kada embrij ima samo nekoliko stanica, jedan od dva kromosoma X biva visoko kondenziran te postaje inaktivan.
Takav inaktivni kromosom X u interfaznoj jezgri vidi se blizu jezgrine ovojnice u obliku Barrovog tjelešca (Slika 2.). To je tzv. spolni kromatin, koji služi za dijagnozu ženskog kromatinskog spola u citološkim razmazima.

Calico mačke objašnjavaju inaktivaciju kromosoma X

Inaktivacija kromosoma X otkrivena je u Calico mačaka (Slika 3.). Calico mačke su normalne ženke čiju boju krzna određuje gen koji se nalazi na kromosomu X, ali tako da jedan kromosom X nosi gen za žutu boju, a drugi za crnu boju krzna.

Nasumičnom inaktivacijom jednog ili drugog kromosoma X nastaju žuta ili crna područja obojenosti na dlaci mačke. Za razliku od ženki, Calico mužjaci su samo jedne boje (crni ili žuti), ovisno o tome koji su kromosom X naslijedili od svoje majke.

Obrazac inaktivacije kromosoma X

U svakoj tjelesnoj stanici odabir inaktivacije majčinog ili očevog kromosoma X nasumičan je tako da je u 50% svih tjelesnih stanica inaktiviran majčin kromosom X, a u preostalih 50% očev kromosom X. Odstupanje od tog obrasca (1:1) naziva se nenasumična inaktivacija kromosoma X i povezano je s X vezanim bolestima. Jednom kada je majčin ili očev kromosom X inaktiviran, on ostaje inaktivan tijekom svih daljih dioba stanice. Inaktivacija kromosoma X nepovratan je proces u životnom vijeku stanice. Povratan je samo tijekom procesa stvaranja jajne stanice, kako bi novonastala jajna stanica imala aktivan kromosom X.

No, ipak, 15% gena na inaktivnom kromosomu X izbjegava inaktivaciju. Većinom su to oni geni koji se nalaze i na kromosomu Y. Takve regije nazivaju se pseudoautosomalne regije (PAR) i nalaze se na vršnim dijelovima kromosoma X i Y. Te regije omogućavaju izmjenu gena između kromosoma X i Y u muškoj gametogenezi kako bi mogli nastati funkcionalni spermiji.

Zašto žene nemaju dva aktivna kromosoma X?

Osim dobro definirane kompenzacije doze između kromosoma X i Y, inaktivacija kromosoma X pruža zaštitu od X vezanih bolesti u žena. Naime, žene nositeljice X vezanih bolesti mogu namjerno (nenasumično) inaktivirati baš onaj kromosom X koji nosi „bolesni gen“. Na taj je način klinička slika X vezanih bolesti obično slabije izražena nego u muškaraca s istom bolešću. Muškarci, koji imaju samo jedan kromosom X, imaju povećan rizik od razvoja kliničke slike X recesivnih bolesti i obično imaju težu kliničku sliku X dominantnih i recesivnih bolesti.

Bez kromosoma X nema života

Kromosom X sadržava mnogo gena važnih za život sisavaca, što se vidi i po velikom broju nasljednih bolesti prouzročenih (njihovim) mutacijama. Zato svaka jedinka, bez obzira na spol, mora imati barem jedan kromosom X. Nedostatak kromosoma X, uz prisustvo samo kromosoma Y (monosomija Y) embrioletalan je i ne postoji dijete rođeno s takvim kariotipom. Iako kromosom X sadrži samo 4% svih gena humanog genoma, greške u tim genima odgovorne su za 10% svih nasljednih bolesti uzrokovanih promjenama jednog gena (monogenske bolesti) u čovjeka, što je iznimno mnogo (1 113 dosad opisanih). Obilježja kliničkih poremećaja vezanih uz genetičke poremećaje na kromosomu X najčešće su mentalna retardacija (Slika 4.), poremećaji imunološkog sustava i neuspješnost reprodukcije.

Kromosom Y sadržava gene koji su potrebni za diferencijaciju i funkciju testisa, ali nisu neophodni za održavanje života (dokaz je manjak kromosoma Y u ženskog spola).

Spolno nasljeđivanje s različitim posljedicama

Nasljedne bolesti povezane s promjenama gena na kromosomu X izražavaju se ovisno o tipu nasljeđivanja, dominantnog ili recesivnog tipa – koje mogu obuhvatiti jedan ili oba kromosoma X (Tablica 1.). Žene rjeđe obolijevaju od X recesivnih bolesti jer je manja vjerojatnost da naslijede (od svojih roditelja) dva kromosoma X s nasljednom promjenom određenog gena. Najčešće one „nose“ recesivni promijenjeni gen samo na jednom kromosomu X. Smatramo ih zdravima, ali su nositeljice promijenjenog gena. Ako njihovi sinovi (XY) naslijede baš taj promijenjenii kromosom X, oni bez izuzetka i obolijevaju, što se neće dogoditi ako, umjesto promijenjenog, naslijede drugi kromosom X, s normalnim genom (50:50%).

Kod X dominantnog načina nasljeđivanja, bolest će biti izražena i u slučaju da se promjene gena nalaze na jednom ili oba kromosoma X (u žena), iako je najčešće promjena prisutna samo u jednom. Veliki broj X dominantnih bolesti za muški spol nije spojiv sa životom, dok u žena ovisi i o mehanizmu inaktivacije jednog od dvaju kromosoma X.

Za razliku od X vezanih bolesti, genetički poremećaji vezani uz kromosom Y dovode isključivo do muške neplodnosti ili infertilnosti.

Možemo li birati spol?

Određivanje spola embrija i razvoj svih spolnih značajki jedinke složeno je i dugotrajno zbivanje koje započinje kombiniranjem spolnih kromosoma pri oplodnji i dalje se odvija u nekoliko faza. Postoji više razina spolnosti – od genskog spola, kromosomskog, nuklearnog, biološkog, hormonskog, psihosocijalnog... Kromosomski spol ovisi o tome koji će spermij oploditi jajnu stanicu – ako to učini spermij koji nosi kromosom X, začet će se djevojčica, a ako

to učini spermij koji nosi kromosom Y, nastat će dječak. Precizna mjerenja pokazala su da je spermij Y značajno manji od spermija X (ukupna dužina, dužina vrata, opseg i površina glave). Pretpostavlja se da bi spermij Y zbog toga morao biti lakši i pokretljiviji od spermija X. Na tom se shvaćanju zasniva empirijski prirodna metoda izbora spola djeteta vremenskim usklađivanjem spolnog odnosa s ovulacijom i različite metode odjeljivanja spermija X i Y za umjetnu oplodnju sa svrhom određivanja spola djeteta.

Spol određuju geni

Genotipska determinacija spola jest određivanje diferencijacije muške ili ženske spolne žlijezde u embriju. U čovjeka i drugih sisavaca zasnovana je isključivo na djelovanju gena na spolnim kromosomima. Sve zrele jajne stanice sadržavaju jedan kromosom X, a od zrelih spermija polovina ih ima kromosom X kao jajna stanica, a polovina kromosom Y. Ovisno o vrsti spermija koji oplodi jajnu stanicu, razvit će se embrij ženskog (XX) ili muškog (XY) spola. Uloga spolnih kromosoma u determinaciji spola različita je. Odlučujuću ulogu ima kromosom Y. To pokazuju brojni pokusi na životinjama i opažanja na ljudima koji imaju anomalije spolnih kromosoma. Prisutnost kromosoma Y određuje muški spol bez obzira na broj kromosoma X pa su tako, primjerice, osobe s kromosomskom anomalijom XXXXXY - muškoga spola. Osobe s anomalijom XO (nema ni drugog kromosoma X ni kromosoma Y, Turnerov sindrom) nemaju jajnika (jer su za njihov razvoj potrebna dva kromosoma X), ali imaju sve druge ženske spolne organe i ženski izgled. U odsutnosti jajnika, ostali ženski spolni organi razviju se pod utjecajem estrogena majke i posteljice. Stoga o ženskom spolu ne odlučuju dva kromosoma X, nego odsutnost kromosoma Y. Iz svega proizlazi da je svaki embrij u prva 4 tjedna svoga razvoja predodređen za ženski spol, a nakon toga samo prisutnost kromosoma Y (uz postojeću indiferentnu osnovu spolne žlijezde), može usmjeriti njegov dalji razvoj prema muškom spolu.

Spol određuje prisutnost SRY-gena na kromosomu Y

Danas se zna da za određivanje muškoga spola nije potreban cijeli kromosom Y, nego samo jedan njegov uski odsječak, smješten blizu kraja njegova kratkog kraka. Nazvan je SRY (prema engl. Sex-determining region of the Y) i sadrži gen s porukom za biosintezu „čimbenika determinacije testisa“, koji tijekom naseljavanja spolnih prastanica usmjerava indiferentnu osnovu spolne žlijezde prema diferencijaciji u testis, a ne u jajnik. To je samo početni (inicijalni) genski impuls, nakon kojega slijedi aktiviranje niza drugih gena koji upravljaju morfološkom i funkcionalnom diferencijacijom muških spolnih organa i uklanjanjem osnova za ženske spolne organe. Smještaj SRY-gena blizu kraja kratkoga kraka kromosoma Y nosi u sebi neke opasnosti. Okrajci kromosoma se, naime, tijekom mejotičkih dioba u diferencijaciji spolnih stanica mogu odlomiti i nestati (delecija) ili se pričvrstiti na neki drugi kromosom i postati njegovim sastavnim dijelom (translokacija). Ako se to dogodi prilikom sazrijevanja spermija koji kasnije sudjeluje u oplodnji, mogu nastati XY žene (Y bez SRY-odsječka) ili XX muškarci (SRY-odsječak otkinut s kromosoma Y i pričvršćen na kromosom X).

Prema tome, muški spol ne određuje kromosom Y sam po sebi, nego prisutnost SRY-gena na njemu. Naposlijetku, iako su razlike između žena i muškaraca brojne, uvjetovane genskim, kromosomskim, fiziološkim i brojnim drugim odrednicama, razlika je važna vjerojatno samo radi reproduktivne mogućnosti i stvaranja potomaka. Stoga, sve ostale „razlike“ najvjerojatnije su samo plod društava i kultura u kojima živimo, koje uvjetuju i potenciraju prirodnu različitost na „štetu slabijeg spola“. Barem prividno.

OTKRIVANJE GENETSKIH OBOLJENJA PRIJE DJETETOVA ROĐENJA

Američki istraživači razradili su postupak za određivanja genoma nerođenog djeteta iz uzorka majčine krvi i očeve sline.

Otkriće je objavljeno u časopisu Science Translational Medicine. Autori navode da će novi postupak pomoći pri otkrivanju genetskih oboljenja prije djetetova rođenja. Velika prednost ovog postupka je njegova neinvazivnost, što znači da se postupkom ni na koji način ne ugrožava zdravlje fetusa. Međutim, ovo otkriće otvara cijeli niz etičkih pitanja na što upozoravaju i njegovi autori, znanstvenici sa Sveučilišta Washington.

Postupak započinje izoliranjem fragmenata DNK fetusa iz krvi majke. Zatim se određuje DNK oba roditelja, što daje smjernice za slaganje fragmenata fetusa u cjelinu, mapu genoma. U radu je opisano dobivanje genetske mape 18 tjedana starog fetusa. Nakon rođenja djeteta, ispitivanje je ponovljeno na uzorku krvi pupkovine novorođenčeta.

Ustanovljeno je da novi postupak ima 98-postotnu točnost.

Novom metodom se već prije rođenja može saznati nosi li fetus neko od tri tisuća genskih oboljenja. Za to je dovoljno samo jedno ispitivanje uzoraka prikupljenih od oba roditelja. Istraživači se nadaju da će se novi postupak primjenjivati u budućnosti kako bi se genetska oboljenja otkrila prije rođenja.

U otkrivanju genetskih bolesti, poput Downovog sindroma, danas se primjenjuju agresivni testovi. Uzorak za ispitivanje dobiva se vađenjem plodne vode, što donosi rizik od pobačaja. Primjenom nove metode moguće je pretražiti cijeli genom fetusa, što može pomoći pri otkrivanju genskih bolesti s poremećajem samo jednog gena.

Profesor molekularne medicine David Bonthron naglasio je da genetika napreduje nevjerojatnom brzinom, ali da je ne prati i odgovarajuće zakonodavstvo, što će kočiti primjenu testa. Ističe da su pred nama važne odluke, jer postavlja se pitanje: Što učiniti s dobivenim genetskim informacijama? Sve dok društvo ne zauzme stav, neće biti promjene. Udruge koje zagovaraju prava nerođene djece ne podupiru novo otkriće. One smatraju da će jednostavan i točan test koji otkriva genske poremećaje prije rođenja vjerojatno povećati broj pobačaja.

Izvor:

1. Otkrivanje genetskih oboljenja prije djetetova rođenja, http://znanost.geek.hr/clanak/otkrivanje-genetskih-oboljenja-prije-djetetova-rodenja/#ixzz2NbhayudC (9. lipanj 2012.)

OTKRIVEN NAJSTARIJI PRIKAZ ROĐENJA DJETETA

Međunarodni tim arheologa na arheološkom nalazištu Poggio Colla, sjeveroistočno od Firenze, otkrio je više od 2.600 godina star prikaz žene koja rađa. Arheolozi pretpostavljaju da je riječ o najstarijem otkrivenom prikazu rođenja djeteta u zapadnoj umjetnosti, objavio je Discovery News.

„Ovakvi prikazi su rijetki u drevnoj umjetnosti. Ima ih nekoliko iz doba Grka i Rimljana a ovaj datira iz 600 godine pr.n.e," istaknuo je Phil Perkins, profesor arheologije na Otvorenom sveučilištu u Miltonu Keynesu u Velikoj Britaniji.

Na istom su nalazištu pronađen je i dio keramičke posude s dvije slike koje prikazuju rođenje djeteta. Procjenjuje se da su slike također starije od 2.600 godina.

Prikaz je otkrio William Nutt, apsolvent antropologije sa Sveučilišta u Teksasu koji je slijep. Oslikani su glava i ramena bebe koja „izlazi" iz majke. Majka je prikazana iz profila, s podignutim koljenima i jednom rukom, prenosi dnevnik.hr.

Izvor:

1. Slijepi arheolog otkrio najstariji prikaz rođenja djeteta, http://znanost.geek.hr/clanak/slijepi-arheolog-otkrio-najstariji-prikaz-rodenja-djeteta/#ixzz2Nbi8t08n (26. listopad 2011.)

HRVATSKI COCHRANE OGRANAK

Cochrane Croatia

Hrvatski ogranak talijanskog Cochrane centra (HOTCC) službeno je osnovan 8. prosinca 2008., pri Medicinskom fakultetu u Splitu i Hrvatskom centru za globalno zdravlje. Osnivanjem Cochrane ogranka Hrvatska se pridružila odabranom društvu od svega 14 svjetskih Cochrane centara. Inicijativu za osnivanje Cochrane entiteta u Hrvatskoj potaknuli su splitski profesori Ana i Matko Marušić, nekadašnji urednici Croatian Medical Journal-a, a tu su inicijativu svesrdno podržali i potpomogli prof. dr. Stipan Janković, tadašnji dekan Medicinskog fakulteta u Splitu, prof. dr. sc. Ivica Grković, tadašnji prodekan za znanost Medicinskog fakulteta u Splitu i prof. dr. Igor Rudan, tadašnji voditelj Hrvatskog Centra za globalno zdravlje.

Misija

Promicati korištenje i dostupnost Cochrane sustavnih pregleda u Hrvatskoj. Podržati i ponuditi visoko kvalitetnu obuku svim zainteresiranim za korištenje i izradu Cochrane sustavnih pregleda.

Vizija

Hrvatsko društvo u kojem donositelji odluka u zdravstvu razumiju važnost korištenja Cochrane sustavnih pregleda kod donošenja informiranih odluka i u kojem pacijenti i korisnici zdravstvenih usluga imaju pristup kvalitetnim informacija o zdravstvenim intervencijama utemeljenim na dokazima.
Najkvalitetniji dokazi u medicini nastaju analizom svih kliničkih studija objavljenih na određenu temu. Na taj način nastaje tzv. sustavni pregledni članak, koji daje zbirni zaključak velikog značaja – mnogo većeg značaja no što svaka analizirana studija ima pojedinačno. Tko god je tražio informacije o zdravlju putem Interneta, zasigurno se susreo s ogromnim brojem članaka vezanih uz određenu temu, a isto tako i velikim brojem znanstvenih istraživanja koja često imaju proturječne rezultate. Analizom svih znanstvenih studija koja odgovaraju na isto pitanje, dobiva se rezultat koji predstavlja dokaz najviše razine u medicini.

Cochrane kolaboracija (The Cochrane Collaboration: *www.cochrane.org*) je međunarodna organizacija koja izrađuje i promovira neovisne dokaze u medicini. Cochrane sustavni pregledi su „zlatni standard“ sustavnih pregleda medicinske literature, a objavljuju se u Cochrane knjižnici (The Cochrane Library: *www.thecochranelibrary.org*).

Hrvatski Cochrane ogranak bavi se promoviranjem medicine utemeljene na dokazima i sustavnih preglednim člancima među zdravstvenim djelatnicima, pacijentima i javnošću.

Za više informacija o Cochrane organizaciji, predlažemo vam da pogledate mrežnu stranicu Hrvatskog Cochrane ogranka (***www.cochrane.hr***), na kojoj se između ostalog nalazi i poveznica s odgovorima na najčešće postavljana pitanja (*http://ow.ly/iKKH3*).

Cochrane kolaboracija ni na koji način nije povezana s tvrtkama koje proizvode lijekove ili neka druga terapijska i dijagnostička sredstva. Dapače, pri istraživanju i objavljivanju neovisnih i nepristranih dokaza, organizacija ne smije primati nikakva sredstva od spomenutih tvrtki niti biti povezana s bilo kakvim komercijalnim interesima.

Otkud ime Cochrane?

Britanski liječnik Archie Cochrane, rođen 1909. godine u Škotskoj, zadužio je svijet promoviranjem kliničkih pokusa i ideje o sintezi dokaza u medicini pišući sustavne, pregledne članke. Po njemu je imenovana međunarodna udruga Cochrane kolaboracija (engl. The Cochrane Collaboration), kojoj je glavni cilj priprema i promoviranje sustavnih pregleda dokaza u medicini.
Znao je reći da liječnici imaju „kompleks Boga“. Time je mislio da, bez obzira na složenost problema, postoje ljudi koji čvrsto vjeruju da su njihova rješenja potpuno ispravna te da su nepogrešivi.
Nakon umirovljenja izjavio je: „Velika kritika našoj profesiji je ta što nismo organizirali kritički sažetak svih randomiziranih kontroliranih pokusa, po specijalnostima ili sub-specijalnostima, koji će se povremeno obnavljati.“

Osnivanjem Cochrane kolaboracije 1993. godine, ostvaren je njegov san, iako ga Archie Cochrane nije dočekao, jer preminuo je 1988. godine.
Sustavni pregledni članci koji se izrađuju rigoroznom metodologijom Cochrane kolaboracije danas se smatraju zlatnim standardom sustavnih pregleda i predstavljaju izvor informacija za zdravstvene djelatnike i pacijente. U člancima se prikazuje sažetak dokaza iz svih značajnih kliničkih pokusa koji su objavljeni na neku temu. Ti se članci periodički obnavljaju, a prethodne analize dopunjuju se rezultatima novih studija. Na taj način dobivamo najbolju informaciju o učinkovitosti intervencija u medicini. Neke intervencije potvrde svoju učinkovitost, za neke se uspostavi da nisu učinkovite, a postoje i one za koje se naprosto ne zna – i stoga su nužna daljnja istraživanja. Sustavni pregledi ukazuju i koja područja medicine zahtijevaju daljnja klinička istraživanja.
Iako Archie Cochrane nije dočekao za života osnivanje organizacije koja provodi njegove ideje, sigurno bi bio počašćen jer je nazvana po njemu.
Biografija: *http://ow.ly/jrr8f*

Izvor:

1. Croatian Branch of the Italian Cochrane Centre, http://croatia.cochrane.org/hr/ (28.03.2013.)

UTJECAJ HORMONA NA TRUDNOĆU, POROĐAJ I BABINJE

Barbara Finderle, primalja,
IBCLC; Hrvatska komora primalja

Znamo li danas uopće što je to prirodni porođaj? Da bi doista mogli reći da znamo, trebamo razumjeti i shvatiti djelovanje ženina tijela, trebamo znati što se u njemu zbiva, pogotovo u vrijeme trudnoće, tijekom rađanja i nakon porođaja.

Utjecaj hormona u trudnoći i porođaju od iznimne je važnosti za normalan tijek porođaja. Endrofini, prirodni opijati, često su povezani s izraženom tjelesnom aktivnošću, ali u kontekstu porođaja rijetko kad se spominju. Kod tjelesnih napora izlučuju ih hipofiza i hipotalamus. Njihovo lučenje izaziva dobre i pozitivne osjećaje, okrećemo se ka vlastitoj unutrašnjosti, ukratko, endrofini potpomažu da svijest otplovi u neko drugo stanje. Endrofini ne uklanjaju bol u potpunosti, ali je umanjuju. U trudnoći se počinju izlučivati već oko 12-tog tjedna, a posebno je važno znati da je velika količina endrofina prisutna uoči početka porođaja.

Znakovi koje trudnice osjećaju, a pripisuju se prisutnosti endorfina u organizmu su nesanica i življi snovi, osjećaj potrebe za gniježđenjem, spremanjem i čišćenjem doma, osjećaj blaženstva, ali i sanjarenje, zaboravnost, kao i sporost u razmišljanju.
Beta endorfin jedan je od endorfinih hormona koji se tijekom stresa ili boli oslobađa u mozgu. Za vrijeme trudova beta endorfin pomaže pri ublažavanju boli, ali njegova razina se smanjuje koriste li se u porodu lijekovi za ublažavanje boli. Beta endorfini su zapravo prirodne inačice nekim lijekovima koji suzbijaju bol. Rađaju li bez lijekova žene kao da zaboravljaju sebe i sve ono što se oko njih dešava.
Učinak beta endorfina također se odražava na učenje i na pamćenje, stoga, možda je to objašnjenje zbog čega tako nevjerojatno detaljno pamtimo porod. Osim edorfina u porođaju sudjeluju i mnogi drugi važni hormoni.

Kontrola nad lučenjem adrenalina ne može se uspostaviti, on se izlučuje zahvaljujući prirodnom instinktu koji je povezan s osjećajem (ne)sigurnosti. Ponekad se izlučuje zbog određenih psiholoških razloga, prisjeti li se nečeg neugodnog što je proživjela rodilja može postati nesigurnom. Tada se povećava krvni tlak, srce počinje lupati, javlja se strah, osoba se trese, zjenice se šire – sve ukazuje na porast adrenalina. Kako su trudovi i porođaj usko povezani s osjećajem sigurnosti, porast razine adrenalina predstavlja prirodnu opomenu – tu nije dovoljno sigurno roditi!

Prvo što se tada događa je smanjenje razine hormona oksitocina, tzv. „hormona ljubavi“ koji sudjeluje u svim reprodukcijskim aktivnostima: u spolnom odnosu, u začeću, ali i u trudnoći, porođaju i dojenju. Čak i nakon što su trudovi počeli postoje određena stanja koja mogu usporiti ili čak zaustaviti sam tijek poroda. Aktiviraju li se osjećajem straha ili opasnosti stresni hormoni kontrakcije će biti usporene. Tijela većine sisavaca pripremljena su za rađanje u divljini gdje je odgađanje poroda i traženje sigurnosti prednost u slučaju opasnosti.
Mnoge žene doživjele su da su im trudovi stali kada su se našle u nepoznatom okružju bolnice, a neke žene mogu biti osjetljive i na prisutnost promatrača. Rađanje u neprirodnom okruženju može dovesti i do zastoja porođaja.

Tijekom trudnoće hormon oksitocin ne dovodi do otvaranja cerviksa maternice sve do trenutka kada započinje porođaj. Tada njegovo djelovanje postaje sasvim suprotno i ono doprinosi otvaranju ušća maternice.
Za prirodan, fiziološki porođaj, važno je poznavati hormone koji sudjeluju u porođaju, kao i njihov utjecaj na sam porođaj. Tijekom seksualnog odnosa, poroda i dojenja lučenje oksitocina u pravilu izaziva osjećaje zadovoljstva, nježnosti i privrženosti. Oksitocin također izaziva stezanje (kontrakcije) maternice te pomaže pri porodu posteljice. Omogućuje povezivanje s djetetom, sisanje na prsima (dojenje), stimulira dodatno izlučivanje hormona i potiče osjećaj zadovoljstva, smirenosti te smanjuje tjeskobu. Stavljanje novorođene bebe na majčina prsa je najjednostavniji način podizanja količine oksitocina.
Za vrijeme laktacije oksitocin izaziva refleks opuštanja mlijeka putem mliječnih žlijezdi. Postoje studije koje naznačuju da lučenje fetalnog oksitocina izravno stimulira mišiće maternice i dijete na taj način može biti odgovorno za pokretanje poroda.
Oksitocin nam pomaže i u emocionalnom, a ne samo fizičkom prijelazu u majčinstvo. Od prvih tjedana trudnoće pomaže nam da budemo emocionalno otvoreniji i spremniji na društvene kontakte i podršku.

Prolaktin je, pak, poznat kao hormon majčinstva. Sinteza ovog hormona se odvija u prednjem režnju hipofize. Djeluje na stvaranje mlijeka u dojci majke, regulaciju reprodukcijskog ciklusa i utječe na metabolizam bebe i majke u trudnoći i tijekom dojenja.

Istraživanja su pokazala da je tijekom dojenja učinak prolaktina nadopunjen oksitocinom odgovoran za raspoloženje i osjećaj majke nakon dojenja. Naziva se i hormonom „podnošenja“ ili „predaje“ – što znači da majka stavlja dijete ispred sebe. Važna uloga prolaktina je i u neuroendokrinom razvoju bebe. Lučenje prolaktina je najveće na vrhuncu poroda. Prolaktin u kombinaciji s oksitocinom, kratko nakon poroda i tijekom dojenja, potiče smirenu i nesebičnu privrženost bebi koja dovodi do majčina zadovoljstva te fizičkog i emotivnog zdravlja njezina djeteta.

Melatonin je hormon koji proizvodi epifiza. Luči se na tamnim i mirnim mjestima, dok se pri većim osvjetljenjima luči se manje. Izloženost jakom svjetlu noću ili slabom danju može poremetiti sintezu melatonina. Kod male djece redovito se počinje lučiti tri mjeseca nakon rođenja, između ponoći i osam ujutro. Melatonin kontrolira proizvodnju i vrijeme otpuštanja ženskih spolnih hormona. Lučenje se remeti uznemiravanjem žene tijekom trudnoće, u porodu, za vrijeme dojenja i slično. Djeluje u sinergiji s oksitocinom.

Umjetni oksitocin (Syntocinon) ne dospijeva u mozak i stoga ne pokreće mehanizme povezivanja s bebom i poslijeporođajnog uzbuđenja. U organizam se unosi intravenoznim putem i smanjuje učinak prirodnog oksitocina. Izazvane kontrakcije razlikuju se od prirodnih, zbog kojih dijete i majka mogu trpjeti posljedice. Prejake kontrakcije uzrokuju nedostatak kisika za dijete što često dovodi i do usporenja fetalnih otkucaja srca, a može dovesti i do nekih drugih komplikacija poput rupture maternice.

Morfinski preparat petidin je umjetni endorphin koji izaziva ozbiljne nuspojave poput povraćanja, respiratorne depresije, omamljenosti, osipa ili zatvora. Može biti prepreka kod uspostavljanja dojenja te blokira lučenje oksitocina.

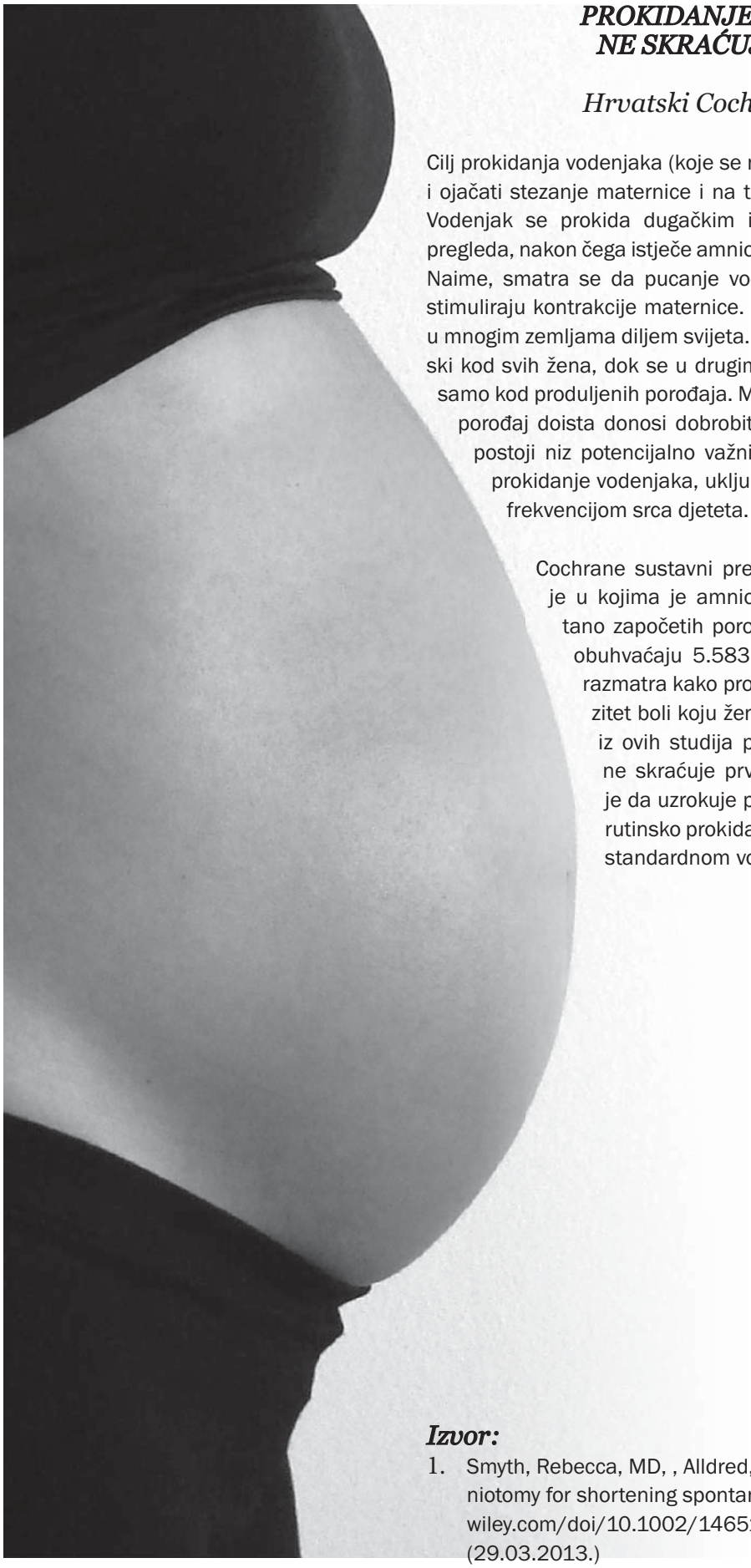
Uz navedene postoji još niz hormona koji na različite načine utječu na trudnoću, porod i babinje/dojenje.

Zaključak:

O hormonima u trudnoći, porodu i nakon poroda u primaljstvu se nedovoljno govori i uči. Želimo li uistinu promovirali prirodne pristupe porodu, moramo znati razloge zbog kojih porod u određenoj situaciji može zastati, zašto su trudovi stali i što možemo učiniti kako bi ih ponovo pokrenuli prirodnim putem. Da bi saznali odgovore na ova pitanja nužno je znati kako određeni hormoni djeluju u pojedinoj fazi porođaja.

Perinatalna statistika u Hrvatskoj više je nego zadovoljavajuća. Naravno, svima nama je najvažnije da su majka i dijete nakon poroda živi i zdravi. Ipak, je li to dovoljno? Trabala bi nam biti važna i uspostava psihičke i emocionalne ravnoteže te osjećaj zadovoljstva, kako same žene, tako i njezine čitave obitelji. Postotak dojene djece nije zadovoljavajući, postporođajne depresije su u porastu, a negativan prirodni prirast dovodi do toga da kao nacija polako umiremo. Imamo sve manje djece, žene rađaju sve starije, rastajemo se sve više, a ženimo sve manje. Postotak razvedenih brakova ubrzano raste i trenutno iznosi preko 20%. Promotrimo li situaciju iz ovog kuta, trebamo li zaista zanemariti istraživanja koja govore da zadovoljstvo tijekom i nakon poroda čini snažnije i jače žene? Pogotovo, imamo li na umu da su upravo žene te koje najčešće drže „tri kuta kuće“.

Mi kao primalje moramo uvijek imati na umu da svi naši postupci i izjave u prisustvu žene koja je trudna, rađa ili je u razdoblju neposredno nakon poroda, mogu imati dalekosežne posljedice na njezin kasniji život i odnos prema djetetu, partneru te obitelji.



PROKIDANJE VODENJAKA NE SKRAĆUJE POROĐAJ

Hrvatski Cochrane ogranak

Cilj prokidanja vodenjaka (koje se naziva i amniotomijom) jest ubrzati i ojačati stezanje maternice i na taj način skratiti trajanje porođaja. Vodenjak se prokida dugačkim instrumentom tijekom vaginalnog pregleda, nakon čega istječe amnionska tekućina koja okružuje dijete. Naime, smatra se da pucanje vodenjaka oslobađa kemikalije koje stimuliraju kontrakcije maternice. Amniotomija je uobičajena praksa u mnogim zemljama diljem svijeta. U nekim centrima provodi se rutinski kod svih žena, dok se u drugim prokidanju vodenjaka pribjegava samo kod produljenih porođaja. Međutim, malo je dokaza da je kraći porođaj doista donosi dobrobit majci ili djetetu. S druge strane, postoji niz potencijalno važnih, iako rijetkih rizika povezanih s prokidanje vodenjaka, uključujući probleme s pupkovinom ili s frekvencijom srca djeteta.

Cochrane sustavni pregled literature analizirao je studije u kojima je amniotomija rađena rutinski kod spontano započetih porođaja. Proučeno je 15 studija koje obuhvaćaju 5.583 žena. Niti u jednoj studiji se ne razmatra kako prokidanje vodenjaka utječe na intenzitet boli koju žena osjeća tijekom porođaja. Dokazi iz ovih studija pokazuju da prokidanje vodenjaka ne skraćuje prvo porođajno razdoblje, a moguće je da uzrokuje povećan broj carskih rezova. Stoga, rutinsko prokidanje vodenjaka se ne preporučuje u standardnom vođenju porođaja.

Izvor:

1. Smyth, Rebecca, MD, , Alldred, S Kate, Markham, Carolyn, Amniotomy for shortening spontaneous labour, http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006167.pub3/abstract (29.03.2013.)

PREDNJA CERVIKALNA USNA: KAKO SE MOŽE NARUŠITI SAVRŠENI POROD?

Tekst prilagodila i prevela:
Suzana Haramina primalja, bacc .med. techn, suzana.haramina@gmail.com

Ovo je scenarij koji se opetovano ponavlja i malo je primalja zaposlenih u rađaonicama koje mu nisu svjedočile. Žena je u aktivnoj fazi poroda koji savršeno napreduje. U određenom trenutku započinje s tiskanjem pri svakoj kontrakciji, primalja ju ohrabruje da slijedi svoje porive i sluša svoje tijelo. Nakon nekog vremena ništa se značajno ne događa. Nestrpljenje raste i dolazi opstetričar koji vaginalnim pregledom želi „provjeriti što se događa“ te pronalazi prednju usnu koja „drži“. Primalja savjetuje ženi da pokuša prodisati trud i nastoji ne tiskati, jer još uvijek nije vrijeme za tiskanje s obzirom da nije potpuno otvorena. U tom trenutku žena može pomisliti da joj njezino tijelo laže, jer nagon za tiskanjem postoji, ali još uvijek nije došao i trenutak. Postaje zbunjena i uplašena. Pokušava zaustaviti tiskanje, a njezino se tijelo grčevito bori, što stvara još jaču porođajnu bol. Kako žena nije u stanju zaustaviti nagon za tiskanje vjerojatno će joj biti ponuđeni lijekovi, a možda i epiduralna analgezija, što za sobom povlači i drugi niz intervencija. Kasnije, nakon što je drugim vaginalnim pregledom utvrđeno da je grlić maternice potpuno otvoren započinje izgon uz vođeno tiskanje. Uslijed dirigiranog tiskanja moguće su malpozicije dijeteta zbog rađanja u ležećem položaju te smanjenog tonusa mišića dna zdjelice, stoga često dolazi do neuspjeha u napretku poroda, fetalnog distresa, primjenjuje se Kristelerov hvat, odlučuje se na instrumentalno dovršenje poroda (VE) uz opsežnu epiziotomiju. Poruka koja nakon takvog poroda ostaje zabilježena u ženinoj svijesti jest da nije uspijela, da ju je vlastito tijelo iznevjerilo. Činjenica je posve drugačija, iznevjerili su ju ljudi koji su skrbili o njoj, iznevjerio ju je sistem u kojem je rađala, iznevjerilo ju je nestrpljenje nazočnih profesionalaca na porodu. Pritom, u nikoga ne treba upirati prstom, niti okrivljavati pojedince za ishod događaja, jer su i mene, kao i većinu primalja, učili da žena ne smije započeti s tiskanjem sve dok grlić maternice nije u potpunosti otvoren. S druge strane, svaka od nas ponekad bi trebala preispitati samu sebe: Jesmo li uistinu pružile emocionalnu i psihološku podršku ženi tijekom poroda, jesmo li bile dovoljno strpljive? Strpljenje je jedna od odlika dobre primalje. Daljnji tekst je pokušaj koji nas možda navede da razmislimo o ovoj temi.

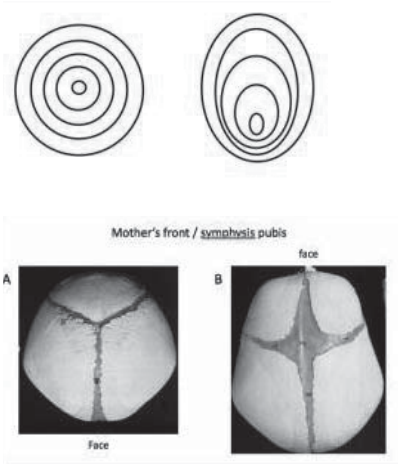
Anatomija i fiziologija

Porod je iznimno složen fiziološki proces, određen trima osnovnim radnjama:

1. Širenjem grlića maternice
2. Rotacijom djeteta kroz zdjelicu
3. Spuštanjem djeteta kroz zdjelicu

Treba napomenuti da se sve tri navedene radnje zbivaju istodobno. Dakle, dok se otvara grlić maternice, dijete se rotira kroz porodni kanal i spušta kroz zdjelicu.

1. Širenje grlića maternice

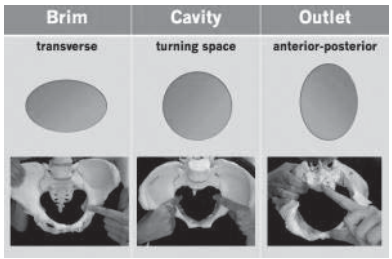


Grlić maternice ne otvara se u simetričnim krugovima, kao što je prikazano na slici u prvom modelu (Sutton, 2001.), već naprotiv, otvara se odstraga prema naprijed u obliku elipse, kao što prikazuje drugi model. U ranoj fazi poroda os otvaranja nalazi se uvučena u stražnjem dijelu rodnice i otvara se prema naprijed. U određenom trenutku poroda, ovisno o tome hoće li se i kada obaviti vaginalni pregled, gotovo kod svake žene može se naći prednja cervikalna usna, jer je to zadnji dio vrata maternice koji se prevlači preko glavice djeteta. Postojanje stražnje usne je rijetko viđeno, jer se radi o dijelu vrata maternice koji prvi nestaje, a osim toga prilikom pregleda teško ga je doseći prstima.

Prilikom svake kontrakcije mišična vlakna u fundusu maternice povlače se i skraćuju što posljedično djeluje na nestanak i otvaranje grlića maternice (Coad, 2005.). Otvaranje grlića maternice ne ovisi o pritisku predvodeče česti.

Međutim, glavica može utjecati na oblik i izgled grlića maternice koji se proširuje oko nje. Na primjer, dobro flektirana glavica kod okcipito-anteriornih položaja (vidi sliku A) modelirat će uredniji, kružni oblik vrata maternice. Okcipito-posteriorni položaj i/ili defleksija (vidi sliku B) modelirat će manje kružni, čak elipsni oblik. Kod većine djece, dok se vrat maternice otvara, položaj glavice nalazi se negdje između navedenih primjera, ali mjenjat će se s rotacijom.

2. Rotacija



Predvodeća čest je angažirana i spušta se poprečno u malu zdjelicu, predvodi tjemena kost, jer takav ulazak iziskuje nagib zdjelice, kako bi se glavica prilagodila njezinu najvećem promjeru (vidi slike gore). Nakon što se glavica nađe u maloj zdjelici, imat će dovoljno mjesta za okretanje u najoptimalniji položaj za porod koji je u pravilu OA. Rotaciju glavice podržava zdjelični zid, a često i tiskanje.

3. Spuštanje – nagon za tiskanje

Riječ je o spontanom, prirodnom, nezaustavljivom nagonu za tiskanje, a ne onom vođenom. Takav se nagon uključuje kada se predvodeća čest spusti u rodnicu i vrši pritisak na rektum i mišiće dna male zdjelice. To se naziva Fergusonovim refleksom. Ovaj refleks ne ovisi o stanju vrata maternice, njegovoj otvorenosti, već o tome gdje se nalazi glavica djeteta i koje pokrete radi. Dakle, ukoliko se djetetova glavica nalazi na mjestu koje će izazvati Fergusonov refleks, a žena još nije potpuno otvorena, ona će sponatano početi tiskati. Drugi, češći scenarij jest kada je vrat maternice u potpunosti otvoren, ali dijete se nije spustilo dovoljno duboko da bi se potaklo tiskanje. Nažalost, neki praktičari tada traže od žene da počne s vođenim tiskanjem i time stvore probleme, umjesto da se pričekaju spuštanje glavice i spontani nagon za tiskanjem.

Tiskanje prije potpune dilatacije

Budući da mi ne govorimo ženama u porodu kada da tiskaju (govorimo li?!) one će započeti s tiskanjem kada njihova tijela osjete tu potrebu. Ukoliko dirigiramo/ usmjeravamo tiskanje radimo protiv fiziologijie poroda i time možemo stvoriti nepotrebne probleme. Spontano tiskanje prije potpune dilatacija normalno je i fiziološki korisno kada:

1. ***Djetetova glava se spustila u vaginu*** prije potpune dilatacije cerviksa. U ovom slučaju dodatnim pritisakom/ tiskanjem glavicu se gura prema dolje i na taj način pomaže se da se prednja usna prevuče preko glave.
2. ***Dijete je u OP položaju i tvrdi zatiljak stvara jak pritisak na rektum.*** U OA položaju ovaj dio glave je položen uz stidnu kost, a dijete se mora spustiti još niže prije nego što se pojavi pritisak na rektum. U slučaju OP položaja, tiskanje može pomoći rotaciji glavice u OA položaj.

Još uvijek nije dokazano da je uranjeno tiskanje, prije potpune dilatacije cerviksa, odgovorno za bilo kakva mehanička oštećenja istog. Ponekada se može vidjeti edematozni cerviks, uglavnom kod žena koje su primile epiduralnu i kojima nije omogućeno kretanje u porodu. Ali, na edem možemo naići i kod žena koje nisu tiskale u porodu. Mogu shvatiti da usmjereno, snažno tiskanje može oštetiti cerviks; ali, ne razumijem kako bi žena mogla sama sebi nanjeti ozljedu, kada prati svoje prirodne nagone. Svi argumenti protiv uranjenog tiskanje besmisleni su, jer u trenutku kada se pojavi Fergusonov refleks, žena ga jednostavno više ne može kontrolirati. Kao primalje možemo dopustiti da žena tiska, odnosno, savjetujemo li joj da pokuša prodisati trud i ne tiskati tražit ćemo od nje da napravi nešto, što ona, njezino tijelo, ne može izvesti. Savjetovati ženi da tiska ili ne tiska temelji se na kulturološkim običajima, a ne na fiziologiji ili istraživanjima. Na primjer, u nekim dijelovima svijeta primjerice u Središnjoj Africi, žene tiskaju tijekom cijelog poroda. Takvo tiskanje često je popračeno manualnom dilatacijom grlića maternice što je izuzetno bolan čin. S druge strane, Amerikankama se ne savjetuje, pa čak se i brani tiskanje sve do određenog trenutka u porodu.

Dozvolimo li da porodu da se kreće prirodno, svojim vlastitim tijekom, može se dogoditi da će se žene žaliti na bol u trudu lokaliziranu ispod sinfize. Ta se bol povezuje s prednjom usnom koja je nalazi „uklještena“ između glave dijeteta i njihove simfize. U ovom slučaju ženi se može pomoći premještanjem u poziciju kojom će se smanjiti pritisak na vrat maternice (npr. naslonjena u nazad). Kad žena rađa neometano, instinktivno će zauzeti položaj koji će joj smanjiti pritisak na vrat maternice/ prednju usnu.

Prijedlozi

Izbjegavajte vaginalne preglede u porodu. Ono što ne znamo (postojanje prednje usne) ne može štetiti primalji, a još manje ženi koja rađa. Vaginalni pregledi su nepouzdana metoda procjene napretka u porodu, a određeni vremenski rokovi u okviru kojih žena mora roditi nisu utemeljeni na znanstvenim dokazima.

Ignorirajte uranjeno tiskanje, ne koristite riječi „tiskanje“ i „stisnite“ u porodu. Postavljanje pitanja ili davanje uputa ometa ženine instinkte. Na primjer postaviti pitanje: „Tiska li vas?“ kod žene može potaknuti različite misli: Tiskam li?, Moram li tiskati?, Ne smijem još tiskati?... Razmišljanje i zabrinutost kose se s otpuštanjem oksitocina i samim trenutkom rođenja djeteta. Ukoliko žena tiska, dopustite joj da nastavi slijediti svoje nagone i jednostavno ništa ne komentirajte, budite tiho, šutite.
Ne govoriti ženi da prestane s tiskanjem. Tiska li spontano (ne vođeno), ionako neće biti u mogućnosti prekinuti. Njeno tiskanje može samo pomoći, a ne omesti porod. Kažete li joj da ne tiska narušit ćete njeno samopouzdanje. Žena može pomisliti da je njeno tijelo „krivo”. Nadalje, nakon borbe s nagonom za tiskanje, može postati izuzetno teško za ženu da prati svoje tijelo i tiska kada joj bude dopušteno da to čini. (Bergstrom, 1997.).

Ukoliko žena spontano tiska već neko vrijeme i žali se na jaku bol (uglavnom iznad stidne kosti) možemo posumnjati na prisutnost prednje usne koja je priklještena između simfize i glavice. Nema potrebe za vaginalnim pregledom kako bi se potvrdila sumnja, osim ukoliko žena to uistinu želi. Sumnjate li na prednju usnu ili ste potvrdili njezinu prisutnost:

1. Uvjerite ženu da je postigla izuzetan napredak u porodu i da je pred njom još samo završni dio puta.
2. Recite joj neka dozvoli svojem tijelu da radi što osjeća da mora, ali nikako ne spominjite tiskanje.
3. Pomozite ženi da zauzme položaj koji joj smanjuje pritisak na grlić maternice i u kojem će se osjećati najugodnije – uglavnom polusjedeći položaj. Možda se žena nalazi u četveronožnom položaju koji znatno ublažava bolove u leđima povezane s OP položajem i neće rado promijeniti položaj, no ovo je jedan od rijetkih trenutaka kada će naš prijedlog biti prikladan.
4. Ukoliko takva situacija potraje i uzrokuje uznemirenost žene, tijekom kontrakcije primijenite uzlazni pritisak (kontinuirani i čvrst) tik iznad stidne kosti čime će se pokušati „podići“ cerviks prema gore.
5. Ukoliko žena traži dodatnu pomoć prednja usana može se ručno prebaciti preko glave djeteta vaginalnim pregledom, koji je izrazito neugodan i bolan. Budite svjesni da takva intervencija može ubrzati spuštanje glave u rodnicu prije nego što se ona rotira, što može stvoriti dodatne probleme.

Napomena: Ova situacija je rijetka i obično će se prednja usna premjestiti/prebaciti preko glavice spontano, bez da izazove bilo kakve probleme.

Zaključak

Postojanje prednje usne prirodan je dio procesa rađanja. Ne zahtijeva menadžment i najbolji je ishod kada ostane neotkrivena. Komplikacije povezane s prednjom usnom proizlaze iz identifikacije takvog stanje, nestrpljenja profesionalaca nazočnih pri porodu i upravljanja njime kao da je postojanje prednje usne problem, a ne sastavni dio procesa rađanja.

Izvor:

1. the anterior cervical lip: how to ruin a perfectly good birth, http://midwifethinking.com/2011/01/22/the-anterior-cervical-lip-how-to-ruin-a-perfectly-good-birth

KONTINUIRANA POTPORA TIJEKOM POROĐAJA

Hrvatski Cochrane ogranak

Kontinuirana potpora tijekom porođaja povećava vjerojatnost spontanog vaginalnog poroda, ne uzrokuje nikakve štete, a žene su zadovoljnije.

U prošlosti, tijekom porođaja, o ženama su brinule druge žene. Međutim, u mnogim zemljama žene u pravilu rađaju u bolnici, a ne kod kuće, stoga je kontinuirana potpora tijekom porođaja postala iznimkom, a ne pravilom. To uzrokuje dehumanizaciju iskustva porođaja. Moderna porodnička skrb često podvrgava žene institucionalnim rutinama koje mogu negativno utjecati na napredovanje porođaja. Potporna skrb tijekom porođaja može uključivati emocionalnu potporu, brigu o udobnosti trudnice, pružanje informacija i pojednostavljivanje komunikacije sa zdravstvenim osobljem. Navedene stavke mogu pospješiti fiziološke porođajne procese, kao i ženin osjećaj kontrole i sposobnosti, i tako smanjiti potrebu za različitim intervencijama.

Žene koje s kontinuiranom potporom tijekom porođaja imale su veću vjerojatnost spontanog porođaja, odnosno porođaja koji nije uključivao carski rez, vakuum ili forceps. Osim toga, žene s kontinuiranom potporom uzimale su manje lijekova za ublažavanje bolova, bile su zadovoljnije i imale su nešto kraće porode. Njihova djeca su imala manju vjerojatnost od niskog Apgara tijekom prvih pet minuta. Nisu uočene nikakve neželjene nuspojave kontinuirane potpore.

Najveću korist kontinuirane potpore priskrbile su žene koje su prisustvovale porodu isključivo s ciljem pružanja potpore, koje nisu pripadale društvenoj mreži rodilje, koje su bile iskusne u pružanju potpore tijekom poroda i koje su imale određenu prethodnu edukaciju. Usporedimo li sa situacijom u kojoj je pratnja tijekom porođaja izostala, potpora odabranog člana obitelji ili prijatelja povećava zadovoljstvo žene porođajnim iskustvom.

Izvor:

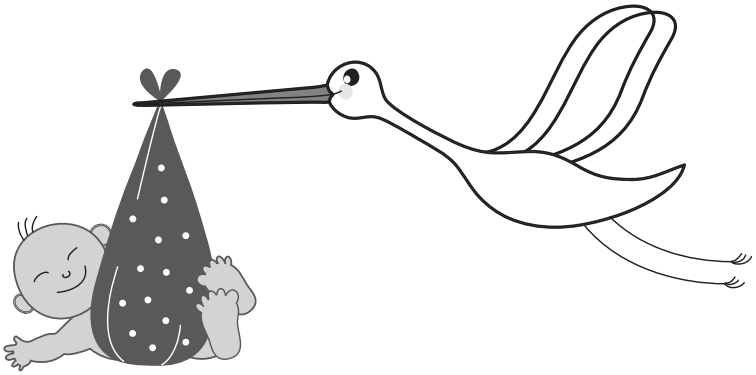
1. Hodnett, Ellen D, Gates, Simon, Hofmeyr, G Justus, Sakala, Carol, Continuous support for women during chilbirth, http://ow.ly/jkSTU (27.03.2013.)

DESET SAVJETA ZA PRIMALJE

Ovo su savjeti koje možete početi primijenjivati već danas.

Primjenite li već danas ove savjete u svom svakodnevnom radu, velika je mogućnost da ženama o kojima skrbite značajno poboljšate doživljaj poroda, a istovremeno unaprijedit ćete svoj rad. Ishod je – zadovoljna majka i zadovoljna primalja.

1. ***Čekaj i promatraj.***
2. ***Pomogni rodilji da sagradi gnijezdo.***
3. ***Podigni rodilju iz kreveta.***
4. ***Opravdaj intervencije.***
5. ***Slušaj rodilju.***
6. ***Vodi dnevnik.***
7. ***Vjeruj svojoj intuiciji.***
8. ***Budi uzor.***
9. ***Budi pozitivna.***
10. ***Potiči kontakt koža na kožu.***



1. Čekaj i promatraj

Jedna od najčešćih praksi koja će pomoći ženi da ostvari prirodan porod jest strpljenje. To nije uvijek lako primjenjivo. Naime, strpljivost podrazumijeva samopouzdanost, moramo vjerovati u sebe, svoja znanja i vještine. Da bi u tome uspjeli neophodna je svakodnevna edukacija, teoretski, ali i praktički vezana uz fiziološki porođaj. Ali, također treba znati kada je došao tren da se poduzmu određene mjere.

2. Pomogni rodilji da sagradi gnijezdo

Sisavci uvijek pokušavaju pronaći toplo, sigurno i tamno mjesto za porođaj. Ljudska vrsta nije izuzetak. Međutim, nama je najvažniji osjećaj zaštićenosti i samopouzdanja, važniji čak i od okoline u kojem boravimo. Ukoliko uspijemo pronaći način i pomognemo rodilji da ostvari osjećaj privatnosti i samopouzdanja značajno ćemo povećati njezine šanse za prirodnim porođajem.

3. Podigni rodilju iz kreveta

Sila teža je naš najveći pomagač tijekom porođaja. Zbog povijesnih i kulturoloških razloga (danas već zastarjelih i napuštenih), žene u pravilu rađaju ležeći na leđima. Tu je iznimno važna edukacija tijekom trudnoće. Žene moraju znati da postoje i drugi, bolji položaji. Važno je da primalja educira ženu još u trudnoći, da joj ukaže na druge položaje koje može zauzeti tijekom porođaja i objasni joj ih. Rodilja se treba osjećati slobodnom i pozdravljenom da se kreće i mijenja položaje u samom porođaju. Jednom kada je rodilja pronađe položaj koji joj najviše odgovara, ne treba je pomicati, osim ako za to ne postoji opravdan razlog ili ako to sama rodilja ne zatraži.

4. Opravdaj intervencije

Tehnologija je super, izuzev onda kada smeta.
Ono što smo shvatiti koristeći se modernom tehnologijom jest da jedna intervencija vodi ka drugoj. Vrlo brzo možemo se naći u začaranom krugu kaskade intervencija iz kojeg više ne možemo iskoračiti. Kaskada intervencija u pravilu ne okončava prirodnim porođajem. Uvijek se prvo moramo zapitati: „Je li to zaista potrebno?" Nemojmo nikada započeti s intervencijama ukoliko zaista ne postoji indikacija.

5. Slušaj rodilju

Saslušamo li ženu najbolje ćemo znati što joj uistinu treba. U današnje vrijeme u našoj medicinskoj kulturi u kojoj mi „znamo najbolje" (i gdje se pacijentice/klijentice često pregledavaju bez razgovora), više ne znamo postavljati prava pitanja, niti znamo slušati. Osim toga, izgubili smo i moć opažanja neverbalnih znakova (položaj tijela, geste, izraz lica, zvukovi...)
Moramo se potruditi da dobro upoznamo ženu, da je slušamo, razumijemo, razgovaramo s njom i razmišljamo o tome kako da doprinesemo njezinom uspjehu.

6. Vodi dnevnik

Iako primaljstvo može biti nezaboravno iskustvo, zbog mnoštva događanja u rađaonici, ponekad je teško prisjetiti se onoga što se dešavalo dan prije, a kamoli proteklog tjedna ili godine. Jedan od najboljih izvora iz kojeg doista možemo mnogo naučiti su naše osobne bilješke. Posebno kada se možemo pogledati unazad i shvatiti što smo od tada sve naučili. Zapišite što ste danas radili, kako ste se osjećali, a zatim pogledajte svoj dnevnik od prošlog tjedna ili prošle godine...

7. Vjeruj svojoj intuiciji

Intuicija je znanje koje proizlazi iz velikog broja podražaja koje primamo, ali oni su presuptilni i stoga ih svjesno ne zamijećujemo. Kada koristimo naša osjetila, slušamo, gledamo, mirišemo, dodirujemo i obraćamo pažnju na osjećaje – ova vrsta percepcije izrasta u određenu vrstu obrasca. Uz pomoć iskustva i razmišljanja prepoznat ćemo što nam ti obrasci govore. Moći ćemo unaprijed predvidjeti događaje, kao i ženine potrebe te osjećaje.

8. Budi uzor

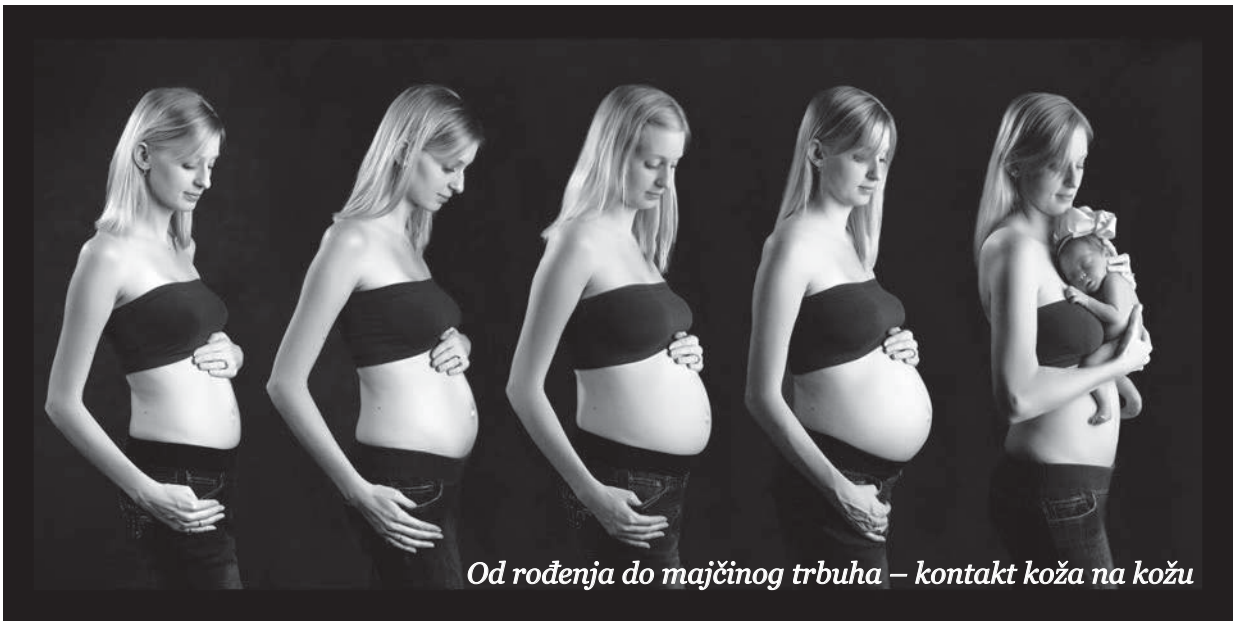
Naše ponašanje utječe na ljude oko nas. Primjenjujući savjete navedene u ovom tekstu svojim primjerom možemo potaknuti i druge da to čine. U primaljstvu trebamo osobe koje će nam pokazati model ponašanja tijekom nadziranja normalnog poroda. Već danas svako od nas može postati ta osoba.

9. Budite pozitivni i umirujući

Ništa u životu ženu ne može pripremiti za rađanje. Vjerujete li u ženinu snagu i sposobnost da rodi normalno, prirodno, vaginalnim putem? Vi ste možda jedina osoba koja djeluje umirujuće i podržavajuće u ženinom porodu – budite pozitivni.

10. Od rođenja do majčinog trbuha – kontakt koža na kožu

Dojenje će biti uspješnije ako se majci i djetetu omogući zajedničko vrijeme te ako im se pruži prilika za dojenje na zahtjev i pritom se ne ograničava vrijeme. Neće biti pothlađeni, a novorođenče će manje plakati. Majke će naučiti kako prepoznati djetetove signale i odgovarati na iste. Ta veza, nježna i puna ljubavi započinje već pri samom porođaju i traje cijeli život.



Izvor: http://www.rcmnormalbirth.org.uk/practice/ten-top-tips/

Prevela: Barbara Finderle

POLOŽAJI PRI PORODU: RAĐANJE NA LEĐIMA ILI MOGUĆNOST ODABIRA POLOŽAJA?

Andrea Oštrić, mag. admin. sanit.,
ostricandtrea@gmail.com

Začuđujuće je što svakodnevno viđamo žene koje rađaju ležeći, na leđima. Nažalost, taj položaj, u pravilu, nije njihov odabir – to je ono što im je rečeno da učine, iako se kosi s osnovama anatomije.

Naime, porođajni kanal oblikovan poput slova ***J*** i nije ravna crta (slika 1). Dijete se ne rađa ravno prema dolje, pa van, već izlazi ravno, pa zatim prema gore, kroz zdjelicu.

Pažljivo pogledajte sliku i shvatiti ćete kako se odvija taj proces. Zapravo, čini se gotovo suludim ležati na leđima s nogama podignutim prema gore i očekivati da dijete izađe. Rađamo li na leđima područje zdjelice suženo je za oko 30 %. Uz to ni sila teža nije na našoj strani. Drugim riječima, pokušavate li istisnuti dijete van, prvo gurate prema dolje, a potom uzbrdo, taman prije nego li dijete izađe. Osim toga, tko želi trpjeti više no što je doista nužno? Rađanje je samo po sebi dovoljno naporno, bez da se leži na leđima s nogama podignutim u zrak.

Slika 1. Porođajni kanal u obliku slova J

** Napomena za izbor pozicije pri porođaju
Ukoliko rodilja osjeća da je za nju prirodan ležeći položaj odnosno položaj na leđima tada svakako treba slijediti osjećaj rodilje i učiniti ono što je najbolje za nju.

Rodiljama možemo predložiti položaje koji će im olakšati porod. Zabrinjava li rodilju kako će izgledati u tim položajima – vjerujte mi – tog dana neće mariti!

Evo nekoliko položaja koje možete probati:

(*NAPOMENA:* Možete ležati na leđima ili isprobavati ostale porođajne položaje, što može potrajati satima, ali sljedeći položaji pomoći će vam posebno tijekom izgona.)

1. Čučanje – možemo čučati na podu, krevetu, u bazenu za porode i pri tome se koristiti svime što nam može pružiti potporu poput uzglavlja kreveta, supruga, itd. Žene koje su odabrale čučeći položaj kažu da su čučeći osjećale bolju kontrolu i veću udobnost. Čučanje može pomoći pri skraćivanju porođajnog kanala i stoga dijete lakše izlazi.

2. Na sve četiri – mnoge žene pronalaze uporište oslanjajući se na svoje ruke i koljena što smatraju jednim od najvažnijih prirodnih položaja pri porođaju. Sasvim sigurno pomaže, između ostalog, i zbog sile teže, široko otvara kukove, dakle smanjuje pritisak na majku i dijete. U položaju na sve četiri možemo boraviti na krevetu, obloženom podu, u vodi, a možemo se nagnuti i nad loptu za pilates ili obuhvatiti uzglavlje kreveta.

3. Klečanje – nekim ženama odgovara klečanje na jastucima ili krevetu. Ruke mogu osloniti i oko suprugova vrata ili potražiti uporište na hrpi jastuka.

4. Ležeći na strani – postoje žene koje se pri porodu žele okrenuti na stranu, na bok. To je sasvim prirodan položaj i može im se u tome pomoći podizanjem jedne noge, naime, tako se stvara dovoljno prostora za izgon djeteta.

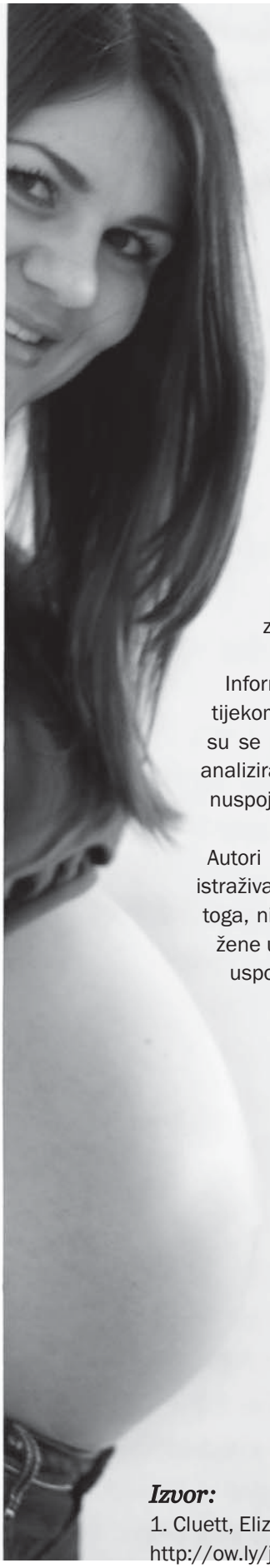
5. Stolčić – posebno izrađene stolice za porode rodilje su koriste tijekom stoljećima. Oblikovane su tako da majku koja sjedi u pravilu podupire njezin partner i/ili primalja. Za mnoge žene čučanje je odviše naporno, stoga je stolčić vrlo koristan.

Položaji pri porodu:

Izvori:

1. Childbirth Positions: Giving Birth On Your Back Is Just NOT COOL!, http://traceyrose.com/childbirth-positions/ (20.03.2013.)
2. Birth Positions: Squatting, http://www.giving-birth-naturally.net/birth-positions-squatting.html (21.03.2013.)
3. All-Fours - Birth Positions - Giving Birth Naturally, http://www.giving-birth-naturally.net/birth-positions-all-fours.html (21.03.2013.)
4. Picture of a Labor Position: Kneeling Ball, http://www.childbirthconnection.org/pop.asp?ck=10432 (21.03.2013.)
5. Artwork Showing Positions for Labor and Birth, http://www.transitiontoparenthood.com/ttp/foreducators/arthome.htm (21.03.2013.)
6. Positions For Labour, http://www.mamatoto.net/default.asp?id=61&itemid=107&rcid=66&pcid=65&cid=66, (22.03.2013.)

Porod u vodi



POROD U VODI

Hrvatski Cochrane ogranak

Porođaj u vodi smanjuje potrebu za epiduralnom analgezijom i trajanje prvog porođajnog doba.

Entuzijasti navode da porođaj u vodi opušta rodilju, smanjuje potrebu za lijekovima protiv bolova i promovira primaljsku skrb. Kritičari upozoravaju da postoji rizik od udisanja vode u novorođenčeta i mogućnost nastanka infekcije u majke i novorođenčeta. Cochrane sustavni pregled analizirao je medicinsku literaturu kako bi pronašao dokaze iz randomiziranih kontroliranih pokusa koji govore o utjecaju uranjanja u vodu tijekom porođaja te ishod istog na majku i dijete. Pronađeno je 12 pokusa koji su obuhvatili 3.243 ispitanica, a dokazi kazuju da se uranjanjem u vodu tijekom prvog porođajnog razdoblja smanjuje korištenje epiduralne analgezije i trajanje prve faze porođaja. Jedna studija pokazuje da uranjanje u vodu tijekom drugog porođajnog razdoblja povećava ženino zadovoljstvo porođajnim iskustvom.

Informacije o drugim ishodima vezanima za korištenje vode tijekom prvog i drugog porođajnog razdoblja bile su manjkave, jer su se intervencije i ishodi u analiziranim pokusima razlikovali. U analiziranim pokusima nije bilo dokaza za povećan broj neželjenih nuspojava kod djeteta i rodilje uzrokovanih porođajem u vodi.

Autori sustavnog pregleda naglašavaju da su potrebna dodatna istraživanja o utjecaju uranjanja u vodu na porod djeteta i majku. Osim toga, nisu pronađena klinička ispitivanja u koja istražuju uranjanje žene u vodu tijekom trećg porođajnog razdoblja, niti studije koje bi uspoređivale različite tipove bazena, odnosno kupki.

Izvor:

1. Cluett, Elizabeth R, Burns Ethel, Immersion in water in labour and birth, http://ow.ly/jpREW (27.03.2013.)

10 GODINA PORODA U VODI U KBC-u RIJEKA

Mirjana Grce (preuzeto iz: Novi list)

Tijekom deset godina rođeno više od 800 djece u vodi bez ikakvih komplikacija, istaknuo dr. Nebojša Sindik, šef riječke rađaone.
Prvo dijete koje je u Hrvatskoj rođeno u vodi, rođeno je 25. veljače 2003. godine u Klinici za ginekologiju i porodništvo riječkog KBC-a. Na svijet je tada došla Nikol Balog, kći Valentine i Maria Balog, a Klinika je taj događaj jučer obilježila prigodnom svečanosti na kojoj su 10. rođendan Nikol čestitali liječnic, primaljei i sestre koji su sudjelovali na porodu – prof. dr. Oleg Petrović, dr. Nebojša Sindik, primalja Jelka (Lela) Rivetti – te ravnatelj KBC-a Rijeka prof. dr. Herman Haller.

Prezentirajući porod u vodi, dr. Sindik, voditelj Odjela rodilišta rekao je da je tim alternativnom načinom rađanja u deset godina u Rijeci rođeno više od 800 djece, a da komplikacija nije bilo. Zajedno s prof. dr. Hallerom objasnio je da su mnogi iskoraci u ovoj Klinici, pa tako i mogućnost rađanja u vodi, plod entuzijazma bolničkog osoblja i zapravo slika rada cijelog rodilišta.

– Za razliku od klasičnih stavova u opstetriciji 80-ih godina u svijetu se ponovo javlja ideja o prirodnom porodu, prisutne su nove spoznaje i postupci s ciljem da se čin rađanja učini što prirodnijim, jednostavnijim i humanijim, a da se pritom očuva dostojanstvo i privatnost rodilje. Ono bez čega se ne može i što je imperativ, bez obzira na to kakav pristup imali, je kvalitetni nadzor tijekom trudnoće i samoga poroda. Promjene se odnose na humanizaciju odnosa u rodilištima, individualizaciju pristupa svakoj rodilji, omogućavanje prava rodiljama na izbor načina rađanja, osiguravanje mogućnosti bezbolnog poroda, omogućavanje izbora alternativnih metoda rađanja da porod doista bude jedinstven, ugodan i nezaboravan trenutak, objasnio je dr. Sindik rekavši da je porod u vodi bio način rađanja kod nekih starih naroda, da je u novije vrijeme u bolničkom sustavu prvi takav porod bio u Francuskoj 1978. godine, zatim 80-ih godina takvi porodi počinju u SAD-u, Njemačkoj i Engleskoj, 90-ih u velikom broju europskih zemlja, a u Hrvatskoj je prvi porođaj obavljen u Rijeci prije deset godina.

– Poštovanje kriterija i pravila struke, dobro educiran opstetrički tim, predstavlja siguran način rađanja za majku i dijete, rekao je dr. Sindik iznoseći prednosti poroda u vodi za majku i dijete. Među dosta žena koje su rodile na ovaj način provedena je anonimna anketa koja je pokazala da je ugoda subjektivni doživljaj poroda u vodi kod 90 posto žena koje su rodile na taj način.
Valentina Balog, prva žena koja je u Rijeci rodila u vodi rekla je da je taj porod bio ugodan i jako pozitivno iskustvo. Drugi njezin porod nije bio u vodi, jer je imala neke komplikacije pa je, uspoređujući ta dva iskustva poručila da, kada je to moguće, preporučuje porod u vodi – da je taj porod puno manje bolan, da se žena osjeća komotno, ugodno, prirodno.

Izvor:

1. Novi list, http://www.novilist.hr/Vijesti/Rijeka/Deset-godina-od-prvog-poroda-u-vodi-Nikol-na-10.-rodendan-opet-u-svom-rodilistu (25.02.2013.)

PODVEZIVANJE PUPKOVINE – PRIJE ILI KASNIJE?

Hajdaš Marija, medicinska sestra - primalja,
Kušanić Valentina, primalja
Odjel ginekologije i porodništva, Opća Bolnica Zabok

I. Posteljica

POSTELJICA (placenta ili košuljica) jedini je privremeni organ koji nastaje spajanjem tkiva majke i tkiva djeteta, a omogućuje izmjenu tvari između krvi majke i krvi djeteta u oba smjera. Normalna posteljica je okruglog ili ovalnog oblika promjera 16-22 cm, debljine 2-3 cm i težine 500-600 g. Njena boja je tamno crveno-plava ili kestenjasta. Razlikujemo materalnu i fetalnu stranu posteljice.

MATERALNA STRANA je hrapava, crvenkaste boje, s nje polaze korionske resice i usađuju se duboko u sluznicu maternice.

FETALNA STRANA je glatka, plosnata, bjelkasto-plave boje. Kroz nju prosijavaju krvne žile koje vode u pupčanu vrpcu putem koje je povezana s fetusom. Prekrivena je i tankom opnom (plodovim ovojima) koja se nastavlja i širi od posteljice oblažući cijelu unutrašnjost maternice stvarajući šupljinu ispunjenu plodnom vodom u kojoj se nalazi fetus. S glatke strane posteljice prolaze krvne žile koje tvore jednu pupčanu venu i dvije pupčane arterije koje izgrađuju pupčanu vrpcu i koje su spona fetusa s posteljicom i majkom.

FUNKCIJA POSTELJICE je da omogućuje prijelaz hranjivih tvari i kisika iz majčine krvi u krv fetusa, te vraćanje otpadnih tvari i ugljičnog dioksida iz krvi fetusa u krv majke. Majčina krv i krv fetusa nikada se ne mješaju!

Osnovne uloge ovog organa su: ishrana fetusa i razmjena plinova, odstranjivanje štetnih i nepotrebnih materija, zaštita i lučenje hormona.

II. Pupkovina

Razvija se iz pupčanog tračka te, povezuje zametak s placentom. Formira se oko drugog tjedna trudnoće. Glavnu masu čini vezivno tkivo ili whartonova sluz. Unutar nje se razvijaju krvne žile dvije arterije i jedna vena što zovemo veza unglikovija. Kroz venu teče arterijska krv iz placente u fetus, a kroz arterije teče venska krv iz fetusa u posteljicu. Unglikovne krvne žile su dulje od pupkovine pa su zato spiralno zavijene.

Uobičajena duljina pupkovine iznosi između 50 – 100 cm, a ovisi o rastezanju koje uvjetuje rast fetusa i njegovi pokreti. Razlikujemo kratku i predugačku pupkovinu.
Kratka pupkovina je kraća od 50 cm, može upućivati na postojanje anomalije bubrega ili pluća fetusa, može dovesti do zategnutosti pupkovine i hipoksije, te rupture pupkovine ili abrupcije placente, kao i smrti fetusa intrauterino, iako je to rijetko.

Predugačka pupkovina se može omotati oko fetusa te dovesti do prolapsa i uklještenja posteljice.

Razlikujemo razne anomalije pupkovine kao što su:
1. Pravi čvor (može biti jedan ili više) koji može izazvati hipoksiju fetusa.
2. Lažni čvor koji nastaje zbog presavijanja krvnih žila.

Smještaj pupkovine može biti centralan (u sredini), paracentralan (pored centra), marginalan (na rubu posteljice), velamentozan (na plodnim ovojima).

III. Tehnika podvezivanja pupkovine

Pupkovinu podvezujemo klemicom otprilike dva poprečna prsta od djetetovog pupka, a drugom klemicom, peanom ili gazom ispred introitusa vagine. Podvezivanje se može vršiti odmah (nakon poroda), rano (30 sekundi – 1 min nakon djetetova izlaska) i kasno (2 – 3 minute nakon poroda ili kad prestanu pulsacije pupkovine, na taj način može doteći još 50 – 100 ml krvi što nazivamo placentarnom transfuzijom).

Vrijeme podvezivanja pupkovine može biti važno, jer postoje dokazi o dobrobiti za dijete, ukoliko se pupkovina ne podveže i ne reže odmah nakon poroda.

Podvezivanje pupkovine često se smatra dijelom aktivnog vođenja trećeg porodnog doba uz davanje uterotonika, povlačanje pupkovine i masažu uterusa.

Tijekom trećeg porodnog doba, za novorođenče je najvažniji zadatak prilagodba na život izvan majčine utrobe.
Unutar maternice posteljica omogućava rad pluća, bubrega, crijeva i jetre nerođenog djeteta.
Protok krvi kroz te organe minimalan je sve dok beba po prvi put ne udahne zrak, tog trenutka nastupaju velike promjene u krvožilnom sustavu. Dok se pluća pune zrakom, unutar bebinog tijela krv se u samo nekoliko minuta usmjerava iz pupčane vrpce i posteljice, te ulazi u pluća. Priroda se pobrinula da u pupčanoj vrpci i posteljici ostane zaliha krvi potrebna plućima i ostalim organima koji su tek počeli s funkcijom.
Presijecanje pupkovine prije djetetovog prvog udaha uzrokuje prijelaz krvi iz ostalih organa u pluća kako bi se uspostavila perfuzija pluća (opskrba pluća krvlju).

Ukoliko je dijete već prethodno hipovolemično tj. smanjenog volumena krvi može doći do komplikacija.
Novorođenčad kojoj se rano presiječe pupkovina gubi željezo sadržano u krvi, te se rano presijecanje pupkovine povezuje s dodatnim rizikom od anemije u ranom djetinjstvu. Istraživanja su pokazala da postoji transfer od oko 80 ml krvi u prvoj minuti nakon poroda, te 100 ml u trećoj minuti nakon poroda. Dodatna količina krvi može osigurati djetetu dodatnu količinu željeza, od 40 – 50 mg/kg tjelesne težine, što se nadodaje na oko 75 mg/kg željeza sa kojim se dijete rađa.

Time se može spriječiti nedostatak željeza u prvoj godini djetetova života.

Navedene rizike od ranog presijecanja pupčane vrpce prepoznao je još davne 1801. godine Erasmus Darwin: *„Još jedna od mogućih opasnosti po dijete je rano podvezivanje i presijecanje pupčane vrpce koje se uvijek treba odgoditi, ne samo dok dijete samostalno ne prodiše, već sve do prestanka pulsiranja pupkovine. U slučaju njezinog ranog presijecanja dijete postaje slabije no što bi trebalo biti, budući da dio krvi koji bi trebao biti u djetetu ostaje u posteljici."*

Podvezivanje pupkovine – prije ili kasnije?

Što se pak tiče majke, malo je dokaza da vrijeme podvezivanja i rezanja pupkovine ima utjecaj na postpartalno krvarenje. Iako je cilj aktivnog vođenja trećeg porodnog doba smanjivanje rizika od krvarenja majke, istraživanja se nisu zauzela za njegovu širu primjenu, imajući u vidu posljedicu značajnijeg smanjenja volumena krvi kod novorođenčadi.

S druge strane, odgođeno podvezivanje pupkovine kod djeteta može povećati rizik za policitemiju (porast eritrocita u perifernoj krvi) te samim time rizik da će policitemija uzrokovati prekomjerno zgrušavanje krvi (sindrom hiperviskoziteta krvi), kao i hiperbilirbinemiju.

U studiji koju je provela SZO u različitim rodilištima diljem svijeta (Argentina, Australija, Kanada, India, Libija, Meksiko, Velika Britanija, SAD i Zambia) , kod terminske djece zamijećen je značajan porast hemoglobina u grupi djece s kasno podvezanom pupkovinom, iako je ta razlika isčezla nakon 6 mjeseci.
Nisu zamijećene značajne razlike u Apgar scoru, prijemu na intenzivnu njegu, respiratornom distresu ili policitemiji.
Ipak, više djece s kasno podvezanom pupkovinom, nego li one s rano podvezanom, trebalo je fototerapiju zbog žutice.
Preporuka SZO je da bi u rodilištima gdje se provodi aktivno vođenje trećeg porodnog doba, bilo jednostavno primijeniti pravilo da se pupkovina ne podvezuje i reže odmah, već 1 – 3 min nakon poroda zdravog terminskog djeteta.
Da bi se izbjegla pretjerana transfuzija krvi djetetu, uterotonik se može dati tek nakon podvezivanja i rezanja pupkovine.

Kod prijevremeno rođene djece novorođenačka anemija je uobičajen problem i jako utječe na klinički ishod djeteta i kasno podvezivanje pupkovine može imati povoljan utjecaj na smanjivanje potrebe za transfuzijama kod prijevremeno rođene djece.

Nedavno otkriće zadivljujućih svojstava krvi iz pupkovine, posebice matičnih stanica koje sadrži, pojačava potrebu da se poduzme sve kako bi je novorođenče dobilo u potpunosti. Te stanice jedinstvene su u ovoj fazi razvoja i prelaze u bebinu koštanu srž ubrzo nakon poroda, pretvarajući se u razne tipove stanica koje sačinjavaju krv. Pohranjivanje matičnih stanica koje se trenutno provodi s ciljem popunjavanja banaka krvi za buduće liječenje djece oboljele od leukemije i drugih bolesti, podrazumijeva rano presijecanje pupkovine.
Trudnice bi trebale dobiti više informacija vezane uz rano ili odgođeno presijecanje pupkovine kako bi mogle donijeti odluku baziranu da pravovaljanim informacijama. Informacije bi trebale biti utemeljene na najnovijim dokazima i istraživanjima.

NEKOLIKO ČINJENICA O TREĆEM POROĐAJNOM DOBU

Suzana Haramina, primalja

Treće porođajno doba sastoji se od četiri faze.

Latentna faza: razdoblje od rođenja djeteta do početka miometralnih kontrakcija koje dovode do postepenog ljuštenja posteljice. Dužina latentne faze glavna je odrednica trajanja trećeg porođajnog doba.

Kontrakcijska faza: karakteriziraju je kontrakcije miometrija na sjelu posteljice.

Faza odljuštenja posteljice: kontrakcije miometrija na posteljičnom sjelu dovode do odljuštenja posteljice od stjenke uterusa.

Faza izgona: odljuštena posteljica je izbačena (porođena) iz maternice u rodnicu.

Transfuzija posteljice je:

Tijekom trudnoće prema kroz pupkovinu i posteljicu krv teče prema djetetu, a procjenjuje se da se jedna trećina djetetove krvi nalazi u placenti u bilo koje vrijeme. Odgađanje klemanja i presjecanja pupkovine nakon poroda omogućuje protok krvi od posteljice natrag prema djetetu, u procesu koji se zove „transfuzija posteljice“.

U kojem porođajnom dobu se javlja fenomen nazvan „živa ligatura“ ili „fiziološki šavovi“?

U trećem porođajnom dobu. Nakon poroda djeteta, kontrakcije maternice se nastavljaju i posteljica se postepeno odljušćuje. Ovo razdvajanje prvenstveno nastaje smanjenjem površine posteljičnog sijela kako se maternica smanjuje, a sve je uzrokovano miometralnim retrakcijama, što je jedinstvena karakteristika za mišiće maternice, tj. sa svakom kontrakcijom oni zadržavaju svoju skraćenu duljinu.

Drugi mehanizam odvajanja je kroz stvaranje hematoma zbog venske okluzije i pucanja krvnih žila u posteljičnom sijelu. Kada se posteljica odljušti, spiralne arterije ostaju otvorene u posteljičnom sijelu. Krvne žile koje su opskrbljivale posteljicu zatvaraju poprečnoprugasti mišićni snopovi sa svakom kontrakcijom. Ovaj prirodni fenomen mišićnih snopova nazivaju “živim ligaturama” ili “fiziološkim šavovima” .

ANKYLOGLOSSIA I UTJECAJ NA DOJENJE

Dr. Irena Zakarija-Grković, dr.med. FRACGP, IBCLC

Definicija

Ankyloglossia je prirođena, često nasljedna anomalija jezika kod koje je frenulum linguae kratak, zadebljan ili neelastičan što dovodi do smanjene pokretljivosti jezika. Ovo stanje može utjecati na dojenje, oralnu higijenu i na razvitak govora. Ovisno o inserciji frenuluma na jezik, odnosno na dno usne šupljine, ankiloglosiju dijelimo na blagu, umjerenu i na jako izraženu.

Učestalost

Prema podacima u literaturi, učestalost ankiloglosije je između 4.4% i 4.8%, s rasponom od 0.02%-10%. Omjer između muške i ženske djece je 2.6 spram 1. Djeca s zadebljanim frenulumom u 75% slučajeva imaju poteškoće s dojenjem. Neki liječnici smatraju da ankiloglosija ne dovodi do značajnih problema, naime većina liječnika nije dovoljno dobro educirana o problematici medicine dojenja i vjerojatno nemaju dovoljno iskustva da bi mogli procijeniti utjecaj ankiloglosije na dojenje.

Tehnika dojenja

Važnost slobodne pokretljivosti jezika tijekom dojenja ustinu je iznimno velika. Jezik mora prelaziti preko desni donje vilice prije kontakta s dojkom kako bi dojku zaštitio. Jezik zatim uvlači bradavicu i areolu u usta te stvara svojevrsni „kanal“ za podržavanje ovog dijela dojke. Vrh jezika se tada diže i vrši pritisak na mliječne kanaliće, mlijeko se zahvaljujući peristaltičkim pokretima jezika potiskuje prema bradavici. Stražnji dio jezika se potom odmiče te stvara negativni tlak koji isisava mlijeko u oropharynx.

Ukoliko su protruzija i elevacija jezika ograničene, svrsishodno i bezbolno dojenje je gotovo nemoguće.
Dojenče s ankiloglosijom donekle može kompenzirati ovaj problem koristeći čeljust umjesto jezika. Površnim hvatom zapravo će gristi dojku te koristiti usnice za njezino izmuzavanje, što dovodi do skidanja s dojke, škljocanja i lošeg kontakta s dojkom. U ranim danima galaktopoeze, dok ima obilje mlijeka, dojenče će i tim načinom vjerojatno primiti dovoljno mlijeka, ali se njegovo stvaranje dugoročno neće održati uslijed nedostatne stimulacije temeljitim pražnjenjima dojke.

Dijagnoza

Potrebno je obaviti temeljitu obradu prije postavljanja dijagnoze. Treba pregledati djetetova usta, palpirati frenulum i promatrati podoj. Također treba pregledati majčine dojke obraćajući posebnu pažnju na veličinu i oblik bradavica te eventualnu prisutnost oštećenja bradavica. Male ili srednje bradavice i areola mogu biti razlog dovoljno dobrog kontakta s dojkom kod djeteta s ankiloglosijom, koje će dobiti potrebnu količinu mlijeka bez oštećenja takvih bradavica.
Kod pregleda djetetovih usta, kratki frenulum se ponekad ne primjećuje dok dijete ne zaplače. Ukoliko se frenulum drži za sam vrh jezika, stvarat će udubinu koja daje jeziku izgled srca. Bočni dijelovi jezika su mobilni i ostvaruju neobične pokrete.
Dijete neće moći isplaziti jezik preko donje usne, a ponekad niti preko donje vilice.
Uslijed nemogućnosti ispružanja jezika, na stražnjem dijelu tijela jezika se stvara grba.
Tijekom podoja majka osjeća bol čak i kada se primjenjuje potpuno pravilna tehnika dojenja. Ponekad se čuje škljocanje uslijed nemogućnosti stvaranja negativnog tlaka i održavanja kontakta s dojkom. Dijete često postane nemirno i frustrirano te odbija dojku.

Posljedice

Za majku:

- oštećene bradavice;
- bol;
- inhibiran refleks otpuštanja mlijeka;
- mastitis;
- absces;

- smanjeno stvaranje mlijeka;
- umor;
- postporođajna depresija;
- rani prekid dojenja.

Za dijete:
- učestali prekidi tijekom podoja;
- frustriranost djeteta;
- dehidracija i izgladnjivanje;
- žutica;
- iscrpljenost uslijed učestalog dojenja;
- zastoj u razvoju;
- otežan refleks gutanja;
- povećana opasnost od gušenja.

Kod starijeg djeteta:
- otežan govor;
- loša oralna higijena;
- učestalo slinjenje;
- umanjeno samopouzdanje;
- nemogućnost lizanja sladoleda (ljubljenja);
- deformiteti donjih zuba.

Liječenje

Kada kod djeteta s ankiloglosijom postoje značajni problemi s dojenjem, preporučuje se frenulotomija.
To je jednostavan i siguran zahvat kojeg upućeni liječnik može izvesti u svojoj ordinaciji. Do četvrtog mjeseca života nije potreban anestetik. Dijete se odmah po zahvatu podoji, i u velikoj većini slučajeva (70%) trenutačno se primjećuje znatno poboljšanje. U 20% slučajeva do značajnog poboljšanja dolazi u roku od tjedan dana, a kod 10% poboljšanje se ne primijeti. U pravilu, što je dijete mlađe to je učinkovitost veća.
Zanimljiva je povijest frenulotomije. Naime, od 15. do 18. stoljeća primalje su redovito i bez iznimke svoj novorođenčadi pri porodu rezale frenulum svojim noktom (koji su za tu namjenu održavale dugačkim). Tada je nepovoljan utjecaj ankiloglosije na dojenje očito bio dobro poznat, ali uslijed komplikacija koje su nastajale zbog nesterilnih uvjeta, „popularnost“ frenulotomije je opala. U 20. stoljeću, s uvođenjem umjetnog mlijeka, frenulotomija je pala u zaborav, ali s porastom učestalosti dojenja u posljednjem desetljeću, dužni smo ozbiljno razmotriti ovu mogućnost ukoliko za to postoje indikacije.

Ako se frenulotomija mora odgoditi, majkama se može preporučiti sljedeće:
- masaža frenuluma;
- stisnuti dojku tako da se djetetova usta potpuno ispune dojkom;
- izdajanje i pohranjivanje mlijeka;
- hranjenje djeteta izdojenim mlijekom pomoću boce s dugom dudom;
- obilje bliskog kontakta („kangaroo care“) kako bi se održavalo stvaranje mlijeka, poticao refleks otpuštanja mlijeka i spriječilo odbijanje od dojke.

Zaključak

Najnovije preporuke Svjetske zdravstvene organizacije i Američke pedijatrijske akademije ističu da bi se tijekom prvih 6 mjeseci djeca trebala hraniti isključivo majčinim mlijekom, a ono bi do druge godine djetetova života trebalo biti uključeno u prehranu. Prema tome, izazov i dužnost zdravstvenih djelatnika jest omogućiti i podržavati dojenje što je duže moguće. Ovaj pristup ima brojne kratkoročne i dugoročne prednosti kako za majku, tako i za dijete. Kod djece s poteškoćama pri kontaktu s dojkom kao i kod djece majki s oštećenim ili bolnim bradavicama (a koje su svladale pravilnu tehniku dojenja) treba sumnjati na ankiloglosiju. Roditelje treba zatim uputiti stručnjaku za probleme s dojenjem koji će, u dogovoru s roditeljima, procijeniti je li frenulotomija indicirana.

Ovaj rad je prezentiran u sklopu Hrvatske proljetne pedijatrijske škola, 23. seminara za liječnike i medicinske sestre održanog u Splitu od 3. do 7. travnja 2006.

Izvori:

1. Fernando, C. (1998) Tongue tie. Confusion to clarify. Tandem Publications, Concord NSW.
2. Massner, AH., Lauren Lalakea M., Aby, J., Macmahon, J., Blair, E. (2000) Ankyloglossia – Incidence and associated feeding difficulties. Archives of Otolaryngology Head and Neck Surgery, 126(1), pp 36-39.
3. Livingstone, VH., Willis, CE., Abdel-Wareth, LO., Theissen, P., Lockitch, G. (2000) Neonatal hypernatriemic dehydration associated with brestfeeding malnutrition – a retrospective study. Canadian Medical Association Journal, 162(5), pp 647-52.
4. How brestfeeding works (2000), http://www.rch.unimelb.edu.au/brestfeed/section1.html .
5. Gena, CW. (2000) Tongue tie and brestfeeding. Leaven, 38(2), pp 27-29.
6. Smith, A. Tongue-tie. http://wwwstorknet.com/cubbies/breast/AS-tonguetied. htm
7. Lokhart, S. (2001) No two breast are the same. Paper presented at the Australian Breastfeeding Association Conference - Ancient Art, Modern Miracle, Brisbane, pp 176-180.
8. Commentaries (2001) Neonate jaundice and kernicterus, Pediatrics, 108(3), pp 763-65.
9. Hunter DC. (2003) Ankyloglossia release and its impact on breastfeeding outcome. Paper presented at International Lactation Consultant's Association Conference – Milk, Mammals and Marsupials, and International Perspective, Sydney, pp 273-76.
10. Lauren Lakea , M. and Messner, AH. (2003) Ankyloglossia – does it matter. Pediatric Clinics of North America, 50, pp 381-97.

SOFISTICIRANE TEHNOLOGIJE KAO PROFESIONALNI ALATI AKTIVNOJ POTPORI DOJENJA

Irena Gracin, bacc.med.techn.,IBCLC

Izdajalice bolničkog razreda, tzv. Hospital Grade su najjače i najizdržljivije izdajalice dostupne majkama dojiljama, kao i zdravstvenim djelatnicima u njihovom svakodnevnom radu.
Dokazano, najučinkovitije stimuliraju dojke uz posljedično povećanje razine hormona prolaktina.
U konačnici to rezultira povećanjem majčine proizvodnje mlijeka i odgovarajućim iznosom u odnosu na ručno izdajanje, korištenje ručnih, baterijskih ili malih električnih izdajalica koje nisu učinkovite za većinu majki u slučajevima kada je potrebno izdajanje kroz dulji vremenski period i kada je ušteda vremena dragocjena.
Najčešće se preporučuju u posebnim okolnostima i to kod izdajanja:

- u bolnicama u svrhu poticanja, povećanja ili održavanja produkcije mlijeka za prerano rođeno ili bolesno dijete, blizance,
- u slučaju potrebe za nadohranom,
- u slučaju odvajanja majke i djeteta – npr. dislocirani odjeli u bolnicama,
- u slučaju kod izazvane ili ponovne uspostave laktacije – tzv. relaktacije...

Ove izdajalice postavljene u prostorijama koje su predviđene i opremljene u svrhu izdajanja izdajanje mogu učiniti dostupnim i zaposlenim majkama kod povratka na radno mjesto ili majkama – studenticama na fakultetima i sl. Dok su izdajalice za osobnu upotrebu u većini slučajeva namijenjene samo za jednu majku, ove izdajalice dizajnirane su kako bi bile sigurne za više korisnika. Samim time optimalne su i za najam.
Prema potrebi, moguće je izdajati se jednostruko ili dvostruko, pa se u skladu s time koristi komplet za jednostruko izdajanje (jedna dojka) ili dvostruko izdajanje (obje dojke odjednom).
Kompleti su u osnovi predviđeni za višekratno korištenje i pri uporabi moraju biti adekvatne veličine i udobno pristajati svakoj majci. Dostupno je više veličina prsnih nastavaka (dio kompleta za izdajanje koji prianja na dojku) u promjerima od 22-36 mm.
Renomirane bolnice u mnogim razvijenim zemljama koriste i jednokratne, presterilizirane setove za sigurno izdajanje, koji se koriste tijekom 72 sata, odnosno tijekom cijelog boravka majke u bolnici. Po otpustu iz bolnice, majke ih mogu ponijeti kući i priključiti na osobnu električnu izdajalicu ili uz nabavku dodatnog nastavka, pretvoriti u ručnu izdajalicu. Navedeni setovi i pribor također su dostupni i u Hrvatskoj.
Izdajalice za više korisnika predviđene su za „non-stop“ režim rada, pa iz tog razloga imaju jače i snažnije usisne sklopove i više razina vakuuma/usisa i ciklusa/brzine, pa su time i znatno učinkovitije.
Veće su, ali i teže u odnosu na izdajalice za osobnu upotrebu. Do sada su zbog ovih karakteristika u pravilu bile smještene u jednoj prostoriji bolnice gdje majke samo povremeno izdajaju i tako nisu bile u potpunosti iskorištene.
Uz najnoviju generacija izdajalica postoji mogućnost korištenja vrlo pokretnoga stalka na kotačima koji ih čini lako dostupnima i time je njihov transport znatno olakšan do svih prostorija odjela, soba, laktarija, ureda...
Uz uređaj, na stalku se nalaze i držači spremnika za mlijeko, odnosno vrećica za zamrzavanje majčinog mlijeka u slučaju direktnog izdajanja u vrećice.
Na svjetskom, ali i na Hrvatskom tržištu prisutno je više proizvođača tzv. „proizvoda za podršku dojenju“. No, ovaj naziv u pravom smislu riječi koriste samo rijetki i odgovorni proizvođači. Oni koji u svojem programu ***ne proizvode, niti ne prodaju*** proizvode koji krše pravilnik Svjetske zdravstvene organizacije o prehrani djece.
Švicarski proizvođač ARDO medical AG u potpunosti je sukladan sa Kodom SZO. Osim u Hrvatskoj, prisutan je u više od 36 zemalja svijeta.
ARDO program proizvoda za podršku dojenju čine nježni i učinkoviti proizvodi koji su jednostavni i vrlo individualni pri rukovanju.
Najnoviji Ardov proizvod je izdajalica bolničkog razreda Carum. To je u potpunosti automatizirana, moderna, električna izdajalica koja koristi tehnologiju dvostrukog klipa/cilindra, što sprječava pad intenziteta vakuuma/usisa kod dvostrukog izdajanja, za manje vrijeme izdajanja i učinkovitiji protok mlijeka. Iznimno je tiha u radu, gotovo nečujna, što je iznimno važno jer direktno utječe na učinkovitost izdajanja.

Carum ima mogućnost za tri automatska, ali i pojedinačno individualno podesiva režima rada;

- program stimulacije za poticanje refleksa otpuštanja mlijeka
- program izdajanja
- program „Sensitive“ - pomaže majkama sa bolnim ili oštećenim bradavicama, zastojnom dojkom ili u slučaju kada majke koriste izdajalicu po prvi puta

Svaki od ovih režima rada je individualno podesiv kako bi majke što bolje pronašle svoju osobnu/individualnu postavku. Prijelaz između režima se odvija transparentno i bez stresa na dojku.
Program stimulacije postavlja visoke vrijednosti ciklusa/ritma izdajanja, ali uz niske vrijednosti vakuma.
Program izdajanja povećava vrijednosti vakuuma/usisa, no smanjuje vrijednost ciklusa/brzine. Pritom je minimalna vrijednost vakuuma veća za 30 mbar od prethodno postavljene vrijednosti u programu stimulacije.
Program poticanja (stimulacije) oksitocinskog refleksa, kao i sama faza izdajanja u potpunosti nalikuju pokretima koje čini dijete prilikom sisanja dojke.
Program „Sensitive“ započinje konzervativnim početnim vrijednostima ciklusa/brzine, kao i vakuuma/jačine usisa kako bi se maksimalno prilagodio potrebama majki s oštećenim ili osjetljivim bradavicama.
Dojilje mogu, u bilo koje vrijeme u bilo kojem programu, izmijeniti automatske zadane vrijednosti, vlastitim individualnim postavkama (početne vrijednosti bilo kojeg programa mogu se individualno podesiti), odnosno mogu mijenjati režim rada u bilo kojem trenutku.

Carum izdajalica ima zaslon u boji za jednostavnije razumijevanje trenutnih postavki i to:

- kod programa stimulacije ima narančastu pozadinu s tri male kapljice
- kod programa izdajanja - ima zelenu pozadinu s dvije velike zelene kapljice

Integrirane su i dvije praktične opcije tzv. „Dimmer“ koji omogućuje da se prikaz rasvjete na zaslonu može zatamniti u bilo koje vrijeme i tzv. „Timer“ što je integrirani mjerač vremena izdajanja.
Inovativna „VaccuSeal“ tehnologija jest ugrađena membrana u svakom pojedinom setu za izdajanje.
Ona štiti mlijeko od moguće kontaminacije i u slučaju prevrtanja spremnika onemogućava i prelijevanje mlijeka u motor izdajalice, što je do sada bio i najčešći uzrok kvara i prestanka rada električnih izdajalica ranijih tehnologija.
Ardov program proizvoda za majku i dijete prepoznat je u Bolnicama prijatelj djece širom svijeta i u mnogim poliklinikama... Predstavlja učinkoviti, profesionalni alat zdravstvenim djelatnicima koji aktivno sudjeluju u podršci i promociji dojenja, primaljama, medicinskim sestrama, savjetnicama za dojenje, liječnicima... Proizvođač je redovan izlagač međunarodnih udruga, na stručnim kongresima, sajmovima...
Dojenje kao prvi izbor i prehrana djeteta majčinim izdojenim mlijekom kao prvi slijedeći prihvatljivi izbor – imperativi su javnog zdravstva.
U skladu s ovim preporukama i najrazvijenija društva svijeta prepoznala su velike uštede koje se ostvaruju nabavkom adekvatne opreme za podršku majki dojilja kojima je potrebna u odnosu na rutinske intervencije u prehrani djece u najranijim danima, a koje su povezane sa brojnim rizicima za zdravlje djeteta i majke.

Više informacija o proizvođaču i pomagalima, potražite kontaktom sa web stranice www.ardo.com.hr ili na e-mail info@ardo.com.hr

AUTIZAM

Enesa Kadirić,
Diplomski sveučilišni studij „sestrinstvo-promicanje i zaštita mentalnog zdravlja“

Pojam i povijest

Pojam autizam razvio je švicarski psihijatar Eugen Bleuler (1911.) i njime je zapravo opisao jedan od osnovnih simptoma shizofrenije. Bleuler je tim pojmom označio ponašanje shizofrenih bolesnika koji se misaono povlače u svoj svijet, postupno smanjuju socijalnu interakciju s ljudima koji ih okružuju, prepuštaju se fantastičnim mislima i zatvaraju u sebe. Istovremeno, austro-američki psihijatar Leo Kanner (1943.) i austrijski pedijatar Hans Asperger (1944.) prihvatili su taj pojam i opisali autistični poremećaj kod djece. Budući da se autistična djeca ne povlače aktivno u svijet fantazija, već ne uspostavljaju socijalne kontakte ili samo ograničeno mogu uspostaviti socijalne kontakte, opis koji je izvorno dao Bleuler nije prikladan.
No, različiti autori odlučili su zadržati taj pojam, jer je u međuvremenu usvojen u cijelom svijetu.
Leo Kanner pod naslovom „Autistični poremećaji afektivnih veza“, 1943. godine, opisao je jedanaest slučajeva sa zajedničkim obilježjima: „Izraziti osnovni patognomični poremećaj u smislu nemogućnosti uspostavljanja odnosa s osobama i situacijama“. Roditelji predstavljaju tu djecu i opisuju da su „sama sebi dovoljna“, „žive kao u nekoj školjci“, „najsretnija su kada ih se ostavi na miru“, „ponašaju se kao da nitko nije prisutan“, „ne obraćaju pažnju na okruženje“, „pružaju dojam tihe mudrosti“, „nisu u mogućnosti pokazati normalnu razinu socijalne osjetljivosti“, „ponašaju se kao da su hipnotizirana“.
Hans Asperger opisao je 1944. godine, ne znajući za rad Lea Kannera, objavljen godinu prije, pod oznakom „autistični psihopati dječje dobi“ četiri slučaja čija je zajednička obilježja sažeo u šest točaka:

1. TJELESNA OBILJEŽJA I IZRAŽAJNOST

Ova djeca često izbjegavaju pogled u oči, mimika i geste su im osiromašne („ne koriste svoju mimiku za uspostavljanje socijalnih veza“), neprirodna su u svom jezičnom izražavanju i pritom se ne obraćaju sugovorniku i motorički su nespretna.

2. AUTISTIČNA INTELIGENCIJA

Asperger opisuje poseban oblik poremećaja pažnje kod te djece koja izgledaju kao da im je pažnja „odvraćena iznutra“. Nadalje opisuje „naročiti stvaralački odnos prema govoru“ koji se očituje u tome da „bezbrižno stvaraju nove riječi koje su najčešće vrlo prikladne“. Često raspolažu „hipertrofijom posebnih sposobnosti kojima nadoknađuju značajne nedostatkte“.

3. PONAŠANJE U ZAJEDNICI

Poremećaji povezani s ponašanjem u zajednici su „ograničenje odnosa s okruženjem“, u obitelji pokazuju „autistične napade pakosti“, „negativističke reakcije“. Takva djeca slijede „vlastite impulse, osobne interese, ne obazirujući se na zahtjeve okoline“.

4. NAGONI I ČUVSTVENO PONAŠANJE

Pokazuju vrlo različito seksualno ponašanje i često naginju sadističkim reakcijama. Uočljivo je i njihovo egocentrično ponašanje. Ne pokazuju osjećaj za osobni prostor, često nemaju smisla za humor i ne razumiju šalu.

5. GENETIKA

Asperger je smatrao da „autistična psihopatija“ ima genetsku pozadinu. Upućuje na činjenicu da među 200 promatranih slučajeva nije zabilježio niti jedan u čijoj obitelji nisu postojali, više ili manje, izraženi poremećaji socijalne interakcije ili komunikacije (najčešće u očeva). Zaključuje da su psihopatska stanja konstitucijski osnovana, a time i nasljedna.

6. SOCIJALNO VREDNOVANJE I TIJEK

S obzirom na tijek Asperger upućuje na nedostatnu socijalnu prihvaćenost osobito kad „postoji izražena mentalna retardacija“. Drukčije je „kod intelektualno potpunih, a osobito kod iznad prosječno inteligentnih autističnih psihopata“.

I prvi autori koji su opisali autistične poremećaje (Asperger i Kanner) pretpostavili su da te poremećaje treba smatrati urođenima, odnosno nastalima u najranijoj dječjoj dobi. Danas se autistični poremećaji smatraju pervazivnim razvojnim poremećajima, koje MKB-10, definira na sljedeći način: „Skupina poremećaja koje obilježavaju kvalitative

nenormalnosti uzajamne interakcije i obrazaca komunikacije, kao i ogorčen, stereotipan ponavljajući repertoar interesa i aktivnosti. Ove kvalitativne nenormalnosti su osnovno, funkcionalno obilježje oboljele osobe, ali se razlikuju u izraženosti. U najvećem broju slučajeva prisutne su od najranijeg djetinjstva. S malobrojnim iznimkama nenormalnosti se očituju do pete godine života. Najčešće su prisutni određeni opći kognitivni deficiti, no poremećaji su definirani ponašanjem koje ne odgovara razini inteligencije osobe, bez obzira na to je li ona odgovarajuća za određenu dob ili ne."

Rutter (1978.) kao jedan od najvećih suvremenih stručnjaka na području autizma označio je autizam s četiri ključna kriterija:

- oštećenje socijalnog razvoja s brojnim posebnim karakteristikama koje odstupaju od djetetove intelektualne razine;
- zakašnjeli i izmjenjeni razvoj jezika i govora s određenim specifičnostima koji odstupa od djetetove intelektualne razine;
- inzistiranje na jednoličnosti što se očituje u stereotipnim oblicima igre, abnormalnim preokupacijama ili otporu promjenama;
- pojava bolesti do dobi od 30 mjeseci.

Etiologija autističnog poremećaja

Etiologija autističnog poremećaja još nije sasvim razjašnjena. Psihološke teorije koje su se pojavile pedesetih i šesdesetih godina 20. stoljeća, smatrale su da je autizam uzrokovan negativnim, psihičkim interreakcijama unutar obitelji. Kanner je smatrao da odlučujuću ulogu imaju roditelji, visoko obrazovani, pretjerano profesionalno aktivni i emocionalno hladni. Bettelhiem (1969.) navodi da je dijete zatvoreno u autističnoj školjci iz koje ne želi izaći, jer mu ona predstavlja nesvjesnu majčinu mržnju. On smatra da je autizam stanje uzrokovano najranijim traumatskim infantilnim iskustvom. Prema psihološkoj teoriji kod autistične djece nema organske etiologije već samo psihogene. U psihogenoj teoriji mogući uzroci autizma su: odvajanje od roditelja, odbacivanje i zanemarivanje djeteta, nedostatak ljubavi majke, razna specifična traumatska iskustva djeteta, obiteljski konflikti.

Kod organskih teorija se smatra da postoji oštećenje centralnog živčanog sustava (CŽS) koje utječe na razvoj simptoma. Brojne studije na području organskih uzroka nisu u potpunosti dokazale ni razjasnile ovu teoriju. Međutim, smatra se da se najvjerovatnije radi o konstitucionalnoj nestabilnosti mozga, anatomsko-funkcionalnim poremećajima CNS-a, metaboličkim poremećajima (neurotransmiteri, aminokiseline, hormone, cerebralni amini). Na razvojni hendikep mogu utjecati rane infekcije CŽS, problematična trudnoća (npr. oštećenja zbog rubeole koju je majka preboljela tijekom trudnoće), težak porod s posljedičnom anoksijom mozga, genetski čimbenici, te anomalije CŽS razne etiologije.

Teorije o multikauzalnosti

Današnja stajališta govore o multikauzalnosti etiologije autizma. Smatra se da hiperprodukcija opioida utječe na neosjetljivost djeteta na bol, socijalnu izolaciju, autoagresiju. Oni utječu na stereotipije, labilni afektivitet, nepoželjne oblike socijalne interreakcije. Kod autistične djece može postojati slabija reakcija na manji broj T limfocita zbog abnormalnosti imunološkog sustava. Reakcija majčinog imunološkog sustava na djetetov CŽS smatra se virusnom etiologijom autizma. Kod neke autistične djece u krvi su pronađena antitijela protiv vezanog proteina smještenog na receptorima (Todd i Ciarenelo 1985), stoga se za autizam može reći da je ***autoimunološki poremećaj.***

Autistična djeca neuobičajeno reagiraju na podražaje (npr. kod jakog zvuka zatvaraju oči, kod jakog izvora svjetlosti zatvaraju uši, preferiraju osjete mirisa i okusa, neosjetljiva su na dodire i nježnosti...). Iz svega ovoga smatra se da je kod autistične djece oštećena centralna organizacija osjetilnih podražaja. Kod autistične djece pronađena su i proširenja lijevog lateralnog ventrikula, patološki EEG, neurološki ispadi, atrofija lijevog temporalnog režnja, disfunkcija lijeve moždane hemisphere koja je odgovorna za pamćenje i kritičko rasuđivanje. Nadalje, zbog prisutnosti neurofizioloških i strukturalnih abnormalnosti, prisutni su neurološki poremećaji posebno u tonusu i motornim aktivnostima.

Autizam se prenosi autosomno recesivno. Genetika ima važnu ulogu u nastanku autizma. Najopsežnija epidemiološka studija obitelji s autističnom djecom (Ritvova i sur. 1989.) pokazala je da učestalost autizma među braćom i sestrama u odnosu na ostalu populaciju veća 215 puta. Na genetski utjecaj u pojavi autizma upućuje četiri razloga:

- učestaliji su među braćom,
- češće su kognitivne smetnje među braćom,
- povezan je s fragilnim x kromosomom,
- povezan je sa genetskim anomalijama.

S psihodinamskog stajališta autizam je klinički entitet koji odgovara zaustavljanju razvoja djeteta u autističnoj dobi. Autistična faza razvoja koja se smatra normalnom je stanje koje traje prvih mjesec dana života. Zbog nezrelosti mozga i osjetila novorođenče ne razlikuje granicu između tijela i okoline već percipira samo osjete koji potječu iz vlastitog tijela. Dijete daljnjim razvojem zapaža okolinu, posebno majku. Djetetova prva socijalna reakcija je smješak majci s kojom uspostavlja komunikaciju na više razina (dodir, opip, mimika, pogled, glas).
Rane interreakcije majke i djeteta mogu uzrokovati poremećaj psihičke organizacije djeteta. Zbog toga se i etiopatogeneza autizma psihodinamski može objasniti poremećajem odnosa s okolinom, pa tako razlikujemo: primarni i sekundarni autizam. PRIMARNI autizam javlja se u najranijoj dobi u prvih 6 mjeseci života (smetnje sisanja, spavanja, izostanak prvog smješka, smetnje motorike, nezainteresiranost prema okolini, igračkama, majci). Prisutna je zaokupljenost sa samim sobom. Kod SEKUNDARNOG autizma simptomi se javljaju nakon hospitalizacije, proživljenog traumatskog doživljaja, infektivne bolesti i javlja se oko 2. godine života, kada je dijete prošlo sve razvojne faze.
U dijagnostičkom priručniku za mentalne bolesti (DSM-III-R) autizam je opisan kao globalni razvojni poremećaj koji počinje još u djetinjstvu. Kao kriterij za postavljanje dijagnoze navode se tri glavna kriterija:

1. poremećaj socijalnih interreakcija,
2. poremećaj verbalne i neverbalne komunikacije,
3. ograničeni, repetativni i stereotipni obrasci ponašanja, interesa i aktivnosti.

Kod prvih opisa autizma smatralo se da se autistična djeca ne mogu testirati. Ta hipoteza dugo je bila prisutna, međutim istraživanja su dokazala da se uz zadovoljenje određenih uvjeta autistična djeca mogu testirati. To je važno zbog procjene i određivanja plana daljnjeg tretmana. Iz tog je razloga došlo do konstrukcije i razvoja više psihometrijskih instrumenata koji se upotrebljavaju isključivo za autističnu djecu.

1. Dijagnostička check lista – za djecu poremećena ponašanja (Rimald)
2. Instrument za procijenu ponašanja autistične i atipične djece (BRIAAC-Bihavior raiting Instrument for Autistic and Atypical Children)
3. Sustav za ocjenu ponašanja (BOS-Bihavior Observation System)
4. Ljestvica za procijenu autizma (CARS-Chilhood Autism RatingScale)
5. Lista za procijenu ponašanja autistične djece (ABC-Autism Behavior Check-list)
6. Dijagnostički intervju za autizam (ADI-Autistic diagnostic Interwiev)
7. Ostali upitnici i ljestvice

Novi smjerovi u tretmanu autizma

Intenzivno bavljenje autističnim poremećajima dovelo je do učinkovitih terapijskih postupaka. S povećanjem znanja o biološkim uzrocima autizma psihodinamske teorije i na njima osnovane terapije izgubile su na važnosti. Individualna psihoterapija ima svoje važno mjesto u okviru savjetovanja autističnih osoba kako bi bolje razumjele svoje tegobe i drukčije se nosile s njima. U tom pogledu pomogla su istraživanja o socijalnoj percepciji atustičnih osoba. Smatra se da pojedini postupci liječenja ne isključuju druge, štoviše, nastoji ih se sjediniti u jedan ultimodalni plan. U skladu s tim sve više se promiče cjelovit i sveobuhvatan postupak, dakle smisleno djelovanje različitih postupaka (Schreibman, 1996.). Najveću važnost za njegovu učinkovitost ima što raniji početak liječenja. Takav pristup ima opravdanje u razvoju mozga. Obitelj se više uključuje u terapiju kao ravnopravan partner, pritom različite organizacije i pomoć roditeljskih udruga imaju značajnu ulogu, one su u velikoj mjeri pridonijele napuštanje teze da su roditelji krivi za pojavu autizma. Razvijeni su opširni pedagoški programi u kojima se nastoje ujediniti pedagoški i bihevioralno-terapijski postupci. Sve više i program za socijalnu integraciju proširuje se i na starije autistične osobe.

Niti za jedan postupak ili metodu poticanja ne može se tvrditi da će izliječiti autistični poremećaj – mnogo je ako dođe do značajnog poboljšanja. Pritom treba krenuti od provjerenih postupaka, dalje ih razvijati i znanstveno ispitati. Treba prihvatiti i nove postupke, ali potrebna je i pažljiva provjera kako ne bi došlo do razočarenja. Vodeći se tim razlozima American Autism Society formulirao je osnove za vrednovanje novih terapijskih postupaka...

S obzirom da većina osoba s autizmom treba skrb i vodstvo tijekom cijelog života, s vremenom su se razvijali modeli liječenja koji su se pokazali korisnim na području autstičnog spektra poremećaja. Nizozemski pedagog Kok razvio je model tretmana na području autističnog ponašanja koje je klasificirao kao:

1. Prva razina strategije usmjerena je na uvjete življenja
2. Druga razina strategije usmjerena je na individualnu terapiju
3. Treća razina objedinjuje individualne razlike prve i druge strategije

U tretmanu osoba s autizmom razlikuju se dva pristupa koji utječu na izbor tretmana:

1. **PSIHODINAMSKI pristup** – te su metode bile zastupljene početkom šezdesetih i sedamdesetih godina prošlog stoljeća i pokušavale su vratiti dijete na onu razinu za koju se pretpostavlja da je ono ostalo u svojem razvoju. Rezultati ovih metoda nisu bili zadovoljavajući.
2. **ORGANSKI PRISTUP** – ima dva osnovna pravca

*Bihevioralni pristup – bihevioralne metode počele su se primjenjivati 60-tih godina. Cilj bihevioralnog pristupa je zadržati željene oblike ponašanja, a nepoželjne ukloniti. Temelji se na nagrađivanju pozitivnih ponašanja i ignoriranju (kažnjavanju) nepoželjnih oblika ponašanja. Problem u provedbi ove metode je motivacija autistične djece, stoga što su ona često ravnodušna na nagradu i kaznu.
*Edukativni pristup – edukacijske metode počele su se primjenjivati 80-tih godina.
Njihov se pristup temelji na šest načela:

- pomoći djetetu savladati i nadomjestiti teškoće koje su vezane uz simptome autizma;
- smanjiti ili ukloniti problem ponašanja (stereotipije, rigiditet);
- pomoći u ostvarivanju kvalitete života kroz zadovoljenje osnovnih potreba te prihvaćanjem i uvažavanjem osobe;
- povećati razinu socijalne kompetencije, razvoj govora, motoričke i spoznajne sposobnosti, poticati razinu znanja na praktičnom i obrazovnom području;
- poticati proces normalizacije, uključivanja, integracije u svim područjima;
- poštivati proces individualizacije kod izbora metoda, sadržaja i uvjeta rada te rehabilitacijskih tehnika.

Obrazovne implikacije

Djelotvorni programi za učenike s autizmom i ostalim razvojno-pervazivnim poremećajima obuhvaćaju procjenu razumijevanja, komunikacije i intervenciju. Navedeno u pravilu uključuje procjenu patologije govora i jezika i neformalnu razrednu opservaciju i evaluaciju. Procjena služi kao osnova za utvrđivanje ciljeva, zadataka i strategija pomoću kojih se razvijaju receptivni govor i vještine izražavanja, osobito one pragmatične. Obrazovanje mora naglašavati obraćanje pažnje, oponašanje, razumijevanje i upotrebu govora pri djelovanju i u socijalnoj interakciji. Ciljevi komunikacije trebali bi isticati funkcionalnu upotrebu govora i komunikacije u različitim okvirima djelovanja.
Većina ekscentričnih i stereotipnih ponašanja povezanih s autizmom može biti uzrokovana ostalim čimbenicima kao što su hipersenzitivnost ili hiposenzitivnost na senzorno podražavanje, teškoće u razumijevanju socijalnih situacija, teškoće povezane s promjenom rutine i anksioznosti. Obrazovni plan trebao bi obuhvatiti strategije širenja interesa učenika, razvijanje vještina, razumijevanje reakcija učenika na senzorni podražaj te pripremu učenika za planirane promjene. Pri planiranju obrazovanja učitelj treba uzeti u obzir problematično ponašanje i funkciju tog ponašanja za određenog učenika – na primjer, prizivanje pažnje ili pokušaj da se nešto izbjegne. Nije uvijek moguće ukloniti sva repetitivna ponašanja. Djelotvorne strategije poučavanja koje pomažu učenicima s autizmom često su usredotočene na unošenje promjena u okruženje kako bi se smanjilo neprimjereno ponašanje ili kako bi se pomoglo učeniku u učenju drugog primjerenog ponašanja koje će poslužiti istoj svrsi.

Socijalna interakcija

Učenici s autizmom očituju kvalitativne razlike u socijalnoj interakciji te često imaju teškoće pri uspostavljanju odnosa. Njihove socijalne interakcije mogu biti ograničene ili rigidne u odnosu na način interakcije s drugim osobama. Prisutne teškoće povezane sa socijalnim komuniciranjem ne bi trebalo smatrati nedostatkom interesa ili otporom prema interakciji s drugima. Taj nedostatak djelotvorne komunikacije može biti posljedica nemogućnosti obrađivanja socijalnih informacija dobivenih socijalnom interakcijom i upotrebe primjerenih vještina komuniciranja radi reakcije. Razumijevanje socijalnih situacija u pravilu zahtijeva procesuiranje govora i neverbalnu komunikaciju, a to su kod osoba s autizmom često deficitarna područja. Oni ne primjećuju važne socijalne znakove, pa mogu propuštati važne informacije. Kod prilagođavanja socijalnoj interakciji osobe s autizmom u pravilu koriste neprimjerena neverbalna

ponašanja i geste, pa mogu imati teškoća u iščitavanju neverbalnih ponašanja drugih osoba. Osobe s autizmom imaju znatne teškoće u gotovo svakoj interakciji koja zahtijeva poznavanje drugih osoba i poznavanje onoga što te osobe misle ili znaju.
Razvijanje socijalnih vještina izuzetno je važno kada se radi o učenicima s autizmom, pa stoga pri izradi planova postupanja s problematičnim oblicima ponašanja razvijanje socijalnih vještina predstavlja njihovu važnu komponentu. Učenici s autizmom ne usvajaju socijalne vještine na uobičajen način, tj. putem zapažanja i sudjelovanja. Općenito, nužno je da se određena vještina usvoji temeljem jasne upute i pružanja pomoći s obzirom na primjenu vještina u socijalnim situacijama. Ponašanje osobe s autizmom često se očituje kroz neobične i karakteristične obrasce koja uključuju:

- ograničeno područje interesa i zaokupljenost nekom specifičnom zanimljivošću ili predmetom;
- nefleksibilan slijed nefunkcionalne rutine;
- stereotipne i repetitivne motoričke manirizme, poput udaranja rukom, kvrckanja prstom, ljuljanja, okretanja, hodanja na nožnim prstima, lupanja po predmetima;
- zaokupljenost dijelovima predmeta;
- oduševljenje pokretom, kao što je okretanje vijka ili okretanje kotača na igračkama;
- inzistiranje na postojanosti i otpor prema promjeni;
- neobične reakcije na senzorni podražaj.

Učenje

Psihološko-obrazovni profil osoba s autizmom različit je od odgojno-obrazovnog profila pojedinaca čiji razvoj teče normalno. Istraživanja pokazuju da su mogući nedostaci u većini kognitivnih funkcija, a da pri tome ipak nisu oštećene sve funkcije. Neki učenici s autizmom imaju izraženije sposobnosti na područjima mehaničke memorije i vizualno-specijalnih zadataka od sposobnosti na ostalim područjima. Oni se zapravo mogu isticati u vizualno-specijalnim zadacima kao što je slaganje puzzli, te isto tako ispravno rješavati prostorno perceptivne zadatke i zadatke koji zahtijevaju sklapanje. Neki su sposobni prisjetiti se jednostavnih uputa, ali mogu imati teškoća kada se prisjećaju složenijih informacija. U osobnim izvješćima pojedinaca s autizmom opisuju se vizualno-specijalne vještine kao njihova jaka strana. Temple Grandin navodi da neke osobe s autizmom mogu lakše učiti i pamtiti informacije koje su prikazane u vizualnom obliku, te da mogu imati problema pri učenju o predmetima koje nije moguće slikovito zamišljati. Ona objašnjava da takve osobe imaju vizualnu predodžbu za sve što čuju i čitaju te da „razmišljaju u slikama". Teškoće s obraćanjem pažnje učenika mogu znatno utjecati na njegovu sposobnost razvijanja djelotvornog socijalnog ponašanja i govora. Na primjer, učenici s autizmom mogu reagirati na beznačajne socijalne znakove koji su zaokupili njihovu pažnju, ili mogu pratiti ograničene dijelove razgovora bez razumijevanja njegove koncepcije. Oni ne mogu pratiti višestruke znakove u razgovoru i govoru pa im tako promiču važni detalji poruke. Učenici s autizmom obično se razlikuju od ostalih učenika po svojim senzornim iskustvima. Reakcije na senzorni podražaj mogu se protezati od hiposenzitivnosti do hipersenzitivnosti. U nekim je slučajevima jedno ili više osjetila osobe ili ispod osjetljivosti (hiporeaktivno) ili iznad osjetljivosti (hiperreaktivno). Nekim osobama s autizmom podražaji iz okoline mogu biti ometajući ili čak bolni. To se može primijeniti na svaki ili sve vrste senzornih inputa.

Izrada individualnog plana odgoja i obrazovanja

Planiranje odgojno-obrazovnog rada za učenike s autizmom složeno je, jer se ti učenici uvelike razlikuju od većine ostalih učenika po načinu učenja, komuniciranja te razvoju socijalnih vještina, kao i po tome što je njihovo ponašanje često problematično. Postoje znatne individualne razlike u načinu utjecaja tih karakteristika na pojedinu osobu. Programi moraju biti individualizirani i zasnovani na jedinstvenim potrebama i sposobnostima svakog pojedinog učenika. Za planiranje je izuzetno važno prepoznati način na koji autizam utječe na sposobnost procesuiranja informacija i komunikaciju učenika. Važno je djelotvorno planiranje kako bi se učeniku s autizmom i negovoj obitelji pružila odgovarajuća podrška. Potrebe koje je kod učenika potrebno podupirati mogu nadilaziti ovlasti školskog sustava.

Pri planiranju bit će važne sljedeće uloge:

RAVNATELJI ŠKOLA – Dužnosti ravnatelja uključuju provođenje obrazovnih programa za sve učenike škole, određivanje osoblja, raspodjelu sredstava unutar škole te brigu za to da učitelji raspolažu informacijama koje su im potrebne za rad s učenicima određenog razreda ili programa. Pri podupiranju učenika s posebnim potrebama, ravnatelji mogu olakšavati suradnju školskih timova.

RAZREDNI UČITELJI – Učitelji su odgovorni za odgojno-obrazovne programe svih učenika u njihovim razredima. Kada je učeniku s autizmom potrebno specijalizirano programiranje i obrazovanje, učitelji trebaju surađivati s dostupnim stručnjakom kako bi utvrdili postojanje temeljito razrađenog plana I koordiniranog pristupa.

STRUČNI UČITELJI – Razrednim učiteljima podršku pružaju učitelji koji su posebno educirani za rad s učenicima čije su posebne potrebe složene. Stručni učitelji raspolažu posebnim stručnim znanjima u svezi s ponašanjem i razvojem socijalnih vještina. U nekim slučajevima stručni učitelj može biti pomoćni učitelj s posebnim obrazovanjem na području ponašanja ili komunikacije. Nekim učenicima s autizmom pomoćni učitelj može pružati neposrednu poduku, dok u ostalim slučajevima savjetodavnu potporu razrednom učitelju, koji u svom redovnom razredu ima učenika s autizmom, pružaju stručni učitelji.

PATOLOZI GOVORA I JEZIKA (PGJ) – Patolozi govora i jezika raspolažu stručnim znanjima koja su potrebna za procjenjivanje komunikativnih potreba i izradu programa rada radi poboljšanja kumunikacije. Imajući u vidu da su komunikativne teškoće specifičan problem učenika koji imaju autizam, patolozi govora i jezika imaju izuzetno važnu ulogu u zajedničkom nastojanju da se utvrde primjereni ciljevi i strategije zadovoljavanja potreba svakog pojedinog učenika.

Poučavanje učenika sa autizmom

Niti jedna od metoda poučavanja učenika s autizmom nije djelotvorna kod svakog djeteta.

Vizualni pristupi

Pri poučavanju učenika s autizmom u pravilu se preporučuje primjena vizualnih pomagala. Kod učenika često se očituje relativno jaka sposobnost konkretnog mišljenja, mehaničkog pamćenja te razumijevanja vizualno-prostornih odnosa, a teškoće su postojane u apstraktnom mišljenju, socijalnoj spoznaji, komunikaciji i pažnji. Učenju, komuniciranju i razvijanju samokontrole učenika mogu više puta pridonijeti piktografske i pisane upute. Jedna od prednosti korištenja vizualnih pomagala jest u tome što se njima učenici mogu služiti toliko dugo koliko im je to potrebno radi procesuiranja informacija. Nasuprot tome, usmena je informacija prolazna: kada se jednom izgovori, poruka više nije dostupna. Učenicima s teškoćama procesuiranja govora i onima koji traže dodatno vrijeme, usmene informacije mogu biti zbunjujuće. Osim toga, učeniku s autizmom poteškoću može predstavljati praćenje relevantne informacije i blokiranje pratećeg podražaja. Primjena vizualnog potkrepljivanja olakšava pojedincu da se usredotoči na poruku. Vizualna se pomagala i simboli prema složenosti nižu od jednostavnih i konkretnih do apstraktnih. Njihov slijed pomiče se od stvarnog predmeta ili situacije do snimke, fotografije u boji, slike u boji, crne i bijele slike, crtanja linije, te konačno do grafičkog simbola i pisanog govora. Predmeti su većinom jednostavni, a pomagala imaju konkretan oblik. Premda su po svojoj složenosti i apstraktnosti grafički simboli znatno iznad kontinuuma, ipak se u radu s učenicima s autizmom pokazuju kao najdjelotvorniji.

Primjena crtanja linije radi poticanja učenja

Vizualni su poticaji vrlo korisni pa ih je moguće primijeniti:

- za organiziranje aktivnosti učenika – dnevni rasporedi, mini rasporedi, liste provjere aktivnosti, planeri i ploče s izborom aktivnosti;
- za osiguravanje pravila ili uputa za učenika – vizualno isticanje razrednih dužnosti, registar kartica s pravilima povezan sa specifičnim zadacima i aktivnosti, piktografi i pisane upute za učenje novih informacija;
- za pomaganja učeniku oko razumijevanja organizacije okruženja – označavanje predmeta, posuda, natpisa, popisa, tablica i poruka;
- za poticanje primjerenog ponašanja – objavljivanje pravila i njihovo slikovito prikazivanje radi priopćavanja pojedinih faza postupanja;
- za poučavanje socijalnim vještinama – slikovito prikazivanje društvenih priča;
- za slikovito prikazivanje socijalne situacije sa socijalnim uputama i primjerenim reakcijama, koja se posebno osmišljava ovisno o određenoj situaciji pojedinog učenika.

Predviđanje precizne, konkretne pohvale tijekom učenja

Učenicima priopćite preciznu informaciju o tome što rade ispravno ili dobro, na primjer „krasno obojeno“ ili „dobro si dovršio/la ovaj matematički problem“. Općenita pohvala može dovesti do nenamjernog učenja, što se teško

ispravlja. Učenici s autizmom nešto mogu naučiti na temelju samo jednog pokušaja, pa je stoga izuzetno važno upućivati pohvalu za sasvim određeno ponašanje: „Ivane, ide ti jako dobro množenje ovih brojeva.“ Ukoliko učenik ono što radi pogrešno poveže s pohvalom, tada može doći do praznovjernog učenja. Kažete li: “Ivane, ide ti jako dobro“, a da pri tome Ivan tijekom rješavanja matematičkog zadatka istodobno njiše nogama, tada Ivan njihanje nogama može povezati s tom općenitom pohvalom.

Razvijanje izražavanja usmenim govorom

Učenici s autizmom možda neće razviti tradicionalni usmeni govor, no većina razvija određen oblik komunikacije. Važno je da osobe koje su uključene u život učenika s autizmom imaju temeljito znanje o obliku izražavanja učenika te da, sukladno tome, prilagode svoja očekivanja u komunikaciji. Kod učenika s ograničenim usmenim izražavanjem učitelji i članovi obitelji trebali bi prihvatiti ograničene verbalne pokušaje i neverbalno ponašanje kao oblike njihova komuniciranja.

Poučavanje o temeljnim društvenim pravilima

Razvijanje razumijevanja osnovnih pravila koja prate određenu situaciju pomoći će djetetu u prilagođavanju socijalnom kontekstu, te možda spriječiti pojačanu anksioznost i smanjiti ovisnost o neprimjerenim oblicima ponašanja koja je potrebno svladati. Presudne socijalne vještine, za koje će djeci s autizmom vjerojatno biti potrebna određena vrsta izravne poduke, obuhvaćaju:

- **ČEKANJE** – Vizualne upute poput slika predmeta i pisanih riječi mogu pružiti konkretnu informaciju koja će čekanje učiniti manje apstraktnim i izvjesnijim u odnosu prema samoj situaciji.
- **ČEKANJE NA RED** – Može se poučavati primjenom društvenih priča i primjenom slika ili piktografa radi usmjeravanja djeteta. Možda će također biti potrebno osigurati određeno podučavanje i ponavljanje aktivnosti čekanja na red.
- **PRIJELAZE** – Primjena društvenih priča i prikazivanje upozorenja s vizualnim uputama, kao što su simboli koje dijete razumije, može pridonijeti tome da dijete iz jedne aktivnosti prijeđe u drugu. Prijelazi mogu biti osobito teški ako učenik nije dovršio aktivnost; stoga će možda biti potrebno pripremiti učenika za mogućnost da nedovršenu aktivnost završi poslije.
- **MIJENJANJE TEME RAZGOVORA** – Neka se djeca mogu zadržati na jednoj temi i tako ostaviti dojam da su nesposobni ili da ne žele razgovarati ni bilo čemu drugom. Zadržavanje jednog ponašanja ili teme na taj način upućuje na perseveranciju. Pri poučavanju djeteta o tome kada je potrebno završiti ili promijeniti određenu temu mogu pomoći vizualna pravila, utvrđena vremenska ograničenja te ugovaranje vremena i mjesta za bavljenje omiljenom temom.

Poučavanje vještinama samopromatranja/samosvladavanja

Vrlo je važno kod sve djece, uključujući i one s autizmom, da se pomoću djelotvornih socijalnih vještina osnaži njihovo samostalno djelovanje u različitim okruženjima. Jedan od načina kojim se kod visoko funkcionirajućih učenika s autizmom može osnažiti njihova samostalnost jest podučiti ih određenim postupcima osnaživanja. Istraživanja su pokazala porast poželjnih oblika ponašanja tijekom kojeg su učenik ili učenica prikupljali podatke vezane uz samopromatranje. Pri tome su važni proces i stvaranje osviještenosti kod djeteta.

Vještine samopomoći

Pri poučavanju vještinama koje obuhvaćaju područja samopomoći moguće je primjenjivati iste vrste odgojno-obrazovnih strategija koje se koriste za poučavanje učenika komuniciranju ili socijalnim vještinama. Djeca s autizmom, a osobito oni koji imaju intelektualne teškoće, često traže izravnu poduku koja se tiče osobne higijene, njege i oblačenja. Poučavanje osobnoj higijeni može predstavljati područje koje traži specifično planiranje i pouku. Planiranje obroka, pripremanje hrane, pa čak i hranjenje mogu biti sastavni dio programa rada s učenikom. Vještine vezane uz kućanske poslove koje su nužne za samostalno življenje (npr. pranje i glačanje rublja, briga za odjeću te čišćenje) mogu se poučavati ili osnaživati putem školskog programa. Kada se radi o starijoj djeci, tada izuzetnu važnost imaju vještine postupanja s novcem i kućnim proračunom.

Funkcionalno obrazovanje

Sposobnost primjene osnovnih obrazovnih vještina čitanja, pisanja i računanja u stvarnome životu još je jedno važno područje razvijanja funkcionalnih znanja kod većine učenika s autizmom. Djeca moraju naučiti način priopćavanja

osobnih informacija kao što su njihovo ime, datum rođenja, adresa i broj telefona. Njima su potrebna znanja u svezi s prepoznavanjem važnih znakova i pisanih uputa kao što su natpisi i oznake cesta.
Samostalinim i odraslim osobama potrebne su sljedeće vještine:

- točnost i pouzdanost u dolaženju na posao
- praćenje redovitog tijeka posla te izvršavanje preuzetih obveza
- razumijevanje izvršavanja zadatka
- poznavanje sigurnosnih postupaka
- prihvaćanje uputa i ispravljanje pogrešaka
- primjerene reakcije prema nadređenim osobama
- obavljanje redovitog temeljitog čišćenja
- oblačenje primjerenog radnog odijela te primjereno pripremanje za rad
- primjereno korištenje slobodnog vremena tijekom radnog vremena

Aktivnosti slobodnog vremena

- sportske klubove (npr. nogometne)
- pojedinačne sportove (npr. kuglanje)
- umjetničke aktivnosti (npr. glazbene)
- posjećivanje predstava (npr. kazališta, kina)
- aktivnosti u prirodi (npr. kampiranje, planinarenje)
- sudjelovanje u organiziranim skupinama (npr. izviđači)
- posjećivanje društvenih događanja (npr. plesanje)

Također je važno razvijati one aktivnosti u kojima se može uživati kod kuće. Djeca mogu tražiti podršku za aktivnosti koje u sebi sadrže istraživanje i učenje kao što su:

- korištenje televizora, stereoprijamnika
- briga za kućne ljubimce
- igranje društvenih igara poput kartanja
- šivanje, pletenje ili bavljenje drugim zanatima.

Najvažnije je da se što ranije krene s radom, da se roditelj poveže sa stručnim osobama, liječnicima, terapeutima, da se djete uključi u vrtić, školu , ili ustanovu da se s djetetom radi na primjeren način, ali važno je raditi, ne smije se dozvoliti da vrijeme prolazi, jer što se ranije započne s radom više se može napraviti kod djetetove socijalizacije i njegova napretka. Iako tvrde da je autizam neizlječiv, svaki dan se bilježe novi napretci i podaci o djeci koja su se izvukla pravovremenim i upornim radom tako da sada pohađaju redovne škole.

Terapija/tretman autizma

Kad bismo govorili o liječenju, to bi značilo da uklanjamo uzroke, što je u autizmu nemoguće, jer uzroke ne znamo. Terapijom i/ili liječenjem autistične djece podrazumijeva se uklanjanje nepoželjnih simptoma, pridruženih stanja i odgojno obrazovni proces koji je sam po sebi i terapija. Važno je što ranije prepoznati navedene poteškoće. Pravodobnim i dobro odabranim tretmanom moguće je utjecati i promijeniti tijek nekih simptoma. Moguće je zaustaviti negativne procese, donekle preoblikovati nepoželjna ponašanja, te poboljšati socijalizaciju.
Tijek i prognoza autizma ovise o težini simptoma. Prognoza je bolja u djece s višim intelektualnim sposobnostima. Pokazalo se da autistična djeca najbolje rezultate postižu kada su uključena u strukturirane, specijalizirane edukacijske programe koji su individualno prilagođeni svakom pojedinom djetetu, a potiču samostalnost i socijalizaciju uz polivalentnu stimulaciju psihomotoričkog razvoja. Takav pristup kod tretiranja autizma danas je opće prihvaćen. Stručnjaci se slažu da su šanse to veće što se autistični poremećaj prije prepozna, a dijete pravodobno uključi u odgovarajući stručni tretman. Zahvaljujući takvim sveobuhvatnim rehabilitacijskim programima, danas sve više autistične djece, a kasnije i odraslih ljudi ostaje izvan institucija, žive u zajednici, neki se i zapošljavaju, pa čak i žive samostalno uz podršku specijaliziranih službi.

Zaključak

Smatra se da niti jedno ozbiljno rehabilitacijsko iskustvo kod autizma ne može i ne mora funkcionirati isključivo "iz vana, bez da pri tome neprestano nudi autističnoj osobi značajna iskustva (sa svom problematičnošću razumijevanja značaja tih iskustva od strane autistične osobe). Trajno vrednovanje mogućnosti i sposobnosti u komunikaciji

autističnih osoba, pažnja usmjerena prema njihovim iskustvima i poteškoćama jesu, dakle, u prvom planu, a to nije u opoziciji ili kontradikciji sa strategijama izmjene ponašanja. Nakon dugog niza godina ideoloških borbi, oni koji se bave autizmom imaju potrebu da objedine saznanja koja proizlaze iz različitih pristupa i disciplina. Nema sumnje da su psiho-edukacijski tretmani u posljednje vrijeme doprinjeli tretmanu osoba s autizmom i samom razumijevanju autizma. Rehabilitacija i osposobljavanje ne teže samo otklanjanju određenih problematičnih ponašanja ili usvajanju poželjnih sposobnosti, to je, prije svega, vrednovanje i proširenje svih komunikacijskih i izražajnih sposobnosti kod autističnih osoba. Uostalom integracija između kognitivnih poremećaja i afektivnih aspekata iznimno je važna i još uvijek je najvažnija tema brojnih debata i istraživanja u tom polju. Ta integracija zahtijeva da se rad s autističnim osobama temelji na pokušaju da autistične osobe učestvuju u svim ljudskim iskustvima, kao i na kontinuiranom nastojanju da prepoznaju i integriraju značenje tog iskustva na sebi svojstven način.

Literatura

1. Helmut Remschmidt , Autizam,Pojavni oblici,uzroci,pomoć ,“Naklada slap”, 2009.
2. Enrico Micheli, Autizam, UNIVERSITA’DEGLI STUDI DI BOLOGNA DELL’EDUCAZIONE DIPARTIMENTO DI SCIENZE
3. Poučavanje učenika sa autizmom, Školski priručnik www.azoo.hr i http://www.bced.gov.bc.ca/specialed/docs/autism.pdf
4. Kocijan-Hercigonja, Mentalna retardacija,”Naklada Slap”, 2000.
5. www autisam-ri.hr/autisam php
6. www udruga-zvončići.hr/autisam.html
7. www.zdravlje.hr/zdravlje/djeca_i_mladi/autizam_odgoj_

TEŠKOĆE U RAZVOJU DJETETA I KAKO IH PREPOZNATI

Darija Vidljinović, bacc. physioth.,
Centar za odgoj i obrazovanje Rijeka, darija.vidljinovic@yahoo.com

Kod neurorazvoja djeteta procjenjuje se ponašanje, raspoloženje, vid, sluh, govor, pokretljivost tijela, mišićna napetost, usmjeravanje i održavanje pozornosti. Ukoliko se otkriju predznaci poremećaja u razvoju, odgovarajućim medicinskim postupcima može se spriječiti dalji razvoj poremećaja, bolesti ili oštećenja. Nažalost, roditelji i laici ispoljene znakove poremećaja ili bolesti uočavaju uglavnom oko osmog ili devetog mjeseca djetetova života, a tada je već poprilično kasno za sprečavanje oštećenja. Ono se tada može samo liječiti.

Kod neurorizične djece sa uočenim predznacima poremećaja provodi se razvojna gimnastika, poticanje općih i funkcionalnih sposobnosti, poticanje razvoja govora, kao i drugi potrebni medicinski postupci.

U dobi od 12 mjeseci procjenjuje se hoće li se dijete dalje razvijati kao zdravo dijete, uz nadzor tima jednom godišnje ili se očituju znaci oštećenja koje može biti lagano – minimalna cerebralna disfunkcija (MCD) ili teško – cerebralna paraliza (CP).

Važno je prepoznati minimalnu cerebralnu disfunkciju već u malog djeteta, jer se uz pomoć interdisdiplinarnog tima (roditelj, liječnici specijalisti, psiholog, profesor rehabilitator – defektolog, logoped, radni terapeut, medicinska sestra, fizioterapeut) dijete uči strpljenju potrebnom za izvođenje zadataka, samozbrinjavanju u dnevnim aktivnostima (osobna higijena, oblačenje, svlačenje, vezivanje vezica, kopčanje i slično), aktivnostima u kojima se koristi papir i olovka, spretnosti i finim pokretima potrebnim za dob.

Cerebralna paraliza se definira kao grupa neprogresivnih, ali često promjenljivih motornih oštećenja uzrokovanih lezijom središnjeg živčanog sustava u ranim stadijima razvoja (Kuban i Leviton,1994). Premda lezija ostaje neprogresivna, rezultirajuće oštećenje, nesposobnosti i hendikep mogu biti progresivni.
Cerebralna paraliza je jedan od najčešćih kongenitalnih problema (cerebralna paraliza koja postoji od rođenja), na svako od 2000 živo rođene djece petoro ih je pogođeno cerebralnom paralizom.
Ta učestalost ostaje konstantna usprkos napretku opstetritičke i pedijatrijske zaštite zadnjih 30 godina (Miller, Bachrach i sur. 1995).

Uspjeh rehabilitacije najviše ovisi o dobi u kojoj se dijete uključi u tretman, a potom i o težini oštećenja. Zato je važno pravovremeno otkrivanje rizične djece i rano prepoznavanje odstupanja od normalnog razvoja. Prva godina života je pravo vrijeme za ranu intervenciju zbog velike cerebralne plastičnosti i brze organizacije centralnog živčanog sustava (CŽS) tijekom tog razdoblja. Kvaliteta poticanja je važan faktor o kojem ovisi kvaliteta sazrijevanja i funkcioniranja živčanog sustava. Te su činjenice važne za rehabilitaciju.

Dijagnostičko odstupanje od neurofiziologije razvoja postavlja se na osnovi kliničkog pregleda, odnosno evidencije simptoma rizika i jasnih kliničkih znakova oštećenja CŽS.

Etiološki faktori

Grupiraju se prema vremenu u kojem su doveli do oštećenja mozga:

1. Prenatalni etiološki faktori (od začeća do rođenja) – oko 30% svih slučajeva CP
2. Perinatalni etiološki faktori (tijekom poroda, 0 – 28. dana) – oko 60% slučajeva CP
3. Postnatalni etiološki faktori (od prvog mjeseca na dalje) – oko 10 % slučajeva CP

Klasifikacija CP

Postoje tri mogučnosti u klasifikaciji CP:

1. **Prema kliničkoj neurološkoj simptomatologiji i karakteru pokreta:**
   - SPASTIČNI OBLIK (najčešći oblik) – glavna karakteristika je paraliza (pareza) aktivne motorike i mišićni hipertonus koji rezultira slabom koordinacijom pokreta i lošim održavanjem posture.

- ATETOZNI OBLIK – prevladavaju nesvrsihodni, polagani, nehotični, nekoordinirani i bizarni pokreti.
- ATAKSIČNI OBLIK – prevladavaju hipotonija i ataksija. Zatim nedostatak koordinacije pokreta, intencijski tremor koji onemogućava finu motoriku i manipulaciju, a također i dismetrija koja se očituje nesposobnošću prosudbe opsežnosti pokreta.
- KOREOATETOZNI OBLIK – prisutne su korea (brze, asimetrične, nevoljne, nesvrsishodne kontrakcije različitih mišićnih skupina) i atetoza (spori crvoliki pokreti na distalnim dijelovima ekstremiteta).
- CENTRALNA HIPOTONIJA (rijedak oblik) – održavanje posture je nemoguće kao i svaki pokušaj savladavanja sile gravitacije pa dijete samo leži.

- MJEŠANI OBLIK

2. Prema topografskoj distribuciji neuromotornog ispada:

- MONOPAREZA – zahvaćen je jedan ekstremitet ili njegov dio ili dio lica.
- HEMIPAREZA – zahvaćena je jedna polovica tijela s rukom i nogom na istoj strani.
- PARAPAREZA – zahvaćena su dva bilateralna ekstremiteta i to najčešće donja.
- TRIPAREZA – zahvaćena su tri ekstremiteta i to najčešće oba donja i jedan gornji.
- KVADRIPAREZA (TETRAPAREZA) – podjednako su zahvaćena sva četri ekstremiteta.

3. Prema težini neuromotornog ispada:

- BLAŽI STUPANJ – moguće je normalno sporazumijevanje, samozbrinjavanje i pokretanje.
- UMJERENI STUPANJ – mogućnosti su ograničene na samozbrinjavanje, ali je potrebna pomoć kod kretanja.
- TEŠKI STUPANJ – sporazumijevanje, samozbrinjavanje i pokretanje je vrlo otežano ili nemoguće i potrebna pomoć druge osobe.

Uslijed oštećenja CŽS često postoje i pridružene smetnje, odnosno oštećenja koja još više otežavaju razvoj djece. Pridružene smetnje koje se javljaju su: oštećenja vida, oštećenja sluha, oštećenja govora, epilepsija, intelektualne poteškoće, smetnje ponašanja, smetnje na emocionalnom i socijalnom području.

U Hrvatskoj u rehabilitaciji djece s poteškoćama u razvoju najčešće se koriste dvije terapijske metode:

- **Terapija po Bobathu** – sprječava patološke aktivnosti kako bi se omogućio razvitak normalnih položaja i pokreta. Maksimalno se iskorištavaju receptori perifernog živčanog sustava za djelovanje na centralni živčani sustav.
- **Terapija po Vojti** – odmah potiče aktivnosti pojedinih segmenata. Podraživanjem određenih točaka aktiviraju se uvijek isti mišići i dobiva se refleksno pokretanje. Podražaj se sa zone aferentnim putem prenosi u CŽS gdje se pohranjuje.

U novije vrijeme provodi se i senzorička integracija.

Osim fizikalne terapije primjenjuje se radna terapija, govorna terapija, slušna terapija, očna terapija, ortopedska kirurgija, medikametozna terapija mišičnih relaksatora, antikonvulzivna terapija te suvremeni lijek koji se daje u mišić da oslabi spasticitet (botulinim toxin (BotoX).

Uključivanjem u terapiju, djetetu se pokušava osigurati pravilno učenje pokreta, jer se jednom naučeni nepravilni pokreti se vrlo teško ili nikako ne mogu promjeniti u pravilne. Redovitim terapijskim radom i ponavljanjem kod kuće pokušava se postići trajnost terapije.

U okviru ove brošure, ponuđena je jedinstvena mapa koja nam omogućava da pratimo fizički razvoj djeteta. Započinje s 3. mjesecom starosti i nastavlja sve do djetetova 15. mjeseca. Povremeno pogledajte natuknice u mapi i stavljate

kvačice pored radnji koje izvodi vaše dijete. Bilježite svoje primjedbe ili zabrinutost. Ukoliko ste doista zabrinuti, odnesite ovu mapu liječniku ili zdravstvenom stručnjaku. Naime, ovu brošuru odobrila je Američka pedijatrijska akademija i Nacionalno udruženje pedijatrijskih sestara koje rade u praksi.

Ako smatrate da se vaše dijete razvija drugačijim ritmom, potražite pomoć. Liječenje u ranoj fazi kašnjenja u motoričkom razvoju, u prvim mjesecima djetetova života, presudno je kako bi se djetetu osiguralo ono najbolje. Također zapamtite da je pozitivan stav obitelji dokazani faktor u povećavanju do maksimuma potencijala svakog djeteta. Sva djeca mogu učiti, ali inteligencija može biti prikrivena poteškoćama s kretanjem ili vidom. Otkrivanje u ranoj fazi predstavlja najbolju prevenciju!

*Tipični razvoj govora**

DO 3. MJESECA

- ☐ Tijekom hranjenja dobro sisa i guta.
- ☐ Smiruje se ili smiješi kao odgovor na određene zvukove i glasove.
- ☐ Osim plačem oglašava se gugutanjem ili nekim drugim načinom.
- ☐ Okreće glavu u smjeru izvora zvuka.

DO 6 MJESECI

- ☐ Započinje s korištenjem suglasnika tijekom brbljanja, npr. „dada“.
- ☐ Brbljanjem privlači pažnju.
- ☐ Započinje jesti žitarice i kašice.

DO 9 MJESECI

- ☐ Sve je veća raznolikost u zvukovima koje proizvodi i kombinaciji slogova pri brbljanju.
- ☐ Gleda u poznate predmete i ljude kad ih se oslovi njihovim imenom.
- ☐ Počinje jesti hranu za bebe i gnječenu hranu.

DO 12 MJESECI

- ☐ Smisleno koristi „mama“ ili „dada“.
- ☐ Reagira na jednostavne upute, npr. “dođi ovamo”.
- ☐ Proizvodi duge nizove nerazumljivog govora (žargon) u socijalnoj komunikaciji.
- ☐ Počinje koristiti otvorenu šalicu.

DO 15 MJESECI

- ☐ Vokabular mu se sastoji od 5 – 10 riječi.
- ☐ Imitira nove, manje poznate riječi.
- ☐ Razumije 50-tak riječi.
- ☐ Jede raznoliku grubo isjeckanu hranu.

Tipičan razvoj u igri djeteta

Dok leži na trbuhu...

☐ Pogledom prati igračku koja se miče s jedne na drugu stranu.

☐ Pokušava dohvatiti zvečku koja mu se nalazi iznad prsa.

☐ Drži glavu u sredini kako bi moglo promatrati lica ili igračke.

☐ Poseže za najbližom igračkom.

Dok leži na leđima...

☐ Prebacuje igračku iz jedne ruke u drugu.

☐ Pruža obje ruke da bi se igralo s tabanima.

☐ Koristi ruke da bi se poduprlo pri sjedenju.

☐ Prebacuje se s leđa na trbuh.

☐ Dok stoji uz podržavanje, cijelu težinu prebacuje na noge.

☐ U visokoj stolici, drži bočicu i pije iz nje.

☐ Istražuje i pregledava predmet koristeći se s obje ruke.

☐ Okreće nekoliko stranica čvrste kartonske slikovnice odjednom.

☐ U jednostavnoj igri oponaša druge.

☐ Samostalno uzima hranu prstima.

☐ Ubacuje predmete u posudu s velikim otvorom.

☐ Koristi palac i kažiprst za podizanje sitnih predmeta.

☐ Slaže dva predmeta ili kocke.

☐ Pomaže kod skidanja odjeće.

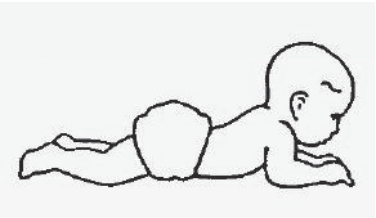
☐ Drži šalicu i pije iz nje.

Tipičan tjelesni razvoj djeteta

Dok leži na leđima...

☐ Podiže se na ruke.

☐ Podiže glavu gore i tako je drži.



☐ Koristi ruke da bi se poduprlo pri sjedenju.

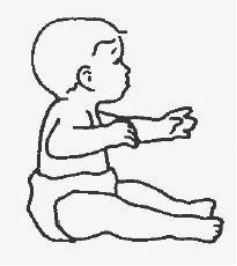
☐ Prebacuje se s leđa na trbuh.

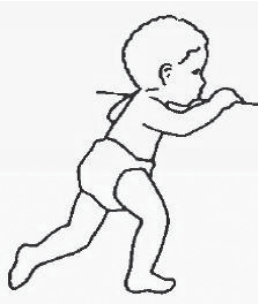
☐Dok stoji uz podržavanje, cijelu težinu prebacuje na noge.

☐ Sjedi i poseže za igračkama bez padanja.

☐ Prebacuje se s trbuha ili leđa u sjedeći položaj.

☐ Puže na rukama i koljenima uz naizmjenično pokretanje ruku i nogu.



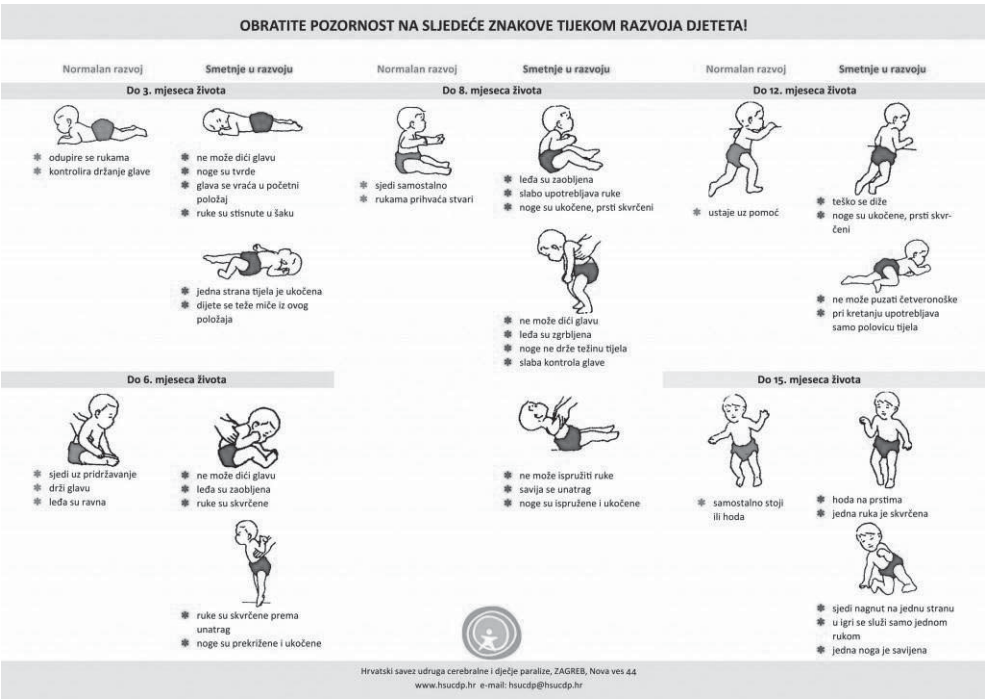


☐Podiže se u stojeći položaj i kruži oko namještaja.

☐ Stoji samo i poduzima nekoliko nezavisnih koraka.

☐ Hoda nezavisno i rijetko pada.

☐ Saginje se da pokupi igračku.

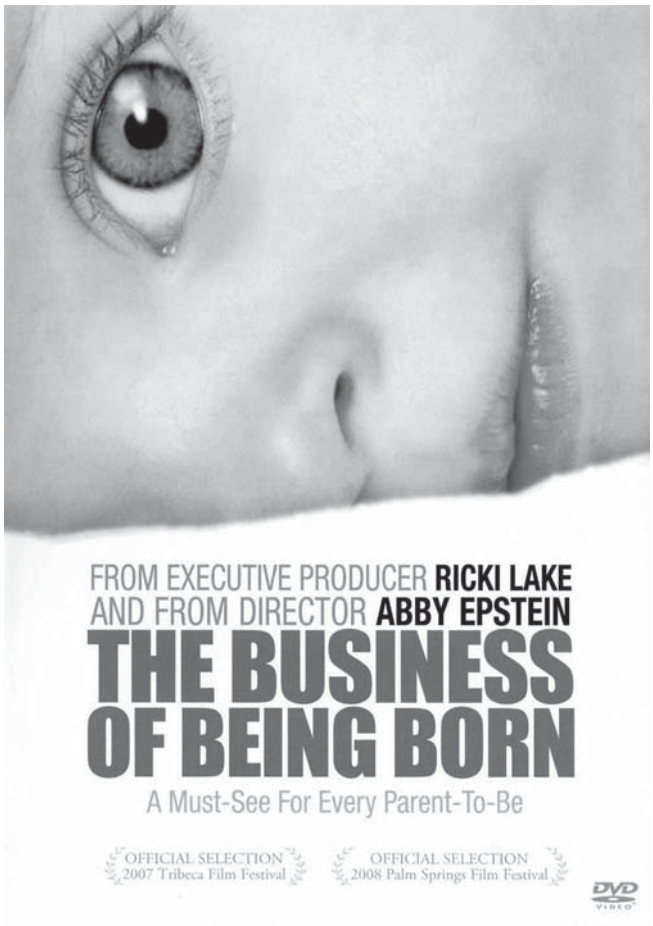


Literatura:

1. www.cdp-ri.hr
2. www.hsucdp.hr
3. www.pathwaysawareness.or

PRIKAZ FILMA: „ROĐENJE KAO POSAO“ (THE BUSINESS OF BEING BORN, 2008.)

Andrea Oštrić, mag. admin. sanit.,
ostricandtrea@gmail.com



Dokumentarni film „Rođenje kao posao“, premijerno prikazan 9. siječnja 2008. godine, progovara o povijesti porodništva, značaju i dijelovanju primalja tijekom stoljeća, a redateljica Abby Epstein i producentica Ricki Lake također propituju i činjenicu nanosi li ponekad uobičajena medicinska praksa majkama više zla nego li dobra.

Tijekom 87 minuta, koliko traje ovaj američki dokumentarac, prikazano je viđenje poroda u SAD-u.

Rođenje: to je čudo. Obred prolaznosti. Prirodni dio života. No, više od svega, rođenje jest posao. Nakon razočaravajućg iskustva rođenja svog prvog djeteta, glumica Ricki Lake započinje potragu za odgovorima na sumnje koja je muče i zapošljava redateljicu Abby Epstein s namjerom da istraže porodiljni sustav skrbi u SAD-u. U središtu filma je New York. Otkriva se da iz bolničkih vrata caruje veliko nepovjerenje. Istovremeno film prati i priče nekoliko parova koji su odlučili donijeti dijete na svijet ne odustajući od vlastitih uvjeta. Dokumentarac bilježi neočekivani zaokret kada redateljica Epstein otkriva da je trudna, a život njezina djeteta nađe se u opasnosti te završi na hitnom carskom rezu. Postavlja se pitanje: „Treba li većinu poroda promatrati kao dio prirodnog životnog tijeka ili se svakom porodu treba pristupati kao mogućoj medicinskoj hitnoći?“

Iako SAD ima možda i najnapredniji zdravstveni sustav na svijetu, to je zemlja s drugom najvišom stopom smrtnosti novorođenčadi u industrijaliziranom svijetu. Mnogi, stoga, propituju uvriježene mudrosti povezane s načinom na koji se opstetričari i ginekolozi odnose spram poroda. Dok primalje predvode većinu poroda u Europi i Japanu, primaljsku skrb traži manje od deset posto američkih majki, unatoč njihovoj dokazanoj uspješnosti. Kako američki liječnici odlučuju o načinu na koji će njihove pacijetice roditi i prema kome je dobrobit usmjerena, još je jedno od brojnih pitanja o kojima se progovara u ovom zanimljivom filmu.

Zanimljiva je činjenica da je SAD zemlja koja troši najviše novaca na svijetu na perinatalnu skrb, a statistika im je jedna od najgorih. Te, iako imaju možda najnapredniju medicinu, to je najskuplja medicina na svijetu i žene je nikad ne dobiju besplatno.

„Rođenje kao posao“ prikazan je na njujorškom Tribeca Film Festivalu 2007. godine.

Izvori:

1. Internet movie database, http://www.imdb.com/title/tt0995061/?ref_=tt_ft (20.03.2013.)
2. The business of being born, http://www.thebusinessofbeingborn.com/, (20.03.2013.)

PRIMALJSKI VJESNIK – UPUTE AUTORIMA

Primaljski vjesnik je službeno glasilo Hrvatske komore primalja (HKP), koja štiti prava i interese primalja, promiče identitet i dostojanstvo struke te razvija primaljstvo kroz unaprijeđenje obrazovanja i zakonodavstva. Strateški ciljevi HKP su sustavno informiranje, educiranje, osnaživanje i povezivanje primalja; jačanje Hrvatske komore primalja kao relevantnog aktera kroz promoviranje rada komore te prava i interesa primalja; poticanje kvalitetne i transparentne prilagodbe standardima EU; poticanje sustavne edukacije primalja; razvijanje institucionalnih mehanizama za priznavanje zatečenog stanja; jačanje institucionalnih i financijskih kapaciteta komore.

Primaljski vjesnik objavljuje:

- ***Izvorne znanstvene radove*** (Original scientific paper) – originalno znanstveno djelo u kojem su izneseni rezultati istraživanja (predviđeno propisima koji reguliraju znanstvenu djelatnost).

- ***Pregledne radove*** (Review article) – cjelovite preglede određenog problema ili područja istraživanja na osnovi već objavljenih radova, ali sadrži originalne analize, sinteze ili prijedloge za daljnja istraživanja.

- ***Stručne radove*** (Professional paper) – uključuje i korisne sadržaje za struku i ne predstavlja nužno istraživački rad (tehnika,tehnologija,metodika). Potrebno je da rad sadrži sljedeće dijelove: uvod, razrada, zaključak, literatura.

- ***Izlaganja sa znanstvenog skupa*** (Conference paper) – može biti objavljeno kao cjeloviti rad koji je prehodno referiran na znanstvenom skupu, a u obliku cjelovitog rada nije objavljen u zborniku radova.

- ***Ostalo*** – prijevod stručnog članka bez autorstva, radovi iz magazina, novina, i sličnih popularno periodičnih publikacija.

Prilikom pripreme radova molimo autore da se pridržavaju sljedećih uputa:

- za pisanje radova koristiti font Arial, te veličinu slova 12 s proredom 1,5; margine «NORMAL» (poravnanje lijevo-desno, gore-dolje 2,5 cm).
- uvući prvu riječ svakog odlomka (nije potrebno ostavljati prazne redove između odlomaka) iza interpunkcijskih znakova (uključujući točke, zareze i ostalo) ostaviti samo jedno prazno mjesto
- koristiti justify (složiti u blok) poravnanje teksta
- stranice moraju biti obrojčane (numerirane).
- Grafikoni i tablice prilažu se unutar teksta na mjestima gdje trebaju biti prikazani. Svaka tablica mora imati svoj naslov i redni broj koji je povezuje s tekstom.
- Preporučena duljina rada je do maksimalno 15 stranica (moguće od 1 do 15 stranica).
- Na prvoj stranici rada napisati: naslov rada, autore, nazive ustanova u kojima su zaposleni autori; podaci osobe (prvi autor) za kontakt: ime i prezime, e-mail, broj telefona.

Radovi se dostavljaju u elektroničkom obliku na adresu: ***primaljski-vjesnik@komora-primalja.hr***
Autor rada odgovoran je za točnost navedenih podataka i literature.

Radovi će se bodovati prema pravilniku Hrvatske komore primalja. Način bodovanja propisan je Pravilnikom o sadržaju, rokovima i postupku trajnog stručnog usavršavanja primalja, primaljskih prvostupnica i primaljskih asistentica (članak 14. točka 5).
Pravilnik je dostupan na web stranicama HKP: http://www.komora-primalja.hr/datoteke/Pravilnik%20o%20sadrzaju%20rokovima%20i%20postuku%20trajnog%20usavrsavanja%2023%2010%202011.pdf.

Za bodovanje članka mora se poslati zahtjev za individualno bodovanje u HKP (jer se radovi ne boduju automatski).

Izneseno mišljenje ili stavovi autora ne odražavaju nužno mišljenje i stavove Hrvatske komore primalja (HKP) i Hrvatska udruga za promicanje primaljstva koji su izdavači Primaljskog vjesnika.
Konačnu odluku o objavljivanju donosi uredništvo. Svi prihvaćeni rukopisi mogu biti podvrgnuti uredničkim izmjenama. Urednici zadržavaju pravo odbiti bilo koji materijal za objavljivanje.

Navođenje literature

Literatura se navodi rednim brojem prema redoslijedu navođenja u tekstu (prva referenca nosi broj 1). Ako navođeni rad ima šest ili manje autora navode se svi autori, ako ima sedam ili više navode se prva tri i dodaje se „i sur.“.

Literatura se citira na slijedeći način:

Članak u časopisu

Mamula O., Smiljan-Severinski N., Haller H., „Očuvanje plodnosti, medicinski potpomognuta oplodnja i maligna bolest - Fertility preservation, assisted reproduction and malignant disease“, Medicina, 2007., 43:295-302.

Članak u elektroničkom časopisu

Larsson P., „Global positioning system and sport-specific testing“ /CD-ROM/. Sports Medicine, 2003, 33(15), 1093-1101.

Knjige i monografije

Autor(i) pojedinci

Štifanić M., Dobar liječnik, Rijeka, Adamić d.o.o., 2006., str. 50.

Poglavlje u knjizi

Alinčić M., „Regulacija medicinski potpomognute prokreacije“ u: Obiteljsko pravo I, suvremene tendencije, Zagreb, Pravni fakultet u Zagrebu, 1991., str. 31.

Zbornik radova

Chung-Lung, H., Chi-Chun, L., Chin-Long, T., (2004), Mobile Privacy and Identity Management, Rožić, N. & Begušić, D. eds., Proceedings of 12th International Conference on Software, Telecommunications and Computer Networks, SoftCOM 2004, Split – Dubrovnik, Croatia – Venice, Italy, October 10 – 13, 2004., Split: University of Split, pp. 17 – 21.

Dizertacija ili magisterij ili diplomski rad

Oštrić A., Medicinski potpomognuta oplodnja sa medicinskog, pravnog, i bioetičkog aspekta. Diplomski rad. Rijeka: Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci; 2010.

Citiranje zakona, pravilnika i uputa

Narodne novine (1992) Zakon o visokim učilištima. Zagreb: Narodne novine d.d., 49(1), str. 2142-2159.

Citiranje web izvora

Scottish Intercollegiate Guidelines, (2001), Hypertension in the elderly. (SIGN publication 20) [Internet], <raspoloživo na: http://www.sign.ac.uk/pdf/sign49.pdf>, [pristupljeno 17.03.2005]

HRVATSKA KOMORA PRIMALJA

HRVATSKA KOMORA
PRIMALJA
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES

SWISS MADE

ARDO

ARDO Carum

Nova generacija bolničkih izdajalica

Individualno podešavanje i za vrijeme programa stimulacije

Love Breastfeeding

Želite dodatne informacije?
Obratite nam se s povjerenjem!

Pošaljite nam upit ili posjetite Carum web stranice kako bi saznali više i upoznali se s uzbudljivim detaljima o novom standardu bolničkih izdajalica!

www.carum-breastpump.com
www.carum-breastpump.co.uk

obol+ ARDO

Zastupnik i distributer za Republiku Hrvatsku:

OBOL PLUS d.o.o.
Janka Holjca 62
10010 ZAGREB

T/F 01/ 6658-288
info@ardo.com.hr
www.ardo.com.hr

Proizvođač:

Ardo medical AG
Gewerbestrasse 19
6314 Unterägeri
Switzerland

T +41 (0)41 754 70 70
F +41 (0)41 754 70 71
info@ardo.ch
www.ardo.ch

Midwives
Improving women's health globally

International Confederation of Midwives

30th Triennial Congress
1-5 June 2014, Prague

www.midwives2014.org

International Confederation of Midwives
Strengthening Midwifery Globally

ICM Prague 2014

ICM 30th Triennial Congress

Midwives: Improving Women's Health Globally

1 – 5 June 2014, Prague, Czech Republic

VOICES OF MIDWIVES:

31 May 2014,
Prague Park at 14:00 hrs

Create the world record for midwives singing together

The International Confederation of Midwives

www.midwives2014.org

International Confederation *of* Midwives

Strengthening Midwifery Globally

Česká Konfederace Porodních Asistentek

HRVATSKA UDRUGA ZA PROMICANJE PRIMALJSTVA

CROATIAN ASSOCIATION FOR PROMOTION OF MIDWIFERY

XXXVII. SIMPOZIJ

PRIMALJSTVO:
znanje, vještina i mudrost

MARIJA BISTRICA, 9. - 11. svibnja 2013.
BLUESUN HOTEL KAJ

pod pokroviteljstvom
Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske, županije Krapinsko-zagorske i grada Zaboka