



PRIMALJSKI VJESNIK



Primaljski Vjesnik ♥ Broj 13 ♥ Listopad 2012.

ISSN 1848-5863





Sadržaj

Riječ uredništva.....	4
Prikažimo stvarno stanje primaljske skrbi u Hrvatskoj.....	7
Održana konferencija povodom međunarodnog tjedna dojenja – 20. svjetski tjedan dojenja.....	8
Utjecaj dojenja na pojavu pretilosti u dječjoj dobi.....	10
Dojenje može smanjiti rizik raka dojke.....	13
Zločudne bolesti i trudnoća – 1. dio.....	17
Zločudne bolesti i trudnoća – 2. dio.....	18
Trudnoća nije bolest, ali se treba tretirati – o primaljstvu u Poljskoj.....	24
Utjecaj prekomjerne tjelesne težine i pretilosti na ishod i tijek trudnoće.....	26
Kako nastaje politika asistiranog kućnog poroda u Hrvatskoj?.....	29
Prirodan porod u „Babiški Hiši“.....	38
Opušteno rađanje – ljepota prirodnog porođaja.....	39
Vbac – vaginalni porod nakon carskog reza.....	42
Epiziotomija, prednosti i nedostaci – 2. dio	44
Komunikacija u jedinici intenzivnog liječenja novorođenčadi.....	50
Psihopedukacija majki nakon poroda.....	52
Sve je moguće!.....	55
Uloga mikrobioma rodnice u spolno prenosivim infekcijama.....	56
Britanski etičari podržavaju stvaranje djece „s tri roditelja“.....	62
Osteoporozu.....	63
Feng shui u dječjoj sobi.....	67
Opća bolnica Zabok – odjel ginekologije i porodništva.....	69
Trudnoća i zdravlje usne šupljine.....	72
Udruga Roda pokreće internetsku stranicu <i>rodilista.roda.hr</i>	74

Riječ uredništva

Drage primalje,

izašao je i trinaesti broj našeg Vjesnika! U njemu je mnoštvo novosti i zanimljivosti. Trudili smo se pronaći nove teme te biti u skladu sa najnovijim vijestima.

Nadamo se da će i u ovom broju pronaći nešto za sebe i uživati čitajući ga. Voljeli bi da i sami pišete o onome u čemu ste najbolji, a tekstove potom pošaljite na našu e-adresu:

primaljski-vjesnik@komora-primalja.hr. Radovi će se bodovati prema pravilniku Hrvatske komore primalja.

Pitajte nas što Vas zanima, a mi ćemo Vam pokušati odgovoriti!

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

Također nas pratite na Facebook stranici: <http://www.facebook.com/pages/Hrvatska-komora-primalja>

Andrea Oštrić, mag. admin. sanit.

I support evidence
based practice.

I support midwives.

Impresum:

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

Žiro-račun: 2402006-110549055 Erste Banka

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

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

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

Priprema i tisk: Tiskara ALFACOMMERCE, Listopad, 2012.

Naklada: 1000 primjeraka

Tekstovi su lektoriirani i autori odgovaraju za istinitost sadržaja .

List je besplatan.

Drage kolegice,

iako se često čini da nikako ne uspijevamo riješiti glavnu problematiku u primaljstvu te da se od osnutka Komore vrtimo u krug, djelatnici i volonterke Komore neprestano rade kako bi unaprijedili status primaljske struke i naših članica.

Stoga bi vas htjeli izvijestiti o važnijim aktivnostima Komore tijekom posljednjih mjeseci:

- U razdoblju od lipnja do kolovoza u Hrvatsku komoru primalja učlanilo se 30-tak novih primalja i izdano je isto toliko dozvola za samostalan rad.
- Hrvatska komora primalja je krajem rujna službeno brojala 2371 članicu.

Pregled ključnih predmeta:

1. Više medicinske sestre ginekološko – opstetričkog smjera

U kolovozu je obavljen razgovor s pomoćnicom Pučkog pravobranitelja, stručnjakinjom po pitanju kvalifikacija. Dogovoren je da će se sredinom rujna uredu pravobranitelja dostaviti sva korespondencija između Komore i MZOŠ-a. Također, predmetno pitanje o diskriminaciji viših medicinskih sestara ginekološko – opstetričkog smjera korištenjem nazivlja prvostupnica, bit će prikazano pučkom pravobranitelju te će se zatražiti njegova intervencija prema resornom ministarstvu. Kako bi se riješilo ovo potanje u rujnu je zatražen i termin za sastanak s pomoćnicom Pučkog pravobranitelja.

2. Rad na prvoj primaljskoj knjizi

S obzirom da se radi o dijelu kalendarske godine kada se finaliziraju godišnji finansijski planovi, planira se pristupiti važnijim kompanijama kako bi se ispitale mogućnosti financiranja. Također, slijedi revizija i poboljšanje pojedinih poglavlja knjige.

3. Edukacija primalja

Dana 13. rujna 2012. Komora je uputila Zahtjev za hitnom dostavom informacija o tijeku otvaranja studijskih bridging programa radi usklađivanja profesionalnih kvalifikacija primalja sa zahtjevima EU za prvo-stupnice sestrinstva, više medicinske sestre i više medicinske sestre ginekološko – opstetričkog smjera koje su završile srednje primaljsko obrazovanje i više obrazovanje ili studij za medicinske sestre općeg smjera, a rade na poslovima primaljstva. Ministarstvo znanosti nije dostavilo odgovor Komori, iako je upit postavljen još u travnju 2012. Naime, predstavnice Hrvatske komore primalja u travnju ove godine sastale su se sa predstavnicima Zdravstvenog veleučilišta koji su se tom prilikom složili da je potrebno hitno uspostavljanje prijeko potrebnih bridging programa u najkraćem mogućem roku. Dopisom u travnju, o istome smo upoznali i Ministarstvo zdravlja te Ministarstvo znanosti.

4. On - line Skupština

Dana 11. rujna organizirana je prva on-line Skupština Hrvatske komore primalja. To je također i prva izvanredna skupština Komore primalja, a održana je na zahtjev Vijeća kako bi se ono što prije kompletiralo i nastavilo s dalnjim radom u punom sastavu.

5. Sastanak PV Grada Zagreba

Prvog tjedna rujna, Hrvatska komora primalja, pružila je stručnu i tehničku pomoć organizaciji sastanka najvećem Područnom vijeću Komore, onom Grada Zagreba, kako bi izabralo novu predsjednicu i dodatne predstavnice. S obzirom na brojnost članica spomenutog Vijeća (692 članica), bez podrške Komore, teško bi se organizirao sastanak tog volumena (prostor, pozivi članstvu). Nažalost, kvorum za donošenje odluka ipak nije zadovoljen zbog premalog odaziva članica te su prisutne imale priliku saslušati predavanje o osiguranju, a potrebne odluke će se donijeti prema Pravilnicima Komore.

6. Trudnički tečajevi

U kolovozu je Komora primalja prepoznala potrebu građana za poхаđanjem trudničkih radionica u lje-tnim mjesecima (po našim saznanjima jedino smo mi održavali ovaj tečaj u kolovozu u Gradu Zagrebu). Zbog nedostatka istih bilo je dosta govora i prozivanja u medijima.

Treba istaknuti da je Komora primalja organizirala radionice i odgovorila na potrebe građana i prije no što se o tom pitanju počelo raspravljati putem medija.

7. Pripravnički staž

Krajem srpnja Komora je poslala prijedloga izmjena Plana i programa pripravničkog staža zdravstvenih radnika Ministarstvu zdravlja.

8. Nacrt nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012. – 2020.

Hrvatska komora primalja također je krajem srpnja dostavila Ministarstvu zdravlja komentare i prijedloge za Nacrt nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012. – 2020. Sudjelovali smo na radionici vezanoj za spomenuti strategiju. Nakon iste, uočili smo da se prilikom procijene stanja navodi podatak da Republika Hrvatska ima zaposlen veći broj primalja na broj stanovnika, no što je to prosjek u zemljama Europskoj unije. Komora je promptno reagirala na taj navod i objasnila da se u Republici Hrvatskoj ne postoji podaci koliko primalja od ukupnog registriranog broja – stvarno i radi na primaljskim radnim mjestima. Primjedbe Komore su uvažene i unesene u Strategiju razvoja zdravstva. Istovremeno, Komora je pokrenula i opsežnu akciju prikupljanja podataka o stvarnom stanju na terenu. O istoj smo izvijestili i resorno ministarstvo te će prikupljeni podaci biti ponuđeni Eurostatu (Europskoj agenciji za statistiku) i Ministarstvu zdravlja kako bi se što točnije odredile potrebe za zapošljavanjem i školovanjem primalja.

9. Članarine

U procesu smo preispitivanja uplata članarina, oslobođanja od plaćanja iste, te traženja neupisanih članica.

10. Uvažene su primjedbe Hrvatske komore primalja prilikom izrade Plana zdravstvene zaštite.

11. Predstavnik Komore sudjelovao je na sastanku vezanom uz reguliranje profesija gdje je iznesena problematika neadekvatnog standarda obrazovanja u inozemstvu. Podijelili smo iskustva s drugim Komorama i upoznali se s izazovima koji nam dolaze.

12. Edukacija iz Radnog prava

Aktivne volonterke i djelatnici u Komori sudjelovali su u edukaciji iz radnog prava u organizaciji Komore.

13. NEMIR

S regulatornim tijelom za primalje u EU, elektronskim putem smo dogovarali izmjene direktive EU-a, dijela za primalje.

14. Peer misija

U lipnju smo sudjelovali u Peer misiji gdje se, između ostalog, procjenjivalo i stanje hrvatskog primaljstva.



15. Sastanak EMA-e

Predsjednica Komore sudjelovala je na sastanku EMA-e na kojem smo, između ostalog, donijeli primjedbe na direktivu EU, dio koji se odnosi na primalje. Detaljno izvešće možete pročitati u Vjesniku.

16. Sastanak u Ministarstvu zdravlja

Predstavnice Komore primalja 5. listopada 2012. sudjelovale su na sastanku na kojem su nazočili predstavnici Ministarstva zdravlja i predsjednica Hrvatske komore medicinskih sestara. Raspravljalo se o statusu primalja i medicinskih sestara koje ne rade u svojoj struci, te smo donijeli zaključke i plan aktivnosti, kako bi na što jednostavniji način zaštitili osobe koje godinama ne rade u svojoj struci.

Uz gore navedeno, u Komori primalja svakodnevno se provodi cijeli niz aktivnosti kojima nastojimo zaštititi i promovirati struku i naše članice.

Barbara Finderle, predsjednica HCP

Prikažimo stvarno stanje primaljske skrbi u Hrvatskoj

U tijeku je „osvježavanje podataka“ o radnim mjestima primalja. Gdje stvarno radimo? Koliko nas je još potrebno? Kakvo je stvarno stanje na terenu? Što brojke krivo prikazuju? Pomognite nam i Vi da upozorimo na naše potrebe i stvarnu ulogu primaljstva u Hrvatskoj!

Početkom rujna u Komoru je stigao zahtjev Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo koji potražuje podatke o broju licenciranih primalja u Republici Hrvatskoj. Hrvatski zavod za javno zdravstvo želi uvrstiti taj podatak u izvješće za Statistički ured Europske zajednice (EUROSTAT), čime će hrvatsko primaljstvo biti i službeno zastupljeno u statističkim pokazateljima Europske unije. Ponukani tim zahtjevom, ali i dogovorima/pregovorima s Vladom RH o statusu primalja zaposlenim na mjestima drugih zdravstvenih struka, vodstvo Komore zaključilo je da bi takvo podrobno statističko izvješće o radu primalja u Republici Hrvatskoj pomoglo predočiti stvarnu ulogu primalja u zdravstvenom sustavu. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, osim broja licenciranih primalja, zatražilo je i podatke o mjestu rada primalja – ukoliko ih je moguće pribaviti. Vodstvo Komore smatra da upravo taj podatak ima ključnu važnost pri sagledavanju stanja primaljske struke i da svakako mora biti dio izvješća za nadležna tijela u Hrvatskoj, kao i ona u Europskoj uniji.

Podatak o broju licenciranih primalja u Republici Hrvatskoj ne predočava vjerodostojno stanje primaljske skrbi u državi, a zanemaruje ulogu onih primalja koje su dio zdravstvenog sustava, ali ne rade isključivo na primaljskim radnim mjestima. Točan i aktualan podatak o tome na kojim odjelima primalje doista rade i koliko ih je u samom primaljstvu, dat će nam pravi odgovor o broju primalja koji nam nedostaje, kao i koliko je primalja ugroženo neregulacijom pitanja zatečenog stanja zaposlenih primalja na drugim radnim mjestima.

Smjernice Europske unije o potrebnom broju primalja na broj rodilja nisu iste u svim zemljama. U susjednoj nam Sloveniji to je 120 poroda na 1 primalju godišnje. Prilikom izrade Prijedloga nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012. – 2020. u svom inicijalnom prijedlogu Ministarstvo zdravlja navelo je da Republika Hrvatska ima znatan broj primalja u odnosu na ukupni broj stanovnika, čak i u europskim okvirima. Na intervenciju Komore i objašnjenje u kojem stoji da zapravo nije poznat broj primalja stvarno zaposlenih na primaljskim mjestima, taj je navod izmijenjen. Stoga će ovi podaci koje danas prikupljamo, biti stavljeni na raspolaganje resornom ministarstvu prilikom procjene stvarnog stanja na terenu i poslužit će za planiranje stvarnih potreba za novim primaljskim radnim mjestima.

Zato i ovim putem apeliramo na Vas drage kolegice – da nam se i same javite u Komoru i izvršite provjeru podataka koje ste inicijalno dostavili prilikom upisa, a koji su se naknadno možda promijenili. Poželjno je da nadopunite svoje podatke; ukoliko ste prilikom upisa dostavili samo podatak o imenu organizacije u kojoj radite molimo Vas dopišite i odjel na kojem radite.

*Otvorite na Internetu stranicu Komore (www.komora-primalja.hr) i prijavite se u svoj korisnički profil te kliknite na poveznicu **Izmjene podataka**. Zatim popunite tražene podatke u rubrici **Odjel na kojem radite** dodajte i sve ostale podatke koji su zatraženi, a koji nedostaju, ili su se promijenili. Svakako nam je važan i podatak o vašem dodatnom obrazovanju (najvišem stupnju obrazovanja) ako ste ga u međuvremenu završile ili ako trenutno isti pohađate (bez obzira je li to studij sestrinstva ili primaljstva ili nešto treće). Podatke o ovome dodajte u rubriku **Podaci o završetku najvišeg stupnja obrazovanja i Studij u tijeku**. Molim Vas da obavezno dodate ili promijenite spomenute podatke te da ih **spremite** u svoju bazu podataka*

Ovo je ujedno prilika da pregledate i svoje ostale podatke i unesete sve što nedostaje. Ukoliko imate mail adresu navedite je u svojoj bazi kako bi lakše primali obavijesti koje Komora šalje.

Svjesni smo činjenice da neke kolegice često mijenjaju odjel na kojem rade, međutim manje je vjerojatno da će se primalja koja trenutno radi na „primaljskom radnom mjestu“ premjestiti na drugo radno mjesto, izvan njezinih kompetencija. Bitno nam je znati trenutno stanje, a Vi nam možete u tome puno pomoći.

U nastavku teksta istaknuti su kontakti Komore na koje nam također možete poslati podatke: ime usta-nove u kojoj radite s obveznom naznakom odjela na kojem ste trenutno zaposleni, Vaš datum rođenja, stručnu spremu i stupanj obrazovanja, a mi ćemo te podatke unijeti u Vašu bazu podataka.

Hrvatska komora primalja je u procesu kontaktiranja svih većih ustanova radi dostave ovih podataka, no kako bi ovaj proces ubrzali apeliramo na Vas da nam se i sami javite ili pak da strpljivo odgovorite djela-tnicima komore na ta pitanja kada Vas kontaktiraju.

Ističem još jednom – razvoj samog primaljstva, ulaganje u edukaciju i nova radna mjesta, ali i zaštita primaljskih radnih mjesta ovisi uvelike u točnom prikazu stvarnog stanja na terenu. Dojma smo da se naš glas ipak više čuje sada, nego li prije godinu dana, no, najteži koraci vladajućih institucija za regulaciju statusa hrvatskih primalja tek slijede, pa učinimo i mi svoj dio kako bi im pomogli da u tome što kvalitetnije uspiju.



*Kontakti na koje se možete javiti:
Tel: 01/54 94 688; 01/54 94 689
Fax: 01/54 94 687
komora@komora-primalja.hr*

Održana konferencija povodom međunarodnog tjedna dojenja – 20. Svjetski tjedan dojenja



U prostorijama UNICEF-a, u Zagrebu, održana je konferencija za novinare povodom Međunarodnog tjedna dojenja koji se svake godine obilježava od 1. do 7. kolovoza. Na konferenciji se govorilo o važnosti isključivog dojenja u prvim mjesecima djetetova života.

Ovogodišnji Međunarodni tjedan dojenja s temom „Učeći iz prošlosti, planiramo budućnost“ posvećen je dosadašnjoj provedbi i učincima inicijative „Rodilišta – prijatelji djece“. Toj globalnoj inicijativi Hrvatska se pridružila još 1993. godine kao jedna od prvih zemalja.

Ujedno, ove godine Međunarodnim tjednom dojenja obilježava se i 10. rođendan Globalne strategije UNICEF-a i Svjetske zdravstvene organizacije za prehranu djece i novorođenčadi. O provedbi programa „Rodilišta – prijatelji djece“ i drugim aktivnostima vezanim uz promicanje dojenja govorili su Đurđica Ivković, programska voditeljica UNICEF-a u Hrvatskoj, Sanja

Predavec iz Ministarstva zdravlja, Anita Pavičić Bošnjak, neonatologinja zagrebačkog rodilišta „Sveti Duh“ i Josip Grgurić, koordinator programskih aktivnosti „Rodilišta – prijatelji djece“.

„UNICEF u suradnji s Ministarstvom zdravlja nastavlja s aktivnostima čiji je cilj humanizacija rodilišta i promicanje dojenja. Očekujemo da će uskoro sva rodilišta u Hrvatskoj, njih 31, nositi naziv Rodilište – prijatelj djece te da će uspješno održavati taj prestižan status,“ istaknula je Đurđica Ivković.

Uspješnost provedbe programa „Rodilišta – prijatelji djece“, nedavno je prepoznao i najpoznatiji svjetski znanstveni časopis o dojenju Journal of Human Lactation.

U njegovu zadnjem broju hrvatska iskustva u promicanju dojenja uvrštena su uz singapurska, švedska, engleska i američka.

Da bi ispunilo uvjete za dobivanje tog naziva, rodilište treba dokazati da primjenjuje svih 10 koraka koji vode ka uspješnom dojenju te da poštuje odredbe Međunarodnog kodeksa o načinu reklamiranja i prodaje nadomjestaka za majčino mlijeko. Jednom dobiven, status nije trajan, jer rodilišta se ponovno ocjenjuju svake tri godine. Otkako su stekli taj naziv ponovno su ocijenjena rodilišta u Rijeci, Vukovaru, Dubrovniku te rodilište „Sveti Duh“ u Zagrebu.

Program je doveo do daljnje humanizacije hrvatskih rodilišta. Tako je još prije 15 godina u hrvatskim rodilištima bila uobičajena praksa da se djeca i majke odvajaju odmah po porodu, dok danas gotovo sva rodilišta imaju uvjete za zajednički boravak majki i djece, tzv. „rooming in“.

UNICEF je pokrenuo i program „Savjetovališta za djecu – prijatelji dojenja“ kako bi se potaknulo produženo dojenje djece. Program omogućava majkama da u pedijatrijskim te ordinacijama obiteljske i opće medicine dobiju savjete i informacije o optimalnoj prehrani djeteta. Trenutačno u Hrvatskoj postoji osam takvih Savjetovališta.

Sve veći broj majki u Hrvatskoj doji svoju djecu

Zahvaljujući brojnim aktivnostima koje promiču dojenje sve veći broj majki u Hrvatskoj doji svoju djecu. Tako je postotak isključivo dojene djece u dobi od rođenja do dva mjeseca 2010. godine iznosio 66,3 %. Nažalost, postotak isključivo dojene djece se smanjuje s povećanjem dobi djece. Svega 15,9 % djece u dobi do šest mjeseci ostaje isključivo dojeno.

Navedeni podaci iz „Hrvatskog zdravstveno – statističkog ljetopisa“, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, ukazuju na potrebu da cijela zajednica u većoj mjeri podupre dojenje, a ne samo zdravstvo, rečeno je na konferenciji za novinare.

O važnosti isključivog dojenja u prvim mjesecima djetetova života svjedoče brojna istraživanja koja dokazuju da je ono najbolji izbor za majku i novorođeno dijete.

Diljem Hrvatske osnovana je 121 grupa za potporu dojenju kako bi se uspješno nastavilo dojenje po izlasku iz rodilišta. Odnedavno, savjeti o dojenju mogu se dobiti i putem savjetovališta „Telefončić“ na broju 01/48 50 555 ili putem e-pošte na info@telefoncic.hr. To je prvo savjetovalište za rani razvoj djece nastalo u sklopu UNICEF-ove akcije „Prve 3 su najvažnije“. Globalnu strategiju za prehranu dojenčadi i male djece pokrenuli su Svjetska zdravstvena organizacija i UNICEF 2002. Ona daje smjernice o tome kako štititi, promicati i podržavati isključivo dojenje tijekom prvih 6 mjeseci i dojenje tijekom 2 ili više godina u kombinaciji sa odgovarajućom prehranom. Prema UNICEF-ovom izvještaju o stanju djece u svijetu iz 2011. samo 32,6 % od ukupno 136,7 milijuna novorođene djece u svijetu godišnje isključivo je dojeno u prvih 6 mjeseci života.

Stoga treba uložiti mnogo truda da se ovi skromni rezultati poprave.

**Milanka Matešić, bacc. primaljstva
Andrea Oštrić, mag. admin. sanit.**



Utjecaj dojenja na pojavu pretilosti u dječjoj dobi



Veliki broj stručnih i znanstvenih radova upućuje na mnogostrukе dobroti prirodne prehrane za zdravlje djeteta i majke.

„Prehrana dojenčadi ima utjecaj na rast, razvoj i pojavu gastrointestinalnih, respiratornih i alergijskih bolesti u ranom djetinjstvu, a vjerojatno i na metabolizam, te na zdravlje u kasnijem djetinjstvu i odrasloj dobi,” ESPGHAN Committee on Nutrition, 2001.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije iz 2010. godine 40 milijuna djece mlađe od pet godina ima prekomjernu tjelesnu težinu. U vrijeme epidemijskih razmjera debljine u dječjoj populaciji poseban je naglasak na preventivnim mjerama, među kojima dojenje ima iznimno važan preventivni učinak.

Prema UNICEF-ovom Izvještaju o stanju djece u svijetu iz 2011. samo 32,6 % od ukupno 136,7 milijuna novorođene djece u svijetu godišnje isključivo doji tijekom prvih šest mjeseci života. Dojenje se sve više ističe kao najpoželjniji način hranjenja djece, posebno tijekom prvih šest mjeseci, sve do tada preporuča se tzv. isključivo ili ekskluzivno dojenje, te nastavak dojenja, uz odgovarajuću dohranu drugim namirnicama, do 2 godine djetetova života ili duže.

Isključivo dojenje tijekom prvih mjeseci života smanjuje rizik od prekomjerne tjelesne težine i pretilosti.

U analizi utjecaja dojenja na prevenciju debljine promatra se učinak pojedinih sastojaka u majčinu mlijeku i ukupno trajanje dojenja.

Pravilan razvoj oralne motorne funkcije potreban je za uspješno hranjenje i osnova je sigurnog unosa hranjivih tvari u probavni sustav djeteta. Pri poremećajima oralnog motornog refleksa terapijski pristup je raznolik, ali treba naglasiti da usvajanje pravilne tehnike dojenja dovodi do senzorne i motorne stimulacije i normalizacije oralnog motornog refleksa.

Utjecaj sastava majčinog mlijeka na prevenciju pretilosti

Majčino mlijeko, kemijskim sastavom i karakteristikama idealno je prilagođeno rastu i razvoju dojenčeta, dok hormonske promjene u ženinom organizmu tijekom laktacije objašnjavaju pozitivne učinke za zdravlje majki.

Sastav majčina mlijeka u odnosu na sastav umjetnih mliječnih pripravaka također pruža argumente koji objašnjavaju manju učestalost debljine u dojene djece. Posebno važan sastojak majčina mlijeka su dugolančane, višestruko nezasićene masne kiseline koje omogućuju odgovarajuću ekspresiju i primjerenu funkciju inzulinskih receptora kod dojene djece.

Najveća razlika je u unosu količine bjelančevina. Dojenčad hranjena formulom unose 55 – 80 % više bjelančevina nego dojena djeca! Visok unos bjelančevina potiče izlučivanje inzulina i IGF1 (inzulinu sličan faktor rasta) čime se stimuliraju adipociti i povećava odlaganje masti već od najranije dobi. Ukupan unos energije manji je u dojene djece nego u one koja se hrane umjetnim mliječnim pripravkom, s obzirom na razlike u sastavu mlijeka. Djeca koja se hrane dojenačkim formulama imaju 10-18 % veći energetski unos od dojene djece.

Djeca hranjena boćicom, 120 minuta nakon oralnog opterećenja glukozom, imala su veće vrijednosti glukoze u krvi, veće vrijednosti kolesterola LDL (low-density lipoprotein) i veći omjer kolesterola LDL i HDL (high-density lipoprotein) kolesterola. Sastav, okus i miris majčinog mlijeka stalno se mijenja, iz dana u dan, od obroka do obroka, ovisno o stadiju laktacije, majčinoj prehrani i volumenu mlijeka koje dijete posiše, dok je sastav tvorničkih pripravaka (formula) stalan. Pretpostavlja se da izloženost različitim okusima i mirisima utječe na kasnije prihvaćanje hrane. Na taj način dojenje programira kasniji odnos prema hrani odnosno odabir namirnica.

Važnost dojenja na zahtjev djeteta

Stavljanjem djeteta na prsa odmah nakon poroda, još u rađaonici, potiče se pozitivan razvoj interakcije majke i djeteta u procesu hranjenja. Stavljanje djeteta na prsa, na zahtjev djeteta, odnosno kada plačem ili nekim drugim znakovima pokazuje da je gladno, jedna je od polaznih pretpostavki promicanja dojenja. Posljednjih godina, model hranjenja djeteta svaka 3 do 4 sata sve se više napušta, a sve je više zagovornika hranjenja djeteta na zahtjev.

Hranjenjem djeteta na zahtjev dijete se potiče na uzimanje hrane prema vremenu, rasporedu i količini koja mu najbolje odgovara i tako se pravilno podupiru razvojni zadaci koje ono treba usvojiti, kao i razvoj pozitivnih stavova o sebi i okolini. Dojenjem na zahtjev djeca sama reguliraju unos hrane, izbjegavajući tako prekomjeran energetski unos.

Dojena djeca hranjena na zahtjev u usporedbi s dojenčadi koja su hranjena formulom imaju drugačiji obrazac si-sanja, $\frac{3}{4}$ veći broj obroka te $\frac{3}{4}$ kraći razmak između pojedinih obroka. Obrok na dojci traje tako dugo dok dijete ne zadovolji svoje potrebe. Kod djece koja se hrane umjetnim pripravkom na boćicu obrok traje i nakon što su postali siti, jer se ohrabruju da isprazne boćicu do kraja. Unos hrane regulira majka/osoba koja hrani dijete.

Utjecaj ukupnog trajanja dojenja na prevenciju debljine

Što se tiče povezanosti trajanja dojenja i pojave debljine, meta-analiza Hardera i suradnika pokazuje da se za svaki dodatni mjesec dojenja rizik od pojave prekomjerne tjelesne težine smanjuje za 4 %.

Trajanje dojenja	Smanjenje rizika
1-3 mj.	19%
4-6 mj.	24%
7-9 mj.	33%

Harder et al. Am J Epidemiol 2005;162:397-403.

Prema istraživanju, učestalost debljine u predškolske djece iznosila je 3,8 % ako su dojeni tijekom 2 mjeseca, 2,3 % pri trajanju dojenja od 3-5 mjeseci, 1,7 % kod djece dojene od 6 do 12 mjeseci i 0,8 % kod djece dojene više od 12 mjeseci. Slično istraživanje (n=2.372) ispitivalo je povezanost trajanja dojenja i debljine među braćom i sestrama, prosječna razlika u trajanju dojenja iznosila je 3,7 mjeseci. Utvrđeno je da je rizik od pojave debljine unutar obitelji kod duže dojene djece (>7 mj.) u odnosu na kraće dojenu djecu (<3 mj.), sličan riziku od pojave debljine u čitavoj skupini ispitanika uspoređenih s obzirom na različito trajanje dojenja. Rezultati potvrđuju protaktivni učinak dojenja i sugeriraju da teško mjerljivi sociokulturološki čimbenici nemaju važniji utjecaj na navedeni učinak.

Dvije meta-analize, jedna koja obuhvaća devet studija s više od 69.000 ispitanika i druga koja je obuhvaća 28 studija s 298.900 ispitanika, pokazuju da dojena djeca imaju 15 – 20 % manji rizik od pojave debljine

Učinak dojenja na pojavu debljine; analiza dobnih skupina:

DOBNA SKUPINA	SMANJENJE RIZIKA OD POJAVE PRETILOSTI
Dojenčad	50 %
Djeca predškolske dobi	10 %
Djeca školske dobi	34 %
Odrasli	20 %

Harder et al. Am J Epidemiol 2005;162:397-403.

Poznato je da je majčina debljina jedan od važnijih nagovještaja debljine u djece, kao i to da majke s prekomjernom tjelesnom težinom i niskim socijalnim statusom doje rjeđe i kraće. Istraživanje je pokazalo da uzme li se u obzir utjecaj debljine roditelja, majčina ovisnost o nikotinu, dakle pušenje i socijalni status, dojenjem se još uvijek smanjuje rizik od debljine. No, postoje i drugi čimbenici koji su teško mjerljivi i teško se kontroliraju statističkom analizom, a odnose se na uspostavljanje i trajanje dojenja kao npr. interakcija majka-dijete, spremnost na brigu o djetetu i općenito ponašanje majke u svezi s zdravljem.

Iako je tijekom posljednjeg desetljeća 20. stoljeća došlo do porasta stope dojenja, ipak se opaža općeniti trend porasta debljine u dječjoj dobi. Stoga u procjeni zaštitnih učinaka prehrane u ranom razdoblju rasta i razvoja, uz dojenje, treba uzeti u obzir i niz drugih čimbenika koji utječu na djetetu u hrnanjenost.

Najveće razlike u učestalosti debljine s obzirom na način mlječne prehrane u prvoj godini života, zamijećene su kod djece do sedme godine života. Naime, dojena djeca u znatno većem broju imaju povoljnije vrijednosti aterogenog indeksa, prije svega zbog većih vrijednosti „dobrog“ kolesterola HDL, nego djeca hranjena umjetnim mlječnim pripravkom.

Literatura

- 20 godina posvećenih promociji dojenja 12.9.2012; <http://www.unicef.hr/show.jsp?newscontainer=172194&page=148029&singlenewsid=185946#news185946>
- Analiza stanja prava djece i žena u Hrvatskoj 19.09.2012.; [http://www.unicef.hr/upload/file/370/185135\(FILENAME/Analiza_stanja_prava_djece_i_zena.pdf](http://www.unicef.hr/upload/file/370/185135(FILENAME/Analiza_stanja_prava_djece_i_zena.pdf)
- Obesity and overweight 19.09.2012.; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Prevenira li dojenje nastanak debljine?, 13.09.2012; <http://www.paedcro.com/index.php/hr/pretraga-po-naslovu/108-01-2004/236-236>
- Dugotrajni učinci dojenja na zdravlje 13.9.2012: <http://www.lijecnicki-vjesnik.hlz.hr/attachments/article/69/DUGOTRAJNI%20UCINCI%20DOJENJA%20NA%20ZDRAVLJE.pdf>
- Preporuke za promicanje dojenja Hrvatskog Pedijatrijskog Društva; 13.09.2012.; <http://www.paedcro.com/index.php/hr/pretraga-po-naslovu/114-04-2005/333-333>
- Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet 1990; 336:1105-7.
- Gomes-Pedro J, Bento de Almeida J, Silveira da Costa C, Barbosa A. Influence of early mother-infant contact on dyadic behaviour during the first month of life. Dev Med Child Neurol 1984; 26(5):657-64.
- Pezzati M, Biagioli-Cosenza E, Mainardi G, Cianciulli D, Carbone C, Biadaioli R, Danesi G, Romano S. Influence of the early mother-infant contact in the delivery room on short or long term breast-feeding. Minerva Pediatr 1994; 46(12):549-52.
- Elander G, Lindberg T. Short mother-infant separation during first week of life influences the duration of breast-feeding. Acta Paediatr Scand 1984; 73(2):237-40.
- Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA, Peerson JM, Lonnerdal B. Growth of breast fed and formula fed infants from 0-18 months: the DARLING study. Pediatrics 1991;89:1035-41.
- Ravelli AC, van der Meulen JH, Osmond C, Barker DJ, Bleker OP. Infant feeding and adult glucose tolerance, lipid profile, blood pressure and obesity. Arch Dis Child 2000;82:248-52.
- Prevencija debljine započinje tijekom trudnoće i najranijeg djetinjstva; 13.09.2012.; <http://www.paedcro.com/index.php/hr/pretraga-po-naslovu/108-01-2004/237-237>
- Lucas A, Boyes S, Bloom SR, Aynsley-Green A. Metabolic and endocrine responses to a milk feed in six day old term infants: differences between breast and cow's milk formula feeding. Acta Ped Scand 1981;70:195-9.
- Das UN. Insulin resistance and hyperinsulinaemia: are they secondary to an alteration in the metabolism of essential fatty acids? Med Sci Res 1994;22:243-8.
- Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. Pediatrics 2005;115:1367-77.
- <http://djecji-centar.com/Dojenje%20Pavicic.pdf>
- Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Berkey CS i sur. Breast-feeding and overweight in adolescence. Epidemiology 2006;17:112-4.

Tamara Knežević, dr. med.

Dojenje može smanjiti rizik raka dojke

Osim što je najbolji način prehrane i zaštite za dijete, dojenje ima pozitivne učinke i na zdravlje majke. Odmah po porodu, ponavljajuće sisanje djeteta uzrokuje otpuštanje hormona oksitocina, koji potiče kontrakcije maternice olakšavajući joj da se vrati na prijašnju veličinu i stanje prije trudnoće. Dojenjem se odgađa povratak menstruacije, što djeluje pozitivno na razinu željeza u krvi, budući da se menstrualnim krvarenjem gubi mnogo više željeza, nego li proizvodnjom mlijeka.

Dojenje je fizička aktivnost u kojoj se troši velik broj kalorija, stoga ono pomaže majci u smanjenju tjelesne težine. Žene koje boluju od dijabetesa, tijekom dojenja imaju smanjenu razinu šećera u krvi. Istraživanja također ukazuju na činjenicu da je dojenje jedan od zaštitnih faktora koji smanjuje rizik od nastanka raka dojke i raka jajnika.



Istraživanja su pokazala da žene koje doje rjeđe oboljevaju od raka dojke u usporedbi s općom populacijom. Zaštita od raka veća je što žena duže doji. Rak dojke je najčešći rak u žena u svijetu i u Hrvatskoj, stoga je važno uzeti u obzir svaki čimbenik koji smanjuje njegov rizik.

Rizični faktori

Iako su definirani različiti genetski i okolišni čimbenici koji mogu utjecati na povećanje rizika raka dojke, još uvijek nije u potpunosti jasno zašto se pojavljuje.

Rizični faktor je čimbenik čije postojanje ima za posljedicu povećanu vjerovatnost pojave neke bolesti, u ovom slučaju raka dojke. Postojanje tih faktora ne znači da će osoba oboljeti od te bolesti, nego jednostavno, statistički gledano, povećava rizik od oboljenja. Faktori rizika se dijele u nekoliko kategorija: oni na koje ne možemo utjecati, okolišni faktori (zagađenje) i osobni faktori rizika.

Faktori rizika na koje ne možemo utjecati su starenje, geni i nasljeđivanje, spol i rasa. Oni na koje možemo utjecati su osobni faktori rizika: ponašanje, prehrana, bavljenje tjelesnim aktivnostima, stres i stil života. Povećana tjelesna težina u starijoj dobi povećava rizik. Žene koje nisu rodile također su izložene nešto višem riziku od onih koje imaju djecu. Prema studiji koju je provela Women's Health Initiative (WHI) dva sata brzog hodanja tjedno smanjuje rizik od nastanka raka dojke za 18 %.

Tu su još i ostali faktori: rano dobivanje menstruacije, stalna zračenja kojima smo okruženi, prisutnost jednog od dva gena za rak dojke, te prethodna oboljenja u obitelji. Žene koje su tijekom života bile izložene radioaktivnom zračenju zbog liječenja neke druge vrste raka, također imaju povećan rizik od pojave raka dojke.

Rizičan faktor je i postmenstrualna hormonska terapija, naročito sintetički estrogen (Diethylstilbestrol). Konzumiranje alkohola također povećava rizik od nastanka raka dojke. Konzumiranje dva do pet alkoholnih pića na dan povećava rizik za 1,5 puta u odnosu na žene koje ne piju alkohol.

U nekim studijama dokazano je da kemikalije iz duhanskog dima kod pušača i pasivnih pušača mogu utjecati na povećanje rizika od nastanka raka dojke.

Dokazano je da žene koje rade noću također mogu imati povećan rizik od nastanka raka dojke. Melatonin, hormon kojeg proizvodi žlijezda u mozgu, pomaže u regulaciji drugih hormona u organizmu. Noć i nedostatak svjetla stimuliraju proizvodnju melatonina, a u prisutnosti svjetlosti proizvodnja izostaje. Izloženost svjetlu noću može dovesti do smanjenja proizvodnje melatonina i može poremetiti normalan ciklus njegove proizvodnje. Melatonin pomaže kod reguliranja menstrualnog ciklusa kod žena i sudjeluje u reguliranju procesa starenja. Dokazano je da djeca imaju vrlo visoke razine melatonina u tijelu. Vremenom se ta razina smanjuje što se objašnjava dijelom prirodnim procesom, a dijelom činjenicom što odrasli manje spavaju i ranije se bude.

Uzroci raka dojke – kontroverzni estrogen

Nije još u potpunosti poznato što točno uzrokuje pojavu raka dojke. Postoji niz faktora koji mogu utjecati na povećanje ili na smanjenje rizika pojave raka dojke. Rizici dobivanja raka dojke povećavaju se sa starenjem. Svjetske statistike pokazuju da u prosjeku oboli jedna od 1985 žena mlađih od 20 godina. Za žene starosti do 40 godina ta vjerovatnost je jedna od 68, a kod žena u dobnoj skupini starijih od 70 godina od raka dojke oboli jedna od osam žena.

Među ženama koje obole od raka dojke, oko 75 % njih (podaci se odnose samo na razvijene zemlje) su u menopauzi. 80 % tih žena dobije tumor uzrokovan hormonskim poremećajem koji nastupa u menopauzi.

Menopauza je normalna pojava koja se javlja nakon prestanka menstrualnog ciklusa. Smatra se da je žena u menopauzi nakon što 12 mjeseci za redom izostane menstrualno krvarenje. Nakon ulaska u menopauzu žensko tijelo više ne proizvodi jednakе količine hormona estrogena i progesterona. To može dovesti do različitih fizičkih i psihičkih promjena, a neki od simptoma su: nerедовна ili jaka vaginalna krvarenja, iznenadni napadi vrućine, noćna znojenja, vaginalni simptomi poput suhoće i svraba, urinoinfekcije, inkontinencija, osteoporiza, umor, problemi s pamćenjem, nagle promjene raspoloženja i slično.

Estrogen, hormon kojeg proizvodi žensko tijelo, upravo je jedan od najvažnijih čimbenika za koji se smatra da ima veze s nastankom raka dojke. Razina estrogena s godinama je sve manja i naglo pada nakon ulaska u menopauzu, dok istovremeno, rizik obolijevanja od raka dojke naglo raste. Zbog toga se i izvode zaključci o estrogenu kao o „opasnom“ hormonu. S druge strane, estrogen je izuzetno koristan i značajan hormon koji stimulira rast tkiva kada je to potrebno i koristan je kod odgovora organizma na stres.

Kako bi ženama ublažili ove tegobe, liječnici često propisuju hormonsku terapiju estrogena ili estrogena u kombinaciji s progesteronom. Takav nadomjestak hormona može ublažiti simptome menopauze.

Još uvijek nije u potpunosti poznato na koji način se proizvodi estrogen i zašto mu se proizvodnja mijenja tijekom vremena. Ono što znamo za hormone jest da su u međusobnoj vezi i da količina jednog mora biti u direktnoj vezi s nekim drugim hormonom. Samoregulirajući mehanizam i ravnoteža koju sami uspostavljaju i način na koji to tijelo radi, još su uvijek nepoznanica.

Zaštitni faktori

Osim rizičnih faktora postoje i zaštitni faktori koji mogu smanjiti rizik od nastanka raka dojke, a među njih spadaju: fizička aktivnost, porod i dojenje, zdrava prehrana, izbjegavanje pretilosti u starijoj dobi i slično.

Dojenje

Postoji velik broj znanstvenih studija kojima je dokazano da porod i dojenje smanjuju rizik od nastanka raka dojke.

Veliko istraživanje provedeno 2002. godine (Beral at all) obuhvaćalo je 47 različitih studija u 30 zemalja. Dokazano je da se rizik od dobivanja raka dojke smanjuje za 4,3 % sa svakom godinom dojenja. Također, sa svakim porodom i ponovnim dojenjem rizik se smanjuje za još 7%. U ovom istraživanju dokazano je da rizik ne varira ovisno o godinama, menopauzi, etničkom porijeklu, niti dobi kada je žena imala prvi porod.

Procijenjeno je da bi se ukupni broj oboljenja smanjio za više od pola, odnosno od 6,3 na 2,7 na sto žena u dobi do 70 godina, ukoliko bi svaka žena imala više od jednog djeteta koje bi dojila u državnom prosjeku te zemlje.

U studiji (Furberg at all) provedenom na američkom studiju Carolina Breast Cancer Study istraživano je u kolikoj mjeri laktacija može biti povezana sa smanjivanjem rizika od pojave raka dojke. Studija je obuhvatila 1493 žene podijeljene u dvije skupine. Usporedbe su rađene u tri kategorije: duljina trajanja dojenja (od prvog do trećeg mjeseca, od četvrtog mjeseca do godinu dana i od 13 mjeseci i više), starost žene i vrijeme kada je započela prva laktacija. Rezultati su pokazali da je u svim kategorijama (bez obzira na duljinu trajanja laktacije, starost žene i prvu laktaciju) rizik od nastajanja raka dojke manji nego kod žena koje nisu uopće dojile.

U znanstvenom radu Newcomb at all autori su istraživali visinu rizika nastajanja raka dojke kod žena koje su u menopauzi, u ovisnosti o duljini laktacijskog perioda. Istraživane su dvije skupine žena.

Prvoj skupini od 3633 žene u dobi od 50 – 79 godina već je bio dijagnosticiran tumor u periodu od 1992. do 1995. godine. Druga skupina od 3790 žena izabrana je na principu slučajnog uzorka i bile su istih godina. Prikupljene su informacije vezane uz starost, broj djece, godine poroda, duljinu dojenja kao i druge faktore rizika vezane uz nastanjanje raka dojke. Studija je pokazala je kod žena koje su dojile samo dva tjedna rizik od nastanka raka dojke smanjen u odnosu na one žene koje nisu dojile uopće. Za žene koje su dojile dulje od 24 mjeseca taj rizik je bio još manji. Autori nisu uspjeli dokazati da godine kada je započela laktacija (prva laktacija) utječu na rizik od pojave raka dojke.

Posljednja studija, provedena na Sveučilištu u Kaliforniji, SAD predstavljena je u travnju 2007. godine na godišnjem sastanku American Association for Cancer Research od strane grupe autora. Studija je obuhvaćala 995 žena kojima je već dijagnosticiran rak dojke i 1498 žena koje nemaju rak dojke. Starost žena bila je od 55 godina na više.

Nedavno objavljena studija u uglednom medicinskom časopisu Lancet pokazala je da dojenje može doprinijeti smanjenju rizika od raka dojke, a protektivni učinak dojenja je to veći, što žena duže doji.

Zna se da hormonalni i reproduktivni čimbenici (dob prve menstruacije, broj porođaja, karakteristike menstrualnog ciklusa, dob menopauze) utječu na rizik oboljevanja od raka dojke. Radna grupa koja istražuje hormonalne čimbenike kod raka dojke (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer) provela je retrospektivnu studiju analizom podataka iz 47 epidemioloških studija iz 30 zemalja kako bi istražila povezanost dojenja i raka dojke. Rezultati su bili slijedeći: žene koje su oboljele od karcinoma dojke imale su manji broj porođaja nego kontrolna skupina. Uz to, manji postotak žena s karcinomom dojke koje su rodile je dojilo, a trajanje dojenja je bilo kraće u usporedbi s kontrolnom skupinom. Prema rezultatima studije, autori procjenjuju da bi učestalost karcinoma dojke u razvijenim zemljama mogla biti značajno smanjena kad bi žene imale veći broj djece i kad bi postotak dojilja kao i dužina dojenja bio veći. U zaključku se navodi da mali postotak žena koje doje i kratko trajanje dojenja, što je tipično za razvijene zemlje, uvelike doprinosi visokoj učestalosti raka dojke u tim zemljama.

Majka koja doji čuva i svoje i zdravlje svoga djeteta. Brojna istraživanja su pokazala da dojenje ima veliku ulogu u postizanju optimalnih zdravstvenih učinaka kako za dijete, tako i za majku. Dosad su otkriveni mnogi pozitivni učinci dojenja na zdravlje majke i djeteta i njihov broj neprestano raste.

Majčino mlijeko osigurava sve nutritivne i zaštitne (otpornost prema bolestima) faktore koji su potrebni djetetu za njegov rast i razvoj, i ne mogu ih u potpunosti nadomjestiti adaptirana mlijeka za dojenčad. Mnoge studije su pokazale da su pozitivni učinci na dijete i majku proporcionalni s duljinom dojenja – što majka duže doji svoje dijete, pozitivni učinci na zdravlje su veći.

Dokazani pozitivni učinci dojenja na dijete:

- optimalna količina, kakvoća i probavljivost majčinog mlijeka
- bolje sazrijevanje imunološkog sustava
- bolje sazrijevanje funkcija probavnih organa
- manja smrtnost djece u 1. godini života
- manja učestalost novorođenačke sepse
- manja učestalost crijevnih infekcija
- manja učestalost nekrotizirajućeg enterokolitisa
- manja učestalost infekcija dišnih puteva, upala srednjeg uha i meningitisa
- manja učestalost alergijskih bolesti
- bolji imunološki odgovor na cijepljenje
- manje hospitalizacija i posjeta liječniku
- pozitivan učinak na psihološki razvoj i emocionalnu povezanost s majkom
- pozitivan učinak na kognitivni razvoj

Dokazani pozitivni učinci dojenja na majku:

- spajanje emocionalnu povezanost majke i djeteta
- brža involucija maternice i manje krvarenja nakon poroda (manji rizik za razvoj anemije)
- manja učestalost karcinoma dojke prije menopauze
- manja učestalost karcinoma jajnika prije menopauze
- manja učestalost infekcija mokraćnih puteva
- brže mršavljenje nakon poroda – smanjena učestalost pretilosti inducirane trudnoćom
- manja učestalost osteoporoze u menopauzi

- mogućnost hranjenja djeteta na svakom mjestu, bez posebnih priprema hrane i pribora za hranjenje
- odgađa ovulaciju nakon poroda čime osigurava razmak između trudnoća

Preporuka Svjetske zdravstvene organizacije je da sva djeca, osim rijetkih iznimaka zbog medicinskih uvjetovanih razloga, trebaju dobivati isključivo majčino mlijeko barem u prvih šest mjeseci života. S dojenjem treba nastaviti i u drugoj polovici prve godine života, uz postupno dodavanje druge hrane (dohrana). Nakon prve godine života djeteta dojenje se može nastaviti, sve dok i majka i dijete to žele.

Dojenje je instinktom prirođena vještina, no u razvijenim civilizacijama u određenog broja žena pojavljuju se teškoće koje se međutim u prvim danima poslije poroda mogu uz malo napora i pomoći okoline prevladati. Stvaranje i ispuštanje mlijeka je vrlo osjetljivo i dinamično zbivanje koje zahtjeva prilagodbu i majke i djeteta.

Istraživaja pokazuju da je mali broj (manji od 5 %) majki koje doista ne mogu dojiti iz nekog medicinskog razloga (ti razlozi mogu biti od strane majke i/ili djeteta). Ne smije se odustati prerano (barem prvih 6 tjedana).

Važno je da žene budu informirane o svim dobrobitima koje dojenje ima za zdravlje njih samih i njihovog djeteta kako bi mogle donijeti odluku što je najbolje za njih, njihove obitelji i njihovu djecu.

Dosadašnja istraživanja su pokazivala da je rizik od razvoja raka dojke manji kod žena koje su rodile prvo dijete prije 25-te godine te su imale četvero ili više djece. Roditi prvo dijete nakon 30-te godine smatralo se jednim od faktora koji povećavaju rizik od nastanka raka dojke. Novija istraživanja pokazuju da se rizik od obolijevanja smanjuje i kod majki koje su prvi put rodile nakon 30-te godine sve dok doje. Dokazano je da žene koje su imale prvi porod prije 25-te godine, imaju smanjen rizik dobivanja raka dojke kod pozitivnih receptora estrogena, ali ne i smanjen rizik dobivanja raka dojke kod negativnih receptora estrogena.

Dojenje, bez obzira na starost, smanjuje rizik od nastanka raka dojke kod obje vrste raka dojke.

Statistički pokazatelji

U posljednjih nekoliko godina zabilježen je porast oboljelih od raka dojke. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji u svijetu godišnje od raka dojke oboli više od 1,2 milijuna žena. Prema American Cancer Society te su brojke još i veće (1,3 milijuna žena). Od iste bolesti godišnje umre oko 465,000 žena širom svijeta.

Prema Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo u Hrvatskoj godišnje od raka dojke oboljeva oko 2300 žena (2303 u 2005. godini). Rak dojke u Hrvatskoj je najčešći uzrok smrti od raka u žena, te najčešći pojedinačni uzrok smrti općenito u žena u dobi 35-64 godina. U 2006. godini u Hrvatskoj je od raka dojke umrlo 830 žena (stopa 36,1/100 000). Zemlje koje su rano počele s organiziranim programima ranog otkrivanja imaju već prisutan pad smrtnosti. U Hrvatskoj je 2006. godine započela provedba nacionalnog programa prevencije raka dojke, u kojem su sve žene u dobi 50 do 69 godina bile pozvane na preventivni mamografski pregled.

Cilj programa je smanjiti smrtnost od raka dojke za najmanje 25 %.

Iako se u razvijenim zemljama svake godine povećava broj otkrivenih slučajeva raka dojke, zahvaljujući ranom otkrivanju i preventivnim pregledima u nekim zemljama bilježi se pad broja umrlih. Povećanjem redovnih pregleda i uvođenjem obveznih mamografskih pregleda (preporuka je jednom godišnje nakon 40-te godine) povećalo se otkrivanje tumora u ranoj fazi, kada su puno veće šanse za izlječenje.

Izvori:

- American Academy of Family Physicians, Breastfeeding, <http://www.aafp.org>, Lancet. 2002 Jul 20;360(9328):187-95: Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease.
- Dojenje može smanjiti rizik za rak dojke, <http://zdravlje.hrz.hr/clanak.php?id=12998>, 20.07.2012.
- Dojenje kao jedan od faktora koji smanjuju rizik od obolijevanja od raka dojke, <http://www.roda.hr/article/read/dojenje-i-rak-dojke>;

Andrea Oštrić, mag. admin. sanit.

Zločudne bolesti i trudnoća – 1. dio

October is Breast Cancer Awareness month



did you know?

- ♥ breastfeeding can reduce your breast cancer risk by 4.3 percent per year
- ♥ it's possible to breastfeed after breast cancer
- ♥ breastfeeding lowers breast cancer risk for mothers of all ages
- ♥ donor breastmilk can be used as a cancer treatment



U današnje vrijeme zločudne bolesti u trudnoći javljaju se češće no prije. To je posljedica trenda da se velik broj žena odlučuje na rađanje u četvrtom desetljeću svog života, a u toj dobi počinje rasti učestalost pojedinih zločudnih bolesti. Osim toga, velike fiziološke promjene u trudnoći ukazuju na mogući nepovoljni utjecaj trudnoće na rast i širenje prikrivenog malignoma.

Stoga, kada govorimo o malignomima u trudnoći postavljaju se sljedeća pitanja:

- Je li neke „prikrivene” malignome promoviraju endokrine promjene u trudnoći?
- Mogu li anatomske i fiziološke mjene u trudnoći prikriti organske promjene vezane uz zločudnu bolest?
- Uzrokuje li veća prokrvljenost u trudnoći brže širenje zločudne bolesti?

Iako se ova pitanja čine logičnim, još uvijek ne postoje čvrsti medicinski dokazi o štetnom ili povoljnem utjecaju trudnoće na rast i širenje malignih bolesti.

Karcinom dojke

U 50 – 65 % oboljelih trudnica bolest se otkrije kada već postoje presadnice u aksilarnim limfnim čvorovima.

Karcinom dojke danas je najčešći karcinom u žena, stoga je razumljivo da je i najčešći karcinom u trudnoći. Njegova pojavnost iznosi 35 – 45 slučajeva na 100 000 trudnoća. Posljednjih desetljeća učestalost karcinoma dojke u trudnoći je u neprestanom porastu, stoga što žene sve kasnije rađaju. Sveukupno (uzmemu li u obzir sve stadije bolesti) preživljavanje oboljelih od karcinoma dojke je 60 - 65 %. Neka izvješća govore o značajno manjem preživljavanju (20 - 30 %) ukoliko se karcinom dojke otkrije u trudnoći. Razlog tomu je što se najveći broj karcinoma dojke u trudnoći otkrije u višem stadiju bolesti. Naime, u 50 – 65 % oboljelih trudnica bolest se otkrije kada već postoje presadnice u aksilarnim limfnim čvorovima. To je stoga što povećanje volumena dojke tijekom trudnoće, babinja i dojenja „prikriva” promjene u tkivu ovog organa na duži vremenski period.

Rana dijagnoza karcinoma dojke – najvažniji prognostički čimbenik u liječenju

Nema jasnih dokaza da trudnoća pogoršava prognozu karcinoma dojke, iako sumnja postoji. Prognoza trudnica s karcinomom dojke istovjetna je onoj oboljelih, negravidnih žena u istom stadiju bolesti i istoj dobi.

U literaturi se mogu pronaći brojne špekulativne „teorije”. Jedna od njih je da 30 do 50 puta povećana razina estrogena i progesterona u trudnoći uzrokuje brži rast i rasap karcinoma dojke, dok drugi zagovaraju da povećana prokrvljenost i limfatička drenaža dojke tijekom trudnoće pogoduje bržem metastaziranju.

Međutim, ako se karcinom dojke otkrije u prvom trimestru trudnoće, ako je manji od 2 cm i ako nema limfogenih presadnica prognoza je ista kao i u netrudnih žena iste životne dobi.

S druge strane, karcinom subareolarne regije, inflamirani karcinom, ulcerirani karcinom, presadnice u visoko aksilarnim i supraklavikularnim limfnim čvorovima imaju jednako lošu prognozu kako u trudnica tako i u negravidnih žena.

Prema tome, rana dijagnoza karcinoma dojke je najvažniji prognostički čimbenik u liječenju ove bolesti. Mnogim pokusima je dokazano da estrogeni potiču rast stanica karcinoma dojke. Stoga, u prošlosti se često rabio naziv „terapijski pobačaj”, jer se vjerovalo da se prekidom masivne produkcije endogenih estrogena tumorski rast „stabilizira”. Ukupna razina estrogena na početku trudnoće je 40 mcg/L, dok na kraju trudnoće iznosi 80-220 mg/L. Tijekom trudnoće razina ukupnih estrogena se poveća 2000 do 5500 puta. Unatoč takvom porastu estrogena u trudnoći nije dokazano da prekid trudnoće povoljno utječe na prognozu bolesti. Moguće je da je to stoga što je dominantan estrogen trudnoće – estriol, relativno slab estrogen koji, pretpostavlja se, je antagonist estradiola i estrona. Prema nekim studijama 5-7% žena liječenih zbog karcinoma dojke imalo je jednu ili više trudnoća nakon mastektomije. U tih žena nije zabilježen povrat bolesti, iako bi se mogao očekivati obzirom na povećanu razinu estrogena. Štoviše te žene imaju bolju prognozu. Možda trudnoća djeluje protektivno? Vjerojatno ne. Ovdje se radi o fenomenu selekcije. Naime, većina tih žena zatrudnjela je u prve dvije godine po mastektomiji i one su statistički „određene” za dugotrajno preživljavanje. Druga skupina žena istog stadija bolesti i istog modela liječenja u prve dvije godine razvila je recidiv bolesti i ta skupina je statistički „određena” za lošu prognozu. Dakle, možemo zaključiti da nema jasnih dokaza da trudnoća pogoršava prognozu karcinoma dojke, iako sumnja postoji.

Liječenje karcinoma dojke u trudnoći

Prognoza karcinoma dojke u trudnoći je loša i to prvenstveno stoga što se bolest otkrije u uznapredovalom stadiju.

Liječenje karcinoma dojke u trudnoći je predmet brojnih diskusija i za sada nema usuglašenog stava o načinu liječenja.

Stoga ćemo ovdje opisati dominantni stav o liječenju ove bolesti.

Ako je karcinom dojke otkriven u I i II tromjesječju trudnoće, preporučuje se radikalna mastektomiju (ablacija organa) ili segmentektomiju te evakuacija aksile. Ukoliko je nakon operacije indicirano liječenje zračenjem, isto se odgađa za period babinja. Iako se doza „rasipanja” zračenja može izračunati kalkulacijom za sada nema točnog izračuna „sigurne doze” za fetus, pa je radijacijsku terapiju bolje odgoditi za babinje. Strategiju liječenja, kao i sve rizike treba detaljno obrazložiti trudnici. Važno je istaknuti da pobačaj ne utječe na prognozu bolesti.

Pobačaj je indiciran samo u trudnica s uznaprdovalom bolescu radi provođenja palijativne terapije.

Ako je bolest otkrivena u III trimestru trudnoće pričekat će se fetalna zrelost, dovršiti trudnoća, a potom učiniti mastektomiju ili segmentektomiju s evakuacijom aksile. Neki autori predlažu kirurško liječenje prije dovršetka trudnoće. Rezultati preživljavanja su vrlo slični.

Izvor: <http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/5694/Zlocudne-bolesti-i-trudnoca-karcinom-dojke.html>

Zločudne bolesti i trudnoća – 2. dio

Osim karcinoma dojke, u trudnoći se mogu dijagnosticirati i karcinom stidnice, rodnice, vrata maternice, endometrija i jajnika.

Karcinom stidnice

Prognoza karcinoma stidnice u trudnoći ista je kao i prognoza tog tumora u negravidnih žena iste životne dobi, a ovisi o stadiju bolesti.

Invasivni karcinom stidnice javlja se u 5-7/100 000 trudnoća. Najčešće se javlja kod trudnica niskog socioekonomskog statusa. Prosječna dob pojavljivanja je 30 do 35 godina. Liječenje karcinoma stidnice u trudnoći ovisi o trajanju gestacije. Ako se bolest otkrije u prvom ili drugom trimestru trudnoće liječi se po istim načelima kao i u negravidnih žena. To uključuje vulvektomiju i ingvinofemoralnu limfadenektomiju. Eventualna terapija zračenjem se odgadja za puerperij. Trudnoća se dovršava carskim rezom nakon navršenog 37 tjedana gestacije.

Kada se karcinom stidnice otkrije u trećem trimestru trudnoće poželjno je učiniti široku eksciziju tumora, a definitivno kirurško liječenje (ingvinofemoralna limfadenektomija) odgoditi za period babinja. I u ovom slučaju trudnoću je poželjno dovršiti carskim rezom, iako ima autora koji opisuju i normalan vaginalni porođaj nakon široke ekscizije tumora stidnice.

S obzirom da je karcinom stidnice bolest žena niskog socioekonomskog statusa s lošom ili nikavom prenatalnom skrbi, najčešće se otkrije tijekom ili neposredno nakon porođaja. U tom slučaju bolesnicu treba operirati nakon prvog tjedna babinja.

U više navrata izvještavano je o urednim trudnoćama u žena koje su prethodno radikalno operirane zbog karcinoma stidnice. Opisani su i uredni vaginalni porođaji u tih trudnica, međutim odluku o načinu dovršenja porođaja donosi opstetričar temeljem procjene poslijoperacijske vaginalne stenoze ili fibrozne stenoze stidnice.

Karcinom rodnice

Primarni pločasti karcinom rodnice u trudnoći je ekstremno rijedak. Opisano je svega dvadesetak slučajeva.

Karcinom rodnice porijekla pločastih stanica (carcinoma planocellulare) je bolest starijih žena i obično se javlja nakon pedesete godine života. Prognoza ovih bolesnica je loša. Ako je tumor smješten u proksimalnoj polovini rodnice liječi se po istim načelima kao i karcinom vrata maternice. Ukoliko je zauzeo i distalnu polovicu rodnice terapija je zračenje.

Nešto češće je opisivan adenokarcinom (clear cell adenocarcinoma) rodnice u trudnoći i to u trudnica čije su majke u trudnoći uzimale dietilstilbestrol. Preživljavanje i prognoza ovih bolesnica ne razlikuje se od prognoze netrudnih žena koje su oboljele od adenokarcinoma rodnice. Otkrije li se bolest u I ili II trimestru, trudnoća se prekida, a nakon toga radi se radikalna histerektomija (Rutledge III) i zdjelična limfadenektomija. Ukoliko je bolest zahvatila i distalnu polovinu rodnice tada se izvodi i vaginektomija.

U trudnoći je opisan i botrioidni sarkom rodnice. Ako je gestacija manja od 22 tjedna trudnoća se prekida, a nakon toga slijedi radikalna operacija.

Karcinom vrata maternice

Zanimljivo je spomenuti da značajan broj pacijentica (oko 20 %) ima po porođaju uredan citološki i kolposkopski nalaz. To se objašnjava spontanom regresijom (CIN I) ili gubitkom epitela zbog traume nastale tijekom porođaja (CIN II i III).

Danas je posve poznata etiopatogeneza karcinoma cerviksa. Trajna infekcija visokopatogenim sojevima humanog papiloma virusa (HPV) je glavni etiološki čimbenik nastanka raka vrata maternice. Infekcija HPV-om je najčešće prolazna, međutim trajna infekcija cervikalnog epitela visokopatogenim sojem ovog virusa može dovesti do displastičkih promjena epitela koje nazivamo preinvazivne lezije vrata maternice ili cervicalna intraepitelijalna neoplazija (CIN).

Pojavnost ovih lezija u trudnoći je relativno česta, jer je incidencija ovih promjena najčešća u dobi od 25 do 35 godina, dakle u dobi kad se većina žena odlučuje za trudnoću.

Dijagnozu CIN-e postavljamo temeljem:

- pregleda u spekulima
- PAPA obriska
- kolposkopije
- ciljane biopsije

Ovdje je važno istaknuti da kolposkopski pregled mora obaviti iskusni kolposkopičar kako bi se uočile i najdiskretnije promjene cervikalnog epitela. Klinasta biopsija suspektnih mesta radi se hladnim nožem, najbolje u operacijskoj dvorani. Ekskohleacija endocerviksa u trudnoći nije potrebna, jer je zbog everzije skvamokolumna granica uvijek vidljiva. Osim toga manipulacijom instrumenta u endocervikalnom kanalu može se izazvati krvarenje ili pak ruptura plodovih ovoja.

Dijagnostički postupak CIN-a mora se brižljivo provesti kako bi se isključio invazivni karcinom. CIN nije kontraindikacija za dovršenje trudnoće vaginalnim putem.

Histološki dokazana CIN-a liječi se poslije porođaja. Naime dva mjeseca po porodu uzme se kontrolni PAPA obrisak i napravi se kolposkopski pregled. Zanimljivo je spomenuti da značajan broj pacijentica (oko 20 %) ima po porođaju uredan citološki i kolposkopski nalaz. To se objašnjava spontanom regresijom (CIN I) ili gubitkom epitela zbog traume nastale tijekom porođaja (CIN II i III).

Ako po porodu citološki i kolposkopski i dalje imamo CIN II ili CIN III isti se liječe jednom od ablativnih metoda (LEETZ ili konizacija hladnim nožem).

Obzirom da je vršak incidencije karcinoma cerviksa oko 45 godine života, razumljivo je da je cervicalni karcinom najčešća genitalna zločudna bolest koja se javlja u trudnoći. Incidencija je 40 – 100/100 000 trudnoća.

Dijagnostički i terapijski postupak ovisi o stadiju bolesti i o gestacijskoj dobi.

Mikroinvazivni karcinom cerviksa (FIGO stadij IA) općenito uzevši ima dobру prognozu i ta činjenica otvara brojna pitanja:

- Treba li biti agresivan u liječenju ove bolesti u trudnoći?
- Ima li opravdanja za prekid trudnoće?
- Ima li mesta konizaciji kao metodi liječenja?

FIGO je 1994. godine usvojio novi staging karcinoma vrata maternice i uveo naziv mikroinvazivni karcinom (stadij bolesti IA). Taj stadij bolesti podijeljen je na:

- stadij IA1 gdje dubina invazije u stromu < 3 mm
- stadij IA2 gdje je invazija u stromu >3 ali < 5 mm.

Iako se razlika u dubini invazije čini naizgled malom postoji značajna razlika u riziku metastaziranja, pa prema tome i u preživljavanju ovih bolesnica.

Dok je za stadij bolesti IA1 rizik metastaziranja oko 1% u stadiju bolesti IA2 taj rizik je 7–10 %. Razlika nije mala pa stoga i način liječenje bolesti ovisi o dubini invazije.

Dijagnozu postavljamo temeljem:

- kliničkog pregleda
- PAPA obriska
- kolposkopije
- klinaste biopsije

Liječenje mikroinvazivnog karcinoma vrata maternice

Danas znamo da je preživljavanje žena liječenih zbog invazivnog karcinoma vrata maternice u trudnoći jednakom preživljavanju negravidnih žena istog stadija i iste dobi.

Liječenje mikroinvazivnog karcinoma vrata maternice ovisi o dubini invazije u stromu i trajanju gestacije. Način liječenja i eventualni rizici moraju se detaljno obrazložiti trudnici.

Za stadij bolesti IA1 dovoljna je klinasta biopsija. Ukoliko su rubovi preparata na patohistološkom pregledu slobodni i invazija u stromu manja od 3 mm trudnica se naručuje na kontrolni PAPA obrisak nakon 2 mjeseca. Ukoliko je citološki obrisak uredan dovoljne su redovite opstetričke kontrole. Ukoliko nema opstetričkih indikacija, porođaj se može voditi vaginalnim putem. Dva mjeseca po porodu potrebito je ponoviti PAPA obrisak.

Ukoliko je na bioptičkom materijalu dubina invazije >3 a <5 mm liječenje se provodi ovisno o gestacijskoj dobi. Ukoliko je dijagnoza postavljena u prvom trimestru trudnoće trudnici se objasne rizici i predlaže prekid trudnoće, a potom kirurško liječenje (radikalna histerektomija Rutledge II + zdjelična limfadenektomija). Ova operacija može se učiniti i laparovaginalnim putem (laparoskopska limfadenektomija + radikalna vaginalna histerektomija). Ako je dijagnoza karcinoma cerviksa stadija IA2 postavljena u trećem trimestru trudnoće tada se čeka zrelost novorođenčeta (>36 tjedana gestacije), trudnoća se dovršava carskim rezom, a potom se radi radikalna histerektomija (Rutledge II) i zdjelična limfadenektomija. Tijekom operacije radi se i transpozicija jajnika u bolesnica mlađih od 40 godina. Jajnik se smješta izvan zdjelice (iznad lineae terminalis) kako ne bi bio ozračen poslije operacije ukoliko se u odstranjenim limfnim čvorovima nađe presadnica.

Odluku o načinu liječenja najteže je donijeti ako je bolest otkrivena u drugom trimestru trudnoće (14 - 22 tjedna gestacije).

U tom slučaju postoje tri mogućnosti:

- prekinuti trudnoću i potom (7 – 10 dana) učiniti radikalnu operaciju,
- učiniti radikalnu operaciju s gravidnim uterusom,
- čekati zrelost novorođenčeta (>34 tjedna), trudnoću dovršiti carskim rezom i u istom aktu učiniti radikalnu histerektomiju i zdjeličnu limfadenektomiju.

Prije odluke o izboru liječenja trudnici se moraju objasniti rizici i eventualne komplikacije za svaki od predloženih pristupa. U načelu odluku donosi trudnica.

Danas je liječenje MIC-a zračenjem posve napušteno, jer se radi o mlađim ženama kojima je važno sačuvati seksualnu funkciju. Naime, zračenje uzrokuje stenu i suhoću rodnice što kod mlađih žena može dovesti do psihoseksualne disfunkcije.

Pri liječenju jasno invazivnog karcinoma (stadij IB i više) ponašanje ovisi o stadiju bolesti i trajanju trudnoće. Napušteno je vjerovanje da trudnoća ubrzava rast cervikalnog karcinoma te da tijekom porođaja stanice karcinoma masovno ulaze u cirkulaciju i tako povećavaju broj presadnika. Danas znamo da je preživljavanje žena liječenih zbog invazivnog karcinoma vrata maternice u trudnoći jednako preživljavanju negravidnih žena istog stadija i iste dobi.

U načelu za stadije bolesti IB i IIA do 18. tjedna gestacije odlučujemo se za radikalnu histerektomiju gravidnog uterusa i zdjeličnu limfadenektomiju.

Komplikacije radikalnog kirurškog liječenja nisu češće u odnosu na iste operacije u netrudnih žena, ako se radi savjesno uz uvažavanje kirurških načela. Za trudnoće s navršena 24 tjedna gestacije preporuča se odgoditi operaciju do najmanje 32 tjedna trudnoće, porođaj dovršiti carskim rezom i u istom aktu učiniti radikalnu histerektomiju i zdjeličnu limfadenektomiju.

Za trudnoće kasnog drugog trimestra (18 – 23 tjedna) trudnici se mora temeljito obrazložiti narav bolesti, rizici i mogućnosti liječenja te predložiti joj četiri moguća izbora:

- radikalna operacija s gravidnim uterusom (tehnički moguće),
- prekid trudnoće, pa radikalna operacija,
- nastavak trudnoće do najranije gestacije kada se očekuje porod djeteta sposobnog za život, a potom radikalna operacija,
- liječenje zračenjem, a potom operacija.

Odluku donosi trudnica uz konzultacije s porodničarom i ginekologom-onkologom.

Liječenje zračenjem

Zadnjih nekoliko godina postoje izvještaji o korištenju kemoterapije u kontroli tumorskog rasta u trudnica u kojih je bolest otkrivena u II trimestru gestacije i koje su se odlučile za nastavak trudnoće do zrelosti ploda. Oštećenja plodova nisu zabilježena.

Liječenje zračenjem je jednako učinkovito, kao i primarno kirurško liječenje. U I i II trimestru liječenje zračenjem provodi se zračenjem zdjelice. Pobačaj će uslijediti obično nakon doze od 40 Gy (20 - 23 seanse transkutanog zračenja). Po završetku perkutanog zračenja liječenje se nastavlja intrakavitarnom aplikacijom radioaktivnih izvora (cezij ili iridij) u dozi od 40 - 50 Gy. Ako pobačaj ne uslijedi ni nakon završetka perkutanog zračenja (50 Gy) tada se radi modificirana radikalna histerektomija bez zdjelične limfadenektomije, jer se u gravidni uterus ne mogu na zadovoljavajući način aplicirati radioaktivni izvori. Limfadenektomija nije potrebna, jer je doza od 50 Gy dovoljna za radiosterilizaciju predmijevanih lifatičkih puteva širenja bolesti.

Karcinom endometrija

Karcinom endometrija je ekstremno rijedak u trudnoći. U literaturi je objavljeno tridesetak slučajeva. Neki autori su mišljenja da je i ovaj broj prevelik i da je dijagnoza karcinoma endometrija postavljena krivo tj. radilo se o Arias-Stella reakciji endometrija. Karcinom endometrija u trudnoći obično se dijagnosticira kiretažmom zbog retiniranog ili spontanog pobačaja. Obično se javlja fokalno, dobro je diferenciran i ne invadira ili tek početno invadira miometrij. Liječi se kao i karcinom endometrija izvan trudnoće.

Tumori jajnika

Adneksalne tumore nalazim u 2 – 3/1000 trudnoća. Najčešće se radi o funkcionalnim cistama jajnika i benignim ovarijskim tumorima. Pojavnost različitih tumora jajnika u trudnoći prikazana je tablicom 1.

Teratomi	35 %
Cistadenomi (mucinozni i serozni)	35%
Paraovarijske ciste	15%
Funkcionalne ciste jajnika	10%
Zločudni tumori jajnika	3%
Endometrioza	1%
Ostalo	1%

Tablica 1. Učestalost pojedinih tumora jajnika u trudnoći.

Dijagnozu adneksalnog tumora u trudnoći postavljamo temeljem kliničkog i UZV pregleda. Većina funkcionalnih i paraovarijskih cista otkrivenih u trudnoći su dimenzija manjih od 6 cm, obično nisu zapreka normalnom vaginalnom porođaju pa kirurška eksploracija nije potrebna. Odluku o kirurškoj eksploraciji donosimo temeljem kliničkog i UZV praćenja trudnice. Postupnik kliničkog ponašanja u trudnica s adneksalnim tumorom prikazan je shemom 1.

Shema 1. Klinički postupnik u trudnici s adneksalnim tumorom

Jednostrana cistična tvorba <10 cm

Jednostrana/obostrana cistična tvorba < 5 cm sa solidnim papilarnim rastom

Praćenje do 18. tjedna

Iste dimenzije ili veće

Kirurška eksploracija

Iskustveno je pokazano da je kirurško odstranjenje cističnog tumora koji raste najbolje učiniti oko 18 tjedna trudnoće, jer u toj gestacijskoj dobi spontani pobačaj je relativno rijedak. Naravno ukoliko je UZV slika adneksalnog tumora kompleksna i suspektna na malignom tada se za laparotomiju odlučujemo ranije.

Ovdje je važno ukazati na dva adneksalna tumora specifično vezana uz trudnoću. To su luteom u trudnoći i tekaluteinska cista.

Luteom u trudnoći je obično manjih dimencija od par milimetara do 2 – 3 cm. Međutim opisani su luteomi trudnoće i do 20 cm. u promjeru. Građeni su od brojnih dobro ograničenih čvorova i u 30 % slučajeva su obostrani. Četvrtina ovih trudnica u plazmi ima povišene vrijednosti testosterona koji u tih trudnica uzrokuje virilizaciju. Štoviše oko 2/3 ženske novorođenčadi maskuliniziranih majki pokazuje znakove virilizacije. U trudnoći se obično otkriju luteomi > 5 cm u promjeru. Ukoliko brzo rastu indicirana je laparotomija ili laparoskopija (ovisno o trajanju gestacije). Ako sumnjamo na luteom dovoljno je učiniti biopsiju radi patohistološke potvrde, jer luteom po porodu spontano regredira.

Teka – luteinske ciste u trudnoći nastaju zbog stimulacije teka stanica jajnika ekstremno visokim razinama korionskog gonadotropina (gestacijska trofoblastička bolest, višeplodna trudnoća). Ove su ciste obično multilocularne tanke stijenke i tankih septa. Ako nema komplikacija (torzija) nema indikacije za kirurško liječenje, jer ciste poslije porođaja spontano nestaju.

Karcinom jajnika

Obzirom na dob pojavljivanja najčešće zločudne novotvorine u trudnoći ima porijeklo u zametnom epitelu (disgerminom, embrionalni karcinom, nezreli teratom i sinus endodermal tumor). Ovi tumori se obično otkriju u I i II trimestru trudnoće.

Karcinom jajnika je rijedak u trudnoći i prema mnogim autorima pojavnost iznosi 7 – 12 / 100 000 trudnoća. Dijagnoza karcinoma jajnika u trudnoći obično se postavlja tijekom laparotomije koja se radi zbog adneksalnog tumora u trudnici. Ukoliko se potvrdi dijagnoza zločudne novotvorine jajnika u trudnoći zadača ginekologa je učiniti korektan „staging“ uvažavajući sve FIGO smjernice.

Prema brojnim studijama najčešći zločudni tumori jajnika u trudnoći su:

- zločudni tumori porijekla spolnih stanica,
- atipični epitelni proliferativni tumori (AEP) jajnika (borderline ovarian tumors),
- zločudni epitelni tumori jajnika (cistadenokarcinomi),
- tumori jajnika porijekla specijalizirane ovarijske strome.

Neki od navedenih tumora ekstremno brzo rastu. Najčešće se otkriju u stadiju bolesti IA. Ovi tumori se primarno šire limfatičkim putem u zdjelične i paraaortalne limfne čvorove. Kako se radiografske pretrage zdjelice i abdomena u trudnoći ne rade, stanje limfnih čvorova prije operacije nije poznato.

Dvojbeno je može li se u II trimestru trudnoće (veliki uterus) učiniti korektni staging bolesti. Osim toga dugotrajnom manipulacijom uterusa tijekom operacije povećava se broj spontanih pobačaja ili prijevremenih porođaja. Obzirom da se ovi tumori najčešće (> 80 %) ograničeni na jedan jajnik danas je općenito prihvaćen stav da se u prvoj operaciji učini jednostrana adneksektomija, pričeka fetalna zrelost, a po porodu učini kompletan „staging“. Kompletna operacija se može učiniti u istom aktu ako se porođaj dovrši carskim rezom ili u babinju ako je porođaj dovršen vaginalnim putem.

Kompletna operacija uključuje:

- uzimanje ispirka zdjelišta
- biopsija kontralateralnog jajnika
- zdjelična i paraaortalna limfadenektomija
- omentektomija
- uzimanje brojnih biopsija peritoneuma

Ovdje je važno istaknuti da histerektomija i kontralateralna adnesektomija (ukoliko je biopsija jajnika negativna) ne pridonose ukupno boljem preživljavanju ovih bolesnica. Stoga ne treba odstranjavati maternicu i preostali jajnik ako u njemu nema tumorskog tkiva, jer tako se čuva fertilna sposobnost. Taj je podatak vrlo značajan, jer su neki od ovih tumora (disgerminom) vrlo osjetljivi na kemoterapeutike sa vrlo visokom stopom izlječenja, što omogućuje ženi da ima još djece.

Atipični epitelni proliferativni tumori jajnika, kao i jasno invazivni karcinom jajnika u trudnoći obično se otkriju u stadiju bolesti I. Dijagnostički i terapijski postupak za AEP tumore sličan je kao i za zločudne novotvorine porijekla spolnih stanica, ali se pravilnim stagingom i patohistološkom pretragom mora isključiti mikropapillarni serozni karcinom i utvrditi narav eventualnih peritonejskih implantata.

Liječenje invazivnog epitelnog karcinoma jajnika je ponešto drugačije i u drugoj operaciji zahtjeva radikalni kirurški pristup koji uključuje i histerektomiju i kontralateralnu adneksektomiju. Izuzetak je dobro diferencirani cistadenokarcinomi stadija IA ukoliko je staging bio korektni. Tada uz izvjesnu dozu rizika i uz želju bolesnice može se sačuvati preostali jajnik i uterus.

Literatura

- Ljubojević N, Čorušić A. Dijagnostika, liječenje i prognoza zločudnih novotvorina stidnice. U: Čorušić A, Babić D, Šamija M i Šobat H. 1 izd. Medicinska naklada, Zagreb, 2005.
- DiSaia PJ, Creasman WT; Preinvasive Disease of the Vagina and Vulva and Related Disorders, In; DiSaia PJ, Creasman WT; eds; 6. ed. Mosby, Inc.St. Louis,2002: 35-52
- Flannelly G. Preinvasive Diseases of the Cervix, Vagina and Vulva, In; Gershenson DM, McGuire WP, Gore M, Quinn MA, Thomas G eds; Gynecologic Cancer, Elsevier Churchill Livingstone, Philadelphia:79-92
- Bahador A, Lowe MP, Cheng PCJ, Roman LD. Gynecologic Cancer in Pregnancy, In. ; Gershenson DM, McGuire WP, Gore M, Quinn MA, Thomas G eds; Gynecologic Cancer, Elsevier Churchill Livingstone, Philadelphia: 921-30
- DiSaia PJ, Creasman WT; Cancer in Pregnancy, In; DiSaia PJ, Creasman WT; eds; 6. ed. Mosby, Inc.St. Louis,2002: 439-472
- Ljubojević N, Babić S; Preinvazivne lezije vrata maternice, U: Čorušić A, Babić D, Šamija M i Šobat H. 1 izd. Medicinska naklada, Zagreb, 2005.
- Čorušić A. Dijagnostika, liječenje i prognoza karcinoma vrata maternice, , U: Čorušić A, Babić D, Šamija M i Šobat H. 1 izd. Medicinska naklada, Zagreb, 2005.
- Allen HH, Nisker JA. Eds; Cancer in Pregnancy: Therapeutic Guidelines;Mt Kisco,NY,Futura Publishing;1986:16-39
- Creasman WT,Rutledge F, Fletcher G; Carcinoma of the cervix associated with pregnancy; Obstet Gynecol.1970;36:495-502
- Greer BE et al. Fetal and maternal considerations of the management of stage IB cervical cancer during pregnancy. Gynecol. Oncol. 1989;34:61-70
- Sivanesarathnam V, Jayalakhmi P, Loo C.Surgical management of early invasive cancer of the cervix associated with pregnancy. Gynecol Oncol.1993;48:68-79
- Hoffman MS et al. Adenocarcinoma of the endometrium and endometrioid adenocarcinoma of the ovary associated with pregnancy. Gynecol Oncol 1989;32:82-87
- Karlen JR,Sternberg LB,Abbott JN. Carcinoma of the endometrium coexisting with pregnancy. Obstet Gynecol 1972;40:334-340
- Čorušić A. Dijagnostika, liječenje i prognoza zločudnih tumora jajnika. U; Čorušić A, Babić D, Šamija M i Šobat H. 1 izd. Medicinska naklada, Zagreb, 2005.

- Kohler MF. The adnexal mass in pregnancy. Postgrad Obstet Gynecol 1994; 1:1-12
- Schwartz RP et al. Endodermal sinus tumor in pregnancy. Report of case and review in literature. Gynecol Oncol 1983;15:434-51
- Elit L, Bocking MD, Kenyon C, Natale R. An endodermal sinus tumor diagnosed in pregnancy; case report and review of literature. Gynecol Oncol 1999;72:123-127
- Elledge RM et al. Estrogen receptor, progesterone receptor and HER-2/neu protein in breast cancer from pregnant patients. Cancer 1993;71:2499-2507
- Higgins S, Haffty B. Pregnancy and lactation after breast-conserving therapy for early stage breast cancer. Cancer 1994;73:2175-2182
- Petrek JA. Breast cancer during pregnancy. Cancer 1994;74:518-527
- Ribeiro GG, Palmer MK. Breast carcinoma associated with pregnancy: A clinicians dilemma. Br Med J 1977;2:1524-1530
- Van der Vange N, Van Donegan JA. Breast cancer and Pregnancy. Eur J Surg Oncol 1991;17:1-13

Izvor: <http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/5723/Zlocudne-bolesti-i-trudnoca-2-dio.html>

Trudnoća nije bolest, ali se treba tretirati - o primaljstvu u Poljskoj

„Oh! Vi ste primalja! To je kao medicinska sestra, ali za trudnice, jesam li u pravu?” Čini se da primaljska struka u Poljskoj nije tako popularna.

Slika o tome tko je primalja i koji su njezini zadaci i obveze, nažalost, nije sasvim jasna, iako u Poljskoj postoji preko 30.000 primalja. Svake godine stotine žena završava studij primaljstva, što im pravno osigurava mogućnost rada na primaljskim mjestima – mogu samostalno brinuti o fiziološkim trudnoćama i skrbiti o rodiljama tijekom poroda i babinja. Kako to izgleda u stvarnosti?

Studije

Danas, da bi se postalo primaljom u Poljskoj, potrebno je završiti trogodišnji prediplomski studij na Medicinskom fakultetu ili nekoj drugoj javnoj ili privatnoj visokoj školi. Velik broj primalja prvostupnica nastavlja sa studijem daljnje dvije godine, kako bi stekle magistarsku diplomu iz primaljstva, što iz želje za višim obrazovanjem, što iz nespremnosti za rad nakon prvostupničke diplome.

Studij je prilično težak. Brojna su teoretska predavanja, a velik broj sati posvećen je i praktičnoj nastavi. Praksa se održava na različitim odjelima: perinatologija, neonatologija, ginekologija, kirurgija, anesteziologija i odjeli opće prakse; što omogućava polaznicima Studija da ostvare kontakte s trudnicama. Već na prvoj godini studentima je dana prilika da surađuju s primaljama u bolnici, da se susreću s trudnicama i asistiraju pri porodima. Također su uključeni u brigu oko novorođenčadi i dojenčadi rođenih s različitim oboljenjima.

Primalje nauče raditi 12-satne smjene i imaju priliku doznati kako funkcioniра bolnica. Sva praksa odvija se u bolnicama i drugim zdravstvenim centrima, jer to je jedini način ulaska u svijet primaljstva. Studentice uče da primaljstvo treba tako izgledati i ne pronalaze nijednu naznaku kako bi ono doista trebalo izgledati. Činjenica jest da stanje u bolnicama nerjetko očituje iskrivljenu sliku poroda – onu koja ne zadovoljava potrebe žena.

Mnoge pacijentice porod i tretman u bolnicama doživljavaju traumatičnim. Većina primalja prvostupnica nastavlja s takvim radom sa svim njegovim nedostacima i nesavršenostima. Jednostavno preuzimaju i nastavljaju ustaljenu praksu bez imalo promišljanja, a pokušaj da nešto promijene na bolje izostaje.

Posao

Primalje u Poljskoj mogu raditi na različitim odjelima u bolnici (rađaonica, odjel patoloških trudnoća, rodilište, neonatologija, ginekologija), a jednako tako sposobljene su za rad i u zdravstvenim centrima, lječilištima ili hospicijama. Iako je privatna praksa još uvijek vrlo nepopularna, primalje je mogu otvoriti te asistirati pri porodima kod kuće. Prema mišljenju javnosti, kućni porodi, rizičniji su i komplikiraniji, kako za majku tako i dijete. Žene i dalje slušaju liječnike koji na različite načine poručuju da je „porod najopasniji događaj u životu žene” te da se treba održati u bolnici, pod stalnom profesionalnom njegom kvalificiranih liječnika. Unatoč tome što se govori da porod nije bolest, on se ipak tretira kao takav. U Poljskoj su, kao i u većini Europskih zemalja, porod i rađanje visoko medikalizirani. Gotovo svi porodi odvijaju se u bolnicama gdje žene već godinama rađaju svoju djecu u sobama s drugim rodiljama, odvojene samo tankim zidovima od ostalih pacijenata, ležeći na leđima, okružene grupom liječnika, primalja, medicinskim sestrama, studentima, a ponekad čak i čistačicama!

Rođenje djeteta, prema društveno uvriježenom mišljenju, veže se uz bol i patnju. Žene koje dolaze u rodilište često su nesvesne okolnosti koje su ih snašle i u strahu zbog nepoznata okruženja. Stoga, se rado predaju u ruke medicinskom osoblju.

Dio žena radije bira carski rez na zahtjev, kako bi izbjegle vaginalni porod i „nepotrebnu“ bol. Broj carskih rezova u Poljskoj je u porastu, 2008. godine popeo se na 28,8 %. Opće je mišljenje da su bolnice najsigurnije mjesto za porod i žene, većugo, nemaju hrabrosti promijeni način poroda

Veliki korak u poljskom primaljstvu učinjen je zahvaljujući zakladi „Porod s dostojanstvom“ (*Childbirth with Dignity Foundation*). Ova nevladina organizacija osnovana je devedesetih godina prošlog stoljeća. Pojavila se kao odgovor žena koje su se tijekom poroda osjećale usamljeno i poniženo, a cjelokupan bolnički tretman doživjele su neljudskim. Nakon godina provedenih u borbi za ljudska prava tijekom poroda, Zaklada je uspjela unaprijediti svijest o trudnicama i rodiljama, ali i ženama u društvu općenito. Zahvaljujući nekolicini programa, brojnim događanjima, konferencijama i drugim oblicima aktivnosti žene su počele tražiti svoja prava. Žene žele da se poštuje njihova privatnost i dostojanstvo, jednako kao i pravo mijenjanju položaja tijekom poroda, odabiru mesta poroda te mogućnosti pratnje supruga, kao i dobivanju svih potrebnih informacija o postupcima koji se koriste prilikom poroda – njihovi ciljevi, priroda poroda i moguće posljedice. Zahvaljujući aktivnosti Zaklade, unazad dvadeset godina, mnoge su se bolnice promijenile. Odjeli su obnovljeni, zidovi obojeni bojama. Primjećuje se promjena i u praksi medicinskog osoblja – količina rutinskih postupaka tijekom poroda je smanjena, uveden je rooming-in i prava žena tijekom poroda konačno su se počela poštivati. Zaklada je uspjela vratiti ljudskost poljskim rodilištima.



Osim toga, tijekom posljednjih nekoliko godina Zaklada je sudjelovala u stvaranju novog standarda perinatalne skrbi koja će svim ženama dati pravo na rađanje s dostojanstvom.

Osim toga, tijekom posljednjih nekoliko godina Zaklada je sudjelovala u stvaranju novog standarda perinatalne skrbi koja će svim ženama dati pravo na rađanje s dostojanstvom. enama dati pravo na rađanje s dostojanstvom.

U travnju 2011. Ministarstvo zdravstva odobrilo je dokument koji je predstavljen svim rodilištima diljem Poljske. U njemu je opisana njega majke i djeteta tijekom fiziološke trudnoće, poroda i šest tjedana nakon poroda. Prema ovom standardu žene, na primjer, imaju pravo izabrati mjesto poroda i položaj tijekom rađanja, imaju pravo na podršku bliske osobe, omogućen im je „koža na kožu“ kontakt s novorođenčetom odmah po porodu i to tijekom dva sata, ukoliko stanje bebe to dozvoljava i slično.



Čini se da je ovaj dokument, koji su zakonodavci podržali, uvelike pridonio borbi žena za ljudska prava tijekom poroda. Međutim, većina medicinskog osoblja u bolnicama i dalje se koristi vlastitim postupcima na koje su naviki. Pokušaj da se promijene ustaljeni običaji nije nimalo lak, bez obzira što su promjene propisane zakonom i uvedene za dobrobit majke i djeteta. Borba s rutinom je teška i neke bolnice još uvijek koriste klistir, brijanje ili epiziotomiju kao normalnu proceduru kod poroda. Postoji još uvijek velik broj dramatičnih priča gdje se krše osnovna prava žena: pravo na intimu, dostojanstvo, poštovanje i pravo na informiranje o postupku poroda. Srećom, postoji sve više bolnica koje pokušavaju ispoštovati standard i ispuniti njegove uvjete.

U tim se ustanovama prema primaljama i doktorima ne ophodi kao prema najvažnijim osobama tijekom poroda, već je u središtu žena i njezina novorođena beba. Rodilja dobiva mogućnost promjene položaja po svom nahođenju te ima mogućnost korištenja sve opreme koja joj stoji na raspolaganju, a kojom si može olakšati porod. Primaljin posao je da slijedi svoje pacijentice i poštuje prirodni proces rađanja. Stvaranje standarda sasvim sigurno jest sjajan početak koji je unaprijedio sveopću svijest, ne samo žena koje rađaju, već i medicinskog osoblja te društva u cijelini. Promijene koje se zbivaju u tim područjima su spore, ali vidljive, što daje nadu da će jednog dana sve bolnice u Poljskoj skrbiti za žene s dostojanstvom i poštovanjem.

Anna Majos, primalja iz Poljske

Utjecaj prekomjerne tjelesne težine i pretilosti na ishod i tijek trudnoće



*„Sve što putem hrane unosimo u organizam, gradi nas i mijenja, a o tome što smo unijeli ovisi naša snaga, naše zdravlje i naš život...“
Hipokrat*

Iako prve smjernice o zdravoj prehrani datiraju između 460 do 380 god. prije Krista, iz razdoblja kada je živio i djelovao Hipokrat, i u današnje vrijeme, zahvaljujući suradnji medicinske i nutricionističke znanosti, sve se više otkriva veliki utjecaj pravilnog načina života i prehrane na cijelokupno zdravlje stanovništva. Do nedavno, debljina se pretežno doživljavala kao estetski problem. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) je rasprostranjenost debljine i bolesti koje su njezine posljedice ili su uzročno povezane prepoznala krajem četrdesetih godina prošlog stoljeća. Prema podacima Hrvatske udruge za prevenciju prekomjerne težine najčešći razlozi koji pogoduju nastanku prekomjerne tjelesne težine su sljedeći: genetska predispozicija, usporen metabolizam i loša probava, nepravilne prehrambene navike, preobilni obroci i brzo konzumiranje hrane, pogrešno vrijeme obroka (kasno navečer), preskakanje obroka (osobito doručka), dugi sati bez jela – načelo „gladovanja i prejedanja“, nepridržavanje pravila o konzumaciji pet manjih obroka tijekom dana, nedovoljan unos voća i povrća u svakodnevnoj prehrani, nedovoljan unos tekućine (vode) u organizam, nekontroliran unos šećera i slatkika, unos kalorijski bogate, a nutritivno siromašne hrane (grickalice, slatkiki), unos alkohola, gaziranih i zasladdenih pića, veliki unos soli u organizam, manjak sna, nedovoljna ili nikakva tjelesna aktivnost, lijekovi koji izazivaju debljanje (antidepresivi), zadržana prekomjerna tjelesna težina dobivena tijekom trudnoće i stres.

Zdravstvena skrb ima nezaobilazno mjesto ne samo u tretmanu prekomjerne tjelesne težine, već i u njezinoj prevenciji zdravstvenim odgojem i podizanjem razine zdravstvene kulture stanovništva.

U srpnju 2010. godine donesen je trogodišnji „Nacionalni program za prevenciju i smanjenje prekomjerne tjelesne težine i prelosti“ koji obuhvaća sve dobne skupine. Prevencija je usmjerena i na najraniju životnu dob, jer usvajanje saznanja o zdravim prehrabnim navikama te primjerenoj tjelesnoj aktivnosti uvelike doprinosi kvaliteti zdravlja. Planiranje prehrane, kao i upute o tjelesnim aktivnostima važan su dio u očuvanju reproduktivnog zdravlja žena u razdobljima kada je povećana sklonost prirastu tjelesne težine kao što su pubertet, trudnoća, period dojenja i menopauza, ali i u prekonceptijskom razdoblju, te pripada u domenu primaljske skrbi. Prema podacima istraživanja (I.O.T.- International Obesity Taskforce) više od milijarde ljudi u svijetu pati od prekomjerne težine, a od toga je 300 milijuna klinički pretilih.

Hrvatska se ubraja u debele nacije. U Europi smo na petom mjestu prelosti. U cijelom svijetu, među obrađene 194 države, zauzimamo 71. mjesto. Prema podacima World Health Reporta svake godine u svijetu umire 2,5 milijuna ljudi od bolesti uzrokovanih debljinom.

Istraživanja vezana uz problem prelosti u trudnoći započinju u 30-tim godinama 20-tog stoljeća, kada započinje i sustavna, redovita anetnatalna skrb. Prekomjerna tjelesna težina i prelost u trudnoći pogoduju za nastanak brojnih komplikacija: ITM (indeks tjelesne mase) od 25 do 29 povećava rizik za pojavu hipertenzije, preeklampsije i eklampsije u trudnoći, a prema nekim istraživanjima kod trudnoća začetih potpomognutom oplodnjom dva puta se povećava rizik od spontanog pobačaja. $ITM \geq 30$ povećava rizik prijevremenog poroda te dovršetak poroda carskim rezom. $ITM \geq 30$ tri puta povećava rizik od nastanka gestacijskog diabetesa. GD dovodi do povećanog rizika za nastanak komplikacija u majke poput uroinfekcija, gestoze, hipoglikemije, vaskularnih i kasnih komplikacija pri kojima se nakon 5 do 10 godina kasnije GD ili IG javlja se IDDM, IIDM (kod 5 % žena sa nižim ITM javlja se diabetes tip 1).

Komplikacije za fetus, koje su posljedice dijabetesa u trudnoći, su: spontani pobačaj, anomalije razvitka su 3 do 4 puta češće, prekomjeren rast, hipoksija i acidoza, prijevremeni porod, polihidramnij, kasna fetalna smrt.

Komplikacije za novorođenče su: neonatalna hipoksija i acidoza, nezrelost i respiracijski distres, poremećaji metaboličkog poteza hipoglikemije, hipokacemije, hipomagnezemije, hiperbilirubinemije, velika porođajna težina, kušingoidni izgled, oštećenja u porodu, neonatalna smrt.

Majčina prehrana utječe na DNK djeteta u maternici kroz proces zvan epigenetska promjena, djeca s povišenom razinom epigenetske promjene imaju povećan rizik za pojavu srčanih bolesti, dijabetesa te prelosti.

Prema nekim autorima $ITM \geq 30$ povećava rizik rađanja djece sa srčanim manama, 11 % kod umjereno pretilih, 33 % kod morbidno pretilih, dok kod prekomjerne tjelesne težine nemaju povećan rizik. Također povećava rizik pojave astme kod djece u 61 % slučajeva u dobi od 8 do 9 godina, a blago povećana tjelesna težina ukazuje na rizik od 18 %.

Neki autori smatraju da $ITM \geq 30$ povećava rizik i mogućnost da će dijete patiti od poremećaja pažnje te od psihičkih bolesti poput shizofrenije.

Riječko istraživanje

Istraživanje je provedeno na Klinici za Ginekologiju i Porodništvo u Kliničkom bolničkom centru Rijeka u razdoblju od 1. do 12. mjeseca 2010. godine. Obuhvatilo je 732 trudnice podijeljene u dvije grupe. U grupi I (75 %) svrstane su trudnice čiji je ITM prije trudnoće iznosio između 25 i 29,99 (prekomjerna tjelesna težina), dok u grupi II (25 %) su trudnice čiji je ITM prije trudnoće iznosio 30 i više (pretilost).

Analizirajući neke od komplikacija u trudnoći (povišen krvni tlak, preeklampsija, eklampsija, gestacijski dijabetes, prijeteći prijevremeni porod) može se utvrditi da su poviseni krvni tlak i gestacijski dijabetes značajnije izraženi u grupi II i njihova je učestalost bila dvostruko, odnosno trostruko veća (HA 11 % prema 3 %) (GD 10 % prema 5 %). Preeklampsija i prijeteći prijevremeni porod su isto tako bili češći u trudnica koje se ubrajaju u pretile, ali te razlike nisu bile značajne. Iznenaduju dva slučaja eklampsije u trudnica sa nižim indeksom tjelesne mase.

Analizirajući prirast tjelesne težine u trudnoći kod ispitivanih skupina možemo uočiti da je u grupi I preporučeni prirast dobilo 23 % trudnica, dok je u grupi II isti dobilo 42 %. Prirast tjelesne težine od 20 kilograma i više u grupi I dobilo je gotovo dvostruko više trudnica (11 %) u odnosu na grupu II (5 %).

Iz navedenih rezultata može se zaključiti da su trudnice koje su krenule u trudnoću sa značajnom prekomjernom tjelesnom težinom puno bolje kontrolirale prirast svoje tjelesne težine u trudnoći u odnosu na skupinu trudnica koje su imale niži indeks tjelesne mase.

Prema načinu početka poroda u ispitivanim skupinama u grupi II uočen je dvostruko veći broj induciranih poroda. U istoj skupini bilo je oko tri puta više elektivnih carskih rezova. Ukupan broj carskih rezova također je viši u drugoj skupini (14 % prema 21 %).



Skupina II imala je nešto veći broj makrosomne djece, ali razlika nije znatna. U ispitivanim skupinama kao najčešća komplikacija puerperija javlja se anemija ($Hb < 100 \text{ g/L}$), gotovo podjednak broj puerpera je primio transfuziju. U grupi II nađen je nešto veći broj puerpera sa temperaturom nejasnog porijekla i uroinfekcijom.

U ispitivanim skupinama nije bilo statistički značajne razlike u odnosu na dob, stručnu spremu, paritet, trajanje gestacije, prijevremeni porod, porođajnu težinu novorođenčeta, ocjenu vitalnosti novorođenčeta prema Apgar indeksu u 1. i 5. minuti, te nekim od navedenih komplikacija u puerperiju (hematom porodnog kanala, hemoroidi, infekcija rane, krvarenje, sepsa, tromboflebitis, duboka tromboza).

Navedeni rezultati potvrđuju opće prihvaćeno mišljenje da prekomjerna tjelesna težina znatno povećava zdravstvene rizike za majku i dijete, a isti se mogu izbjegići pravilno balansiranom prehranom, unosom dovoljne količine tekućine i neizostavnom tjelesnom aktivnošću.

**Marijana Majstorović, bacc.prim.
Doc.dr. Aleks Finderle, dr.med.**

Kako nastaje politika asistiranog kućnog poroda u Hrvatskoj?

Uvod

„Što mi je činiti?“ – pita žena u trudovima u Monty Pythonovom skeču iz filma Smisao života. „Ništa! Niste kvalificirani!“ – odgovara doktor. Taj kratki dijalog otkriva srž medicinskog odnosa do porodničarskog pristupa porodu koji je danas jedina opcija u Republici Hrvatskoj. Alternativa tom pristupu jest primaljski model, u sklopu kojega bi se porod odvijao izvan bolničkih institucija, uz školovanu primalju, bez prisustva liječnika i medicinskih zahvata. No, tu opciju službeno je nemoguće koristiti. Odluči li se žena na kućni porod država joj pri tome neće pomoći. Naime, materinstvo i porod nisu u potpunosti zakonski regulirani čime je onemogućena sloboda izbora mjesta i načina poroda uz punu medicinsku zaštitu. Način na koji to država onemogućuje te razlozi zbog kojih bi treba pomoći ženama da ostvare svoje želje je tema ovog eseja. Pokušat ću dokazati ne samo da je odabir mjesta i načina poroda ljudsko pravo, već i da država zbog vlastitog zakonodavnog okvira, ima dužnost urediti to pitanje.

Središnji policy problem ovog rada jest da u Republici Hrvatskoj sloboda odabira mjesta i načina poroda, potvrđena Europskom konvencijom o ljudskim pravima, nije ostvariva. Država isključivo regulira porod u bolničkim institucijama čime su žene zakinute za slobodan izbor mjesta poroda.

U Hrvatskoj je nemoguće imati „normalan“ kućni porod, kao što je to uvriježeno u mnogim drugim zemljama. Razlog tomu je manjak zakonskih odredbi koje bi trebale detaljno propisivati mogućnosti poroda izvan bolnica (primjerice reguliranje struke koja bi to obavljala i sigurnosni preduvjeti poput udaljenosti od bolnice i slično). Postojanje takvih odredbi omogućilo bi kućne porode te reguliralo upisivanje novorođenčadi u maticu rođenih, koje bi trebalo biti jednostavno i zakonski jasno, kao i korištenje zdrastvenih usluga hrvatskih primalja tijekom poroda.

S opisanim policy problemom u središtu, istražujem kako u Hrvatskoj nastaje politika kućnog poroda, analiziram zakonski okvir te djelovanje aktera. Prikazujem kako zakonski okvir pogoduje uspješnosti politike kućnog poroda, kao i načine kojima akteri utječu na dinamiku cijelog procesa te tvrdim da politika kućnog poroda nastaje posredstvom strukturirane interakcije aktera, povoljnog zakonskog okvira, kao i stvaranjem svijesti o kućnom porodu.

Podaci za rad prikupljeni su analizom različitih dokumenata, proučavanjem literature o uređenju kućnih poroda u drugim zemljama, praćenjem javnih istupa ministara zdravljia te intervjuiima s ključnim akterima. S obzirom da je ovo pitanje ponajprije dio zdrastvene politike i politike ljudskih prava, takvom problemu najbolje je pristupiti analizom zakona i uredbi. Naime, zbog građe problema važno je znati njegovo trenutačno regulatorno stanje kako bi bolje razumijeli daljnje faze policy procesa te stvorili realna očekivanja. Drugi aspekt je analiza aktera; najbolje ga je napraviti putem intervjuja što doprinosi razumijevanju njihovog djelovanja kroz vrijeme, a to sam i nastojala učiniti. Ostatak uvoda bavi se pomnjom analizom samog teorijskog okvira koji se bazira na taksonomijskom pristupu i faznom modelu policy procesa.

Nakon uvoda dublje ulazim u pitanje konkretnog policy problema, a potom analiziram hrvatski, ali i međunarodni zakonodavni okvir koji razjašnjava važnost rješavanja pitanja kućnog poroda. Iduće poglavje je analiza aktera, nakon kojega slijedi opis dinamike policy procesa. Rad završavam zaključkom u kojem donosim finalne komentare na politiku kućnog poroda, te analizu cijelog rada spajam s teorijom Hala Colebatcha i tri dimenzije politike.

Teorijski okvir: Klasificiranje policy problema i faze policy procesa

Problemu asistiranog kućnog poroda može se pristupiti na više razina; ovaj rad jest primjer pristupa javnih politika. Stoga je nužno krenuti od kratkog pojašnjenja samog pojma javnih politika tj. policyja. Javne politike su svojevrsno društveno djelovanje koje se odvija oko pitanja koja se shvaćaju društveno relevantnim, a to djelovanje nije nužno rezervirano samo za političke vrhove, već za široku paletu sudionika koji su na neki način povezani s određenim problemom „... izraz javne politike (policy) označava u osnovi racionalni dio političkog života, usmjeren na rješavanje sadržajnih problema politike, a ne na stjecanje političkog poborništva.“ (Petak, 2007:188)

Na koji je točno način pitanje kućnog poroda dio javne politike? Pitanju asistiranog kućnog poroda najčešće se pristupa s pozicije prava (ljudsko pravo, pravo izbora) i dokaza koji prikazuju prednosti kućnog poroda. U javnim raspravama postavljaju se pitanja vezana uz sigurnost takve prakse, kao i pitanja vezana uz sam financijski aspekt. Navedena razina teme asistiranog kućnog poroda najbliža je i „najprirodnija“ većini aktera i zainteresiranih. Dijelom

javne politike tema postaje onog trenutka kada se pretvori u relativno društveno pitanje ili problem koji će se vjerojatno rješavati i na političkoj razini: „Kada, primjerice, neko ministarstvo imenuje posebno osoblje da obavi politički posao koji ne želi prepustiti kariernim službenicima, riječ je o politici... Ako se, pak, to isto ministarstvo angažira u rješavanju nekog gorućeg društvenog problema, cijelinu takvih npora označavamo javnim politikama, pri čemu se pod tim izrazom ne podrazumijevaju samo naporci tog ministarstva, nego i niza socijalnih aktera u vodoravnog društvenog dimenziji“ (Petak, 2007:189). Kućni porod usitnu jest pitanje javnih politika, jer je ta „obična“ tema uspješno problematizirana od strane aktera koji ukazuju na nužnost rješavanja tog pitanja na zakonodavnoj razini.

Istražujući policy probleme često se primjećuje da problem gotovo nikada nije isključivo vezan za jednu vrstu politike, već sadrži elemente više različitih politika. Ta činjenica cijelu disciplinu čini veoma interdisciplinarnom i poprilično složenom za proučavanje, stoga je nužno raznolikost „dovesti u red“, pri čemu policy literatura najčešće priskače u pomoć korištenjem tipologija javnih politika te podjelom politika na faze (Hill, 2010:111).

Sukladno tome, također će smjestiti politiku asistiranog kućnog poroda u detaljniji kontekst. Ovaj rad koristi taksonomsku podjelu koja je zasnovana na empirijskim značajkama odabranih politika za razliku od tipologije koja pristupa kategorizaciji na konceptualnom principu.

Asistirani kućni porod primarno pripada u zdrastvene politike, ali postoji i snažan utjecaj politike ljudskih prava. Naime, asistencija pri porodu ili praćenje poroda je vrsta zdrastvene usluge. Zdrastvena usluga nije samo ona usluga koju pružaju liječnici u bolnici, već podrazumijeva sve usluge koje se bave dijagnozom i liječenjem bolesti, kao i unaprijedenjem, održavanjem i obnovom zdravlja (WHO, 2012). S jedne strane, uvijek će postojati suradnja između medicinskih ustanova i izvanustanovnih pružatelja usluga. Takva suradnja je poželjna i nužna u slučaju asistiranog kućnog poroda, posebice dođe li do komplikacija koje se ne mogu riješiti izvan bolnice i zahtijevaju prebačaj iz doma u zdrastvenu ustanovu. Stoga, u većini zemalja koje pružaju tu uslugu postoji koordinirana suradnja s bolnicama. Bolnice su, naime, upoznate s brojem trudnicama koje rađaju kod kuće u danom trenutku. S druge strane, domena zdrastvenih politika objedinjuje gotovo sva pitanja vezana uz fizičke promjene i stanja koja potrebaju medicinsku uslugu. Prema tome, pitanja vezana uz porod (tako je i u drugim državama), nalaze se u nadležnosti vlada tj. onih vladinih tijela koja se bave zdrastvom, a u Hrvatskoj je to Ministarstvo zdravlja. Primjerice, reguliranje kućnog poroda isključivo ovisi o Ministarstvu, kao i reguliranje prakse primalja koje bi trebale pomagati pri takavim porodima. Stoga, odgovor na pitanje – koje ministarstvo može najefikasnije riješiti problem? – u slučaju kućnog poroda, je nedvosmislen. Nedvojbeno, to je Ministarstvo zdravlja koje jedino ima sve potrebne preduvjete za rješavanje ovog pitanja i svih njegovih pojedinosti poput sigurnosti, dijagnoze, udaljenosti od bolnice i slično. Ta se pitanja ne bi mogla riješiti iz perspektive ljudskih prava ili obiteljskih politika.

Politiku ljudskih prava nemoguće je izostaviti iz ove diskusije i zapravo je ugrađena u temelje pitanja o kućnom porodu.

Građani sve jasnije shvaćaju svoja prava, ne samo kao samostalne forme, već kao prava unutar podsustava, u ovom slučaju zdrastvenog, čime povezujem zdrastvenu i politiku ljudskih prava. Puljiz primjerice kaže: „Prava građana u pristupu zdrastvenom sektoru, pravo izbora liječnika, pravo izbora osiguravateljskih društava te prava pacijenata, sve su značajnije teme u nizu europskih zemalja.“ (Puljiz, 2000:81-82). U slučaju kućnog poroda to znači da se ne zahtijeva samo puko priznavanje toga čina kao dozvoljenog, već se pritom traži i određena zdrastvena zaštita.

Zakonodavca se ne pokušava uvjeriti da je izbor mjesta i načina poroda pravo svakog pojedinca, jer po tom pitanju međunarodna prava su jasna. Naime, pravo na kućni porod osigurano je pravom na privatni život i obitelj u Europskoj konvenciji ljudskih prava čija je potpisnica i Hrvatska. Također postoje i obveze koje proizlaze iz Ustava, drugih zakona i akata, no o pitanju zakonskog okvira više u idućim poglavljima.

Kućni porod počiva na dobrom temeljima koji mu omogućuju da postane dijelom obiteljske politike, pogotovo promatra li ga se s prizme prava izbora obitelji. Za sada kreatori obiteljskih politika nisu pokušali „prisvojiti“ temu kućnog poroda. Naime, jedino je udruga RODA (Roditelji u akciji) svojim brojnim akcijama uključena u obiteljske politike, ali to nije jedino područja rada Udruge, jer također se zalaže za prava trudnica, roditelja i roditelja. Nadalje, po svom „opisu rada“ čini se da su obiteljske politike zauzetije socijalnim aspektima obitelji i to nakon rođenja djeteta (Puljiz, 2000:159). Slično se može zaključiti promatranjem rasprava o medicinski pomognutoj oplodnji gdje zdrastvena politika i dalje drži središnje mjesto, iako se to pitanje u svojoj srži veže uz obitelj.

Drugi način rješavanja problema različitih sadržaja javnih politika jest podjela na faze. U slučaju politike kućnog poroda, kojoj se bavi ovaj rad, ta je podjela tek u nastajanju. Tek je kročila na dnevni red i djelomično zašla u fazu formulacije s kojom je najčešće usko povezana. Stoga je nemoguće napraviti potpunu podjelu na faze politike asistiranog kućnog poroda, ali mogu se analizirati dosadašnji procei. Time se bavi sljedeće poglavije.

Definiranje konkretnog policy problema

Hrvatska država trenutno ne omogućava asistirani kućni porod. On nije de facto zabranjen, jer ne postoji zakonska odredba koja eksplisitno zabranjuje rađanje izvan bolnice, no ukoliko se trudnica odluči na porod kod kuće ona uza sebe službeno ne može imati školovanu primalju. Prisustvo primalje podrazumijeva zdrastvenu zaštitu tijekom kućnog poroda. Zakonske odredbe onemogućuju hrvatskim primaljama da obavljaju kućni porod uz pomoć školovanog osoblja, a samim time trudnice koje se odluče na takav porod ne mogu koristiti njihove usluge, a da pritom sve bude sukladno zakonu. Drugim riječima, praksa kućnog poroda kao takva nije zabranjena, ali nije ni omogućena. Dakle, ako kućni porod nije u potpunosti pravno uređen, iako nije zabranjen, nije ni ostvariv, čime se stvara začarani krug. Odluči li roditelja roditi kod kuće uz inozemnu primalju (zbog nemogućnosti korištenja usluga školovanih hrvatskih primalja), tada nastaju problemi pri prvom službenom liječničkom pregledu dijeteta i njegovim upisivanjem u matične knjige. Naime, pedijatri ne žele pregledati takvo dijete, a od majki se često traži ginekološki pregled netom nakon poroda u svrhu dokazivanja majčinštva. Neke žene se osjećaju prisiljenima odabratи „slobodan porod“ (porod bez ikakve stručne asistencije) i to su najčešće osobe koje su imale jedan ili više neugodnih poroda u bolnici i ne žele ponoviti to iskustvo, ali žele imati još djece. Umjesto da ih se proziva neodgovornima, država bi im trebala omogućiti ono na što imaju pravo – zdrastvenu zaštitu tijekom poroda, pa makar to bio porod izvan bolničkih zidova.

Za ovu je temu od središnje važnosti dokazati da osobe koje se susreću s navedenim problemima i proživljavaju prethodno spomenute situacije doista postoje. Prema približnim procjenama voditeljice RODA, Branke Mrzić Jagatić, kojima se te žene javljaju, njihov se broj mjeri u desecima na godinu i u stalnom je porastu. Tražeći savjete vezane uz kućni porod, obitelji se javljaju i Hrvatskoj komori primalja čija predsjednica Barbara Finderle također komentira porast broja žena koje rađaju kod kuće, kao i veliki broj situacija pri kojima roditelji imaju poteškoće prilikom prijave novorođenčadi u maticu rođenih. Problem je, osim pregleda dijeteta, pronaći osobu koja će potpisati potvrdu o majčinštvu. Finderle napominje kako se više puta dogodilo da se u cijeli proces umiješala policija i socijalna služba, a u jednom slučaju došlo je i do odvajanja roditelja i dijeteta na nekoliko dana. I primalje i udruga RODA takve postupke smatraju nedopustivima, jer se zbog korištenja vlastitih prava roditelje na kraju i „kažnjava“. Reguliranje asistiranih poroda je važno, jer socijalna praksa već postoji i u porastu je. Prateći praksu stranih država, prilikom reguliranja primaljskog rada izvan bolnica one imaju pravo izdavanja potvrda koja dokazuje da su pratile trudnoću i porod roditelje. Time bi se riješio cijeli niz birokratskih zavrzlama oko prijavljivanja dijeteta. Država ne smije dopustiti da zbog nemogućnosti korištenja asistencije pri kućnom porodu žene moraju rađati neasistirano, pri čemu je moguć tragični scenarij: „Više je slučajeva neasistiranih poroda kod kuće do kojih je došlo zbog različitih razloga (primalje su zakanile ili čak nisu prihvatile poziv da prisustvuju porođaju zbog medicinskih indikacija). Ovakvom praksom majka i otac prinuđeni su prihvatići svu odgovornost i sve rizike ukoliko se dogode neželjene posljedice tijekom ili nakon porođaja.“ (Udruga RODA, 2011.)

Uz navede, postoje i drugi argumenti koji dokazuju prednosti reguliranja kućnog poroda. Državi koja nastoje rješiti probleme nataliteta trebalo bi biti u interesu poboljšanje trenutačnog stanja u samim rađaonama, ali isto tako moraju ponuditi alterantive takvom porodu. Prema riječima voditeljice RODA B.M. Jagatić, dio žena nakon traumatičnog bolničkog poroda odabire ne imati više dijece zbog izuzetne nelagode pri pomisli vraćanja u bolnicu. Osim toga, za državu kućni porod bio bi jeftiniji, pa ga stoga neke zapadne zemlje, poput Velike Britanije, nastoje popularizirati. „Ostale porodiljne jedinice, kao i Vlada, pomno promatraju mjesta poput Torbaya i razmišljaju o načinima na koji bi i oni mogli povećati broj kućnih poroda, jer prednosti za majku i dijete su ujedno i prednosti za zdrastveni sustav, ne samo zbog manjih troškova, već i zbog većeg zadovoljstva klijenata.“ (The Good Birth, 2010.). Duga praksa kućnih poroda koji su jasno regulirani kako bi se ostvarila što veća sigurnost, razvili su i pozitivnu praksu kućnih poroda u Nizozemskoj. Naime, Nizozemska ima jedan od najvećih postotaka kućnih poroda u svijetu, oko 30 % (AIMS, 2011). Državi je, k tome, jeftinije podržati kućne porode koji zahtijevaju minimalne troškove, jer nema uporabe lijekova, medicinskih zahvata i žene ne provode vrijeme u bolnici. Istovremeno, strogim mjerama pazi se na kvalitetu. Tako i predsjednica Komore primalja, Finderle, opisuje jednostavnu i jasnou metodu ABCD dijagnoze, pri kojoj se svaki simptom i stanje roditelje obilježava jednim slovom koje označuje može li roditelja roditi doma ili u bolnici.

Iako su opisane poteškoće problemi ciljane skupine, a ne cijelog građanstva, ipak ta skupina nije zanemariva, jer obuhvaća sve žene reproduktivne dobi. Važno je ponuditi mogućnost izbora i dozvoliti obiteljima da odaberu hoće li ponuđenu mogućnost iskoristiti ili ne, jer možda se za jedan porod oprediječe za rađanje u bolnici, a za drugom kod kuće ili obrnuto. Kućni porod danas nije moguć i takvo stanje nije održivo, a samo država može riješiti to pitanje, stoga je i nužna njezina suradnja. Kada se govori o kućnom porodu uvijek se preispituje i sigurnosno pitanje, stoga je važno kratko se osvrnuti i na tu problematiku. Naime, brojna istraživanja dokazuju da je kućni porod jednako siguran kao i bolnički. Metodološki najkvalitetnijim istraživanjem smatra se niz od sedamnaest istraživanja britanskog NICE-a (Nacionalni institut za zdravlje i kliničku izvrsnost). Istraživanje dokazuje da ne postoje statistički značajne razlike smrtnosti novorođenčadi kod kućnih poroda te kod bolničkih poroda. Podrazumjeva se da su porodi niskorizični. (AIMS, 2011.) Kod kućnih poroda žene su bile zadovoljnije, a medicinske intervencije su manje korištene, iako je riječ o trudnoćama jednakе rizičnosti. Naime, u Hrvatskoj se rutinskih provodi veliki broj zahvata koji su u većini zapadnih država odavno napušteni „...provodi se opstetričko aktivno vođenje porođaja koje podrazumijeva rutinsko provođenje postupaka koje Svjetska zdravstvena organizacija u svojim smjernicama Skrb tijekom normalnog porođaja – praktični vodič iz 1999. navodi kao neučinkovite ili štetne i koje bi zbog toga trebalo izbaciti iz bolničke prakse: korištenje klistira, brijanje stidnih dlaka, intravenozna infuzija, profilaktičko uvođenje intravenske braunile, ležeći položaj tijekom porođaja, rektalni pregled, korištenje rendgenske pelvimetrije“ (Udruga RODA, 2011.). Zanimljivo je spomenuti i radikalne autore poput francuskog doktora Michela Odenta koji nastoji dokazati važnost prirodnog poroda za zdravo uspostavljanje odnosa majke i dijeteta. Osim post porođajne depresije te nemogućnosti povezivanja s dijetetom, Odent tvrdi kako je izostanak djelovanja brojnih hormona prilikom poroda (na koje se utječe davanjem medicinskih lijekova i umjetnih hormona) odražava negativno na majku i dijete u dalnjem životu. (Odent, 2006.) No, to je već tema nekog drugog rada, a u ovim sam recima nastojala sažeti prednosti kućnog poroda i globalne trendove u diskusiji vežane uz isti.

Problem je u nemogućnosti korištenja asistiranog kućnog poroda sa svim njegovim prednostima i zaštitom države. Reguliranjem kućnog poroda postigla bi se usklađenost sa zdrastveno regulatornim okvirom Europske unije te pokazalo poštivanje prava pacijenata i ljudskih prava općenito.

Zakonski okvir

Zakonodavni okvir u Hrvatskoj definitivno pogoduje zagovarateljima asistiranog kućnog poroda. S obzirom da se nastoji utjecati na zakonodavce, najbolje ih je uvjeriti „na njihovom terenu“ – zakonskim argumentima. Pri analizi zakonskog okvira nastojat će raščlaniti trenutno zakonsko stanje, odrediti koji su ciljevi, kao i pitanje policy instrumenata u ovom konkretnom slučaju. Analiza zakona se sastoji od pregleda Ustava, Zakona o zdrastvenoj zaštiti i Europske konvencije ljudskih prava.

Trenutno u Hrvatskoj ne postoji niti jedan zakon ili akt koji izričito zabranjuje kućni porod. Postoji pak, više zakonskih odredbi koje predstavljaju izvrstan temelj za zakonsku regulaciju kućnog poroda. Hrvatski Ustav nalaže da država štiti i regulira kategorije materinstva i porođaja (članak 56. i 62.). Također nalaže da svatko ima pravo na zdrastvenu zaštitu u skladu sa zakonom. (Ustav, članak 58. i 69). Dakle, ono što članci ističu jest da ukoliko se trudnica u Hrvatskoj odluči na asistirani kućni porod, a zbog manjka regulacije ili nekog drugog razloga za koji država odgovara, isto ne može ostvariti – država je prekršila članak Ustava, jer nije pružila zdrastvenu zaštitu prilikom korištenja vlastitih prava (na pravnu slobodu odabira mjesta i poroda osvrnut će se uskoro). Naime, zdrastvena zaštita također je osigurana Zakonom o zdrastvenoj zaštiti, točnije, člankom 17. u kojem se spominje cijelovita zdrastvena zaštita žena, a govori se o planiranju obitelji, trudnoći, porođaju i majčinству kao jednoj od mjera zdrastvene zaštite. Članci 56. i 62. Ustava naglašavaju općenitiju nužnost reguliranja pitanja poroda ukazujući državi da se to nalazi u njenoj domeni te da to nije briga samih pojedinaca. Posebno je zanimljiva zakonska regulativa sadržana u *Planu i programu mjera zdrastvene zaštite iz obveznog zdrastvenog osiguranja u Članku 15*. Tu se nalazi najviše eksplicitnih referenci na asistirani kućni porod i njegovo reguliranje. Kao što je opisano u kratkom objašnjenju zakonskog stanja u Hrvatskoj pod nazivom *Pravna pitanja vezana uz kućne porode u Republici Hrvatskoj*, „od presudnog je značaja za pitanje kućnih poroda, jer se radi o jedinom trenutno važećem propisu koji izrijekom spominje porod u domu i generalno predviđa mjere koje valja poduzeti tijekom i nakon kućnog porođaja. Također, njime se načelno određuje i djelokrug medicinskog osoblja koje navedene mjere treba provoditi.“ (*Pravna pitanja vezana uz kućne porode u Republici Hrvatskoj*)

Zaključno, pojam kućnog poroda hrvatskom zakonodavstvu nije strana ideja i dužnost je države putem akata ili zakona omogućiti odabira mjesta i načina poroda. Neriješavanjem tog pitanja država otvoreno ignorira zahtjeve koji se nalaze unutar domaćeg, ali i međunarodnog zakonskog okvira.

Hrvatska je potpisnica *Europske konvencije o ljudskim pravima* u kojoj pod Člankom 8., „Pravo na poštovanje privatnog i obiteljskog života“, stoji da svatko ima pravo na samostalno uređivanje svoga privavnog i obiteljskog života. Taj članak, implicira da je odabir mjesta i načina poroda dio privatnog i obiteljskog života, kao što je i odabir imena, grada gdje će se živjeti, broja djece i slično. Europa je to prepoznala kao ljudsko pravo, a Hrvatska se s time složila. Ipak, Hrvatska ne omogućava potpuno uživanje u tom pravu. Stoga je podignuta tužba na Europskom sudu za ljudska prava gdje hrvatska državljanka Ivana Pojatina tuži Republiku Hrvatsku upravo po spomenutim osnovama. (Udruga RODA, 2011.) Slučaj je pokrenut u veljači 2012. godine i na presudu se čeka. Sličan slučaj zabilježen je i u Mađarskoj, slučaj *Ternovszky v. Hungary*, gdje je podnositeljica tužbe odnijela pobjedu koju su suci pojasnili sljedećim riječima: „Dok autonomijski aspekt prava na poštovanje privatnog života jasno ukazuje na to da postoji pravo izbora postati roditeljem ili ne (*Evans v. the United Kingdom*) te je u svrhu učinkovitosti potrebno poštovati uvjete uživanja tog prava, nalazimo potrebnim pojasniti zašto to pravo poštovanja roditeljskog izbora zahtjeva minimum pozitivne regulative. Takav bi se izbor smatrao slobodom u 19. stoljeću. Dok nema državnog utjecaja na slobodu, čini se da ne postoji problem. Ali pozadinska pretpostavka klasičnog liberalizma ne funkcioniра nužno u okviru moderne socijalne države, a pogotovo u medicinskom okruženju. U socijalnoj državi praktično se sve regulira: pravna uređenost je osnovno stanje i samo ono što je pravno uređeno smatra se sigurnim i prihvatljivim. Odjednom, u nedostatku pozitivne regulative, ono što je predmet neosporivog osobnog izbora postaje neuobičajeno i nesigurno. U svijetu koji je izuzetno reguliran, pojavljuju se opasnosti za slobode koje nisu pravno uređene.“ (*Pravna pitanja vezana za kućne porode u Republici Hrvatskoj*). Lako je zaključiti kako bi se ista poruka mogla primjeniti i na Hrvatsku.

Razumijemo li ciljeve kao smjernice koje nam ukazuju što moramo činiti, a instrumente kao najbolji način postizanja ciljeva, tada možemo reći da je cilj uvođenje regulacije, a instrumenti su različiti zakoni ili akti koje država može odrediti pri postizanju cilja regulacije. Drugim riječima, problem manjaka regulacije se treba riješiti uvođenjem regulacije. To je primarni, ako ne i jednini način rješavanja ovog problema. Naime, ako se kroz Ministarstvo zdravlja uredi pitanje asistiranih kućnih poroda unutar postojećih zakona dodatnim aktima, te dodatnim mijenjanjem zakona o radu samih hrvatskih primalja, tada Vlada rješava svoje obaveze uređivanja pitanja vezana uz porod.

Veliki dio problema može se riješiti pravilnom regulacijom rada samih primalja. Zakon o primaljstvu mijenja se 2008. i 2010. godine, ali primaljama nije dozvoljen rad izvan bolničkih institucija.

U radu samih primalja mnogo se promjenilo, postrožena je regulacija njihove struke, točnije kompetentnosti. „Tek nedavno nekoliko primalja dobilo je licencu za samostalan rad, ali one ne mogu samostalno pratiti trudnoću i fiziološki porođaj, osnovati kuću za porode, niti samostalno savjetovati žene o zdravoj trudnoći i prirodnom porođaju. Primalje u hrvatskim rodilištima samo izvršavaju intervencije, terapije i postupke koje odredi liječnik.“ (Udruga RODA, 2011). Naime, iako primalje mogu obavljati privatnu praksu nije im dozvoljeno da je otvaraju i zatvaraju, iako u Zakonu o primaljstvu stoji da je djelatnost primalja vođenje trudnoće na svim razinama zdrastvene zaštite što podrazumijeva i sam dom žene.

Taj paradoks i nedostatak preciznije regulacije koči mogućnost kućnog poroda na fundamentalnoj razini, jer ne dozvoljava rad primalja izvan medicinskih institucija čime je rodiljama uskraćena zdrastvena zaštita pri kućnom porodu.

Analiza aktera

Javne politike imaju dvije dimenzije, okomitu i vodoravnu. Okomita se fokusira na stvaranje politike pristupom odozgo prema dolje tj. prenošenjem odluka od strane onih koji su ih osmisili na podređene, dok je vodoravna dimenzija šireg oblika, jer podrazumijeva više sudionika u stvaralačkom procesu politika: „U okomitoj dimenziji drži se neupitnim postojanje kreatora politika: budući da je fokus na vlasti, moraju postojati i vladari.

U vodoravnoj dimenziji, međutim, vidljivo je da hijerarhijska vlast nije dovoljna te da postoji mnoštvo sudionika, da su pregovaranje i konsenzus važni i da se malo postiže između kreatora politike i preuzimatelja politike.“ (Colebatch 2004:26) Problem kojim se bavim u ovom radu nije klasičnog okomitog tipa, jer nije okarakteriziran direktnim vertikalnim stvaranjem politika i prijenosa odluka, već mnoštvom aktera koji djeluju u međusobnoj interakciji te generiraju interes za raspravu o pitanju poroda. Ti su akteri građani, udruga RODA, hrvatske primalje, liječnici te Ministarstvo zdravlja. Oni se mogu podijeliti u vladine i nevladine, pri čemu je jedini vladini akter Ministarstvo. Mogu se također razdvojiti prema podjeli na vlast, ekspertizu ili poredak (Colebach, 2004:27). U toj je podjeli Ministarstvo dio vladina aktera, a svojevrsna ekspertiza su liječnici i primalje, dok ostali akteri pripadaju poretku (organizacije, građani, udruge...).

Za ovu politiku aktere je možda najkorisnije podijeliti prema stavu koji zauzimaju oko pitanja kućnog poroda. Točnije, podijelit će ih na one koje zagovaraju rješavanje pitanja kućnog poroda i one koji ga nastoje osporiti. Trenutačno stanje je takvo da se zainteresirane građane, udrugu RODA i primalje može svrstati na stranu koja zagovara kućni porod, dok su doktori generalno manje oduševljeni tom idejom. Vlada nema inherentan stav, već se mijenja ovisno o sazivu. Trenutna Vlada podržava rješavanje pitanja kućnog poroda, dok vlada prijašnjeg saziva nije pokazivala interes prema temi.

Građane kao aktere čine svi zainteresirani pojedinci ili obitelji koje su na neki način povezane s temom kućnog poroda i svoje zanimanje često prenose udrugi RODA, a nešto rijeđe samoj Hrvatskoj komori primalja ili Ministarstvu. Važnost građana kao aktera vidi se i u samozi činjenici da je jedna osoba podigla tužbu protiv Hrvatske, što u konačnici može biti presudni faktor u stvaranju osjećaja hitnoće rješavanja ovog problema. S druge strane imamo udrugu RODA kojoj je primaljni cilj edukacija građana o njihovim pravima i mogućnostima tijekom trudnoće, poroda i roditeljstva. Iako, je primarna djelatnost Udruge usmjerena na edukaciju društva, posljednjih mjeseci mijenja se odnos prema radu s Vladom te Udrugom želi proširiti i svoj utjecaj na njih, objašnjava B.M. Jagatić iz Udruge. To je jedina Udruga koja okuplja interes građana vezane uz kućni porod, te ih educira o tom pitanju, iako ih, naravno, ne može savjetovati nito povezivati s primaljama. U RODI primjećuju porast interesa prema kućnim porodima, naime, tim se pitanjem bave od samog postojanja Udruge.

Udruga Roda vrlo dobro surađuje i s Hrvatskom komorom primalja koje su jedan od ključnih aktera, jer regulacijom kućnog poroda one bi obavljale taj posao. Ipak, u Hrvatskoj komoroi primalja spominju kako je sama profesija suočena s velikim izazovima rješavanja unutarnjih pitanja funkcioniranja struke i uređenja te su im, za sada, ta pitanja primarna. Rješavanje pitanja mogućnosti asistiranog kućnog poroda ovog trenutka nije na vrhu njihovih prioriteta te nisu započinjali diskusiju o tom pitanju s Ministarstvom, iako vjeruju kako je ta ideja pokrenuta i nemoguće ju je zaustaviti. Njihova Komora, osim što dobro surađuje s udrugom RODA, zadovoljna je i suradnjom s Ministarstvom, posebice trenutačnom Vladom s kojom se redovito sastaju te uređuju zakonski okvir vezan uz regulaciju njihove prakse. S druge strane, suradnja s doktorima (govori li se o pitanju asistiranog poroda) baš i nije zadovoljavajuća. Uvođenje te mogućnosti kod mnogih liječnika ginekologije i opstetricije problematičan je s aspekta sigurnosti majke i djeteta, ali doživljava se i kao oduzimanje njihova posla od strane primalja. Na takav stav primalje reagiraju tvrdeći da je to oduvijek bio posao koji pripada primaljama. Određeni animozitet oko tog pitanja je razumljiv, pogotovo jer se radi o svojevrsnom sukobu pristupa porodu – primaljskom i porodničarskom. Ipak, određena suradnja između ta dva aktera je potrebna kako bi se u budućnosti uspješno vodile različite trudnoće. Same primalje u Hrvatskoj su mnogo snažnije i koherentnije kao akter od kada su osnovale Komoru. Postojanjem Komore primaljska stuka ozbiljnije je shvaćena zbog mogućnosti unificiranog i zajedničkog djelovanja. Na taj način mogu efikasnije komunicirati i sa samim Ministarstvom, koje je posljednji akter u ovoj analizi.

Zanimljivo je istaknuti da je Ministarstvo jedini promjenjivi akter u pogledu stava prema kućnom porodu. Naime, promjenom Vlada mijenjaju se i ministri, a s njima i njihovi stavovi vezani uz određena pitanja. Većina aktera s kojima sam razgovarala pohvalila je Vladu izabranu 2011. godine, naglasivši da je s novom Vladom lakše raditi te da su u nekim stavovima liberalniji. Prijašnja Vlada, točnije Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, bilo je gotovo neprijateljski nastrojeno prema pitanju kućnog poroda. Prema riječima Jagatić iz udruge RODA, svojedobno je poslan dopis navedenom Ministarstvu sa zahtijevom za rješavanje problema prijave djece nakon kućnog poroda. U pristiglom odgovoru prozivale su se majke koje su odabrale takav porod uz opasku da je to nadriliječništvo. Ondašnje Ministarstvo očito nije bilo skljono regulaciji kućnog poroda, što je razumljivo, jer je i sam ministar bio ginekolog što ga svrstava u aktere koji se protive kućnom porodu. S promjenom Vlade promijenili su se i stavovi. Već u samoj kampanji za izbore pod svojim Planom 21, u djelu Zdravlje za sve, Kukuriku koalicija obećaje razvijanje sustava

usluga za trudnice, kao i načina izbora poroda. (Kukuriku koalicija, 2011.) Još uvijek nije pokrenuto rješavanje pitanja kućnog poroda, što se možda može pripisati činjenici da Ministarstvo ima pune ruke posla spašavanjem posrnulog zdrastvenog sustava i stavljenjem pitanja medicinski pomognute oplodnje u središnju raspravu, kao i činjenicom da nisu napisali rok rješavanja spornog pitnja. Ipak, vidi se dijametralna razlika u samoj reakciji trenutačnog Ministra zdravlja na podignutu tužbu protiv Hrvatske na Europskom sudu za ljudska prava. Ministar Ostojić izjavio je kako to pitanje treba regulirati i da nema pravnih prepreka rješavanju tog problema, naglašavajući da svaka žena ima pravo odabira mesta poroda. (Žapčić, 2012.)

Konačno, čini se da se većina aktera trenutno slaže s nužnošću rješavanjem tog problema, uz djelomični izuzetak ginekologa i opstetričara. Kako postoje ginekolzi koji se ne protive toj ideji, ocito je da sam otpor po tom pitanju nije organiziran i snažan, čime ne predstavljaju ozbiljnu prijetnju toku politike kućnog poroda. No, ono što nedostaje je aktivnost ženskih udruga. Bilo bi značajno kada bi politiku kućnih poroda, osim udruga orientiranih na obitelj i roditelje, podržale i udruge usmjerene isključivo na ženska prava koje bi promicale kućni porod s njima jedinstvene pozicije.

Analiza dinamike policy procesa

Za problem asistiranog kućnog poroda nemoguće je napraviti potpunu analizu dinamike policy procesa iz jednostavnog razloga što se većina faza još nije odvila. Problem asistiranog poroda tek je došao na dnevni red i djelomično se nalazi u fazi formulacije. Te dvije faze razvijaju se paralelno, stoga ih je teško razlikovati. No, vezano uz sam dolazak teme na dnevni red mogu se uočiti neke karakteristike. Iako je tema poprilično kontroverzna, ipak nije tema većih sukoba ili prepirkica. Ona ne nalazi u izrazito osjetljiva područja dubokih fundamentalnih religijskih ili ideoloških uvjerenja kao što su pitanja pobačaja ili čak pomognute oplodnje. Osobe o kućnom porodu često imaju stav ili ga brzo stvore kada saznaju za temu ali to nisu duboko utkana i nepromjenjiva uvjerenja. Štoviše, često su i promjenjiva nakon iskustva poroda. Primjerice, osoba može biti protiv kućnog poroda, no promjeni mišljenje nakon lošeg iskustva u bolnici ili osoba nakon prevelike boli odluči idući porod ostvariti uz lijekove. U policy procesu uvjerenja aktera mogu biti od velike važnosti. Ona mogu pojasniti procese i ishode odabrane politike jer se polazi od ideje da snažno utječu na djelovanje policy aktera, a autori Sabatier i Jenkins-Smith razlikuju duboka, policy i sekundarna uvjerenja. Pri tome su duboka ona gotovo nepromjenjiva, temeljna, ontološka i normativna uvjerenja. Policy uvjerenja su umjerenija, mogu biti empirijska i normativna te su veoma pogodna za stvaranje zagovaračkih koalicija unutar kojih je podjela uvjerenja i stvorena.

Posljednja vrsta uvjerenja su sekundarna koja se najlakše mijenjaju i ponajviše su empirijski utemeljena. (Sabatier, 2009:196) Iako akteri poput udruge Roda i primalja vjerojatno neće mijenjati stav o kućnom porodu, Ministarstvo nema uniformirani stav jer se on mijenja ovisno o pojedincima koji čine vlast a promjenjivi su akteri i sami građani, kao što sam već opisala. Zaključujem da su uvjerenja oko pitanja kućnog poroda kod većine opisanih aktera dio policy uvjerenja. Kod udruge Roda i primalja ona su više normativne prirode jer sadrže osnove pojedinih vrijednosti pomiješanih s idejama boljštika.

Kod običnih građana su to više empirijska policy uvjerenja jer su podložnija znanstvenim informacijama kao i vlastitoj empirijom pri čemu se mišljenje može promijeniti novim iskustvima ili primjerice studijama o sigurnosti poroda.

U posljednjem desetljeću raste zanimanje za asistirani kućni porod raste, ponajviše od strane visoko obrazovanih majki koje su ili već rodile, pa su ponukane lošim iskustvom, ili su dobro informirane, a nerijetko su živjele i u inozemstvu. Za promoviranje pojedinih politika, pa tako i kućnog poroda u pravilu je korisno imati što više zainteresiranih aktera, ali „ključ“ uspješnosti također počiva i na poštivanju ljudskih prava i vlastitih zakonskih okvira. Znakovito, prvi stvarni korak naprijed u politici asistiranih kućnih poroda upravo se događa i to nakon što je podignuta tužba na Europskom sudu za ljudska prava. Tužba je, čini se, potaknula Ministarstvo zdravlja da po prvi put pokaže zanimanje za rješavanje tog pitanja. Dinamika ovog policyja prije promjene Vlade i podignute optužbe je bila spora i neproduktivna. Svi jest o problemu je postojala, ali izjava tadašnjeg ministra Milinovića koja porod kod kuće proziva nadriličnoštvom dala je do znanja da ništa vezano uz regulaciju kućnog poroda neće biti učinjeno. Premda je prerano sa sigurnošću tvrditi, čini se da je podizanje optužnice protiv Hrvatske ukazalo Vladi ozbiljnost namjere hrvatskih roditelja koje žele ostvariti mogućnost izbora, a ujedno i ukazalo na dužnost države.

Zaključak

Konačno, u ovoj fazi politike kućnog poroda nemoguće je završom ocjenom ocijeniti djelovanje države. No, moguće je još jednom sažeti odgovor na pitanje nastajanja politike asistiranog kućnog poroda koje je u središtu ovoga rada. To će učinti kroz teoriju o tri razine javnih politika Hala Colebatcha. Autor iznosi tri dimenzije politika koje zajedno stvaraju određenu politiku. Te razine su mjerodavni izbor, strukturirana interakcija i društvena konstrukcija. Pogrešno je i nepotrebno razdvajati spomenute razine, jer svaka od njih zasebno ne može dati potpuni prikaz određene politike. (Colebatch, 2011:18) To nije slučaj sa svim politikama, ali politika kućnog poroda usitnu je ostvarila sve tri razine.

Prva razina je mjerodavni izbor (authoritative choice) koja podrazumijeva one elemente koji se vežu uz vladu i politiku te „klasično“ stvaranje politika kao vladinih odluka. Iako ta razina sama po sebi nije dovoljna za potpuno razumijevanje policy procesa, ipak je od središnje važnosti. Njoj pripadaju djelovi politike kućnog poroda koji se odnose na potrebne zakonodavne promjene (to su instrumenti za postizanja cilja). Mjerodavnem izboru pripada i sukladnost s ljudskim pravima, kao i potrebna zdraštvena zaštita svih roditelja koju samo država može garantirati. Utjecaj mjerodavnog izbora na politiku ogleda se i u činjenici da veće razumijevanje pitanju kućnog poroda od strane trenutačne Vlade naglašava i njeno brže rješavanje.

Strukturirana interakcija aktera je druga razina javne politike u kojoj je poznato tko sudjeluje u pojedinom policy problemu te na kojoj je poziciji. Pristuna je određena stabilnost u odnosu aktera, jer postoji jasan policy problem, ljudi i institucije koje su uključene u njega, kao i predviđanje njihovog mogućeg djelovanja (Colebatch, 2011:17). Iz predhodne analize policy aktera u politici kućnog poroda jasno se zaključuje da su zastupljeni svi elementi strukturirane interakcije, jer poznate su pozicije svih aktera, postojana je njihova međusobna komunikacija, kao i suradnja, a jasne su i njihove uloge.

Posljednji element je društvena konstrukcija koja se veže na postojanje policy problema. Iako sve može biti policy problem, dok se ne ostvari društvena konstrukcija ne može postojati niti sam policy. Potrebno je odrediti oko čega se odvija interakcija, koji je točno problem i zašto. Od „obične teme“ potrebno je stvoriti problem. To stvara diskurs o društvenoj konstrukciji problema. (Colebatch, 2011:17)

U politici kućnih poroda to je nastalo raspravama o mjestu i načinu poroda kao temeljnom ljudskom pravu, ali i diskursom o različitim pristupima porodu (porodničarski vs. primaljski) te pitanjima koja propituju koji je bolji.

Time jedna opcija poroda, porodničarskog, i nemogućnost izbora shvaća se kao problem koji treba riješiti.

Trenutno u Hrvatskoj događa se ključni trenutak, nedvojbeni je porast važnosti ovog pitanja čime se zadovoljava posljednja dimenzija Colebatchevog okvira javnih politika.

Konačno, ovaj rad nastojao je prikazati stvaranje politike kućnog poroda u Hrvatskoj, čija se uspješnost, za sada, čini obećavajućom. Osim pritska tužbe u Strasbourg, čini se da je ova Vlada sklonija rješavanju ovog problema. Ono će se sastojati, gotovo u potpunosti, od sređivanja regulatornog sustava tj. manjka istoga.

Postavljanje potrebne regulacije moglo bi biti riješeno za nekoliko godina, a možda i brže. U brzo rješenje vjeruju i primalje, dok su u RODI oprezniji i vjeruju da će tek iduće generacije donijeti promjene.

Za uspostavu mogućnosti kućnog poroda nije potrebno uvoditi opsežne strukturalne promjene, već detaljno izraditi pravni okvir vezan uz sigurnost i kvalitetu te uređenje rada primalja.

Za zadovoljavanje potreba za kućnim porodom malog broja žena, već postoji stručni kadar primalja koje to mogu obavljati, a u budućnosti bi se uvodili i usavršavanje u školovanju samih primalja. Tim postupkom, jednostavnim, ali izrazito značajnim, vlast može uspješno rješiti naizgled jednodimenzionalno pitane ljudskih prava i potaknuti pozitivne ishode na više razina poput smanjenja troškova za zdravstvo, kraćeg oporavaka i većeg zadovoljstva roditelja, a indirektno vjerojatno i bolje natalitetne slike Hrvatske.

Literatura

- AIMS (Association for improvements in the maternity services). 2011. The benefits of home birth: Evidence of safety, effectiveness and women's experience. Surrey: AIMS.
- Colebatch Hal. 2004. Policy. Zagreb: Fakultet političkih znanosti.
- Colebatch Hal. 2011. Challenge and Development: The Emerging Understanding of Policy Work. Politička misao 48(5): 11-24.

- Crawford Bridget J. 2011. Third-wave feminism, motherhood and the future of feminist legal theory. u. J. Jones et al., ur. Gender, Sexualities and Law. New York. Routledge: 227-240.
- Hill Michael. 2010. Proces stvaranja javnih politika. Zagreb: Fakultet političkih znanosti.
- Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda. Tajništvo Europskog suda za ljudska prava, 2010. <http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/8E8F1266-6754-4880-80DD-BBA9D2677D9C/0/CRO_CONV.pdf> (pregledano 10.05.2012.)
- Kukuriku koalicija. 2011. Zdravlje za sve. <<http://www.kukuriku.org/plan21/zdravlje-za-sve/>> (pregledano 26.05.2012.)
- Odent Michel. 2006. Womb Ecology: The physiological rerefence. <<http://www.wombecology.com/?pg=physiological>> (pregledano 30.05.2012.)
- Petak Zdravko. 2007. Javne politike: Razvoj discipline u Hrvatskoj i svijetu. u. M. Kasapović, ur. Izlazak iz množine? Stanje hrvatske političke znanosti. Zagreb. Fakultet političkih znanosti: 187-215.
- Plan i program mjera zdrastvene zaštite iz obveznog zdrastvenog osiguranja. Zagreb: Narodne novine. 126/06, 156/08
- Pravna pitanja vezana za kućne porode u Republici Hrvatskoj. (Nedostaje naziv autora i godine izdanja, dobiveno na uvid od Hrvatske komore primalja)
- Puljiz Vlado et al. 2000. Sustavi socijalne politike. Zagreb: Revija za socijalnu politiku.
- The Business of Being Born. Red. Abby Epstein. Barranca Productions, 2008.
- The Good Birth Company. 2010. Giving Birth At Home. <http://www.thegoodbirth.co.uk/home_birth> (pregledano 26.05.2012.)
- Udruga Roda. 2011. Predmet: Podnesak uz tužbu. Zagreb: Roda.
- Zakon o primaljstvu. Zagreb: Narodne novine. 120/08, 145/10.
- Zakon o zdrastvenoj zaštiti. Zagreb: Narodne novine. 150/08, 71/10, 139/10, 22/11
- Žapčić, A. 2012. Ostojić najavio regulaciju: „Žene u Hrvatskoj trebaju moći odlučiti hoće li roditi u bolnici ili kod kuće.“ Tportal. 09.05. <<http://www.tportal.hr/vijesti/hrvatska/192660/zene-u-Hrvatskoj-trebaju-moci-odluciti-hoce-li-roditi-u-bolnici-ili-kod-kuce.html>> (pregledano 26.05.2012.)
- Weible, C. M., Sabatier, P. A. 2009. Coalitions, Science, and Belief Change: Comparing Adversarial and Collaborative Policy Subsystems. Policy Studies Journal 37 (2): 195-212.
- WHO. 2012. Health Services. <http://www.who.int/topics/health_services/en/> (pregledano 26.05.2012)

Nina Juretić,

studentica Sveučilišta u Zagrebu, Fakultet političkih znanosti, Posebne javne politike

A *midwife*
MUST POSSESS
THE *hand*
OF A LADY,

THE *eyes*
OF A HAWK,

& THE *heart*
OF A LION.



Prirodan porod u „BABIŠKI HIŠI“

Prirodan porod je nemedikaliziran i neintervencijski porod. To je rađanje djeteta bez upotrebe lijekova i opstetričkih intervencija. Takav je porod najbolji za majku i dijete. Beba je budna, aktivna i odmah spre-mna za dojenje.

Sredinom 70-tih godina prošlog stoljeća popularizira se porod u rodilištu. Iz ugodnog i mirnog ambijenta vlastita doma porod se seli u rodilište. Danas, na području bivše Jugoslavije, trudnice nemaju zakonsko pravo odabira mesta poroda. Istovremeno u razvijenim, demokratskim državama, poput Nizozemske, Njemačke ili Austrije uobičajena je praksa da trudnica sama odluči želi li roditi u rodilištu (uz mogućnost epiduralne analgezije) ili pak u svom domu. U posljednje vrijeme ponovo se javlja potreba i želja da trudnice ostvare onakav porod kakav doista žele. Sve više trudnica rađa kod kuće, jer „ne stignu do rodilišta“. Takvi porodi su rizični i opasni po zdravlje majke i bebe. Kako bi takvih poroda bilo što manje u Bolnici za ženske bolesti i porodništvo u Postojni osnovana je „Babiška hiša“. To je prostor koji se nalazi u sklopu rodilišta, a namijenjen je prirodnim porodima. Zapravo, „Babiška hiša“ je preslika austrijskog privatnog porodnog centra i najbliža inačica „poroda kod kuće“.

Da može ostvariti porod u „Babiškoj hiši“ trudnica mora biti zdrava, a trudnoća bez komplikacija.

Kontraindikacije za prirodan porod u „Babiški hiši“ su sljedeće:

- Trudnoća ispod 38 i iznad 41 gestacijskog tjedna
- Kronične bolesti
- Preeklampsija, hipertenzija
- Gestacijski dijabetes
- Induciran porod
- Prekomjerno dobivanje na težini – više od 16 kg
- Zadnji Hb manji od 100
- Višeplodna trudnoća
- Plod okrenut zadkom
- IUGR ili potvrđeno velik plod
- Sumljiv ili patološki CTG
- Placenta previa
- Puknuće vodenjaka više od 24 sata
- Krvarenje
- Zelena ili krvava plodna voda

Prednosti prirodnog poroda u „Babiški hiši“ su: neograničeno kretanje, domaća atmo-sfera, prisustvo drugih članova obitelji (i doule), potpuni „rooming in“, samostalnost i neograničene posjete.



Sve počinje mjesec dana prije termina poroda kada trudnica dolazi u rodilište na razgovor. Prima ju babica. Taj razgovor je važan za izgradnju povjerenja i dobre suradnje između babice i trudnice. Trudnice obično imaju plan poroda u kojem navode želje vezane uz pojedine bolničke tretmane. S obzirom na anamnezu i plan poroda babica ocijenjuje je li trudnica kandidat za prirodan porod. Nakon što porod započne i trudnica dođe u „Babišku hišu“ ona ima svoju babicu koja boravi s njom tijekom cijelog poroda. U „Hiši“ nema lijekova, koriste se samo alternativni pristupi rađanju. Procijeni li babica da porod ne napreduje, tada se on nastavlja u rađaoni, pod liječničkom kontrolom.

U razdoblju od godine i pol „Babišku hišu“ posjetilo je 84 trudnica. Od toga, šesnaest trudnica je rodilo u prostorima „Babiške hiše“, uz svoju babicu, po svom planu poroda, petnaest njih rodilo je u rađaoni, ali pod istim uvjetima kao u „Babiškoj hiši“, jer ista je bila zauzeta. Šesnaest trudnica odabralo je drugo mjesto poroda, jer njihove želje iz plana poroda nisu mogle biti udovoljene. Tri trudnice su premještene u rađaonu zbog potrebe za analgeticima.

Trinaest trudnica nije ispunjavalo uvjete i zbog patologije (prenošenost, puknuće vodenjaka više od 24 sata...) je rodilo u rađaoni, a šest trudnica je zbog komplikacija imalo operativno dovršenja poroda (carski rez ili vakumska ekstrakcija). Ostale trudnice još nisu rodile.

Uvažavanjem prirodne potrebe žena da dijete donesu na svijet u poznatom i topлом okruženju te trudu babica oko svake trudnice uspjeli smo se vratiti prirodnom porodu. Time se i babicama polako vraća njihov primarni posao – briga i skrb za trudnicu.

Nada Matanović, babica, Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna, Slovenija

Opušteno rađanje – ljepota prirodnog porođaja

Opušteno rađanje je program koji priprema trudnice i njihove partnere da porođaj svog djeteta dožive kao lijepo i nježno iskustvo koje će pamtitи cijeli život i koje će ih snažno povezati s njihovim djetetom, ali i međusobno. Zahvaljujući programu, žena koja rađa lakše će zadržati vjeru u svoje tijelo i prirodan proces dolaska djeteta, te dubokim opuštanjem pridonijeti da porođaj protekne što ugodnije.

Program se temelji na edukaciji (informacije o tjelesnim procesima tijekom porođaja i utjecaju stresa odnosno opuštenosti na njihovo normalno odvijanje), tehnikama disanja, opuštanja, samohipnoze i vizualizacije.

Cilj programa je da se žene oslobole straha, steknu povjerenje u svoje tijelo i nauče kako u potpunosti opustiti tijelo i um da bi porođaj bio što lakši. Porođaj je normalna fiziološka funkcija ženskog tijela i kao takav ne mora biti poprečen velikom boli. Naravno, sve to vrijedi pod tri uvjeta, a to su da je žena (trudnica, odnosno rodilja) zdrava, da je s djetetom sve u redu te da se porođaj odvija normalno.

Prekrasno žensko tijelo

Žene se rađaju sa znanjem kako roditi. Znanje je to koje nasleđujemo već tisućljećima, koliko je stara ljudska vrsta, pa i dulje od toga.

I svi naši životinjski srodnici – sisavci – sve ženke sisavaca kroz evlucijski razvoj razvile su tijelo koje rađa žive mlade. O tom znanju ovisi opstanak vrste – kako životinjskih, tako i ljudske. Našim tijelima, rađanje novog života, je urođen fiziološki proces koji, baš poput ostalih fizioloških procesa, ovisi o mnogo čimbenika, o preciznoj usklađenosti različitih tjelesnih sustava, lučenju hormona, mišićnom radu, prokrvljenosti... Sve to popraćeno je i brojnim emocijama i psihičkim stanjima koji također utječu na tjelesnu kemiju.

Volim podsjećati žene da je porođaj samo završetak trudnoće, završetak razdoblja koje traje devet mjeseci. Tijekom tih devet mjeseci u tijelu žene događaju se fantastične promjene – od dvije, golim okom nevidljive stanice razvija se dijete sa svim organima i sustavima koji će mu omogućiti da nakon rođenja izraste u odraslog čovjeka – najrazvijenije biće u prirodi. Svi ti procesi (osim inicijalnog) događaju se van naše svjesne kontrole ili utjecaja. Uglavnom, u trenutku kad žena spozna da je trudna, već su se dogodili milijuni procesa u razvoju bebe, ali i u prilagodbi majčinog tijela da bude spremno nositi tu bebu. Tijekom cijele trudnoće, naravno ukoliko je sve u redu, jedino što činimo jest da promatramo, svjedočimo tim zadivljujućim procesima. Vjerujemo da naše tijelo zna sve što treba učiniti i da će to i učiniti kako bi nakon devet mjeseci ugledali prekrasno biće – naše dijete.

No, kad je taj proces gotovo završen, uspješno završen, odjednom počinjemo sumnjati u to isto tijelo! Počinjemo sumnjati da to isto tijelo koje je tako savršeno funkcioniralo i u kojem se razvilo naše dijete – odjednom više ne zna. Počinjemo strepititi da to isto, prekrasno tijelo, ne zna roditi. A ZNA, jer milijuni žena kroz našu povijest, sve žene koje su bile majke prije nas, koje su rodile prije nas su dokaz da ŽENSKO TIJELO ZNA RODIT!!

Strah – najveći neprijatelj porođaja

Što onda nije u redu s porođajima? Zašto toliko puno žena porođaj najčešće svrstava u bolno iskustvo koje želi što prije zaboraviti? Zašto bi ijedna majka željela zaboraviti iskustvo rađanja svog djeteta, iskustvo davanja novog života?

Nažalost, priče o strašnim iskustvima drugih žena, različita povijesna iskustva, zastrašujuće priče u medijima i brojni drugi načini prikazivanja porođaja, uči žene da već od najranije dobi vjeruju da je porod strašan i težak, da se teško preživljava i često svi ti čimbenici uzrokuju strah – a zbog svog djelovanja na tijelo i tjelesne procese upravo je strah najveći neprijatelj porođaja, i najveći „krivac“ za teška i bolna porođajna iskustva.

Osjećaj straha, strepnje, nesigurnosti u nama izaziva stresnu reakciju, naše se tijelo priprema za „čuvanje“ života, odnosno priprema se za borbu ili bijeg ili se pak, ukoči, „smrzne“, što su instinktivne reakcije kad se na bilo koji

način osjećamo ugroženima. Na razini fiziologije to znači pojačano lučenje adrenalina i katekolamina, pojačani rad srca, napetost mišića, krv bogata kisikom šalje se u periferne organe, a svi ostali tjelesni mehanizmi (primjerice porođaj!) se usporavaju radi očuvanja energije potrebne za „spašavanje“. Važno je pritom ne zaboraviti da tijelo jednako reagira na stvarnu i zamišljenu prijetnju.

Strah često pokreće začarani krug – žena se boji velike болji ili nečeg drugog vezano uz porođaj – strah izaziva napetost mišića (ne zaboravimo da je maternica u najvećoj mjeri mišićni organ) i grčenje tijela – javlja se upravo ono čega se žena boji, bol, koja zatim pojačava strah i krug je zatvoren.

Mnoge medicinske intervencije koje se događaju (često rutinski) tijekom porođaja, također imaju negativan učinak na prirodne porođajne procese. Iako učinjeni u želji da se pomogne, da se skrati vrijeme rađanja i da se ženama olakša, intervencije često pridonose ne samo većem strahu (primjerice indukcija), već izravno utječu i na tjelesnu kemiju. Naravno da su te intervencije katkad potrebne, jer kao i u svim drugim prirodnim procesima, može se dogoditi da nešto podje krivim putem, no kad se intervencije rade bez stvarne medicinske indikacije, često proizvode suprotan efekt od željenog.

Opušteno rađanje

Kada je žena opuštena i mirna, kada s povjerenjem očekuje rađanje svog djeteta, kada se osjeća sigurno i zaštićeno, porođaj teče onako kako gaje priroda osmisnila i ne mora biti popraćen velikom bolj.

Opušteno tijelo omogućuje optimalnu razinu hormona oksitocina, ali i endorfina i relaksina koji se pojačano luče s napredovanjem porođaja i predstavljaju prirodni analgetik, odnosno tijelo ih luči samo da bi se bolje i ugodnije osjećalo, odnosno da bi lakše prevladalo bol.

Zbog svega navedenog u programu „Opušteno rađanje“ glavni nam je cilj upoznati svaku ženu (i njenog partnera) s prirodnim procesom porođaja, odagnati njihove strahove. Pomoći im u izgraditi osjećaja povjerenja spram njihova tijela, kao i osjećaja pozitivnog iščekivanja te ljubavi za dijete i sam proces rađanja.

Jednostavnim tehnikama opuštanja, samohipnoze, te vizualizacijama i afirmacijama žene uče kako mogu brzo i lako postići duboku opuštenost tijela, kako potaknuti prirodne relaksanse i ostvariti pozitivno iskustvo porođaja. Prakticiranje svakodnevног opuštanja kod kuće koje je sastavni dio pripreme, donosi i dodatnu dobrobit u psihičkoj pripremi, a ujedno smanjuje nervozu i strepnju tijekom trudnoće.

Uza sve to, da bi iskustvo porođaja bilo što bolje, većina žena potrebuje i podršku. Nužno joj je da uz sebe ima osobu koju voli i koja voli nju (danasa je to najčešće partner, otac djeteta, ali na tom se mjestu mogu naći i majka, sestra, doula, prijateljica). Jednako tako važna, ako ne i važnija, je podrška stručne osobe (primalje, liječnika). Većina žena i uz pripremu se teško opušta ukoliko se ne osjeća sigurno i ako sumnja da će o njoj netko doista brinuti i voditi računa o njezinim željama i potrebama. Žene su tijekom porođaja iznimno ranjive i osjetljive stoga, baš poput svih sisavaca, traže intimno mjesto na kojem mogu biti potpuno opuštene.

Babice ili primalje su žene u koje se druge žene pouzdaju

Organizacija prostora, procedure i načini rada, a nažalost često i osoblje u rodilištima, ne pridonose osjećaju intimnosti i zaštićenosti u porođaju. Ženama (posebice prvorotkinjama) to je nerijetko prvi ulazak u rađaonu. Liječnici, primalje i ostalo osoblje u pravilu su potpuno nepoznati ljudi koje nikada prije nisu upoznale, a nerijetko uz sebe ne mogu imati partnera ili neku drugu blisku osobu. S druge pak strane, stručno osoblje je često preopterećeno, ima više žena o kojima se mora brinuti i mora slijediti propisane procedure. Također, veliki broj žena nedovoljno je informiran o samom porođaju, ne poznaju dovoljno svoje tijelo i nerijetko misle ili žele da je netko drugi (liječnici, primalje) zadužen da porodi njihovo dijete.



Kako unatoč svemu tome porođaj učiniti ljepšim i ugodnijim iskustvom?

Uloga babica u tome može biti presudna. Svojim kompetencijama, znanjem i iskustvom, uz toplu riječ i podršku, ona će pomoći ženi da se opusti i stekne povjerenje.

Žena koja je primjereno pripremljena, s radošću će dočekati osobu koja ju je voljna poslušati, koja poštuje njezine želje i podržava je. Babica također može pomoći ženi da u porođaju pronađe sebe, osjeti svoju žensku snagu i „rodi se“ kao majka.

Primalje su stoljećima bile, a i danas su žene u koje se druge žene pouzdaju. Govori o tome i lijep hrvatski naziv babica. Drugi jezici također često koriste slična imena za žene koje su često „druge majke“. U programu „Opušteno rađanje“ cilj nam je upoznati i babice s tehnikama koje trudnice uče kako bi ih mogle bolje razumijeti, biti im boljom podrškom. Iste im mogu pomoći u radu s drugim roditeljima. Vjerujemo da je i svakoj babici zadovoljstvo sudjelovati u mirnom i opuštenom porođaju.



Više informacija o „Opuštenom rađanju“ možete pronaći na stranici :
http://www.format-in.hr/hipnoza_za_porod.asp

Gordana Kastrapeli, edukatorica hipnoze za porođaj

VBAC – vaginalni porod nakon carskog reza

Neke su majke sigurne da žele normalan, vaginalni porod nakon carskog reza, dok druge bez dvojbi ponovo biraju carski rez. Nekima se, pak, teško odlučiti. Svaka je žena individua za sebe i trebala bi imati mogućnost slobodnog izbora načina poroda. Podrazumijeva se da donešena odluka treba biti utemeljena na znanstvenim dokazima i stručnom mišljenju, kao i osobnom iskustvu iz prijašnjih poroda, ukoliko ih je bilo. Samo takvim pristupom roditelja može donjeti odluku koja je najbolja za nju i njezinu obitelj.

Što bi trebali znati o VBAC?

VBAC sigurna je alternativa rutinskom carskom rezu. Ukoliko je trudnoća protekla bez komplikacija, a ožiljak je horizontalan na donjem uterinom segmentu te ukoliko porod započne spontano u terminu i bez intervencija sa strane medicinskog osoblja, vjerojatnost da će s roditeljom i djetetom biti sve u najboljem redu je viša od 75 %.

Mnoge bolnice i zdravstveni djelatnici baš i ne podupiru roditelje koje se odlučuju na VBAC. Razlog tomu nije što VBAC nije sigurna metoda, već strahuju od nesavjesnog pristupa. Osim toga mnogim je bolnicama neprofitabilna organizacija dežurstva kirurškog i anesteziološkog tima ili njihova trenutna dostupnost kao što preporučuje Američka udruga opstetričara i ginekologa.

Nemaju sve bolnice mogućnost hitnom pristupu operacijskoj sali i timu za izvođenje carskog reza, iako većina bolnica može osigurati sve potrebno za carski rez u roku od 30 minuta ili manje. Američka Akademija obiteljskih liječnika tvrdi da se statistički zdravstveni ishod za majku i dijete ne poboljšava u slučajevima kada je tim za carski rez trenutno dostupan.

Tko može planirati VBAC?

- Trudnice sa jedan ili dva horizontalna ožiljka ili niskim vertikalnim ožiljakom
- Žene koje su podvrgnute carskom rezu zbog „prevelikog djeteta”, nenapretka u porodu (prolongirani porod), zbog poroda zatkom ili fetalnog distresa
- Žene koje očekuju blizance ili dijete povećane tjelesne mase
- Žene prije i poslije termina poroda, kod kojih se očekuje rođenje djeteta normalne porođajne mase
- Žene koje ulaze u VBAC 18 - 24 mjeseca nakon carskog reza
- Žene koje razmišljaju o epiduralnoj analgeziji

Koje mjesto je sigurno za VBAC?

Na tisuće VBAC dogodilo se upravo u bolnicama, tako da postoji mnogo informacija vezanih uz sigurnost VBAC u bolnici. Ipak, stotine bolnica diljem SAD-a više ne podržava VBAC. Međunarodna mreža za unapređenje svijesti o carskom rezu objavila je da je dokumentirano više od 300 bolnica u SAD koje ne pružaju usluge VBAC-a. Iako udruge opstetričara diljem svijeta ne preporučaju VBAC kod kuće, sve više žena rađe prihvata taj rizik nego činjenicu da moraju biti podvrgnute carskom rezu bez vjerodostojnih medicinskih indikacija. Mnoge žene planiraju VBAC kod kuće, ali do danas nema dovoljno informacija o zdravstvenom ishodu istog, stoga je teško doći do konkretnog zaključka.

Ipak, postoje liječnici koji podupiru žene u njihovu nastojanju za ostvarenjem VBAC-a te im osiguravaju skrb liječnika i obstetičara ukoliko dođe do komplikacija.

Ukoliko se planira VBAC kod kuće svakako si treba postaviti sljedeća pitanja:

- Kolika je udaljenost bolnice?
- Tko će s vama ići u bolnicu?
- Kako ćete stići do bolnice?
- Kako ćete biti zbrinuti na putu do bolnice?
- Postoji li odjel za intenzivni nadzor novorođenčadi u slučaju potrebe?
- Kako ćete biti zbrinuti na putu do bolnice?
- Hoće li vas osoblje u bolnici čekati spremno?
- Hoće li opstetričar biti odmah dostupan?
- Ukoliko trebate hitan carski rez hoće li operacijska dvorana biti dostupna?

Iskustvo jedne majke – knjiga Helene Vadeboncoeur

Knjiga Helene Vadeboncoeur „Normalan porod nakon carskog reza ili dva” (Birthing normally after cesarean or two) najbolje opisuje VBAC s osobnog stajališta. Napisana je s mnogo strasti, nježno i na temelju vlastitog iskustva traumatičnog prvog poroda carskim rezom, te osnažujućeg, normalanog poroda nakon carskog reza.

Knjiga se temelji na činjenicama koje su proizašle iz istraživanja zasnovanog na dokazima. Koristeći izraz „normalan porod“ Helene ne osuđuje niti jednu ženu zbog njezina izbora, već sintagmu koristi kao zamjenu za vaginalni porod. Iako je knjiga napisana prvenstveno za žene koje planiraju VBAC njome se dakako mogu služiti primalje, liječnici, doule i edukatori kako bi proširili svoje znanje.

Helene je dugo preispitivala svoje osobno iskustvo kako bi bolje razumjela što ju je zapravo dovelo do carskog reza u prvoj trudnoći i zašto je to iskustvo tako duboko utjecalo na nju. Iako je teško pronašla stručnjaka koji ju je podržao u odluci da rodi normalno, iskustvo drugog rađanja doslovce ju je preobrazilo. Stoga je odlučila proširiti poruku i reći ženama da se carski rez, kao rutinska odluka liječnika može izbjegći te da postoji mogućnost rađanja prirodnim putem.

U knjizi, kroz povijesni pregled, navode se pogledi na carski rez i VBAC, te kako su vjerovanja o sigurnosti zahvata i indikacijama za carski rez promjenjena unatrag tri desetljeća. Pregled ukazuje kako su neopravdane indikacije sve raširenije i kako je podignuta stopa carskog reza.

Danas se, diljem svijeta, carski rez ponajviše radi (izuzev onih stvarno indiciranih) zbog straha od rađanja, omalovažavanja veličine akta normalnog poroda te njegovih vrednota za majku i dijete, kao i velikog pritiska od strane liječnika u SAD-u.

Autorica vjeruje kako bi odluka o porodu trebala biti na majci i njezinom partneru te navodi u uvodu: „Mi žene moramo imati pravo glasa, jer on direktno utječe na naš porod.“

Njezina knjiga daje uravnotežen uvid u prednosti i rizike opetovanih carskih rezova te VBAC-a. Žene koje se odluče na ponovni carski rez u knjizi mogu pronaći korisne savjete kako biti zadovoljne nakon poroda s ponovljenim carskim.

Majke koje razmišljaju o VBAC-u imat će priliku pročitati iskrene savjete, informirati se o riziku od komplikacija s kojima se mogu susresti te doznati kolike su im šanse da rode same, kod kuće. Govori se i o faktorima koji utječu na ishod VBAC-a kao što su broj poroda carskim rezom, razmak između trudnoća, je li porod induciran, je li žena ikada imala vaginalan porod, stanje ožiljka...

Autorica navodi razloge zbog kojih treba razmislići o VBAC-u.

- Sigurniji je od abdominalne operacije, naročito ako se želi imati još djece.
- Djeca se lakše adaptiraju na vanmaternično okruženje, dišu samostalno i odmah doje.
- Kontakt majka-dijete lakše se ostvaruje nakon vaginalnog poroda.
- Veliki utjecaj hormona koji se otpuštaju tijekom vaginalnog poroda na majku i dijete.
- Vaginalni porod na majku djeluje osnažujuće, daje joj ispunjavajuće iskustvo zbog ravnopravne suradnje sa liječnikom.

S obzirom da je u Sjevernoj Americi teško pronaći liječnika koji podržava VBAC, knjiga nudi savjete kako pristupiti pronalaženju takve osobe i kako smanjiti potrebu za medicinskim intervencijama koje dokazano smanjuju šansu rađanja prirodnim putem.

Porod je snažno, emocionalno i psihičko iskustvo koje utječe na život žene, njezino samopouzdanje, samopoštovanje te sposobnost za kvalitetno rano roditeljstvo.

Maja Rečić, primalja

Epiziotomija, prednosti i nedostaci (2. dio)

O prednostima i nedostacima epiziotomije nastavljamo i u ovom broju Vjesnika.

Osnovni cilj istraživanja je utvrđivanje prednosti i nedostataka izvođenja epiziotomije, kao i opravdanost njezina izvođenja. Unutar ispitivane skupine pokušale su se utvrditi posljedice izvođenja te neizvođenja epizipotomije, odnosno tijek oporavka u postparta-lnom razdoblju kod istih.

U cilju je također propitivanje navoda stručne literature o smanjenju broja epiziotomija u posljednje vrijeme te propitivanje činjenice o rutinskom izvođenju epiziotomija na prvorotkama. Pokušala se utvrditi učestalost pojave rupture međice sa i bez epiziotomije, kao i opravdanost navoda da epiziotomija povećava mogućnost rupture. Ispitivanje je bazirano na utvrđivanju broja učinjenih epiziotomija u 2009. godini u odnosu na 2005. godinu te usporedbi broja učinjenih epiziotomija prema redoslijedu rađanja i težini djeteta.

Materijal i metode

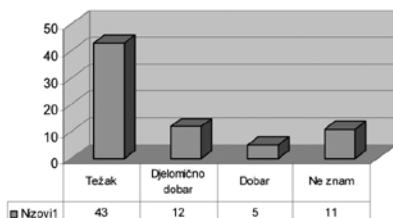
Istraživanje je provedeno pomoću upitnika podijeljenog puerperama na Odjelu za Ginekologiju i porodništvo Opće bolnice Knin. Upitnik je sadržavao pitanja o broju poroda, o posljeporodnom oporavku sa i bez epiziotomije, o prsnuću perineuma kod rodilja bez epiziotomije, kao i najčešćim razlozima za izvedbu epiziotomije. Jedno pitanje se odnosilo isključivo na višerotke, a tražilo je da usporede porode i posljeporodnjim oporavak sa i bez epiziotomije. Upitnik je sastavljen s namjerom da se dobiju podaci o prednostima i nedostacima epiziotomije, o njezinu utjecaju na samu rodilju, kao i najčešćim indikacijama za njezino izvođenje. Postavljena pitanja sročena su jednostavno, a dvosmisleni odgovori su isključeni. Pitanja su bila zatvorenenog tipa, naime odgovori su bili ponuđeni, a ispitnice su birale onaj odgovor koji je prema njihovu mišljenju bio najtočniji za postavljeno pitanje. Otvorena pitanja nisu postavljana kako se ispitnice ne bi dodatno opterećivale dopisivanjem odgovora. Zatvorenim pitanjima dobio se potpun odgovor na provedeno istraživanje. Retrospektivno je također pretražen protokol poroda u OB Knin, na Odjelu ginekologije i porodništva, za period od pet godina i statistički je obrađen. U istraživanju su obrađeni podaci 896 poroda.

Prospektivno je praćen tijek poroda i postpartalnog razdoblja te provedena anketa sa 71 puerperi s ciljem da se utvrdi razlika oporavaka poslije poroda s epiziotomijom i bez epiziotomije, te najčešće obrazložene indikacije za epiziotomiju. U anketi je sudjelovalo 28 prvorotki i 43 višerotke koje su rodile u razdoblju od 01. lipnja 2010 do 15. kolovoza 2010. godine. Također je retrospektivno utvrđen ukupan broj vaginalno dovršenih poroda (896) te njihov odnos kod prvorotki (307) i višerotki (589), odnos broja sa i bez epiziotomije kod prvorotki, odnos broja poroda bez epiziotomije i nastalih ruptura kod prvorotki, odnos broja vaginalno dovršenih poroda sa i bez epiziotomije kod višerotki, odnos broja poroda bez epiziotomije i nastalih ruptura kod višerotki, utjecaj težine djeteta na broj učinjenih epiziotomija i usporedba broja učinjenih epiziotomija u 2005. i 2009. godini. Podaci su uzeti iz medicinske dokumentacije i protokola broja poroda za period od 01. siječnja 2005. do 31. prosinca 2009. godine u OB Knin. Obrada podataka se bazirala na deskriptivnim metodama te multivarijantnoj analizi. Dobiveni rezultati su statistički obrađeni metodom relativnosti i tablicom kontingencije, uz jedan stupanj slobode 2X2 (X²-test).

Rezultati

Rezultati istraživanja dobiveni nakon provedenog istraživanja prikazani su u tablicama i dijagramima. Na postavljeno pitanje – „Kakav Vam je oporavak bio nakon poroda sa epiziotomijom?“ – dobiven je 71 odgovor; 43 roditelje su odgovorile da je oporavak bio težak, 12 roditelja opisalo ga je kao djelomično dobrim, odgovor dobar dalo je 5 roditelja, dok ih 11 nije znalo odgovoriti.

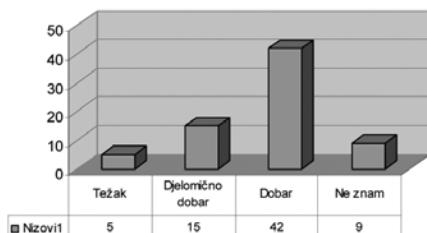
Kakav Vam je oporavak bio nakon poroda sa epiziotomijom?



Učestalost teškog oporavka roditelja s izvedenom epiziotomijom u porodu je značajno veći u odnosu na roditelje čiji je porod protekao bez epiziotomije ($X^2=127,28$, $p<0.01$).

Tabela – dijagram 1.

Kakav Vam je oporavak bio nakon poroda bez epiziotomije?



Sljedeće pitanje je bilo: „Kakav Vam je oporavak bio nakon poroda bez epiziotomije?“ Njih 5 odgovorilo je da je imalo težak oporavak, djelimično dobar oporavak imalo je 15 rodilja, 42 rodilje svoj su oporavak opisale dobrom, dok 9 rodilja nije znalo odgovoriti.

Dobar posljeporodni oporavak značajno je učestaliji u rodilja koje su rodile bez izvedene epiziotomije u usporedbi s onima koje su imale epiziotomiju ($X^2=43,5$, $p<0,001$.).

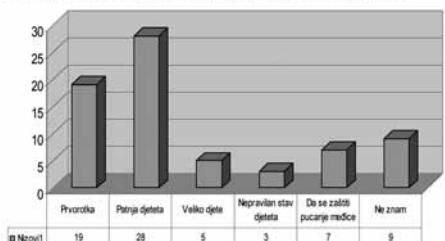
Tabela – dijagram 2.

Naredno pitanje odnosilo se na višerotke od kojih se tražilo da naprave usporedbu između predhodnog poroda sa epiziotomijom i sadašnjeg bez epiziotomije. Odgovori su dobiveni od 35 višerotki kojima je u predhodnom porodu učinjena epiziotomija, a u sadašnjem nije. Odgovori su uglavnom bili „neusporedivo se bolje osjećam bez epiziotomije“. Niti jedan odgovor nije bio „puno sam se bolje osjećala sa epiziotomijom“.

Četiri rodilje nisu uočile razliku između poroda i postporodnog oporavka sa i bez epiziotomije.

Na pitanje je li Vam obrazloženo zbog čega je izvršeno urezivanje međice većina odgovara – DA.

Što Vam je od navedenog obrazloženo kao razlog za urezivanje medice?



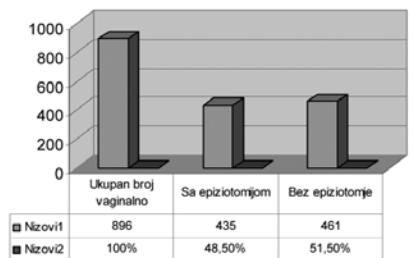
„Što Vam je od navedenoga obrazloženo kao razlog za urezivanje medice?“, bilo je sljedeće pitanje. Prvorođenost je razlog kod 19 rodilja, patnja djeteta je razlog za urezivanje medice kod 28 rodilja, veliko dijete razlog je kod njih 5. Tri rodilje su dale odgovor da se radilo o nepravilnom stavu djeteta, a 7 rodilja je odgovorilo da je urezivanje medice izvršeno radi zaštite od pucanja. Razlog urezivanju nije znalo 9 rodilja.

Tabela – dijagram 3.

Na pitanje je li bilo prsnuća medice kod poroda bez epiziotomije od 40 odgovora 31 odgovor je negativan, a 9 pozitivnih.

S ciljem utvrđivanja broja učinjenih epiziotomija u razdoblju od 01. siječnja 2005. do 31. prosinca 2009. godine uviđa se sljedeće: ukupan broj vaginalno dovršenih poroda za navedeni period iznosio je 896; s epiziotomijom je dovršeno njih 435 (48,50 %), a bez epiziotomije 461 (51,50 %).

Ukupan broj vaginalnih poroda i odnos poroda sa i bez epiziotomijom od 01.01.2005. do 31.12.2009.

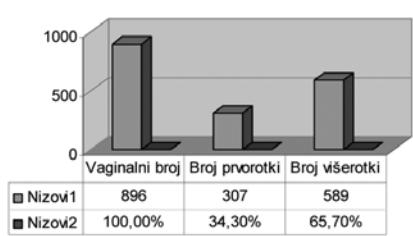


Ovi podaci pokazuju da se u navedenom razdoblju epiziotomija provodila nepromišljeno. Podaci su prikazani na sljedećem tabela-dijagramu.

Tabela – dijagram 4.

Učestalost poroda s epiziotomijom u odnosu na broj poroda bez epiziotomije nije značajan ($X^2=1,51$, $p<0,05$.)

Ukupan broj vaginalnih poroda i odnos broja prvorotki i višerotki za period 01.01.2005 do 31.12.2009.

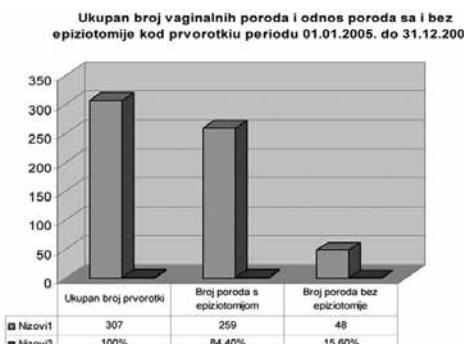


U tabela-dijagramu koji slijedi napravljena je usporedba između broja poroda prvorotki i broja poroda višerotki. Od ukupnog broja vaginalnih poroda, dakle njih 896, prvorotki je bilo 307 (34,30 %), a višerotki 589 (65,70 %). Usporedba je postavljena kako bi se mogao usporediti broj poroda sa i bez epiziotomije, kako prvorotki, tako i višerotki.

Među ispitanicama veći je broj višerotki u odnosu na prvorotke. Razlika je značajna. ($X^2=177,6$, $p<0,001$.)

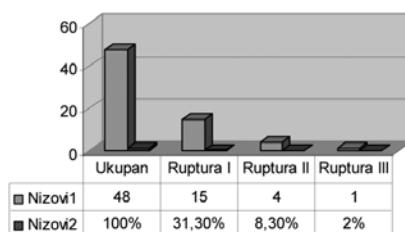
Tabela – dijagram 5.

U tabela – dijagramu broj 6. prikazan je odnos broja poroda i učinjenih epiziotomija kod prvorotki u periodu od 01.01.2005 do 31.12.2009. godine u OB Knin. Od ukupnog broja vaginalno dovršenih poroda prvorotki (307) 259 (84,4 %) poroda je dovršeno sa uporabom epiziotomije. Bez epiziotomije dovršeno je samo 48 (15,6 %) poroda.

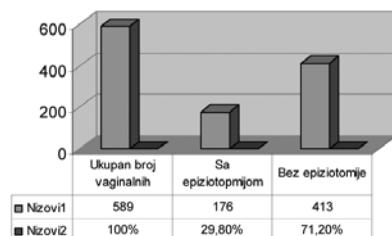


U prvorotki je značajno veći broj vaginalnih poroda s izvedenom epiziotomijom ($X^2=290,04.$, $p<0,001.$)

Broj poroda prvorotki bez epiziotomije i nastalih ruptura kod istih za period 01.01.2005. do 31.12.2009.



Broj vaginalnih poroda kod višerotki i odnos broja poroda sa i bez epiziotomije 01.01.2005. do 31.12.2009.



Učestalost poroda sa epiziotomijom u višerotki je značajno manja u odnosu na broj poroda bez učinjene epiziotomije ($X^2=190,73.$, $p<0,001.$)

Tabela – dijagram 6.

U sljedećem dijagramu prikazan je broj ruptura međice kod poroda bez epiziotomije u prvorotki. Od 48 poroda bez epiziotomije 20 ih je imalo rupturu međice, a od toga 15 ih je imalo rupturu I stupnja, 4 rupturu II stupnja i jedna rupturu III stupnja.

U roditelja u kojih nije rađena epiziotomija učestalost ruptura I stupnja je značajno veća u odnosu na učestalost ruptura II stupnja ($X^2=12,74.$, $p<0,001.$).

U tabeli – dijagramu 8. prikazan je ukupan broj vaginalnih poroda višerotki i odnos poroda sa i bez epiziotomije. Od ukupnog broja 589 sa epiziotomijom je dovršeno 176 ili 29,8 %, a bez epiziotomije 413 ili 71,2 %.

Tabela – dijagram 7.

Učestalost poroda sa epiziotomijom u višerotki je značajno manja u odnosu na broj poroda bez učinjene epiziotomije ($X^2=190,73.$, $p<0,001.$)

Tabela – dijagram 8.

U sljedećem dijagramu prikazan je broj poroda bez epiziotomije i broj nastalih ruptura kod višerotki. Od ukupnog broja poroda bez epiziotomije (461) rupturu I stupnja imalo je 78 roditelja (16,9 %), rupturu II stupnja 20 (4,3 %) i rupturu III stupnja 1 (0,2 %).

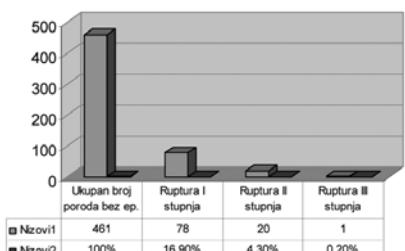
Učestalost ruptura I stupnja kod višerotki koje su rodile bez učinjene epiziotomije je značajno veći u odnosu na rupture II ($X^2=68,65.$, $p<0,001.$).

Tabela – dijagram 9.

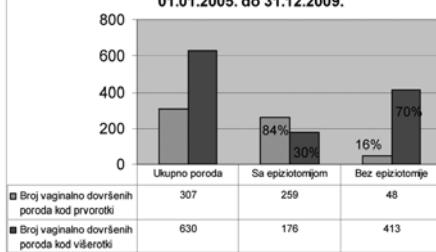
Sljedeći dijagram prikazuje ukupni broj poroda prvorotki i višerotki, te usporedbu izvedenih epiziotomija kod prvorotki i višerotki u periodu od 01. siječnja 2005. do 31. prosinca 2009. godine. Usporedba broja poroda sa epiziotomijom prvorotki i višerotki govori sljedeće: 84 % prvorotki rodilo je sa uporabom epiziotomije, a u višerotki taj postotak iznosi 30 %. Bez epiziotomije je rodilo 16 % prvorotki i 70 % višerotki.

Tabela – dijagram 10.

Odnos broja poroda bez epiziotomije i nastalih ruptura kod višerotki za period 01.01.2005. do 31.12.2009.



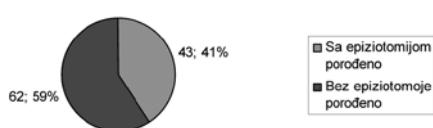
Odnos broja vaginalno dovršenih poroda sa i bez epiziotomije kod prvorotki i višerotki u periodu 01.01.2005. do 31.12.2009.



Usporedbom broja vaginalno dovršenih poroda sa i bez epiziotomije u prvorotki i višerotki dobiveno je sljedeće: u višerotki je značajno češće dovršen porod bez epiziotomije u odnosu na prvorotke ($X^2=239,69.$, $p<0,001.$).

Sljedeće istraživanje provedeno je s ciljem utvrđivanja utjecaja porodne težine djeteta na uporabu epiziotomije. Djeca su prema porodnoj težini svrstana u četiri skupine: I skupina djeca porodne težine od 2500-3000 grama, II skupina djeca sa porodnom težinom od 3000-3500 grama, III skupina djeca porodne težine od 3500-4000 grama i IV grupa djeca sa porodnom težinom preko 4000 grama.

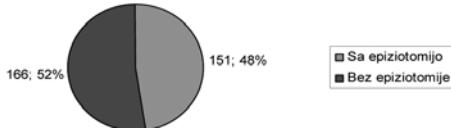
Odnos broja poroda sa epiziotomijom i bez epiziotomije kod djece porodne težine od 2500-3000 gr. u periodu 01.01.2005. do 31.12.2009.



Odnos broja poroda sa i bez epiziotomije kod djece porodne težine 3000-3500 gr. u periodu 01.01.2005. do 31.12.2009.



Odnos broja poroda sa i bez epiziotomije kod djece porodne težine 3500-4000 gr. u periodu 01.01.2005. do 31.12.2009.

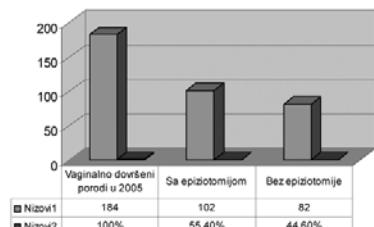


Odnos broja poroda sa i bez epiziotomije kod djece porodne težine preko 4000 gr. u periodu 01.01.2005. do 31.12.2010.

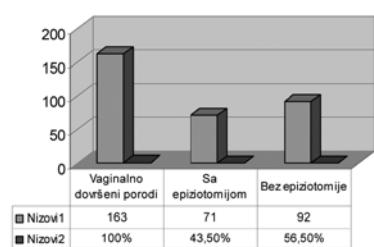


Dijagram 4.

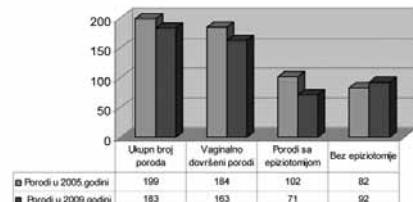
Odnos broja poroda sa i bez epiziotomije u 2005. godini



Odnos broja poroda sa i bez epiziotomije u 2009. godini



Odnos ukupnog broja poroda, broja vaginalnih poroda, te poroda sa i bez ep. u 2005. i 2009. godini



Od 105 djece porodne težine od 2500-3000 grama 62 porođeno je bez uporabe epiziotomije, a 43 sa epiziotomijom. Odnos je 59 % : 41 % što se vidi iz sljedećeg dijagrama.

Kod djece porodne težine od 2500-3000 grama značajno manje je rađena epiziotomija tijekom poroda ($X^2=6,88$, $p<0,05$).

Dijagram 1.

Ukupan broj djece porodne težine od 3000-3500 grama je 346. Sa uporabom epiziotomije porođeno je 168 djece ili 49 %, a bez uporabe epiziotomije rođeno je 178 djece ili 51 %.

Djeca porodne težine od 3000-3500 grama čiji su porodi dovršeni vaginalno podjednako su rađani sa i bez izvedene epiziotomije ($X^2=0,57$, $p<0,05$).

Dijagram 2.

U sljedećoj skupini nalaze se djeca porodne težine 3500-4000 grama. Ukupan broj djece je 317, a od tog broja sa uporabom epiziotomije rođeno je 151 djece ili 48 %. Bez epiziotomije rođeno je 166 djece, odnosno 52 %.

Kod skupine djece porodne težine od 3500-4000 čiji su porodi dovršeni vaginalno nema značajne razlike pri korištenju epiziotomije ($X^2=1,41$, $p>0,05$).

Dijagram 3.

Djeca porodne težine preko 4000 grama rođeno je 131. Od toga s uporabom epiziotomije rođeno je njih 68 (52 %), a bez epiziotomije 63 (48 %).

Kod djece porodne težine preko 4000 grama nema značajne razlike u porodima sa i bez epiziotomije ($X^2=0,38$, $p>0,05$).

Ispitivanje broja poroda sa i bez epiziotomije u 2005. i 2009. godini, te njihova usporedba s ciljem utvrđivanja činjenice koju navodi stručna literatura o smanjenju broja poroda sa epiziotomijom.

U tom cilju sljedeći dijagram prikazuje ukupan broj vaginalno dovršenih poroda u 2005. godini, te usporedbu poroda sa i bez uporabe epiziotomije. Ukupan broj vaginalnih poroda u 2005. iznosio je 184, od toga sa epiziotomojim su dovršena 102 poroda, a bez epiziotomije 82.

Usporedba broja poroda sa i bez epiziotomije u 2005. godini pokazuje da je značajno veći broj poroda bio sa urađenom epiziotomijom ($X^2=4,35$, $p<0,05$).

Tabela - dijagram 11.

Ukupni broj vaginalno dovršenih poroda u 2009. godini bio je 163, sa uporabom epiziotomije dovršen je 71 porod, a bez epiziotomije 92 poroda. Odnos u apsolutnim i relativnim vrijednostima prikazan je u sljedećoj tabeli-dijagramu. Usporedba broja poroda sa i bez epiziotomije u 2009. godini pokazuje da je broj poroda bez urađene epiziotomije značajno veći u odnosu na broj poroda sa epiziotomijom ($X^2=5,41$, $p>0,05$).

Usporedba broja poroda sa epiziotomijom u 2005. i 2009. godini govori sljedeće: u 2005. godini broj poroda sa epiziotomijom iznosio je 55,4 %, dok je broj izvedenih epiziotomija u 2009. godini iznosio 43,5 %.

Tabela - dijagram 12.

Usporedba broja vaginalno dovršenih poroda sa epiziotomojem u 2005. i 2009. godini statistički se uvelike razlikuje. Broj vaginalnih poroda s epiziotomijom značajno je veći 2005. u odnosu na 2009. ($X^2=4,88$, $p<0,05$).

Tabela - dijagram 13.

Rasprava

Epiziotomija je jedna od najčešćih porodničkih operacija.

Zbog zabrinjavajući visoke učestalosti poroda sa epiziotomijom predlaže se stroži pristup indikacijama za ovu porodničku operaciju.

Procijenjeno je kako je veći dio indikacija za epiziotomiju medicinski neopravdano. Broj indikacija za epiziotomiju nastoji se smanjiti kao bi se smanjio i negativan utjecaj epiziotomije na roditelja. Pitanja postavljena u anketi odnosila su se uglavnom na poslijeporodni oporavak roditelje i utjecaj epiziotomije na taj period. Rezultati ankete o postporodnom oporavku roditelja su očekivani. Većini roditelja čiji porod je protekao bez izvođenja epiziotomije postporodni oporavak je bio dobar. Tijek postporodnog oporavka roditelja koje su rodile sa epiziotomijom bio je puno teži, govore rezultati ankete. Najmjerodavniji odgovor dale su višerotke, njih 35, kojima je u predhodnom porodu učinjena epiziotomija, a u sljedećem nije, te su mogle napraviti usporedbu. Odgovori svih roditelja govore da je postporodni oporavak bez epiziotomije neusporedivo lakši. Moguće je uočiti značajnu razliku između roditelja čiji je porod bio sa epiziotomijom i onih bez epiziotomije s obzirom na pokretljivost, uspostavu dojenja, održavanje higijene, psihičku stabilnost i dr. Glavni razlog za urezivanje međice bio je fetalna patnja. To se moglo i očekivati s obzirom da stručna literatura tu indikaciju navodi kao medicinski opravdanu. Osim fetalne patnje, prvorodenost je jedan od čestih razloga za epiziotomiju što ide u prilog čenjenici o rutinskoj uporabi epiziotomije. Na pitanje o pucanju međice kod poroda bez epiziotomije najveći broj odgovora bio je da nije došlo do prsnuća. To govori o dobroj pripremi međice u trudnoći, odnosno smirenosti i podršci primalje tijekom poroda, te aktivnostima i intervencijama koje one poduzimaju. S ciljem utvrđivanja pojedinih indikacija za epiziotomiju i zbog strožijeg pristupa za ovu porodničku operaciju istraživanje se odnosilo na broj učinjenih epiziotomija kod prvorotki i višerotki, utjecaj porodne težine djeteta na broj učinjenih epiziotomija. Iz spomenutih parametara može se zaključiti da se na prvorotkama epiziotomija provodila rutinski (259/307) što je neopravdano i negativno ($X^2=290,04., p<0,001.$). Od malog broja poroda prvorotki bez epiziotomije (48/307), dvadest ih je imalo rupturu perineuma. Broj poroda sa epiziotomijom značajno je manji od broja poroda sa epiziotomijom prvorotki i razlika je statistički značajna ($X^2=190,73., p<0,001.$). Ukupan broj poroda sa epiziotomijom (48,5 %) u periodu od 01. siječnja 2005. do 31.prosinca 2009. je daleko od broja epiziotomija kojeg preporučuje WHO (10 %). U cilju smanjenja broja poroda sa epiziotomijom potrebno je motivirati trudnicu na pripremu međice već u trudnoći. Educiranost i požrtvovnost primalje tijekom poroda i primjena samo opravdanih indikacija za epiziotomiju doprinosi smanjenju broja epiziotomija. Također, retrospektivno je istražen utjecaj porodne težine djeteta na broj učinjenih epiziotomija. Značajno najmanji broj učinjenih epiziotomija zabilježen je u skupini djece od 2500-3000 grama, što je neočekivano s obzirom da se epiziotomija preporučivala kod djece niske porodne težine kako bi se spriječila neurološka oštećenja. Također je neočekivano da je broj učinjenih epiziotomija isti u skupini djece od 3500-4000 grama i onih preko 4000 grama. Ovo istraživanje pokazuje da porodna težina djeteta ne bi trebala imati utjecaj, odnosno biti indikacija za epiziotomiju. Usporedbom broja izvedenih epiziotomija u 2005. i 2009. godini pokazalo se da se broj epiziotomija smanjuje, a time se smanjuje i negativan utjecaj epiziotomije. Razlika je statistički značajna ($X^2=4,88., p<0,05.$).

Vrlo značajno u ovom istraživanju je činjenica da nije bilo niti jedne rupture nakon učinjene epiziotomije. Ovakav rezultat je suprotan spoznajama o većoj mogućnosti ruptura nakon učinjene epiziotomije i ovo istraživanje upravo naglašava da izvođenje epiziotomije ima prednost u sprječavanju ruptura.

Zaključak

Na osnovu provedene ankete može se zaključiti da je postporodni oporavak s epiziotomijom puno teži. Rodilje osjećaju bolnost perinealnog područja, osjećaju strah i nelagodu pri defikaciji i uriniranju, smanjena je mogućnost kretanja, teža je uspostava dojenja zbog bolnosti, prisutan je rizik od infekcije.

Potreban je individualan pristup svakoj puerperi, jer su njihove potrebe i problemi različiti. Naglasak primaljske njegе je na sprječavanju infekcije epiziotomijske rane, pospješivanje cijeljenja, edukacija puerpere o higijeni, metodama olakšavanja boli i sprječavanju komplikacija. Obrađeni podaci ukazuju na provođenje rutinske epiziotomije na prvorotkama (84,4 %) i da je glavna indikacija za epiziotomiju patnja djeteta (39,4 %).

Protivnici epiziotomije koji navode da je veća mogućnost rupture nakon učinjene epiziotomije, prema ovom istraživanju nemaju uporište, jer nije zabilježana niti jedna ruptura nakon epiziotomije. Bez obzira na sve nedostatke koje navode protivnici epiziotomije, može se zaključiti da je i dalje nezaobilazna i neizostavna intervencija u opstetriciji. To se naročito odnosi na fetalni distres kada se porod mora dovršiti što hitnije u interesu djeteta. Prednost epiziotomije je velika jer omogućuje proširenje izlaznog dijela porodnog kanala, lakši prolaz djeteta i brže dovršenje poroda. Vezano za primaljsku skrb naglasak se stavlja da primalja mora biti strpljiva i kontrolirano voditi porod u cilju spriječavanja urezivanja međice, naravno gdje to okolnosti dopuštaju, tj. kada nije ugroženo novorođenče i majka.

Zaključak je da epiziotomija ima svoje nedostatke, jer je posporodni oporavak uveliko teži, bolniji, dulji i smanjena je mogućnost brige o djetetu.

Puerpere kojima je tijekom poroda učinjena epiziotomija su se neusporedivo lošije osjećale od onih kojima nije učinjena epiziotomija što upućuje na to da se ona ne bi trebala izvoditi kao rutina, već bi se prednosti epiziotomije trebale koristiti samo u situacijama kad za nju postoje opravdani razlozi.

Literatura

- Greenhill JP. *Obstetrics*.Philadelphia-London:Saunders 1960.
- DeLee JB. The Prophylactic Forceps Operation. *Am.J.Obstet.Gynecol.* (1920).
- Pschyrembel W. *Praktična opstetricija*. Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga 1975.
- Graham D. Jan, Kitczinger S. *Episiotomy: Challenging Obstetrics Interventions*: Blackwell Science Ltd (1997)
- Sultan AH,Kamm MA England J Med, Hudson CN, Thomas J disruption during vaginal delivery.N. 1993.
- Mivšeg Ana Polona, Epiziotomija in poškodbe mehke porodne poti. Zdravstvena fakulteta Ljubljana. 2007.
- Harrison RF, Brennan M, North PM, Reed JV, Wickam EA. Is routine episiotomy necessary. *Med J.* 1971-1974 (1984).
- http://www.poliklinika-haruni.hr/episiotomija_i_rizik_laceracije/id=371&godina=2008
- Carroli G, Mignini L. *Episiotomy for vaginal birth*. Cochrane Database Syst. Rev. (2009).
- American College of Obstetrics and Gynecology. *Episiotomy*. ACOGPractice(2006).
- Shiono P,Klebanoff MA, Carey JC. Midline episiotomies: more harm than good? *Opstet. Gynecol.* 1990
- <http://www.plivamed.net/?section=home&cat=w&show=1&id=13080>
- Nice . UK National Institute for Health and Clinical Excellence, Birth: Issues in Perinatal Care, br. 35/1 2008.
- <http://www.roda.hr/tekstovi.php?TekstID=124&Tekst2ID=&Show=759>
- Thackes SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy. *Opstet Gynecol J.* 1983
- <http://cme.medscape.com/article/529251>
- Downe S. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 2003
- Association or episiotomy and delivery position with deep perineal laceration during spontaneous delivery in nulliparous women. *American Journal of Obstet. Gynecol.* (1989)
- M. Ana Polona, Epiziotomija in poškodbe mehke porodne poti. Zdravstvena fakulteta Ljubljana.2007.
- Fučkar G. *Proces zdravstvene njegi*. Hrvatska udruga za medicinsku edukaciju. Zagreb 1999.
- Goer H. *Obstetric Myths Versus Research Realities. A Guide to the Medical Literature*, Westport Bergin and Garney. 1995.
- Petz B. *Osnovne statističke metode za nematematičare II izdanje*, Zagreb SNL 1985.
- Andraws V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Are mediolateral episiotomies actually mediolateral? *Br.J. Obstet. Gynaecol.* 112, 1156-115 (2005).
- Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy : a systematic review. *JAMA* 293(17), 2141-2148 (2005).
- Dražančić A. i suradnici. *Porodništvo. Školska knjiga* Zagreb 1994.
- Čemerikić M, Paljić V. *Osnovi praktičnog porodiljstva*. Naučna knjiga Beograd 1989.
- Bajek S, Bobinac D, Jerković R, Malnar D. *Sustavna anatomija čovjeka*. Digital point tiskara Rijeka 2007.
- Richardson AC, Lyon JB, Graham EE. et al. Decreasing postpartum sexual abstinence time. *Am J Obstet Gynecol* 126:416. 1976.
- Harrison RF, Brennan M, Reed JV. Et al. A review of postepisiotomy
- Williams JT. *Episiotomy*. Boston Med Surg J 173. 1915.
- Orešković S. *Liječenje poremećaja dna zdjelice*. Gynaecol Perinatol 2007
- Dijaković A, Orešković S, Ivanišević M, Juras J, Đelmiš J. *Rizični čimbenici za nastanak oštećenja dna zdjelice i mokraćne inkontinencije u žena*. Gynaecol Perinatol 2009
- Pavlović M, Matijević R, Knežević M, Erceg Ivkošić I. *Usporedba analiza nekih parametara poroda sjedeći s porodom ležeći u višerotkinja*. Gynaecol Perinatol 2009.
- Barclay L, Smjernice za korištenje epiziotomije, URL: <http://cme.medscape.com/article/529251>
- Albers LL, Sedler K.D., Bedrick E.J, at al. *D.Peralta, Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth*, *Journal of Midwifery & Womens Health*

**Monika Grgić, Opća bolnica „Knin“, Odjel za ginekologiju i porodništvo
Deana Švaljug, Škola za primalje, Vinogradská cesta 29, Zagreb**

Komunikacija u jedinici intenzivnog liječenja novorođenčadi

Komunikacija je složeni dinamički proces u kojem ljudi šalju i primaju verbalne i neverbalne poruke kako bi razumjeli jedni druge. Uloga i svrha komunikacije nije samo primanje i davanje obavjesti te rješavanje međuljudskih sukoba, zajedničko rješavanje problema i donošenje odluka, već i zadovoljavanje određenih potreba. Komunikacija se dijeli na verbalnu i neverbalnu. Pod verbalnom komunikacijom podrazumijevamo govor kao najčešće sredstvo, pisani riječ te pažljivo i aktivno slušanje koje je u zdravstvenoj praksi neizostavno i veoma važno. Neverbalna komunikacija dijeli se u dvije velike skupine: paralingvističke znakove vezane uz govor – glasnoća govora, ton glasa, intonacija, pauze tijekom govora, šutnja, tečnost govora i slično, te ekstralinguističke znakove koji nisu vezani uz govor – pokreti i položaj tijela, geste, udaljenost sugovornika, prostorni raspored sudionika razgovora, izražaji lica, pokreti i kontakt očima, tjelesni dodir i vanjski izgled.



Komunikacija je osnovna medicinska vještina koja se svakodnevno koristi. Na njoj počiva osnova terapeutskog odnosa i etička obaveza prema bolesniku i njegovoj obitelji.

Ona je temeljno sredstvo u postizanju točne dijagnoze, presudna je za razvoj uspješnog toka liječenja koje je povezano s poboljšanim znanjem pacijenata, boljom prilagodbom na postupke liječenja i uzročno poboljšanim ishodima liječenja te smanjenom potrebom za operativnim zahvatima. Komunikacija u mnogim kritičnim situacijama je ključna, a opet zapostavljena vještina koju bi svaki zdravstveni djelatnik trebao naučiti“.

Osnovni elementi komunikacije su: informativnost (ovisi o količini i kvaliteti pruženih informacija), interpersonalna senzitivnost (sastoji se od prepoznavanja osjećaja i zabrinutosti roditelja), izgradnja međusobnog povjerenja (treba poticati pacijenta i roditelje da izraze svoje brige i strahove te im ponuditi savijet).

Osnovne potrebe pacijenata i obitelji su: kognitivne (potreba za znanjem i razumijevanjem situacije ostvaruje se postavljanjem pitanja i pružanjem odgovarajućih razumljivih, relevantnih informacija) te afektivne (potreba za razumijevanjem emocionalne situacije u kojoj se pacijent i njegova obitelj nalaze, nužno je sagledati i razumjeti njihove osjećaje, zabrinutost i poštivati ih, a u tome veliku ulogu igra neverbalna komunikacija koju treba znati uočiti i protumačiti).

Pri edukaciji zdravstvenih djelatnika najveći naglask jest na učenju činjenica i procedura. Pritom se (pre)malo pažnje pridaje edukaciji o kvaliteti komunikacije, prepoznavanju osjećaja pacijenata, odnosu s pacijentom i kontinuitetu zdravstvene skrbi. Iz navedenih razloga, oko 70 % roditelja nezadovoljno je komunikacijom, dok je njih 50 % nezadovoljno načinom na koji su obavješteni o dijagnozi. Najčešće pritužbe su: dijagnoza nije rečena odmah, nisu prisustvovala oba roditelja, nije se poštivalo načelo privatnosti i dijagnoza im nije priopćena nasamo, izrečena je bez suošćanja i nerazumljivim riječima, nije im posvećeno dovoljno vremena.

Trudnoća i porođaj djeteta jedan je od najsretnijih događaja u životu svake žene, ali to je i izuzetno stresan period ispunjen pitanjima, sumnjama i strahovima. Od ukupnog godišnjeg broja novorođene djece oko 5 % rodi se prije vremena, odnosno prije navršenog 37. tjedna trudnoće.

Mnoga stanja i bolesti majke mogu dovesti do prijevremenog poroda (cervikalna inkompetencija, vaginalne i urinarne infekcije, preeklampsija – tada se trudnoća dovršava radi ugroženosti majke, višeplodne trudnoće itd.). Tu je također i novorođenčad sa letalnim anomalijama. Stoga, očekuje li se prijevremeni porod roditelje treba dobro i iscrpno informirati o tome što mogu očekivati uvezvi u obzir gestacijsku dob njihova djeteta, ali isto treba dati i nadu u dobar ishod.

Već u radaoni majci se traba dati osnovne informacije i objasniti joj kada će ponovo vidjeti svoje dijete i kada će je detaljnije izvijestiti o njegovu stanju.

U početku trebalo bi izbjegavati analiziranje uzroka prijevremenog poroda, jer roditelji osjećaju krivnju što dovodi do samooptuživanja. Tek nakon što roditelji prihvate situaciju, treba dobro sagledati sve aspekte i analizirati uzroke kako bi se spriječio recidiv. Kada je dijete smješteno u JILN roditelje treba obavijestiti o njegovu stanju što ranije (unutar 24 do 48 sati), a komunikacija mora biti učestala, iskrena i otvorena. Dobro je koristiti brojčane podatke o šansama izlječenja i oporavka, kao modele i crteže koji roditeljima mogu olakšati razumijevanje situacije. U komunikaciju mora biti uključen cijeli tim – primalja/medicinska sestra, liječnik, psiholog, socijalni radnik i svećenik. Roditeljima treba pružiti pomoć, omogućiti im maksimalno posjećivanje djeteta i s točnošću ih obavještavati o mogućim promjenama mesta liječenja, strategijama i dužnostima liječenja.

Svaka ovakva situacija sa sobom nosi stres, ponekad depresiju, pa čak i PTSP. Roditelji proživljavaju stres dugo nakon što su njihova djeca otpuštena iz bolnice, a kod majki djece visokog rizika psihološki stres je prisutan i kada dijete ima dvije godine. Izvori stresa za roditelje su nedostatak informacija i komunikacije, strah od nepoznatog, strah od medicinskih postupaka, osjećaj krivnje, frustracije zbog čekanja nalaza i razgovora s liječnikom, nedostatak privatnosti. Reakcije na stres mogu biti šok koji se očituje nedostatkom emocija i neprihvaćanjem, poricanje koje je očekivana reakcija u teško prihvatljivim situacijama. Potom tu je i osjećaj ljutnje, krivnje i bijesa – na sudbinu, jedni na druge, na zdravstveno osoblje, frustracija zbog osjećaja bespomoćnosti, strah od gubitka kontrole, od nepoznate okoline, od gubitka djeteta.

Stoga pri komunikaciji treba biti oprezan u davanju informacija. Ponudene informacije trebaju biti iskrene, ne bi smjele isključivati nadu, trebaju nuditi primjerene i razumljive odgovore uvažavajući emocije roditelja.

Treba biti susretljiv, ne pojačavati osjećaj krivnje te razumjeti da su navedeni osjećaji roditelja dio procesa žalovanja. Roditelje treba ohrabrvati da budu usmjereni na sadašnji trenutak, da izraze brige te ih uputiti psihologu. Glavna potreba roditelja je dobra informiranost o stanju njihova djeteta, oni žele biti otvoreno informirani o svakoj promjeni zdravstvenog stanja djeteta, trebaju biti upoznati s očekivanim ishodima liječenja, ponuđena objašnjenja moraju biti razumljiva, moraju znati na koji se način dijete liječi, a liječnik i primalja/medicinska sestra im moraju biti dostupni kad osjete potrebu za razgovorom. Također je važno da primalja/medicinska sestra uvijek bude u blizini djeteta, da roditelji budu sigurni da su uvijek maksimalno angažirane oko njihova djeteta, da mogu nazvati telefonom i pitati za svoje dijete u bilo koje vrijeme, da im se objasne nazivi i funkcije aparata i najvažnije da im se kaže da ima nade. Za vrijeme boravka u rodilištu roditeljima treba omogućiti da budu uz svoje dijete, osigurati prostor za razgovor i redovito ih informirati o procesu liječenja. Od izuzetne je važnosti osjećaj povjerenja, profesionalnost i sigurnost. Roditelje obavezno treba, ukoliko je moguće, uključiti u njegu djeteta. Kada se dijete otpušta kući treba dati iscrpne informacije o dalnjem tijeku praćenja, prognozi i mogućim poteškoćama u razvoju. Treba im dati sve dostupne informacije kako bi razumjeli poteškoće, saznali sve mogućnosti i napravili najbolji izbor za svoje dijete i obitelj. Također ih treba uputiti na povezivanje s udrušama roditelja i mogućnostima institucionalne i vaninstitucionalne pomoći.

U slučaju smrti djeteta roditeljima se treba omogućiti da uza sebe imaju potporu obitelji, prijatelja, a i svećenika ukoliko to žele. Također im treba omogućiti da se oproste s djetetom, borave s njim i slikaju ga ukoliko žele. Treba im dati sve potrebne informacije o dalnjem postupku, obdukciji i dokumentaciji uz izraze duboke sućuti, osjećajnosti i uvažavanja.

Komunikacija, kao osnovna medicinska vještina, može naučiti i unaprijediti. Obitelj zauzima centralno mjesto u kontekstu zbrinjavanja bolesnika. Odnos medicinskog osoblja i obitelji je od izuzetne važnosti, a osjetljivost medicinskog osoblja na emocionalne i praktične potrebe obitelji u krizi i njihova sposobnost u pružanju psihološke podrške primjerenoj komunikacijom može uvelike olakšati roditeljima da prebrode ovo izuzetno teško razdoblje.

**Jelena Zaharija, bacc.primaljstva,Tanja Šikljan, primalja
Ksenija Kaurin, bacc.med.tech., Jadranka Škorić, bacc.med.tech.**

Psihoedukacija majki nakon poroda

Uvod

Rođenje djeteta označava prelazak iz jedne životne faze u drugu. Iako to razdoblje može biti prekrasan dio života, istraživanja pokazuju da je to ujedno izuzetno osjetljiv period za ženu, naime, postoji povećan rizik za razvoj mentalnih poremećaja u ponašanju.

Psihoanalitičar Daniel N. Stern intezivno je proučavao što u psihološkom smislu znači postati majkom. Stern koristi izraz „majčinska konstelacija“ (engl. motherhood constellation) koji tumači kao mentalnu organizaciju u kojoj je dijete najviše istaknuto. Drugim riječima, „majčinska konstelacija“ predstavlja nov i jedinstveni način organizacije vlastitog života nove, tek postale majke, a sve njezine primarne aktivnosti usmjerene su na dobrobit djeteta. U središtu takva ponašanja je zabrinutost – žena se neizostavno pita može li ona kao majka osigurati psihološki razvoj, život i rast bebe, te izgraditi neophodne elemente sustava potpore. Brine je može li omogućiti sve ove funkcije.

Prema dijagnostičkim nalazima Udruge američkih psihologa (engl. American Psychiatric Association's) između 10 i 15 % majki ima teže simptome depresije nakon porođaja, poznate pod pojmom postporođajna depresija (PPD). Ova vrsta depresije nalazi se u kategoriji glavnih depresivnih poremećaja. Ogleda se u tome što se pojavljuje u vrijeme kada majka očekuje da će biti vrlo sretna, stoga takvo stanje postaje još teže i mučnije. Uobičajeni simptomi PPD-a su plač, beznadnost, neprimjerenost, krivnja, nesposobnost kontrole osjećaja radosti prema bebi, tjeskoba i povučenost, gubitak apetita, oslabljena koncentracija i pamćenje, poremećaj spavanja, iscrpljenost organizma, socijalna izolacija i sklonost suicidu.

Prema istraživanjima i analizama koja su bila temeljena na izjavama žena, riziku PPD-a posebno su izložene žene prvorotkinje.

Nadalje, većina istraživanja PPD-a usmjerena je na samu bolest, tj. depresiju, iz razloga što je glavni cilj istražiti u kakvim je okolnostima nakon poroda žena izložena riziku razvoja depresivnih simptoma. U suprotnosti s ovakvim ananlizama, a u cilju stvaranja okvira za preventivnim djelovanjem, kvalitativna istraživanja su bila usmjerena na iskustva prvorotkinja u vrijeme kada one postaju majke.

Predmet ovoga rada je istraživanje skupine norveških psihologa sa Sveučilišta u Oslu, objavljenog 2011. godine u časopisu Caring Science. Kvalitativna istraživanja norveških znanstvenika provođena su kroz intervjuje heterogenih skupina prvorotkinja u svrhu boljeg razumijevanja zašto je ova skupina žena (majki) izloženija depresijama od drugih. Konačni cilj istraživanja je razvitak preventivnih programa na temelju znanja stečenog opisivanjem i analizom stanja i iskustava koja žene prolaze nakon poroda.

Metodologija istraživanja

Osnovna metoda korištena pri ovoj vrsti istraživanja su snimani razgovori. Razgovaralo se sa 12 žena nakon poroda. Intervju je vođen kroz otvorena pitanja, i u nastavku pitanja koja su treba rezultirati iznalaženjem dubljih odgovora. Provoditelji intervjuja bili su educirani psiholozi koji su bili spremni pružiti stručnu pomoć u slučaju potrebe. Također tijekom intervjuja ženama je bilo dopušteno iznositi vlasite priče, a ne držati se izričito zadane strukture. Završni intervju odnosio se na pitanja kako opisuju svoja iskustva u trudnoći i tijekom poroda, te kako slikovito prikazuju iskustva nakon poroda. Nadalje, što mogu vidjeti kao izazov ili radost, kako se nose sa izazovima i kako isti utječu na njih, što su njihove socijalne veze – uključujući odnose sa partnerom i što smatraju značajnim za dobrobit nakon poroda. Svi intervju su provedeni u domu roditelje i trajali između 1,5 do 2 sata.

Prikupljanje podataka i analiza

Svi podaci prikupljeni tijekom istraživanja strogo su i doslovno preneseni, uključujući izražavanje do krajnjih granica. Istraživanje je primarno bilo usmjereno na kvalitativna iskustva žena tijekom postporođajnog perioda i na teme koje su isključivo one poticale i razvijale.

Analiza korištena tijekom istraživanja razmatra se kao „tematska“ analiza tj. metoda identifikacije, izvješćivanja i analiza tema (uzoraka) prema dobivenim podacima.



Tematska analiza se razmatra kao primjerena metoda kada se obrađuje veliki broj podataka iz razloga njihove fleksibilnosti i prilagodljivosti.

Raznolikost pitanja tijekom istraživanja otvorili su mogućnosti bogatog opisa tema s velikim skupom podataka i tako stvoriti osjećaj značenja teme kod čitatelja. U nastojanju da se poveća pouzdanost i vrijednost dva istraživača su neovisno i odvojeno analizirali podatke, a zatim bi iste podatke analizirali zajednički.

Sudionici istraživanja

Vlastitom odlukom u istraživanju je sudjelovalo 12 prvorotkinja, a kriterij podobnosti za sudjelovanje su bili porođaj u posljednjoj kalendarskoj godini i spremnost na suradnju i razgovor o vlastitim iskustvima, lošim i dobrim, tijekom trudnoće i nakon poroda.

Rodilje su temeljito pripremljene za istraživanje, uz zajamčenu povjerljivost svih podataka. Starosna dob žena bila je u rasponu od 25 do 44 godine. Sve sudionice bile su u stabilnoj vezi s očevima svoje djece. Dob djece bila je u rasponu od 8 tjedana do 8 mjeseci. Sve žene bile su fakultetski obrazovane (VŠS i VSS).

Rezultati istraživanja

Tijekom intervjuja žene su same opisale svoje stanje na temelju vlastitih osjećaja i procjena kao:

- a) depresivne (3)
- b) lakše depresivne (5)
- c) uglavnom zadovljne (4).

Majke koje su same opisale svoje stanje kao depresivno navode simptome poput plača i beznađa, a intezitet navedenih osjećaja trajao je nekoliko tjedana. Majke u drugoj skupini, dakle lakše depresivne, navode nekoliko simptoma depresije manjeg intetizeta te kratkotrajnije.

Zanimljivo pitanje bilo je što karakterizira majke koje osjećaju neke simptome depresije za razliku od onih koje su uglavnom zadovljne majčinstvom. Kao jedan od ključnih rezultata istraživanja definirane su tri glavne teme koje su opisivale što je značajno za ponašanje majke u postporođajnom periodu.

Tako je zaključeno da se u osobnom pristupu majke nakon poroda mogu ponašati strogo „kontrolirano“ ili „opuštenije“. Podteme ove teme, a koje su u uskoj svezi, su potreba za kontrolom i upravljanjem, očekivanja i pripreme. Druge glavne teme koje se odnose na depresivne simptome su socijalna potpora i dojenje način postupanja i dobrobit dojenja.

Osobni pristup: kontrolirano vs. opušteno

Kroz ovu temu pokušava se saznati kakvi su osobni pristupi majki. Tijekom istraživanja vrlo jasno se pokazalo da se majkama koje su uspješno kontrolirale većinu svojih životnih situacija činilo da će tako biti i s majčinstvom. Neke žene sa izraženom potrebom kontrole u postporođajnom periodu shvatile su da nove, nepredviđene situacije i izazove nije moguće lako kontrolirati i upravljati s njima, što je za posljedicu imalo stvaranje osjećaja stresa i depresije. Potreba žena da kontroliraju i upravljaju je različita i ovisi o pristupu majčinstvu na strogo kontrolirani ili opušteniji (relaksirajući) način. Izraženija potreba za kontrolom je u uskoj sprezi s detaljnim očekivanjima tj. predviđanjima kako će se odvijati porod. Rodilje koje su porodu pristupile opuštenije i otvorenije, kao razlog navode povjerenje u svoje tijelo i kvalificirane bolničke primalje. Očekivanja i pripreme značajne su za buduću majku, a one majke koje žele izrazito kontrolirati situaciju, sudeći prema njihovim izjavama, utrošile su mnogo vremena za pripremu praktičnih stvari koje će osigurati lakšu trudnoću. Međutim, ako žena ima veoma detaljna očekivanja vezana uz porod, velik je i rizik od razočaranja te depresivnih simptoma ukoliko se ista ne ostvare.

Prema rezultatima istraživanja, žene opuštenijeg pristupa u terminu poslijeporođajnog perioda imaju realističnija očekivanja ili ih ne preciziraju tako detaljno, pa stoga nemaju osjećaj razočaranja ukoliko se nešto odvija izvan planiranih očekivanja.

Socijalna podrška: osnovne potrebe za emocionalnu i praktičnu podršku

Značaj socijalne podrške tijekom istraživanja pojavljivao se u svakom razgovoru. Emocionalna i praktična partnerova podrška stalno je naglašavana i prikazivana kao izrazito pozitivna stavka. Žene su tražile i željele da ih njihovi partneri zaštite od zahtjeva okoline, kao npr. ograničenje broja posjeta. Druga izričita potreba bila je želja da partner ima ulogu motivatora i pomagača, kao i aktivnu ulogu kod hranjenja i presvlačenja djeteta. Nekoliko žena je izjavilo da od partnera očekuju potvrdu svojih osjećaja i brige. Dio žena je izjavio kako su često imale osjećaj da postaju samohrane majke, a ne obitelj. Socijalna podrška bliske obitelji i prijatelja također je naglašavana kao značajna i u uskoj vezi s majčinom dobrobiti. „Postpartum skupine“ veoma često su spominjane kao važno mjesto gdje žene mogu razgovarati, te razmjenom mišljenja i iskustva stvoriti osjećaj normalnosti situacije. Ovakve skupine su neformalne skupine novih majki i glavna tema je povezivanje i socijalna potpora članova.

Zanimljivo je što neke žene nisu bile zadovoljne potporom osoblja u dječjim klinikama, jer su osjećale da njihove potrebe i osjećaji nisu shvaćani ozbiljno.

Dojenje – način postupanja i dobrobit dojenja

U svakom razgovoru naglašava se i važnost dojenja. Sve žene obuhvaćene istraživanjem osjećale su kako društvo, uključujući i profesionalno osoblje u dječjim klinikama, vrši pritisak na majke u vezi dojenja te da postoji izraženi stav da dobra majka mora dojiti svoje dijete. Većina žena izjavila je da su im primalje u rodilištima, prije povratka kućama, davale zamjensku hranu za bebe, ali s jasnom porukom da s tu hranu mogu dati bebama samo u izvanrednim situacijama. Nekoliko žena izjavilo je da su tijekom prvih tjedana dojenja, vrijeme između dva podoja često provodile u strahu od ponovnog dojenja. Strahovanje od ponovnog dojenja odvijalo se uglavnom noću i njihova je zabrinutost bila usmjerena na činjenicu hoće li biti u stanju dojiti dijete. Prema tome, uspješno ili neuspješno dojenje je u neposrednoj vezi sa stavom što je dobro za rast i razvoj bebe.

Zaključak

Neispunjena očekivanja i nedostatak mogućnosti upravljanja situacijama, naglašeni su tijekom provednog istraživanja i u neposrednoj su vezi s depresivnim simptomima među ženama koje imaju izraženu potrebu za snažnom kontrolom. Kao najznačajniji rezultat istraživanja nameće se zaključak da uspješnost dojenja, zatim emocionalna i praktična podrška partnera, bliske obitelji i prijatelja treba biti od velike važnosti za prevladavanje depresivnih simptoma nakon poroda.

Istraživanje također pokazuje da je potrebno smanjiti pritisak na nove majke, ponajviše u slučaju dojenja.

Primalje i drugo zdravstveno i profesionalno osoblje imaju odlučujuću ulogu u poslijeporodnjem periodu.

Naime, očekivanja novih majki usmjerena su na profesionalno osoblje koje mora učiniti sve kako bi normaliziralo majčinsku zabrinutost. Trebaju stvoriti i održavati pozitivno okružje koje ohrabruje žene da razgovaraju, dijele iskustva i osjećaje te novim majkama ukazati na postojanje brojnih mogućnosti sukladno kojima se može na ispravan i očekivan način ostvarivati majčinstvo.

Literatura

- Silje HM, Ulleberg P, Slinnng K, Steen TB, Staff A. A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2011; 1471-85.
- [http://en.wikipedia.org/wiki/Daniel_Stern_\(psychologist\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Daniel_Stern_(psychologist)) (2012. god)
- http://en.wikipedia.org/wiki/Motherhood_constellation (2012. god)

Sve je moguće!

Na temelju članka 13. pravilnika o stručnom nadzoru Hrvatske komore primalja, predsjednica Povjerenstva za stručni nadzor i kontrolu kvalitete, izdala je 06. lipnja 2011. nalog o provođenju redovitog stručnog nadzora nad radom primalje Mirjane Magdić zaposlene u Općoj bolnici Ogulin. Neopterećeni i ne razmišljajući da bi se mogli susresti s bilo kakvima problemima, jer radilo se o redovitom stručnom nadzoru, uputili smo se u Ogulin.

Nakon uobičajenog protokola javljanja u ravnateljstvo, dolazimo u rađaonicu. Već samim ulaskom u prostore ostajemo zatečeni i vrlo neugodno iznenađeni. Već na prvi pogled prostor odaje dojam zapuštenosti i neodržavanja. Pregledom svih prostora i utvrđivanjem načina rada ustanovljen je cijeli niz nepravilnosti. Sve je prljavo, neodržavano, jednom riječu neprimjereno. Krevet za rađanje, po starosti muzejski primjerak, opasan je za roditelju koja na njemu leži. Nisu korišteni jednokratne rektalne sonde, već plastični nastavci koji se upotrebljavaju višekratno bez steriliziranja. Ustanovljeno je da se u svakodnevnom radu krši cijeli niz zakonskih propisa, a i sama skrb o trudnicama, roditeljama i majkama nije na zadovoljavajućoj razini.

Nakon obilaska zaključeno je da u ogulinskom rodilištu nisu zadovoljeni osnovni higijenski uvjeti i da način rada ugrožava sigurnost klijentica, odnosno korisnika usluga.



Odlazeći iz rađaonice i napuštajući ogulinsku bolnicu bile smo šokirane i u totalnoj nevjericu, nerazumijevajući da netko u takvim uvjetima svakodnevno pruža primaljsku skrb. Najosjetljivije i najvažnije razdoblje svake roditelje i njezina novorođenog djeteta, prema mišljenju izvršnog tijela, bilo je ugroženo boravkom u ovom rodilištu. Svaka u svojim mislima i ne vjerujući da u dvadeset i prvom stoljeću postoji ovakvo mjesto, napustile smo Ogulin.

Nakon prospavane noći, kada su se se prvi dojmovi malo slegli, uslijedili su dogovori o tome što bi se trebalo poduzeti te kako postići da se korisnicama rodilišta omogući sigurnost. Iskreno, moje mišljenje je bilo da je jedino moguće rješenje zatvoriti rodilište!

Naravno da to nije nimalo jednostavno, stoga je trebalo sjeti i dogоворiti mjere koje će rezultirati pozitivnim promjenama. Hoće li negativno mišljenje biti motivirajuće za odgovorno osoblje bolnice ili će završiti u dnu neke ladiće? Hoće li se praviti da ih se to uopće ne tiče i opravdavati se nedostatkom sredstava? Tisuću pitanja, a niti jedan odgovor, košmar u glavi – tih smo se dana nalazili u doista teškoj situaciji. Nevjerojatno nam je i neshvatljivo bilo da u dvadeset i prvom stoljeću trudnice rađaju u uvjetima koji su neprimjereni i za stanje elementarne nepogode.

Nakon poprilično žustre rasprave među članovima izvršnog tijela te Povjerenstva za stručni nadzor i kontrolu kvalitete donosimo odluku da u mišljenju napišemo sve što smo zatekli s preporukama što se hitno treba promijeniti. Navodimo i rok tijekom kojeg očekujemo pozitivne promjene i istekom kojeg najavljujemo ponovi nadzor.

Ne očekujući drastične promjene i sumnjičavo se pitajući što li će nas dočekati, 28. kolovoza 2012. odlazimo u ponovni stručni nadzor.

Već sam prijem u ravnateljstvu nagovijestio je da je došlo do promjena. Ravnatelj nas vrlo srdačno dočekuje. U nekoliko rečenica opisao nam je događaje tijekom protekle godine i dao nam do znanja da im je negativno mišljenje doista pomoglo i motiviralo ih da trudom i zalaganjem promjene postojeće stanje.

Uputili smo se u prostore rađaonice i rodilišta. Koliko god da smo prvi puta bili šokirani i neugodno iznenađeni, toliko smo ovaj put bili ugodno iznenađeni. Iako nisu provedeni nikakvi građevinski radovi, prostori u kojima smo se ovaj put nalazili nimalo nisu podsjećali na sliku koju smo pamtili s prethodnog nadzora.

Prostori su odisali čistoćom i svježinom. Muzejski primjerak kreveta za rađanje zamijenjen je novim. Neiskorištene prostore prilagođene su potrebama trudnica i roditelja. Nabavljeni su gimnastičke lopte i roditelje su dobiti mogućnost slobodnog kretanja tijekom prvog porodnog doba. Svi segmenti rada koji su za prethodnog nadzora ukazivali na lošu organizaciju i površnost u obavljanju primaljske skrbi promijenjeni su. Uklonjene su sve nepravilnosti, a trudom i zalaganjem cijelog tima rađaonice i roditelja te podrškom ravnatelja i rukovodstva bolnice podignuta je kvaliteta pružanja skrbi trudnicama i roditeljama.

Živimo u dvadeset i prvom stoljeću, naviknuti smo na brz i lagodan život, stoga mnogi od nas nisu spremni nositi se s teškim situacijama koje zahtijevaju izdržljivost, strpljenje, samopouzdanje i vjeru. Prirodni porođaj najbolje ukazuje kako se navedeno teško postiže. Današnje mlade, suvremene žene su ogledalo raspoloženja u društvu i ne začuđuje činjenica da ne žele gubiti previše snage tijekom poroda. Ne žele ili nisu u mogućnosti izostajati dugo s posla te izbjegavaju prevelik emocionalni angažman. Moderna tehnologija uspješno ispunjava njihove želje. Stoga su profesionalno znanje i činjenice o prirodnim zbivanjima tijekom poroda od istinske važnosti za roditelju, buduću majku i njezino dijete.

Sav trud, napor i vrijeme koji se ulaže u svaki, pa i najmanji detalj koji pospešuje kvalitetu skrbi spram trudnica i roditelja iznimno su važni kako za majku, tako i za dijete, a samim time i za cijelo naše društvo. Stoga, treba pohvaliti svaku primalju, liječnika, ravnatelja i sve one koji na bilo koji način sudjeluju u pozitivnim promjenama, jer svoj najuzvišeniji događaj u životu trudnice dijele upravo s njima.

*Biserka Matok Glavaš, bacc. primaljstva
Blaženka Sumpor, bacc. med. techn., primalja*

Uloga mikrobioma rodnice u spolno prenosivim infekcijama

Mikrobiom rodnice složena je polimikrobna zajednica s brzom i učestalom fluktuacijom prisutnih bakterija. Na promjene u vaginalnom ekosustavu utječu dob, rasa, menstrualni ciklusi, hormonalne i mehaničke metode kontracepcije, anksioznost, pušenje, higijenske i spolne navike, kao i prateće infekcije.

Sažetak

U održavanju stabilnosti tog mikrookoliša ključnu ulogu imaju laktobacili, čiji se broj u sindromu bakterijske vaginoze smanjuje te zamjenjuje velikim brojem različitih anaerobnih bakterijskih vrsta. Brojni epidemiološki dokazi povezuju stanje bakterijske vaginoze s olakšanim prijenosom spolno prenosivih infekcija, ali i drugim neželjenim ishodima (napose zdjeličnom upalnom bolešću i prijevremenim porođajem). Informacije iz budućih longitudinalnih studija moguće bi uz pomoć molekularne dijagnostike dovesti do novih strategija sprječavanja spolno prenosivih infekcija temeljenih na protektivnim osobinama mikrobioma rodnice.

Naše razumijevanje sastava mikrobnih zajednica u ljudi ima uporište ponajviše u istraživanjima temeljenim na kultivaciji različitih populacija mikroorganizama. Budući da većina bakterijskih vrsta nije pogodna za kultivaciju u laboratorijskim uvjetima, točno poznavanje odnosa između domaćina i mikroorganizama djelomično je ograničeno. Laboratorijska kultivacija bez sumnje je metoda od neprocjenjive važnosti za potpuni uvid u fiziologiju i fenotipsku obilježja organizama; ipak, široko obuhvatne studije s pomoću kojih bi se procijenile interpersonalne i intrapersonalne varijacije u sastavu mikrobnih zajednica ili dali odgovori na složena epidemiološka pitanja zahtijevaju drugačiji pristup. Tu se ponajprije misli na metode kojima se relativno brzo mogu dobiti detaljne, kvalitetne i prethodno nepoznate informacije o mikrobojnoj raznolikosti, a da su istodobno isplative.

Što je mikrobiom?

Temeljni cilj istraživanja je otkrivanje jesu li promjene unutar pojedinih mikrobioma povezane s pojavom određenih bolesti ili sindroma.

Zbog toga je Američki nacionalni institut za zdravlje 2008. godine pokrenuo golemi Projekt ljudskog mikrobioma (Human Microbiome Project - HMP), po uzoru na iznimno uspješni projekt ljudskoga genoma (1). Mikrobiom je pojam koji obuhvaća sve mikroorganizme, njihove genske elemente (genom) te međusobne interakcije u određenoj okolini.

S obzirom na to da ljudsko tijelo sadržava 10 puta više mikroorganizama nego stanica, možemo govoriti o složenim i karakterističnim zajednicama prisutnim u različitim dijelovima tijela (primjerice, mikrobiom usne šupljine, mikrobiom crijeva, mikrobiom rodnice ili mikrobiom kože). U projektu ljudskog mikrobioma rabe se ponajprije metode za karakterizaciju koje ne zahtijevaju kultivaciju, kao što su metagenomika (za dobivanje širokog uvida u genetiku jedne mikrobne zajednice) i opsežno sekpcioniranje cijelog genoma (čime se otkrivaju detaljne informacije o pojedinim aspektima individualnih bakterijskih vrsta). Temeljni cilj projekta jest otkrivanje jesu li promjene unutar pojedinih mikrobioma povezane s pojmom određenih bolesti ili sindroma.

Mikrobiom rodnice

Neophodno je procijeniti epidemiološke dokaze o ulozi mikrobioma rodnice u lancu prijenosa spolno prenosivih infekcija.

S napredkom tehnologije sekpcioniranja DNA naše znanje o mikrobiomu rodnice jako je napredovalo.

Danas je poznato da vaginalna flora igra važnu ulogu u reproduktivnom zdravlju žene, a jedno od stanja koje može dovesti do različitih neželjenih posljedica jest bakterijska vaginoza.

Ukratko, radi se o pojavi nepoznate etiologije gdje dolazi do poremećaja u ekosustavu rodnice zbog smanjenja broja korisnih laktobacila i povećanja količine različitih anaerobnih bakterija (2). S obzirom na to da se bakterijska vaginoza često povezuje s povećanim rizikom od zaraze uzročnicima spolno prenosivih bolesti (što se kasnije može manifestirati zdjeličnom upalnom bolešću i prijevremenim porođajem), nužno je procijeniti epidemiološke dokaze o ulozi mikrobioma rodnice u lancu prijenosa tih infekcija.

Mikrobne zajednice u rodnici

Molekularna istraživanja pokazala su da se skupine bakterija u rodnici zdravih žena međusobno jako razlikuju s obzirom na sastav vrsta, stoga se očekuje i različit odgovor u kontekstu bolesti urogenitalnog sustava te različitih vanjskih čimbenika kao što su spolna aktivnost ili higijena spolovila.

Jedan od glavnih ciljeva proučavanja ljudskog mikrobioma jest utvrditi postoji li neki temeljni raspored mikroorganizama jednak u tijelima svih ljudi. Hipoteza je da bi promjene u takvom „temeljnog mikrobiomu“ mogle dovesti do poremećene funkcije organizma i razvoja bolesti. Ipak, molekularna istraživanja pokazala su da se skupine bakterija u rodnici zdravih žena međusobno jako razlikuju s obzirom na sastav vrsta (3), stoga se očekuje i različit odgovor u kontekstu bolesti urogenitalnog sustava te različitih vanjskih čimbenika kao što su spolna aktivnost ili higijena spolovila. Ravel i suradnici u nedavnoj su studiji na 396 asimptomatskih žena iz SAD-a (uz obuhvaćanje četiriju glavnih etničkih grupa) utvrdili pet glavnih skupina bakterijskih zajednica (4). Za razliku od bilo kojega drugog anatomskega sijela, u većini zajednica rodnice dominira jedna ili više vrsta roda *Lactobacillus*. Tako je u I. skupini najzastupljenija bakterija bila *L. crispatus* te je takav odnos pronađen u 26,2% ispitanica. U II. skupini najzastupljenija vrsta bila je *L. gasseri* (6,3%), u III. skupini *L. iners* (34,1%), a u V. skupini *L. jensenii* (5,3% ispitanica). IV. skupinu čini velika heterogena zajednica bakterija prisutnih kod preostalih 27% žena, a karakterizirana je većim udjelom striktno anaerobnih bakterija, uključujući vrste rodova *Prevotella*, *Megasphaera*, *Atopobium*, *Finegoldia*, *Peptoniphilus*, *Eggerthella* i *Mobiluncus*.

Važno je naglasiti da su se u svim navedenim skupinama mogli pronaći rodovi organizama za koje je poznato da proizvode mlijecnu kiselinsku, uključujući *Lactobacillus*, *Streptococcus*, *Megasphaera* i *Atopobium*. To upućuje na činjenicu da se važna katabolička funkcija, kao što je u konkretnom slučaju stvaranje mlijecne kiseline, može zadržati u zajednicama prisutnim na određenim anatomskim sijelima unatoč razlikama u sastavu vrsta.

Jesu li Lactobacili dominantni?

Smatra se da laktobacili razgradnjom ugljikohidrata dovode do nakupljanja mlijecne kiseline te posljedičnog snižavanja pH-vrijednosti rodnice na obrambenu razinu nižu od 4,5.

Laktobacili se već dugo smatraju dominantnom bakterijom rodnice s važnom protektivnom ulogom.

Stoga rezultati istraživanja Ravela i suradnika ne iznenađuju. Ipak, specifični mehanizmi kako oni točno ograničavaju rast stranih mikroorganizama te na koji način sudjeluju u očuvanju svoje mikrookoline još nisu poznati. Smatra se da laktobacili razgradnjom ugljikohidrata dovode do nakupljanja mliječne kiseline te posljedičnog snižavanja pH-vrijednosti rodnice na obrambenu razinu nižu od 4,5 (5). Svako jedinično smanjenje pH-vrijednosti dovodi do porasta oksidacijsko-reduksijskog potencijala za 60 mV, pri čemu se dodatno inhibira rast anaerobnih bakterija. Oni također stvaraju i bakteriocine, proteine male molekularne težine koji mogu sprječiti rast velikog broja mikroorganizama, uključujući i bakteriju *Gardnerella vaginalis* (6). U aerobnim uvjetima neki laktobacili mogu stvarati vodikov peroksid, još jedan od inhibitora anaerobnih i drugih (posebice katalaza-negativnih) mikroorganizama.

Otkriće Ravela i suradnika da laktobacili nisu dominantna vrsta u 27% ispitanica važan je i zanimljiv nalaz budući da žene uključene u istraživanje prilikom ispitivanja nisu navele nikakve vaginalne tegobe (uključujući iscijedak i neugodan miris), unatoč tomu što je sastav njihove vaginalne flore nalikovao sastavu flore žena s klinički definiranom bakterijskom vaginozom. Ustanovljeno je da te žene imaju relativno veći udio bakterijskih vrsta roda *Atopobium* koje također produciraju mliječnu kiselinu. Forney je sa suradnicima već prije srušio dogmu da je rodnica zdravih žena nužno kolonizirana velikim brojem laktobacila (7). Zaključili su da bakterijske zajednice s malim brojem ili bez laktobacila imaju veći udio ostalih bakterija koje stvaraju mliječnu kiselinu, kao što su bakterijski rodovi *Atopobium*, *Leptotrichia* i *Megasphaera* te da na taj način održavaju kiseli milje rodnice.

Brza i učestala promjena sastava bakterijskih zajednica rodnice

Čimbenici koji dokazano utječu na dinamiku vaginalnog ekosustava jesu fluktuacija hormona tijekom menstrualnog ciklusa, higijena spolovila, novi spolni partneri, seksualne navike, prehrana, pa i sam sastav bakterijske zajednice u rodnici.

Treba naglasiti da su ovakva istraživanja vaginalne flore komplikirana rapidnom fluktuacijom mikroorganizama prisutnih na tom području. U studijama temeljenim na molekularnoj dijagnostici, kultivaciji i mikroskopiji zabilježena je brza i učestala promjena sastava bakterijskih zajednica rodnice. Proučavanjem vaginalne flore trudnica opaženo je da *L. crispatus* održava stabilnost mikrookoliša, dok su *L. gasseri* i *L. iners* povezani s pojmom abnormalne flore na preparatima obojenim po Gramu (8). Na molekularnoj razini dokazano je da su laktobacili glavni kolonizatori žena bez bakterijske vaginoze, no njihov se broj drastično mijenja unutar perioda od jednog mjeseca; udio bakterije *G. vaginalis* također se značajno povećava tijekom mjesecnice (9). Prema istraživanjima baziranim na mikroskopiji i kultivaciji, čimbenici koji dokazano utječu na dinamiku vaginalnog ekosustava jesu fluktuacija hormona tijekom menstrualnog ciklusa, higijena spolovila, novi spolni partneri, seksualne navike, prehrana, pa i sam sastav bakterijske zajednice u rodnici (10-12).

S obzirom na to da bi takve brze fluktuacije (kao i povećanje njihove učestalosti i trajanja) mogle dovesti do epizoda povećanog rizika od zaraze spolnoprenosivim bolestima, kompletnije razumijevanje dinamike vaginalnog ekosustava pružilo bi nam bolji uvid u to koji sve čimbenici igraju važnu ulogu u takvim složenim međuodnosima. S obzirom na mjesecne varijacije u sastavu bakterijskih zajednica rodnice, buduće longitudinalne studije na velikom broju žena trebale bi u svojem dizajnu svakako obratiti pozornost na što češće uzimanje uzoraka te prikupljanje detaljnih podataka o menstrualnom ciklusu i spolnom ponašanju.

Bakterijska vaginoza

Lactobacillus u ekosustavu rodnice zamjenjuje se velikim brojem striktnih i fakultativnih anaerobnih bakterija, uključujući uzročnike kao što su *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Mobiluncus spp.*, *Prevotella spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Propionibacterium spp.* te brojne druge anaerobne koke i štapiće. Bakterijska vaginoza definira se kao stanje u kojem dolazi do narušavanja ravnoteže vaginalne flore. Dominacija različitih bakterijskih vrsta roda *Lactobacillus* u ekosustavu rodnice zamjenjuje se velikim brojem striktnih i fakultativnih anaerobnih bakterija, uključujući uzročnike kao što su *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Mobiluncus spp.*, *Prevotella spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Propionibacterium spp.* te brojne druge anaerobne koke i štapiće (2). Napretkom molekularne dijagnostike i analizom slijeda gena za 16S rRNA identificiran je velik broj vrsta koje se ne mogu kultivirati u laboratoriju. Tako je nedavnim molekularnim istraživanjima dokazano da su *Atopobium vaginae*, *Megasphaera*, *Eggerthella-like* bakterije te tri novoopisana člana reda Clostridiales visoko specifični za bakterijsku vaginozu (13). Navedene bakterije samo su dio raznolikog mikrobioma prisutnog kod žena s ovim stanjem, no još se ne može reći je li za njegovu pojavu odgovoran samo jedan uzročnik ili je nužno međudjelovanje složene bakterijske zajednice.

Stoga ne čudi što je etiopatogeneza bakterijske vaginoze još nerazjašnjena i predmet mnogih rasprava. Na promjene u vaginalnom ekosustavu mogu utjecati dob, menstrualni ciklusi, prateće infekcije, hormonalna kontracepcija, anksioznost i stres, nemogućnost eliminacije mikroorganizama povezanih s ovim stanjem, ponovna inokulacija uzročnicima iz egzogenog izvora (npr. tijekom spolnih aktivnosti), higijenske navike, neuspjeh laktobacila da rekologiziraju ili održe vaginalno područje kiselim te prisutnost bakterofaga koji napadaju laktobacile. Neki od dodatnih faktora rizika su pušenje, unutarnimatnični ulošci, crna rasa, rano stupanje u spolne odnose i velik broj različitih partnera (4).

Dijagnoza bakterijske vaginoze

Bodovanje po Nugentu temelji se na linearnoj skali od 0 do 10; 0-3 se smatra zdravim, 4-6 umjereno promijjenjenim, dok vrijednost 7-10 upućuje na bakterijsku vaginuzu.

Dijagnoza bakterijske vaginoze postavlja se na temelju kliničkih kriterija ili preparata obojenih po Gramu, što u principu zbog subjektivnosti tih metoda otežava istraživanje i samu kliničku praksu. Metoda mikroskopiranja direktnih preparata obojenih po Gramu rabi se već 25 godina te omogućuje procjenu morfologije i bojenja bakterija. Klasična metoda bodovanja po Nugentu otkriva koliko je u uzorku prisutno gram-pozitivnih štapića (laktobacili), gram-negativnih i gram-variabilnih štapića i koka (*G. vaginalis*, *Peptostreptococcus*, *Porphyromonas*, *Prevotella*) i zakriviljenih gram-negativnih štapića (*Mobiluncus*) (14). Osim količine i vrste prisutnih bakterija tom se tehnikom može procijeniti broj polimorfonuklearnih stanica, gljivičnih spora i hifa te spermatozoida. Bodovanje se temelji na linearnoj skali od 0 do 10; 0-3 se smatra zdravim, 4-6 umjereno promijjenjenim, dok vrijednost 7-10 upućuje na bakterijsku vaginuzu. Slična je metoda po Hayu i Isonu koja je razvijena proučavanjem trudnica, a razlikuje tri stupnja: normalni (predominacija laktobacila), intermedijarni (miješana flora uz prisutnost laktobacila, ali i određenih morfotipova karakterističnih za *Mobiluncus* ili *Gardnerella*) te pravu bakterijsku vaginuzu (dominiraju *Gardnerella* i *Mobiluncus*) (15).

Inicijalni simptom bakterijske vaginoze

Treba imati na umu da je čak 50 posto žena s visokim Nugentovim skorom potpuno asimptomatsko (16), ali zbog sastava mikrobioma rodnice i dalje pod povećanim rizikom od prijenosa infekcija i drugih neželjenih posljedica.

Inicijalni simptom bakterijske vaginoze najčešće je specifično promijenjen miris vaginalnog iscjetka, nerijetko upravo nakon spolnog odnosa budući da alkalna sjemena tekućina potiče otpuštanje hlapljivih amina.

Ipak, treba imati na umu da je čak 50 posto žena s visokim Nugentovim skorom potpuno asimptomatsko (16), ali zbog sastava mikrobioma rodnice i dalje pod povećanim rizikom od prijenosa infekcija i drugih neželjenih posljedica.

Klinička procjena ovog stanja temelji se na prisutnosti barem triju od navedenih **Amstelovih kriterija** (17):

1. Tanki, ali profuzni sivobijeli iscjedak
2. pH-vrijednost veća od 4,5
3. Karakterističan miris „po ribi“ (posebice nakon dodatka 10% kalijeva hidroksida)
4. „Clue cells“ ili stanice „ključne za dijagnozu“ (vaginalne epitelne stanice s nepravilnim rubovima zbog velikog broja adherenntih bakterija)

U populaciji koja odlazi u klinike za spolno prenosive bolesti rasprostranjenost bakterijske vaginoze, prema Amstelovim kriterijima, kreće se u rasponu od 24 do 30% (18-20). Prema skoru po Nugentu uočljivije su razlike između određenih zemalja - tako se u Ujedinjenom Kraljevstvu raspon kreće od 9 do 18%, u SAD-u doseže 29%, dok je u ruralnom dijelu Ugande zahvaćeno više od 50% ispitanica (6). Usporedba kliničkih kriterija i preparata obojenih po Gramu otkriva nam da su obje metode učinkovite u postavljanju dijagnoze bakterijske vaginoze. Ipak, Amstelovi kriteriji uopće ne pružaju informacije o sastavu vaginalne flore, dok se pregledom preparata dobiva samo djelomičan (katkad i pogrešan) uvid budući da se radi o metodi baziranoj na morfologiji. Dakle, svakako postoji potreba za razvojem molekularne dijagnostike kako bi se moglo detektirati promjene u mikrobiomu rodnice koje bi mogle ugroziti reproduktivno zdravlje žene.

Vaginalna flora i spolno prenosive infekcije

Brojne longitudinalne studije upućuju na to da je bakterijska vaginaza povezana s povećanim rizikom od zaraze spolno prenosivim infekcijama.

U najvećoj studiji Američkog nacionalnog instituta za zdravlje pronađeno je da su srednje i visoke vrijednosti Nugentova skora povezane s 1,5 do 2 puta većim rizikom od trihomonijaze, gonokokne i/ili klamidijske infekcije (21). Ograničenje ove studije jest podatak da je stanje vaginalne flore evaluirano tri mjeseca prije otkrivanja spolno prenosive infekcije. U rigoroznije dizajniranim studijama sastav vaginalne flore trebalo bi proučavati u dnevnim ili tjednim razmacima tijekom produljenog razdoblja te na dovoljnom broju žena, što je ograničeno velikom količinom sredstava potrebnih za tako ekstenzivno istraživanje. Ipak, omjer rizika u rasponu od 1,5 do 2 puta dobiven u ovoj studiji može se grubo proširiti na razinu čitave populacije te zaključiti da su žene s velikim brojem bodova na skali po Nugentu pod povećanim rizikom od zaraze.

Takvi rezultati podudaraju se s rezultatima drugih sličnih longitudinalnih istraživanja. U studiji na prostitutkama u Keniji koje su praćene šest mjeseci visoka vrijednost Nugentova skora povezana je s češćom pojavom trihomonijaze, a odsutnost vaginalnih laktobacila u kulturi korelirala je s učestalijom zarazom gonokokom i HIV-om (22). Podaci iz studije na 670 žena u području Pittsburgha upućuju na to da je visoki Nugentov skor povezan s dvostrukom većim rizikom od serokonverzije za virus Herpes simplex tipa 2, a također se dovodi u vezu s razvojem zdjelične upalne bolesti (23). Nadalje, pokusi u uvjetima in vitro otkrivaju da parazit Trichomonas bolje raste kod povišene pH-vrijednosti, što je jedan od kriterija za kliničko definiranje bakterijske vaginoze (6).

Za razliku od navedenih opservacijskih studija, randomizirani klinički pokus daje mogućnost aktivnog upletanja i promjene vaginalnog mikrobioma te promatranja hoće li to utjecati na smanjenje infekcija. Tako su Schwebke i suradnici na uzorku od 107 žena s visokim Nugentovim skorom - ali bez pojave iscjetka ili neugodnog mirisa - odlučili ispitati učinak profilaktičnog uzimanja metronidazola (24). Nakon 12 mjeseci praćenja otkrili su da je skupina koja je tretirana metronidazolom imala značajno manju incidenciju infekcije bakterijom Chlamydia trachomatis u usporedbi s promatranom skupinom (dakle, bez antibiotske terapije).

Premda se dosad nije preporučivalo tretiranje bakterijske vaginoze osim u iznimnim slučajevima, ovakva saznanja otvaraju mogućnost eventualnog propisivanja profilakse kako bi se smanjila mogućnost zaraze.

Bakterijska vaginosa definirana prema Amselovim kliničkim kriterijima također je povezana sa značajnom ekspresijom HIV-1 RNA u ženskome genitalnom traktu, u usporedbi s HIV-pozitivnim ženama bez bakterijske vaginoze, što upućuje na povećani rizik od prijenosa virusne infekcije (25). Postoje i dokazi da žene s reduciranim brojem laktobacila u preparatima po Gramu imaju 15,8 puta veći broj kopija HIV-1 RNA u endocerviku nego žene s normalnom razinom ovih bakterija (26). U istraživanju gdje su lančanom reakcijom polimerazom (PCR) kvantificirane bakterije u cervikovaginalnom lavatu količina bakterijskih vrsta G. vaginalis i M. hominis, bodovanje po Nugentu i prisutnost neke druge infekcije donjega genitalnog trakta pokazali su značajnu povezanost s povišenom razinom HIV RNA u lavatu (27).

U budućnosti se svakako treba okrenuti randomiziranim kliničkim pokusima jer ovako ostaje otvoreno pitanje jesu li bakterijska vaginosa i spolno prenosive infekcije povezane zbog međusobnog biološkog utjecaja ili zbog nespecifične pojave obaju entiteta kod seksualno aktivnijih žena.



Nedavno objavljena velika metaanaliza potvrdila je povezanost između bakterijske vaginosa i infekcije HPV-om s ukupnim omjerom šansa od 1,43, za što je predloženo nekoliko hipoteza (28). U žena s bakterijskom vaginozom dolazi do smanjenja razine sekretornoga leukocitnog inhibitora proteaze (SLPI) koji u uvjetima in vitro može blokirati infekciju HIV-om i HPV-om. Ulogu bi mogli igrati i enzimi koji razgrađuju mucin (poput sijalidaza) preko uništavanja zaštitne sluznične barijere; na taj način dolazi do povećane susceptibilnosti za infekciju HPV-om te olakšane adherencije, invazije i posljedične ugradnje virusnih onkogena u genom stanica prisutnih u transformacijskoj zoni. Moguće je i da bakterijska vaginosa djeluje kao kofaktor uključen u primoinfekciju i reaktivaciju infekcije HPV-om putem utjecaja na imunosnu ravnotežu unutar tkiva vrata maternice (ponajviše zbog promjena u produkciji citokina interleukina 1β i interleukina 10).

Longitudinalne molekularne studije još nam nisu dostupne, a postoji samo nekoliko istraživanja na molekularnoj razini koja istražuju utjecaj vaginalne flore na zarazu spolno prenosivim uzročnicima. Pirosekvencioniranjem slijeda gena 16S rRNA pokazano je da postoji sklonost prema većoj raznolikosti mikroorganizama u sekretima rodnice žena s bakterijskom vaginom koje su HIV-pozitivne ako ih usporedimo s HIV-negativnim ispitnicama (29). Presječnom studijom na 396 asimptomatskih žena iz SAD-a ustanovljena je veća učestalost pozitiviteta na *T. vaginalis* među ženama kojima je genetičkom analizom utvrđena niska razina laktobacila (30). Već i sam početak proučavanja ove problematike na molekularnoj razini potvrđuje dokazanu korelaciju između mikrobioma rodnice i odgovora organizma na spolno prenosive infekcije.

U budućnosti se svakako treba okrenuti randomiziranim kliničkim pokušima jer ovako ostaje otvoreno pitanje jesu li bakterijska vaginoma i spolno prenosive infekcije povezane zbog međusobnog biološkog utjecaja ili zbog nespecifične pojave obaju entiteta kod seksualno aktivnijih žena.

Pozitivna korelacija može se objasniti činjenicom da se rizično seksualno ponašanje i promiskuitet češće javljaju u žena s bakterijskom vaginom nego u usporedivim skupinama.

Zaključak

Bez obzira na to definiramo li bakterijsku vaginu kliničkim kriterijima, mikroskopijom ili molekularnim metodama (te unatoč eventualnoj odsutnosti simptoma), velik broj dokaza upućuje na to da je ovo stanje neovisni čimbenik rizika od brojnih neželjenih učinaka - prijevremenog porođaja i niske tjelesne težine novorođenčeta, razvoja zdjelične upalne bolesti te posebice olakšanog prijenosa spolno prenosivih bolesti (uključujući i HIV). Ipak, još nije potpuno jasno kojim se točno mehanizmima održava protektivna vaginalna flora, zbog čega dolazi do učestalih promjena u sastavu prisutnih mikroorganizama te na koji način one dovode do razvoja infekcije i drugih navedenih posljedica. Situaciju dodatno komplicira činjenica da žene s bakterijskom vaginom samo neznatno češće prijavljuju simptome u usporedbi sa ženama koje imaju velik broj laktobacila. To znači da je bakterijska vaginoma relativno nespecifičan biomarker rizika od zaraze, stoga se očekuje da će nam Projekt ljudskog mikrobioma omogućiti neke nove biomarkere uz pomoć kojih ćemo lakše moći pratiti i utjecati na stanje mikrobioma rodnice.

Literatura

1. The NIH HMP working group, PETERSON J, GARGES S i sur. The NIH Human Microbiome Project, *Genome Research* 2009;19:2317-23.
2. HILLIER SL, HOLMES KK, MARRAZZO JM. Bacterial vaginosis. U: Holmes K i sur. *Sexually Transmitted Diseases*. New York New York, USA: McGraw-Hill, Health Professions Division 2008:737-68.
3. VERHELST R, VERSTRAELEN H, CLAEYS G i sur. Cloning of 16S rRNA genes amplified from normal and disturbed vaginal microflora suggests a strong association between *Atopobium vaginae*, *Gardnerella vaginalis* and bacterial vaginosis. *BMC Microbiology* 2004;4:16.
4. RAVEL J, GAJER P, ABDO Z i sur. Vaginal microbiome of reproductive-age women. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA* 2011;108:4680-7.
5. BOSKEY ER, TELSCH KM, WHALEY KJ, MOENCH TR, CONE RA. Acid production by vaginal flora in vitro is consistent with the rate and extent of vaginal acidification. *Infection and Immunity* 1999;67:5170-5.
6. BROTMAN RM. Vaginal microbiome and sexually transmitted infections: an epidemiologic perspective. *The Journal of Clinical Investigation* 2011, 121:4610-7.
7. FORNEY LJ, FOSTER JA, LEDGER W. The vaginal flora of healthy women is not always dominated by *Lactobacillus* species. *The Journal of Infectious Diseases* 2006;194:1468-9.
8. VERSTRAELEN H, VERHELST R, CLAEYS G, DE BACKER E, TEMMERMAR M, VANEECHOUTTE M. Longitudinal analysis of the vaginal microbiota in pregnancy suggests that *L. crispatus* promotes the stability of the normal vaginal microflora and that *L. gasseri* and/or *L. iners* are more conducive to the occurrence of abnormal vaginal microflora. *BMC Microbiology* 2009;9:116.
9. SRINIVASAN S, LIU C, MITCHELL CM i sur. Temporal variability of human vaginal bacteria and relationship with bacterial vaginosis. *PLoS ONE* 2010;5:e10197.
10. ESCHENBACH DA, THWIN SS, PATTON DL i sur. Influence of the normal menstrual cycle on vaginal tissue, discharge, and microflora. *Clinical Infectious Diseases* 2000;30:901-7.
11. BROTMAN RM, KLEBANOFF MA, NANSEL TR i sur. A longitudinal study of vaginal douching and bacterial vaginosis - a marginal structural modeling analysis. *American Journal of Epidemiology* 2008;168:188-96.
12. NEGGERS YH, NANSEL TR, ANDREWS WW i sur. Dietary intake of selected nutrients affects bacterial vaginosis in women. *Journal of Nutrition* 2007;137:2128-33.
13. FREDRICKS DN, FIEDLER TL, MARAZZO JM. Molecular identification of bacteria associated with bacterial vaginosis. *New England Journal of Medicine* 2005;353:1899-911.
14. NUGENT RP, KROHN MA, HILLIER SL. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. *Journal of Clinical Microbiology* 1991;29:297-301.
15. ISON CA, HAY PE. Validation of a simplified grading of Gram stained vaginal smears for use in genitourinary medicine clinics. *Sexually Transmitted Infections* 2002;78:413-5.
16. KLEBANOFF MA, SCHWEBKE JR, ZHANG J, NANSEL TR, YU KF, ANDREWS WW. Vulvovaginal symptoms in women with bacterial vaginosis. *Obstetrics & Gynecology* 2004;104:267-72.
17. AMSEL R, TOTTEN PA, SPIEGEL CA, CHEN KC, ESCHENBACH D, HOLMES KK. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *The American Journal of Medicine* 1983;74:14-22.

18. BROTMAN RM, ERBELDING EJ, JAMSHIDI RM, KLEBANOFF MA, ZENILMAN JM, GHANEM KG. Findings associated with recurrence of bacterial vaginosis among adolescents attending sexually transmitted diseases clinics. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2007;20:225-31.
 19. HALLEN A, PAHLSON C, FORSUM U. Bacterial vaginosis in women attending STD clinic: diagnostic criteria and prevalence of Mobiluncus spp. *Genitourinary Medicine* 1987;63:386-9.
 20. JOHNSON HL, GHANEM KG, ZENILMAN JM, ERBELDING EJ. Sexually transmitted infections and adverse pregnancy outcomes among women attending inner city public sexually transmitted diseases clinics. *Sexually Transmitted Diseases* 2011;38:167-71.
 21. BROTMAN RM, KLEBANOFF MA, NANSEL TR i sur. Bacterial vaginosis assessed by gram stain and diminished colonization resistance to incident gonococcal, chlamydial, and trichomonal genital infection. *The Journal of Infectious Diseases* 2010;202:1907-15.
 22. MARTIN HL, RICHARDSON BA, NYANGE PM. Vaginal lactobacilli, microbial flora, and risk of human immunodeficiency virus type 1 and sexually transmitted disease acquisition. *The Journal of Infectious Diseases* 1999;180:1863-8.
 23. CHERPES TL, MEYN LA, KROHN MA, LURIE JG, HILLIER SL. Association between acquisition of herpes simplex virus type 2 in women and bacterial vaginosis. *Clinical Infectious Diseases* 2003;37:319-25.
 24. SCHWEBKE JR, DESMOND R. A randomized trial of metronidazole in asymptomatic bacterial vaginosis to prevent the acquisition of sexually transmitted diseases. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2007;196:517.
 25. CU-UVIN S, HOGAN JW, CALIENDO AM i sur. Association between bacterial vaginosis and expression of human immunodeficiency virus type 1 RNA in the female genital tract. *Clinical Infectious Diseases* 2001;33:894-6.
 26. COLEMAN JS, HITTI J, BUKUSI EA i sur. Infectious correlates of HIV-1 shedding in the female upper and lower genital tracts. *AIDS* 2007;21:755-9.
 27. SHA BE, ZARIFFARD MR, WANG QJ i sur. Female genital-tract HIV load correlates inversely with Lactobacillus species but positively with bacterial vaginosis and Mycoplasma hominis. *The Journal of Infectious Diseases* 2005;191:25-32.
 28. GILLET E, MEYS JF, VERSTRAELEN H i sur. Bacterial vaginosis is associated with uterine cervical human papillomavirus infection: a meta-analysis. *BMC Infectious Diseases* 2011;11:10.
 29. SPEAR GT, SIKARODI M, ZARIFFARD MR, LANDAY AL, FRENCH AL, GILLEVET PM. Comparison of the diversity of the vaginal microbiota in HIV-infected and HIV-uninfected women with or without bacterial vaginosis. *The Journal of Infectious Diseases* 2008;198:1131-40.
 30. BROTMAN RM, JONES LL, SAKAMOTO J i sur. Association between Trichomonas vaginalis and the vaginal microbiota among asymptomatic reproductive-age women in the United States: a cross-sectional study. *Sexually Transmitted Infections* 2011;87:A33-A34
- Članak preuzet iz časopisa Medicus 2012;21(1):117-121.

Izvor: <http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/6744/Uloga-mikrobioma-rodnice-u-spolno-prenosivim-infekcijama.html>

Tomislav Meštrović, dr. med.
e-mail: tomislav.mestrovic@gmail.com

Britanski etičari podržavaju stvaranje djece „s tri roditelja“

U brobi protiv rijetkih genetskih bolesti vodeća britanska etička skupina poduprla je stvaranje IVF-djece s „tri roditelja“. Naime, londonsko Vijeće za bioetiku Nuffield ne vidi značajne probleme u postupcima koji uključuju prijenos DNA iz jajne stanice s oštećenim mitohondrijima u jajnu stanicu druge žene kojoj je izvadena jezgra.

Vijeće Nuffield je neovisno, ali vrlo utjecajno u Velikoj Britaniji i njegova podrška gotovo sigurno znači da će kontroverzni postupak na koncu preporučiti vladino regulatorno tijelo, Odbora za ljudsku oplodnju i embriologiju (HFEA). Radna skupina je zaključila da „ukoliko se pokažu sigurnim i učinkovitim te pruže li se odgovarajuće informacije i podrška, obitelji će moći koristiti ove tehnike u svrhu liječenja, a etičnost neće biti upitna“.

Jedan od glavnih etičkih problema jest da se ovim oblikom tzv. germline terapije (koja uključuje modifikaciju gameta), neznatno mijenja genetski kod embrija koji se promijenjen prenosi i na sljedeću generaciju. Voditelj radne skupine Vijeća, Geoff Watts u tiskovnom priopćenju naglašava da je to zapravo „test-proba“ za naknadno odobrenje tehnologija koje „uređuju“ gene. „Očito je da će prije ili kasnije netko to htjeti učiniti s genima jezgre,“ ističe.

Iako su mediji dosljedno opisali embrije stvorene putem „mitohondrijske donacije“ kao djecu s tri roditelja, dr. Watts tvrdi da prema njihovoj procjeni nema nikakvog opravdanja za pripisivanje roditeljstva trećoj osobi. Također smatra da ne postoji razlog za strah izazvan mišlu da bi potomci rođeni putem ove tehnologije mogli zbunjeno ili uznemirujuće gledati na svoje nasljeđe. U svakom slučaju, neki stručnjaci iz Vijeća smatraju da je ljudsko srodstvo vrlo fluidan koncept.

Izvor: <http://www.plivamed.net/vijesti/clanak/6759/Britanski-etici-podrzavaju-stvaranje-djece-s-tri-roditelja.html>; 27.06.2012.

Osteoporozna

Osteoporozna je bolest koštanog tkiva u kojoj dolazi do gubitka organskog i mineralnog dijela kosti, zbog čega one postaju krhke i lomljive. Procjenjuje se da 8 – 10 % svjetske populacije pati od ove bolesti, a u sljedećih 20 godina taj bi se broj mogao udvostručiti. Osteoporozna se ubraja među pet najčešćih kroničnih bolesti, a 80 % svih oboljelih su žene. To je bolest starije životne dobi, a opća populacija je sve starija. Suvremen način života sve više izostavlja kretanje i zdravu prehranu što pogoduje razvoju tih epidemija. Osteoporozna je najčešće povezana s hormonalnim promjenama koje se događaju u starosti. Najopasnije i najčešće komplikacije ove bolesti su prijelomi kralježaka i vrata bedrene kosti.

Tijekom ljudskog života koštani sustav je izložen jako velikim opterećenjima. Kako bi to izdržao, mora se često obnavljati i pregraditi.

Za to su zaduženi osteoblasti i osteoklasti, stanice koje stare i oštećene dijelove kosti razgrađuju i ponovo izgrađuju novu kost. Taj proces preoblikovanja kostiju uvjetovan je interakcijom hormona i mehaničkih podražaja, a upravo je njihova ravnoteža bitna za normalno funkciranje kosti. Opterećenje igra važnu ulogu u brzini pregradnje kostiju, pa je zbog toga tjelesna aktivnost jedna od glavnih i najučinkovitijih načina prevencije osteoporoze. Tijekom reproduktivne dobi, žene su uglavnom zaštićene od propadanja koštane mase, zbog normalne količine estrogena u krvi. Stanje se drastično mijenja u vrijeme menopauze kada dolazi do naglog pada koncentracije estrogena. U to vrijeme počinje postupno i neizbjegivo smanjivanje koštane mase. Nedostatak fizičke aktivnosti, neadekvatna prehrana, genetska predispozicija i neke pridružene bolesti mogu ubrzati taj proces i dovesti do patološkog stanja koje nazivamo osteoporozu. Minerali kalcij i fosfor zajedno s kolagenom čine osnovu koštanog tkiva i imaju izrazito bitnu ulogu u čvrstoći i kvaliteti kostiju. Smanjenje količine slobodnog kalcija u krvi potiče razvoj osteoporoze. Uzroci tome mogu biti neadekvatna količina kalcija u prehrani, poremećaji apsorpcije kalcija uslijed raznih bolesti probavnog sustava te endokrine bolesti štinjače i doštitne žljezde, stres, dijabetes, kao i pojačano lučenje kortizola. Manjak vitamina D koji je neophodan za apsorpciju kalcija u tankom crijevu izravno utječe na količinu kalcija u kostima. Vitamin D se stvara u koži prilikom izlaganja suncu, pa nedovoljno izlaganje suncu smanjuje apsorpciju kalcija i potiče demineralizaciju kostiju.

Kobni prijelomi kralježaka i vrata bedrene kosti u pravilu se događaju kod svakodnevnih aktivnosti. Činjenica je da svaka druga do treća žena starija od 50 godina i svaki deseti muškarac stariji od 50 godina dožive prijelom izazvan osteoporozom, ukazuje na svu ozbiljnost posljedica ove bolesti. Svaka peta žena koja doživi prijelom vrata bedrene kosti umire u roku od 6 mjeseci do godine dana zbog komplikacija. Samo se trećina pacijenata s prijelomima uspije vratiti samostalnom životu, dok više od polovine treba svakodnevnu skrb.

Postupno smanjenje lučenja testosterona, snažnije i krupnije kosti zbog drukčijeg rasta u vrijeme puberteta, te intenzivnije i češće bavljenje fizičkom aktivnošću tijekom života razlog je što muškarci tri puta rijeđe obolijevaju od osteoporoze.

Međutim, svaki treći prijelom kuka događa se u muškaraca, a svaki deseti muškarac stariji od 50 godina doživi tu vrstu prijeloma. Smrtnost od komplikacija nakon prijeloma kuka je dvostruko veća nego kod žena. Najčešći razlog demineralizacije i gubitka koštane mase kod muškaraca je kao i kod žena hormonski disbalans koji obično počinje nakon šezdesete godine života. Testosteron izravno nema tako intezivno djelovanje na metabolizam kostiju, međutim testosteron se na periferiji pretvara u estradiol sličan estrogenu i kao takav ima puno jače djelovanje na pregradnju kostiju nego sam testosteron.

U čimbenike rizika za razvoj osteoporoze ubraja se rana menopauza, operativno odstranjanje spolnih žljezda uslijed ozljeda i malignih bolesti, dob iznad 50 godina, ulazak u menopauzu, konzumacija alkohola i kofeina u prevelikim količinama, pušenje, mala tjelesna težina, poremećaji prehrane, endokrine bolesti, bolesti probavnog trakta uz malapsorpciju kalcija i nedostatak fizičke aktivnosti.

Pri postavljanju dijagnoze potrebno je uzeti iscrpnu anamnezu, detektirati rizične čimbenike, obaviti pojedine laboratorijske testove, ali glavni parametar je denzitometrijsko mjerjenje gustoće kostiju. Denzitometrijom se mjeri odstupanje koštane gustoće u odnosu na vrijednosti malde i zdrave populacije.

Osteoporoza se može donekle spriječiti kvalitetnom brigom, pravilnom prehranom, redovitom fizičkom aktivnošću, uporabom HNL u dogovoru s liječnikom i otklanjanjem rizičnih čimbenika kao što su alkohol, kofein i pušenje.

Ukoliko se osteoporoza ipak razvije, redovite liječničke kontrole, te redovita denzitometrijska mjerenja, pravilna prehrana i poseban režim fizioterapeutske vježbe koje jačaju mišiće za podupiranje kostiju, mogu spriječiti prijelome i komplikacije koje donosi osteoporoza te poboljšati kvalitetu života.

Milanka Matešić, bacc. primaljstva

Feng shui u dječjoj sobi

Što je feng shui?

U svojoj suštini feng shui je umijeće promatranja prirodnih formi, poput planina i vodenih tokova, prepoznavanja kvalitete i kretanja energije Qi koju one odašilju, te primjena različitih formula i izračuna kako bi se utvrdio utjecaj Qi-ja na stanare nekog prostora u određenom vremenu. Svrha feng shui-a je unaprijeđenje kvalitete života stanara.

Feng shui značaj

Kako bi mogli procijeniti koliko veliku ulogu feng shui igra u našim životima, trebamo znati koji faktori utječu na naše živote i na koji način. Te faktore kineski metafizičari nazivaju Kozmičkim trojedinstvom, koje se sastoji od sudbine, okruženja i osobnosti ili prema kineskom izvorniku od nebeske, zemaljske i ljudske sreća.

Feng shui osnove

Postoje četiri osnovne stvari koje moramo razumjeti i uzeti u obzir pri analizi, kako bi mogli prepoznati lokaciju s pozitivnom energijom i ispravno je uredili na zadovoljstvo stanara. To su: eksterijer nekretnine, sama nekretnina s njezinom unutrašnjošću, stanari nekretnine i tijek vremena.

Odabir dječje sobe

Feng shui igra važnu ulogu u životu svih ljudi, bili oni toga svjesni ili ne. Započeti s primjenom feng shua nikada nije kasno, ali naravno što prije to bolje. Koristite li načela feng shua pri odabiru dječje sobe Vaša će djeca već od malih nogu profitirati od njegovih blagodati. Ima li za roditelje išta važnije od sreće i uspjeha njihove djece!?

Postoji nekoliko kriterija koje treba uzeti u obzir pri odabiru prostorije koja će se koristiti kao dječja soba. Dakako, teže je zadovoljiti sve uvjete živite li u stanu ili maloj kući. Optimalno bi bilo izgraditi vlastiti dom prema feng shui načelima, ali to si nažalost malo tko može priuštiti. Krenimo stoga od jednostavnih pravila koja se lako mogu primjeniti i u malim prostorima.

Dječja soba treba biti prostrana. To je prostor u kojem naša djeca spavaju, igraju se i uče, stoga mora postojati kutak za svaku od tih aktivnosti, što nužno iziskuje prostor. U većini slučajeva djeci se dodjeljuju manje sobe, jer njima tobože treba manje prostora, što jednostavno nije istina. Ukoliko postoji ikakva mogućnost dodijelite djetetu veću prostoriju! Djeci je potreban prostor da rastu i da se razvijaju, kako fizički, tako mentalno i emocionalno. Stoga, visina stropa također igra važnu ulogu u skladnom feng shui-u dječje sobe. Strop bi trebao biti normalne visine, kako ne bi predstavljao teret iznad malenih glava u razvoju. Idealni stropovi su glatki i bijele boje. Moderne i vrlo dekorativne stroporne stropne ploče također dolaze u obzir, pod uvjetom da ne stvaraju kaotične slike i šljaste izbočine, koje djeluju izrazito nepovoljno. Nigdje u domu ne treba imati ništa šiljasto i prijeteće na stropu, posebice ako su šiljci upereni prema dolje. To se pogotovo odnosi na dječju sobu, jer djeca su podložnija negativnim utjecajima (i teže se s njima nose) od odraslih. Pazite da plafon nema kosine. Živite li u potkrovlu to je neizbjegno, ali u tom slučaju vodite računa da se krevet nikada ne nalazi ispod te kosine, već da je u cijelosti smješten na onoj strani sobe gdje je plafon najviši. Spavanje pod kosinom ograničava djetetov fizički, mentalni i emocionalni razvoj.

Iznimno je važna i dobra osvijetljenost sobe te prizor koji se pruža kroz prozor.

Nije dobro da se direktno ispred prozora nalazi drvo. Također, bilo kakav oštar kut koji gleda ka prozoru, simbolički odašilje tzv. „otrovnu strijelu“ u smjeru Vaše djece. Visoke zgrade, kante za smeće i šupe također su nepovoljni. Ozračje sobe i njezin neposredan okoliš trebaju biti pozitivni, što će pomoći našoj djeci da izrastu u pozitivne ljude.

Ukoliko ste početnik u primjeni feng shui-a, ne morate se opterećivati primjenom svih njegovih načela. Ipak, zanimljivo je spomenuti da se u feng shui-u posebna pažnja poklanja i stanama svijeta. Zna se da određenim stranama svijeta pripadaju određeni elementi, ali jeste li znali da im pripadaju i određeni članovi obitelji? Istok je mjesto najstarijeg sina, sjever srednjeg sina, a sjeveroistok najmlađeg. Jugoistok je mjesto najstarije kćeri, jug srednje, a zapad najmlađe. Nije nužno, ali može biti od pomoći ako se i ta činjenica uzme u obzir pri odabiru sobe. Ukoliko nemate takvih mogućnosti dovoljno je da na odgovarajući način aktivirate i ojačate energiju određenog sektora, bilo u dnevnoj ili dječjoj sobi.

Feng shui u dječjoj sobi

Dječja soba ima višenamjensku ulogu; osim za spavanje koristi za učenje, igru i zabavu s prijateljima. Ta prostorija je mjesto u kojem se izražava dječja sreća, njihove ljubavi, kreativnost, znatiželja, tuga, ljutnja.

Djeci je osim osjećaja sigurnosti i zaštite potrebna i privatnost. Potrebe tijekom odrastanja često se mijenjaju, stoga je preporučljivo preuređivanje svakih nekoliko godina. Dakako, nisu nužni veliki zahvati, već promjena detalja. U slučaju da dijete ne voli provoditi vrijeme i spavati u njoj, provjerite kakav je feng shui sobe. Namjestite prostoriju jednostavno i udobno, primjereno dobi djeteta. Odaberite prirodne, lake materijale svijetlih boja. U dječjim sobama nikako se ne preporučuje težak, masivan namještaj tamne boje (yin karakteristike) budući da on izuzetno usporava energiju. U sobama mlađe djece ostavite dovoljno prostora za igru.

Vrlo važan segment feng shui-a je onaj koji se odnosi na sreću djece. Oni su naša nada u budućnost i svaki roditelj želi svojoj djeci svu sreću i uspjeh u životu. U skladu s tim, načela feng shua treba početi primjenjivati već od samog rođenja djeteta. Neki učitelji feng shui-a tvrde da to nije nužno, već da je dovoljno započeti u školskoj dobi djeteta. Ipak, upotrijebimo li logiku u kombinaciji s bezgraničnom roditeljskom ljubavlju, uvidjet ćemo da je bolje započeti od malih nogu. Dakako, ako već imate djecu, a tek se upoznajete s feng shui-em, započnete sada, bolje je nego li nikada.

Nakon što ste odlučili koja će prostorija pripasti djetetu slijedi uređenje. Prvo na redu je krečenje. Odaberite boju koristeći se kompasom i elementima određenih sektora. Ako je soba na istoku, trebala bi biti zelena. Na jugoistoku zelena ili purpurna. Jug je pogodan za narančastu ili boju breskve. Jugozapad je roza ili oker. Zapad je mjesto bijele boje, a sjeverozapad sive ili bijele. Sjever je sektor plave boje, a sjeveroistok smeđe ili oker boje. Nalazi li se soba u centru doma može biti oker ili žuta. Naravno, treba uzeti u obzir i djetetove sklonosti prema određenoj boji, ukoliko je dovoljno staro da samo može su-odlučivati. Također vodite računa o tome da boje budu pastelne odnosno svjetlijih nijansi, da ne bi stvarale nemir u djeteta. Nikada nemojte obojiti sobu crno ili pak crveno, čak ni ako imate tinejdžera koji na tome inzistira.

Pod i strop također igraju važnu ulogu u feng shui-u. Po mogućnosti oba bi trebala biti glatka, bez ukrasa. Strop je najbolje obojiti bijelom bojom. Ne smije biti prenizak, a poželjno je i da nema vidljive grede. Nakon krečenja treba odabrati i namještaj. Najvažniji komad namještaja u sobi je krevet. Mora biti stabilan i imati poviseno, puno uzglavlje. Odaberite krevet s uzglavlјjem od punog materijala (drvene rešetke umjesto uzglavlja nisu preporučljive). Sve što se nalazi iznad kreveta i pritišće dijete dok spava (poput polica ili ormara-mosta) imaj štetan utjecaj na zdravlje i kvalitetu sna. Prostor ispod kreveta najprikladnije je ostaviti prazan. Kreveti na kat, ma koliko bili praktični, nisu osobito povoljni. Dijete koje spava gore, može patiti od nedostatnog oslonca u životu i osjećati se nesigurno ili pak bježati u vlastiti svijet mašte, dok dijete koje spava dolje može se osjećati pod stalnim pritiskom i sputano. Stoga se radije odlučite za dva odvojena kreveta, ako Vam prostorne i finansijske mogućnosti to ikako dopuštaju.

Uzglavlje kreveta okrenite u nekom od povoljnijih pravaca za Vaše dijete, a podnožje suprotno od toga. Povoljne pravce možete odrediti pomoću broja Kua. Također je važno da je uzglavlje postavljeno uza zid, ne dopustite da krevet stoji bez oslonca u prostoru ili s uzglavljem ispod prozora. Treba imati na umu da krevet nikada ne bi smio stajati nasuprot vratima ili prozoru.

Ostatak namještaja odaberite prema kriteriju da bi ivice optimalno trebale biti zaobljene, a boje ne suviše tamne ili „vrištave“. Ako imate mogućnosti, bolje je kupiti nov namještaj za dječju sobu, nego koristiti polovan, naslijeden ili antikvarni. Već korišteni namještaj ima u sebi ustajalu energiju i nosi sa sobom svoju vlastitu priču, koja može opteretiti vaše dijete i kočiti ga u razvijanju svoje. Položaj namještaja u sobi u odnosu na krevet treba biti takav da ne djeluje prijeteće i da nijedna ivica ne gleda direktno na sam krevet. Zavjese i posteljina neka budu u skladu s bojom sobe ili sektora u kojem se nalaze.

Važna je i veličina radnog stola – ukoliko je prevelik dijete se može osjećati pritisnuto obavezama. S druge strane premalen stol može ometati očitovanje naučenog. Kad je radni stol nestabilan, dijete će zasigurno biti nesigurno u svoje znanje. Stoga maloj djeci nabavite stoliće za crtanje i igru prikladne visine koje ćete mijenjati kako dijete raste. Izuzetno je bitno veličinu stola prilagoditi školskoj djeci – krenite od malog stola i periodično kupujte veći. Stol postavite blizu prozora zbog prirodne rasvjete, ali tako da dijete može vidjeti ulaz u sobu dok uči. U suprotnome može doći do slabe koncentracije i nesigurnosti.

Nakon što ste rasporedili namještaj ostaje Vam još samo finalno ukrašavanje i aktiviranje pojedinih sektora. Napravite tlocrt sobe i na njega nacrtajte Pa Kua kvadrat. Pomoću kompasa utvrđite strane svijeta i pojedine sektore sobe. Sada možete odlučiti koje sektore ćete aktivirati i na koji način. Ako imate školarca ili studenta, aktivirajte sektor obrazovanja, sjeveroistok, postavljanjem kristala i/ili globusa. Slika Zemljine kugle također je povoljna. Figurica ili slika šarana, bilo jednog ili par koji prelazi Zmajevu kapiju, donosi odličan uspjeh na ispitima. Postoje li zdravstveni problemi aktivirajte i sektor zdravlja, istok, postavljanjem slike ili figurice jelena ili ždrala koji donose dugovječnost. Slika bambusa ili breskvinog drveta s cvjetovima i plodovima donosi otpornost. Izbjegavajte postavljanje živih ili rezanih biljaka u sobe u kojima se spava, pa tako i u dječjoj sobi. Radije se odlučite za sliku.

Imate li sina ili sinove postavite sliku broda koji uplovjava u luku u istočni sektor, pogotovo ako je u pitanju tinejdžer ili student. To je simbol nadolazećeg prosperiteta za Vašeg najstarijeg sina, koji će obitelji donijeti slavu i budućnost.

Dječja soba može lako postati pretrpana igračkama i dječjim stvarima, što negativno djeluje na raspoloženje i razmišljanje. Za spremanje igrački povoljne su lagane kutije i sanduci na podu, police te serija malih ormarića. Viseće košare za sitne igračke su praktično i dekorativno rješenje. Potaknite dijete da prije odlaska na spavanje pospremi sobu. Sve potrgane, stare igračke i knjige te preraslu odjeću bacite ili poklonite.

Biljke simboliziraju rast i razvoj, ali pripazite na količinu. Dovoljne su jedna do dvije zdrave lončanice koje rastu u vis. Smjestite ih što dalje od kreveta. Previše biljaka dovodi do pretjerano snažne energije koja može loše djelovati na san i koncentraciju. Biljka koja se nikako ne preporučuje je bonsai budući da on simbolizira sputan rast i razvoj. Iako akvarij djeluje dekorativno, on nije povoljan za dječju sobu budući da je to presnažan element. Pri odabiru ukrasa i namještaja uključite djecu i omogućite im da unesu što više osobnosti u prostor, čak i ako to nije po vašem ukusu. Dobro uređena soba u kojoj se dijete osjeća sigurno i ugodno pozitivno utječe na njegov razvoj.

Izvori:

- <http://www.feng-shui-dom.com/feng-shui-po-vrsti-sreće/21/70-feng-shui-u-djeejoj-sobi.html>; 10. mj 2011
- http://zena.hr/clanak/unapredjenje_zivljjenja/feng_shui_djecja_soba/189.aspx, 10. mj 2011

Andrea Oštrić, mag admin. sanit.

Opća bolnica Zabok – odjel ginekologije i porodništva

Nastanak Odjela ginekologije i porodništva datira još iz davne 1967. godine kada je u rujnu izveden prvi porod u tadašnjem izvanbolničkom rodilištu. U to su vrijeme za trudnice, roditelje i novorođenčad skrbile babice i dječje njegovateljice. Kasnijim razvojem službe, uvođenjem operative u kirurgiji i ginekologiji te dolaskom stručnog osoblja nastaje Medicinski centar Zabok, a zatim se isti dijeli na Dom zdravlja i Opću bolnicu Zabok.

Današnja Opća bolnica Zabok funkcioniра s osam velikih odjela (interna, kirurgija, neurologija, pedijatrija, ginekologija i porodništvo, operacija, JIL i anestezija te hitni prijam) i pratećim službama u novoizgrađenom prostoru na lokaciji Bračak.

Odjel ginekologije i porodništva iz centra Zabok preseljen je u novu bolnicu 20. veljače 2008. godine. U novom prostoru služba je konačno objedinjena na jednom mjestu, jer sve do tada postojale su velike poteškoće u funkcioniranju Odjela upravo zbog udaljenosti pojedinih dijelova (Zabok – Bračak).

Od 1992. godine glavna sestra Odjela je Josipa Vdović, VMS primalja, dipl.med.techn., koja ujedno obnaša i funkciju predsjednice Područnog vijeća Hrvatske komore primalja za Krapinsko – zagorsku županiju. Uz redovni rad i obveze koje nosi radno mjesto glavne sestre odjela, član je i Etičkog povjerenstva Bolnice te mentorica studentima sestrinstva.

Odjel djeluje kroz sljedeće odsjeke:

1. Odsjek za opću ginekologiju, ginekologiju onkologiju, humanu reprodukciju te intenzivnu njegu



Odsjek opće ginekologije i patologije trudnoće; primalje Marija Završki, Željka Hubak i Kristina Turčin

2. Odsjek za fetalnu medicinu i opstetriciju

3. Odsjek za babinjače, novorođenčad i intenzivna njega



Odsjek za babinjače – dječja soba; Snježana Buzjak, primalja, bacc.med.techn. i Davorka Tomek, primalja



Odsjek za babinjače; primalje Nataša Vukmanić i Kristina Vrančić

4. Rađaonski odsjek



Rađaonski odsjek; Martina Haramina, bacc.primaljstva i Durdica Herak, primalja

5. Odsjek za SKZZ i dijagnostiku, hitni prijem i dnevna bolnica



Poliklinika; Mirjana Salar, primalja



Glavna sestra Odjela ginekologije i porodništva,
Josipa Vdović, VMS primalja, dipl.med.techn.

Na odjelu imamo ukupno zaposlenih 45 primalja (+ jedna koja se vodi se na pedijatriji) i 3 medicinske sestre.

U Općoj bolnici Zabok zaposleno je 54 primalje. Velika se pažnja poklanja edukaciji i školovanju primalja i trenutno imamo desetak primalja na raznim studijima.

U našoj se Bolnici ujedno nalazi prostor gdje se održavaju sva predavanja Hrvatske komore primalja na kojima i naše primalje sudjeluju kao predavači. Rodilište Opće bolnice Zabok je „Rodilište prijatelj djece“ već dugi niz godina, a 2009. godine ponovno smo pozitivno ocjenjeni. Razvili smo dobru komunikaciju i suradnju s patronažnim sestrama Krapinsko – zagorske županije s kojima povremeno održavamo sastanke u našoj Bolnici i razmjenjujemo iskustva. U okviru našeg Odjela provodimo edukaciju budućih roditelja putem besplatnih tečajeva za trudnice.

Želja nam je da primaljstvo dobije zasluženo mjesto u sustavu zdravstva, a našim stručnim radom i zalaganjem pokušavamo izgraditi maksimalno dobre uvjete koji pružaju mogućnost kvalitetnoga individualnog i humanog pristupa trudnoći i porođaju.

Josipa Vdović, VMS, primalja, dipl.med.techn; glavna sestra Odjela ginekologije i porodništva.

Trudnoća i zdravlje usne šupljine

Kakva je veza između trudnoće i bolesti parodonta?

Gingivitis

Stara krilatica: „Svaka trudnoća – jedan Zub manje“ uistinu bi trebala pripadati prošlosti, kao i činjenica da trudnu ženu prepoznajemo ne samo po izmijenjenim oblinama, već i po upaljenom zubnom mesu (gingivitis). Upaljeno zubno meso je otečeno, krvari pri dodiru, tamnije je boje i ponekada bolno (slike 1 i 2).



Slika 1. Zdrava gingiva



Slika 2. Gingivitis

Rizik oboljevanja od gingivitisa (upale zubnog mesa) u trudnoći je znatno povećan, tako da postoji i termin „trudnički gingivitis“, lat. gingivitis gravidarium.

Tijekom trudnoće, od gingivitisa oboli 60 – 75 % trudnica. Razlog je promijenjeno hormonalno stanje tj. povećane koncentracije estrogena i progesterona. Gingiva ima receptore za progesteron i estrogen. Povišene koncentracije ovih hormona dovode do povećane vaskularne permeabilnosti, a time i propusnosti za toksične produkте koje proizvode bakterije u zubnim naslagama.

U trudnoći već male količine plaka mogu izazvati gingivitis. Pri tome igraju ulogu i promijenjeno imunološko stanje, povišena sinteza prostaglandina i mikroflora pomaknuta prema štetnjima anaerobima. Upravo zbog toga trudnice posebnu pažnju trebaju posvetiti zdravlju usne šupljine. Na žalost, zbog krvarenja iz gingive, mučnina i podražaja na povraćanje, trudnice često skraćuju vrijeme i intenzitet pranja zubi. Posljedica je još jači gingivitis.

Granuloma pyogenicum

Posebni oblik preosjetljivosti gingive na plak, uslijed povećane propusnosti za toksične produkte, proliferacije fibroblasta i jačega upalnoga odgovora je „Granuloma pyogenicum“, zvan i „trudnički tumor“. To je benigna izraslina na zubnome mesu (slika 3), koja se poslije poroda spontano povuče. Međutim, ukoliko piogeni granulom smeta pri žvakanju, krvari ili znatno estetski naružuje, indicirano je odstranjivanje u trudnoći.

Slika 3. Granuloma pyogenicum - trudnički tumor



Slika 4. Paradontitis

Paradontitis

Iz neliječenog gingivitisa može se razviti paradontitis (slika 4). Kod paradontitisa nije više pogodena samo gingiva, nego i sve strukture koje učvršćuju zub u čeljusti. Vezivno tkivo i kost su destruirani uslijed upalne reakcije na bakterije koje uzrokuju paradontitis (parodontopatogene bakterije). Neliječen, paradontitis dovodi do pomičnosti i može rezultirati gubitkom zuba. Prema podacima iz 2001. godine (Artuković) u Hrvatskoj 4 – 11 % žena gestacijske dobi (16 – 44 god.) boluje od umjerenog do jako izraženog paradontitisa.

Utječu li bolesti parodonta na trudnoću?

Povišene razine estrogena i progesterona potiču kolonizaciju visoko parodontopatogenim bakterijama kao npr. Prevotella intermedia. Bakterije i bakterijski toksini u sistemskoj cirkulaciji uzrokuju sistemski upalni odgovor domaćina. Povišena je razina posrednika upale (mediatora) citokina, koji aktiviraju daljnje upalne medijatore kao što su prostaglandini i C-reaktivni proteini (CRP). Ti upalni medijatori uzrokuju vaskularnu disfunkciju. Intenzivna istraživanja zadnjih godina pokazala su povezanost povišene razine upalnih medijatora i arterioskleroze.

Osim toga, Prevotella i. i drugi parodontopatogeni su kod bolesnika oboljelih od paradontitisa nađeni u vaskularnom endotelu koronarnih arterija. Interesantna je Tonettijeva eksperimentalna studija: mjerjen je tonus arterije podlaktice kod pacijenata oboljelih od paradontitisa, te izvršeno kontrolno mjerjenje nakon završene terapije paradontitisa. Tonus je statistički bio bitno manji nakon terapije.

Kada smo donekle upoznati s tim činjenicama (1. parodontopatogene bakterije dokazane u endotelu krvnih žila, 2. upalni medijatori izazivaju vaskularnu disfunkciju), logično je da su zadnjih godina pokrenute brojne eksperimentalne i kliničke studije za ispitivanje utjecaja paradontitisa na tijek trudnoće. Naposljetu, velika je sličnost promjena kod arterioskleroze s jedne i oštećenja krvnih žila placente s druge strane.

Što je dokazano?

U amnionskoj tekućini, placenti i umbilikalnoj krvi su dokazane iste one parodontopatogene bakterije koje su prisutne u parodontu. Dokazano je da je u tim slučajevima češći prijevremen porod, te da nedonoščad inficirana parodontopatogenima prosječno dulje boravi na neonatologiji

Što se pretpostavlja?

Prva ozbiljna istraživanja objavljena između 1995 – 2005. godine uglavnom zaključuju da trudnice oboljele od paradontitisa imaju veći rizik prijevremenog poroda, te rađanja novorođenčadi manje porodne težine. Jedna od citiranijih, dobro strukturiranih studija navodi da imaju 7,5 puta veći rizik prijevremenog poroda od trudnica sa zdravim parodontom. Istraživanja iz toga vremenskog perioda također nalažu da je terapijom paradontitisa u trudnoći taj rizik puno manji. Jedno kliničko istraživanje provedeno u bolnici „Sveti duh“ u Zagrebu, pod vodstvom profesora Bošnjaka i profesora Plančaka, utvrđuju da je, nakon što se eliminiraju drugi rizični faktori, paradontitis sa sigurnošću jedan od važanih faktor prijevremenog poroda. Autori špekuliraju da bi eliminacijom tog rizik – faktora u Hrvatskoj godišnje bilo 500 prijevremenih poroda manje.

Literatura objavljena posljednjih godina (2009 – 2012) opreznije tumači izravne veze paradontitisa i komplikacija trudnoće. Neprestano se nalazi poveznica između paradontitisa, prijevremenoga poroda i novorođenčadi male porodne težine.

Nije sigurno ima li terapija paradontitisa za vrijeme trudnoće utjecaja na učestalost prijevremenih poroda te rađanja novorođenčadi manje porodne težine. Preeklampsija je češća kod žena s paradontitismom, no učestalost se izgleda ne smanjuje terapijom paradontitisa u trudnoći.

Parodontitis i preeklampsija

Na više od 1000 roditelja bez parodontitisa (kontrolna grupa) i isto tako brojčanoj test grupi (preko 1000 porodilja oboljelih od parodontitisa), u šest centara Francuske provedena je klinička studija 2010. godine. Utvrđena je statistički bitna, izrazita povezanost između parodontitisa i preeklampsije. Ova dva oboljenja imaju „zajednički nazivnik“: povišena razina upalnih medijatora (citokina, prostaglandina itd.) dovodi do disfunkcije endotela krvnih žila, tako i do disfunkcije endotela maternice.

U kojem smjeru ide istraživanje?

Ne samo gore navedena studija, već i brojne druge posljednjih godina objavljene studije, upućuju da je parodontitis jasni i neovisni faktor rizika za nastajanje preeklampsije, a time i indukciju prijevremenog poroda.

Još nije sve razjašnjeno, još nije pala zadnja riječ u vječitom pitanju: „Što je starije: kokoš ili jaje?“. Ne znamo trebamo li zaokružiti a, b i/ili c ili sve ili kombinaciju i koju, ne znamo sa sigurnošću kako su povezani parodontitis i komplikacije trudnoće:

- a) parodontopatogene bakterije cirkulacijom doplavljene u amnionsku tekućinu;
- b) povišena razina upalnih medijatora nastala u odgovoru na invaziju;
- c) prirođena hiperreakcija na patogene, koja s jedne strane izaziva sklonost parodontitisu, a s druge vaskularnu disfunkciju.

Što treba učiniti?

Jasno je da parodontitis treba obavezno sanirati prije trudnoće ako je planirana, te redovito kontrolirati u trudnoći. Zube treba prati najmanje dva puta dnevno (poslije doručka i prije spavanja).



Pranje četkicom treba trajati tri minute (obavezno oprati sve površine zubi, posebno prijelaz gingiva/zubi), a čišćenje međuzubnih prostora dodatne dvije minute (slika 5).

Doktor dentalne medicine može trudnicu preporučiti profesionalno čišćenje u ordinaciji dentalne medicine i individualno optimalna sredstva za održavanje higijene: četkicu (ručna, električna ili ultrazvučna tj. zvučna), zubnu pastu (obogaćenu fluorom i protuupalnim sastojcima), sredstva za čišćenje međuzubnih prostora (zubni konac ili interdentalna četkica), po potrebi tekućinu za ispiranje usne šupljine koja ne smije sadržavati alkohol, te planirati što češće kontrolne pregledе.

Slika 5.

Mia Buljan, dr.med.dent., Stomatološka Poliklinika Rident, Rijeka

Dr.sc. Snježana Pohl, dr.med., dr.med.dent., Specijalist oralne kirurgije; Expert for Periodontology and Implantology, Stomatološka Poliklinika Rident, Rijeka

Izvještaj sa sastanka EMA-e



Ovogodišnji sastanak EMA-e (European Midwifery Association), održan u francuskoj prijestolnici Parizu, 28. i 29. rujna, okupio je preko sedamdeset primalja iz 24 europske zemlje. Dan prije održavanja sastanka, kolegica i ja našle smo se s blagajnicom i zajednički pregledale financije EMA-e.

Predsjednica EMA-e, Mervi Jokinen, otvorila je sastanak uz pozdrav, a nakon što je prebrojala prisutne članove i potvrdila dnevni red, ispričala se u ime svih onih koji su javili da su spriječeni u svom dolasku.

Debatiralo se o mogućnostima kako privući države i organizacije koje su finansijski slabije i nisu u mogućnosti izdvojiti za članarinu i dolazak na sastanak.

Predsjednica francuskog udruženja primalja, Udruge primaljskih učitelja/ica, pozdravši prisutne, prikazala je kratak film o povijesti francuskog primaljstva i porodništva. Nastavno na film, održano je predavanje o trenutnom stanju u porodništvu u Francuskoj. Zabilježeni postotak carskih rezova iznosi 21 %, a epiziotomija 44 % (postoci su znatno manji usporedimo li ih s onima prije deset godina). Diljem Francuske postoji 35 studija za primalje, a po završetku studija primalje imaju potpunu samostalnost. Svi porodi se održavaju u bolnicama i primaljstvo je jako medikalizirano. U Francuskoj postoji više primaljskih udruženja te Komora primalja u kojima su primalje obavezne sudjelovati kao aktivne članice.

Pregledali smo izvještaj s prošlogodišnjeg sastanka primalja EMA-e koji se održao u Firenci, unijeli smo promjene te glasali za izvještaj. Dogovorili smo da će izvještaj s ovog, pariškog sastanka biti poslan unaprijed mailom i da je odgovornost svake organizacije pregledati izvještaj te poslati komentare i prijedloge koji će se na sljedećem sastanku usvojiti u izvještaju.

Informirani smo da će biti potrebno izabrati novog zamjenika/cu predsjednice EMA-e i jednog/jednu člana/cu u Bord. Svi imaju mogućnost prijave.

Predsjednica EMA-e osvrnula se na godišnji izvještaj koji je članicama poslan e-poštom i govorila je o suradnji s NEMIR-om (regulatornim tijelom za primaljstvo u EU), aktivnostima s EU komisijom, kvalifikacijama i direktivi EU, kao i eventualnim izmjenama i dopunama. Razgovarali smo o osnaživanju primaljskih organizacija i pravima žena u trudnoći i porodu. Također smo razgovarali o pravu žene na izbor mesta i načina porođaja, te konferenciji održanoj u Hagu i tužbi Europskom sudu za ljudska prava. Naznačeno je i da je u Velikoj Britaniji objavljena velika studija o načinu i mjestu porođaja koju bi trebalo iskoristiti te prezentirati u zemljama koje potrebuju promjene takve vrste. Nakon stanke, blagajnica je iznijela finansijsko izvješće. Finansijski odbor iznio je svoj verbalni izvještaj i odobrio financije EMA-e.

Predsjednica EMA-e istaknula je da će se od sljedeće godine primjenjivati pravilo glasanja ovisno o plaćenoj članarini. Pravo glasa imat će isključivo članice iz organizacije, odnosno države koja je platila članarinu za tu državu. Mary Higgins iz Irske i ja ponovo smo izabrane u Finansijski odbor EMA-e, te ćemo i sljedeće godine pregledavati financije.

Raspravliali smo o lobiranju za primaljstvo u Parlamentu i mogućnostima koje bi se trebale iskoristiti. Također smo raspravliali o mogućnostima lobiranja u svojim zemljama. Neophodno je surađivati s udruženjima žena koje se bave sličnom problematikom, jer žene su te koje trebaju zahtijevati iste mogućnosti te isti izbor kojim raspolažu žene u razvijenim zemljama EU. Žene su te koje bi trebale reći da žele kvalitetnu primaljsku skrb.

Sussane Simon, dosadašnja zamjenica predsjednice EMA-e, iznjela je promjene u pravilnicima koje bi trebalo raspraviti i glasati. Iste su nam dostavljene e-poštom prije sastanka. Dogovoren je da članovi EMA-e mogu biti i Komore ili druge primaljske organizacije, ukoliko su neovisne u odlučivanju, a da na sastanke mogu doći i promatrači, ali se prethodno moraju najaviti Bordu. Promatrači nemaju pravo glasa.

Poslijepodne smo slušali predavanje: „Što francuske žene žele?“ Predavanje je temeljeno na istraživanju. Odgovori su prikupljeni putem interneta. Dobiveno je 7000 odgovora. U Francuskoj se godišnje rodi oko 875 000 djece.

Postotak carskih rezova, epiziotomija te indukcija isti je nacionalnom postotku, no zanimljiv je podatak da je nemedikaliziran porod, bez intervencija, imalo svega 17 % trudnica. Rezultati ukazuju da je svega 5 % žena prije 2005. imalo je plan poroda, dok trenutno taj postotak iznosi 20 %. Žene, njih 11 %, misli da zdravstveno osoblje nije dovoljno poštivalo njihove želje.

Što žene žele?

- Žele slobodu mjenjanja položaja
- Žele nešto protiv bolova na zahtjev
- Ne žele epiziotomiju
- 84 % smatra da su bile nepoštovane
- Smatraju da su prečesto bile ostavljene same

Ovo istraživanje provedeno je kako bi se poboljšala zdravstvena skrb i usluga koju pružaju primalje, te kako bi se smanjile sudske tužbe.

Sljedeće predavanje održao je Philippe Roux iz EU komisije na temu „Zdravlje i uloga primalja“. Predavanje je govorilo o utjecaju alkohola na trudnoću i fetus, te utjecaju alkohola na populaciju. Govorilo se o strategiji poboljšanja prehrane, smanjenja pretilosti, te bolestima koje su izazvane pretilošću. Primalje imaju važnu ulogu u promociji zdravlja. Potrebno je promjeniti način života i više se usredotočiti na ranjive grupe ljudi, te ih educirati i pomoći. Nakon oba predavanja razvila se zanimljiva diskusija.

Posljednji dio prvog dana bio je predviđen za radionice.

Radionice su bile na temu:

1. EU direktiva
2. Zdravlje
3. Rad sa ženama i obiteljima

Uključila sam se u grupu koja je govorila o EU direktivi i promjenama koje nam slijede. Grupa se složila da bi trebali tražiti izmjene kompetencija, naime, kompetencije bi trebale biti općenite i temeljene na ICM-ovim kompetencijama, kako bi doble i jednu pozadinu, te dodatna objašnjenja svake kompetencije. Promjene ćemo tražiti zajedno s NEMIR-om, pa će naš glas biti snažniji.

Dan je završio svečanom večerom na rijeci Sieni koju nam je omogućilo francusko Udruženje primalja.

Drugi dan započeo je s dva zanimljiva predavanja. Prvo je bilo na temu francuskih primalja i emancipacije te njihove desetogodišnje borbe. Održao ga je antropolog i primalja Mathieu Azcue. Drugo predavanje održala je profesorica Benedetto, predsjednica EU Vijeća i koledža opsetricije i ginekologije, koja je govorila je o standardima skrbi za zdravlje žena u EU. I ovoga puta nakon predavanja razvijena je zanimljiva diskusija.

Potom, predsjednica EMA-e pojasnila je promjene koje će se tražiti u direktivi EU. Komentirali smo i izmjene koje su odradili u NEMIR-u. Važna promjena je da bi primalje trebale imati 5000 sati školovanja (2300 sati prakse) ili 3000 sati za „ne direktni“ pristup školovanju od 18 mjeseci. Osnovno školovanje podrazumijevalo bi 12 godina općeg školovanja, a tek nakog toga mogao bi se upisati studij primaljstva. Kompetencije bi se trebale mijenjati u drugoj fazi, ali samo u suradnji s organizacijama kojima je to u interesu. Pregledali smo izmjene koje su do sada predložene vezane za kompetencije, te se razvila rasprava na tu temu. Dogovorili smo se da ćemo u roku od 5 dana poslati u EMA-u važne promjene koje imamo i želimo u direktivi. Nakon stanke predstavnice svih radionica iznjele su kratki izvještaj o zaključcima donešenim na radionici.

Nakon toga raspravljali smo o strateškom planu za EMA-u. Raspravili smo o planu za godinu dana, te o mogućnosti EMA-e da ih proveđe. Raspravljalo se o mogućim projektima i prijavljivanju na iste.

Nije izostavljena ni rasprava o budžetu za 2012 – 2013 godinu koji je izglasan i prihvaćen.

Nakon ručka birali smo novog člana/cu Borda i novog/u zamjenicu predsjednice EMA-e. Nakon što su se kandidatkinje predstavile pristupilo se anonimnom glasanju. Za članicu Borda izabrana je francuska primalja Agnes Simon. Nova zamjenica predsjednice je primalja iz Norveške Marith Heiberg. Svi smo se pozdravili sa starom zamjenicom predsjednice Sussane Simon.



Poslušali smo prezentaciju o sljedećoj edukaciji u Maastrichtu koja će se održati 29. – 30. studenog 2013. Potom sam održala prezentaciju o sljedećem sastaku EMA-e u Hrvatskoj zakazanom za 27. – 28. rujan 2013. godine u Zagrebu.

Članice španjolskog Udruženja primalja prijavile su se za organizaciju sastanka EMA-e 2014. godine.

Primalja iz njemačke održala je predavanje o istraživanju vezanom za porode kod kuće i porodne centre. Govorilo se o tome koliko zemalja ima porodne centre, koliko ih ima smjernice za rad u kući za porode, te kako poboljšati skrb koja se pruža u porodnim centrima.

Na kraju sastanka sve članice su imale priliku iznijeti problematiku vezanu za primaljstvo u njihovim zemljama.

I ovoga puta sastanak je bio uspješan, razmjenili smo iskustva, naučili nešto novo i upoznali nove ljudе, te se družili sa starim poznanicima

Barbara Finderle, primalja, IBCLC

Udruga Roda pokreće internetsku stranicu rodilista.roda.hr



Do kraja 2012., udruga RODA će izraditi jedinstvenu bazu podataka o svim rodilištima u Hrvatskoj, sa svim informacijama koje su trudnicama potrebne prije izbora rodilišta i prije odlaska na porod koja će biti javnosti dostupna na internetskim stranicama rodilista.roda.hr. Na ovim stranicama trudnice će moći pročitati o ubičajenim praksama u svim rodilištima u Hrvatskoj, primjerice u kojim rodilištima su brijanje i klistiranje ubičajeni postupci, gdje se epiziotomija provodi rutinski i u kojem postotku, gdje žene imaju mogućnost kretanja u trudovima, korištenja lopte, poroda na stolčiću, u kadi ili izbora položaja u porodu, izbora prirodnih ili farmakoloških metoda ublažavanje bola i drugi.

Podaci će se postepeno podizati na ovu novu internetsku stranicu, te do lipnja 2013. će velika većina informacija biti dostupna. Prvi podaci koji će se nalaziti na stranici će biti oni iz ankete o praksama u rodilištima koja je provedena u 2010. godini, a kroz 2013. planiramo još jednu anketu provesti u svim rodilištima, te provesti izlaznu anketu o iskustvima žena u hrvatskim rodilištima.

Pozivamo primalje da podrže ovaj projekt, da informiraju svoje korisnice o stranicama te da zajedno sa članicama i članovima RODE rade na tome da rodilišta postanu mesta gdje se prava žena, korisnica zdravstvenih usluga, poštuju.

**Imam pravo
na najbolji porod
za sebe i svoje dijete!**



rodilista.roda.hr
sve o vašim pravima



Konferencija „Promjene u pristupu trudnoći i porodu u kontekstu ulaska Hrvatske u Europsku Uniju“

Udruga RODA u travnju 2013. organizira konferenciju „Promjene u pristupu trudnoći i porodu u kontekstu ulaska Hrvatske u Europsku Uniju“ u Zagrebu sa gostima iz Hrvatske i inozemstva.

Govornici će predstaviti teme poput Modele skrbi u trudnoći i porodu, kuće za porode, prava trudnica i rodilja i pravni okvir za porode izvan rodilišta i više. Detaljan program će se poslati svim rodilištima u prvim mjesecima 2013. Nadamo se da će primalje prisustvovati u što većem broju!

PONUDA DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA ČLANOVIMA HRVATSKE KOMORE PRIMALJA I ČLANOVIMA NJIHOVIH OBITELJI

Poštovani članovi Komore,

Ugovaranjem programa dopunskog zdravstvenog osiguranja svaki osiguranik ima pravo na naknadu troškova zdravstvene zaštite za sve doplate plaćene u javno-zdravstvenom sistemu i pravo na naknadu troškova lijekova s B liste lijekova bez obzira na iznos računa.

Godišnja premija osiguranja za osiguranje doplate po ovom programu iznosi: 696,00 kn

DOPLATE NEOGRANIČENO	
GODIŠNJA PREMIJA ZA OSIGURANIKA U KN	696,00
UKUPNA MJESEČNA PREMIJA PO OSIGURANIKU U KN	58,00

Pored vas osobno, ovu policu možete ugovoriti i za članove vaše obitelj po istim uvjetima.

Kako ostvariti prava iz dopunskog osiguranja?

Prava iz dopunskog osiguranja ostvarujete sustavom refundacije nakon prikupljenih 100,00 kn plaćenih računa za participaciju. Sve svoje plaćene originalne račune za participaciju na kojima je navedeno Vaše ime i prezime i broj tekućeg računa s nazivom banke šaljete na adresu Basler osiguranje Zagreb, n/p štete, Radnička cesta 37b, Zagreb. Basler osiguranje Zagreb refundirat će plaćene participacije na Vaš tekući račun u roku od 14 dana od primitka zahtjeva za refundaciju.

Što trebate napraviti, od kada ste osigurani?

Trebate ispuniti i potpisati obrazac Izjava o obustavi s plaće koji možete preuzeti na web stranica Komore. Popunjena i potpisana dokument dostavite na adresu Nulla Dies d.o.o. zastupanje u osiguranje, Ulica Grada Vukovara 284, 10000 Zagreb. Drugi primjerak dostavite u odjel koji vrši isplatu plaće. Osiguranje počinje prvog dana slijedećeg mjeseca i traje 12 mjeseci.

Plaćanje premije osiguranja

Premija se plaća mjesечно obustavom s plaće. U slučaju da iz bilo kojeg razloga ne podmirite dospjelu mjesecnu premiju, obratite se na niže navedene kontakte za dodatne informacije.

Dodatne informacije

U slučaju da trebate dodatna pojašnjenja ili informacije, slobodno se обратите na:
info@nulladies.hr,
semz@nulladies.hr ili na
tel. 01 2303 004

XVII. SIMPOZIJ HRVATSKE UDRUGE PRIMALJA

ORGANIZIRA PODRUŽNICA ZABOK
9. - 11. SVIBNJA 2013. G.



**HRVATSKA UDRUGA PRIMALJA
CROATIAN ASSOCIATION OF MIDWIVES**

PRATITE NAŠU WEB STRANICU
WWW.UDRUGA-PRIMALJA.HR

VESELIMO SE VAŠEM DOLASKU!