



Primaljski vjesnik



Primaljski vjesnik ▸ Broj 23 ▸ ISSN 1848-5863 ▸ Studeni 2017.



HRVATSKA UDRUGA ZA
PROMICANJE PRIMALJSTVA

HRVATSKA KOMORA
PRIMALJA
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES



HRVATSKA UDRUGA ZA PROMICANJE PRIMALJSTVA
CROATIAN ASSOCIATION FOR PROMOTION OF MIDWIFERY



XLII. SIMPOZIJ

**Hrvatske udruge
za promicanje primaljstva**

**10. - 12. svibnja 2018.
Čakovec, Hotel PARK**

Sadržaj

RIJEČI UREDNIŠTVA	
IDENTITET PRIMALJA	7
ANTENATALNA ZAŠTITA - statistika za Republiku Hrvatsku u 2016 . godini	11
UČESTALOST KRONIČNIH NEZARAZNIH BOLESTI U TRUDNIČKOJ POPULACIJI REPUBLIKE HRVATSKE	13
PLACENTA PREVIJA I AKTIVNOSTI PRIMALJE U NADZORU TRUDNICE	19
ZIKA VIRUS U TRUDNOĆI: OBAVIJEŠTENOST I STAVOVI STUDENATA	24
ZADOVOLJSTVO MAJKI EDUKACIJOM O DOJENJU	28
TEMA „PREHRANA DOJENČADI I MALE DJECE“ U KURIKULUMIMA NA STUDIJIMA PRIMALJSTVA	35
VRIJEDNOSTI I ZNAČAJ BANKE HUMANOG MLIJEKA	37
ULOGA PRIMALJE U OSNIVANJU SAMOSTALNIH PRIMALJSKIH JEDINICA U BOLNIČKOM OKRUŽENJU	40
POJAVNOST RANIH POSLIJEOPERACIJSKIH POTEŠKOĆA NAKON HISTEREKTOMIJE	46
IN MEMORIAM	52

Stavovi autora/ica izneseni u ovom časopisu ne predstavljaju službene stavove

Hrvatske komore primalja i Hrvatske udruge za promicanje primaljstva, izdavača Primaljskog vjesnika.

Riječi uredništva

Drage primalje!

Pred Vama je Vaš vjesnik koji Vam i ovaj puta donosi novosti i zanimljivosti.

Nadamo se da ćete i u ovom broju pronaći nešto za sebe i uživati čitajući ga.

Radovalo bi nas kada bi podijelile s nama ono u čemu ste najbolje, te pisale o temama s kojima ste dobro upoznate. Pošaljite tekstove na našu adresu primaljski-vjesnik@komora-primalja.hr. Radove ćemo bodovati prema pravilniku Hrvatske komore primalja.

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

Pratite nas i na Facebook stranici: Hrvatska komora primalja

Uredništvo Primaljskog vjesnika!



Izgubljene članske iskaznice:

Tea Papa	Tatjana Cević
Vera Čikeš	Božica Kalić
Lidija Terzić	Marija Baldi
Marija Mari	Bara Genc
Jasminka Čelica	Branka Žilić
Helena Grgić	Mirjana Dujmović
Marijana Vučko	

Besplatni e-tečajevi na portalu e-učenje:

- 1. Reanimacija novorođenčeta,**
Autor sadržaja: dr. sc. Iva Bilić Čače dr. med., Tehnomedika d.o.o.
- 2. Višeosjetilni podražaj i sretan, zdrav razvoj djeteta,**
Autor sadržaja: Johnson&Johnson
- 3. Pravilnik o načinu marketinga i prodaje nadomjestaka za majčino mlijeko,**
Autor sadržaja: Željka Skukan Šoštarić bacc.med.techn.
- Tečaj je besplatan

Impresum:

Izdavač:

Hrvatska komora primalja, Kutnjački put 2a, Vrbani, 10000 Zagreb, www.komora-primalja.hr
Žiro-račun: 2402006-110549055 Erste banka

Hrvatska udruga za promicanje primaljstva, Kutnjački put 2a, Vrbani, 10000 Zagreb
www.hupp.hr, žiro-račun: 2360000-1101743245 Zagrebačka banka

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

Priprema i tisak: Alfacommerce d.o.o.

Naklada: 700 primjeraka

Tekstovi su lektorirani, recenzirani i autori odgovaraju za istinitost sadržaja.

List je besplatan.

Poštovane kolegice i kolege!

Pred Vama je novi broj Primaljskog vjesnika, te se zahvaljujemo svima koji su sudjelovali u njegovu stvaranju.

Iskoristila bih ovu priliku i ukazala na najvažnija događanja koja su se odigrala od posljednjeg broja Primaljskog vjesnika.

Prije svega osvrnula bih se na ovogodišnji 5. svibanj, dan kada je cijelim nizom događanja obilježen Međunarodni dan primalja.

Rodilišta diljem Hrvatske otvorila su svoja vrata kako bi svi zainteresirani imali priliku upoznati primalje, rodilište i dobiti potrebne informacije. Usporedno s time, Škola za primalje slavila je 140. godišnjicu utemeljenja. Na svečanosti je prikazan rad Škole u prošlosti i sadašnjosti, kao i planovi za budućnost. Nakon svečanosti organiziran je razgled prostorija Škole, izložba učeničkih radova te povijesnih dokumenata, udžbenika i instrumenata, a održani su i stručni skupovi s temama iz primaljstva. Uz navedeno, od 4. do 6. svibnja u Biogradu na moru održao se XLI. Simpozij Hrvatske udruge za promicanje primaljstva pod nazivom "Primaljstvo - izazovi profesije". Održana predavanja bila su zanimljiva i poučna, a među njima su se našla i sva četiri obvezna predavanja Hrvatske komore primalja: Zakonodavstvo u primaljstvu, Etika u primaljstvu, Psihologija i Reanimacija novorođenčeta.

Nedavno je održan i najznačajniji događaj za primalje u svijetu. Ovogodišnji Kongres svjetskog udruženja primalja – ICM gostovao je u Torontu od 17. do 22. lipnja. U sklopu Kongresa održao se i sastanak Centralne europske regije na kojem se razgovaralo o postignućima u zadnje dvije godine. Neka od tih postignuća su: preporuke za humanizacijom poroda i skrbi trudnice, roditelje i babinjače, podizanje svijesti globalno i lokalno o problematici sve veće medikalizacije porođaja i komplikacijama koje nosi takav pristup. Također, govorilo se i o potrebi primaljske skrbi u čijem se fokusu nalazi žena. Dopredsjednica Komore Maja Rečić održala je predavanje i prenijela iskustva o skrbi žena i djece za vrijeme izbjegličke krize, kada su izbjeglice tijekom tranzita kroz Republiku Hrvatsku boravile u prihvatnom centru Opatovac u Slavonskom Brodu. Održana je i povorka primalja kroz Toronto s ciljem osvješćivanja o potrebi primaljske skrbi. Prije samog kongresa, od 13. do 16. lipnja, održano je i Vijeće ICM-a kojem je prisustvovalo 118 delegata iz cijeloga svijeta. Razgovaralo se o globalnim trendovima koji utječu na budućnost primaljstva, o tome kako primalje mogu utjecati na promociju primaljstva, kako promovirati i osnažiti ICM i *twining* partnerstva te kako utjecati na nacionalnu vlast. Zaključak Vijeća ICM-a jest da „svaka žena ima pravo na primalju tijekom trudnoće i poroda bez obzira na status trudnoće“ te da „primalje trebaju brinuti jedna za drugu, uvažavati jedna drugu i govoriti istim glasom“.



Također treba istaknuti i održavanje XXXI. Perinatalnih dana „Ante Dražančić“ u organizaciji Hrvatskog društva za perinatalnu medicinu i Klinike za ginekologiju i porodništvo Kliničkog bolničkog centra Rijeka. Dana 13. rujna održani su Predkongresni tečajevi na kojima su prisustvovala primalje. Dobili smo velike pohvale, posebno na primaljska predavanja koja je održao profesor Željko Alfirević iz Liverpoola, pozvani predavač, ujedno i poseban gost. Također, imali smo priliku razmijeniti iskustva s liječnicima i primaljama iz Bosne i Hercegovine, Slovenije i Srbije.

Sudjelovali smo i na okruglom stolu u Uredu Predsjednice Republike Hrvatske, 11. svibnja, pod nazivom „Biti mladi liječnik i medicinska sestra i živjeti u Hrvatskoj“. Hrvatsku komoru primalja predstavljale su Maja Rečić, dopredsjednica Hrvatske komore primalja, Marina Katušin, prvostupnica primaljstva i Kristina Mikuličić, odvjetnica. U ugodnoj atmosferi iznesena je najvažnija problematika primaljskog poziva i predložena su konkretna rješenja istih.

Isto tako, dana 19. lipnja, održao se sastanak predstavnica HKP s državnim tajnikom Ministarstva zdravstva-Tomislavom Dulibićem, dipl.iur. Predstavnice Hrvatske komore primalja iznijele su sljedeće probleme: izmijene i dopune Statuta, Primaljske liste, izmjene Zakona o primaljstvu, zatečeno stanje, nepostojanje preddiplomskog studija u Zagrebu. Istaknuto je da se nadamo što skorijem rješavanju istih.

Nacionalni tjedan dojenja traje od 1. do 7. listopada, a prati temu Svjetskog tjedna dojenja „*Podržimo dojenje zajedno!*“. Uz podršku hrvatskih građana i tvrtki, Ministarstvo zdravstva u suradnji s UNICEF-om i Hrvatskomudrugom grupa za potporu dojenju pokreću osnivanje prve banke humanog mlijeka u Hrvatskoj. Humanitarnom utrkom Mliječna staza 2017. koja je održana 9. i 10. rujna u Zagrebu pronijela se poruka o važnosti banke humanog mlijeka i osiguran je dio sredstava za provedbu ovog projekta.

Što se tiče akata Komore, u posljednja tri mjeseca stupili su na snagu: Pravilnik o provjeri znanja, Pravilnik o izdavanju duplikata odobrenja za samostalan rad (licence) i/ili Rješenja o izdavanju/obnavljanju odobrenja za samostalan rad (licence) u slučaju gubitka, otuđenja, oštećenja ili uništenja, Pravilnik o postupku i uvjetima za priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija, Izmjene i dopune Pravilnika o izboru tijela Hrvatske komore primalja, Poslovnik o radu Stručnog vijeća Hrvatske komore primalja, Izmjene i dopune Pravilnika o postupku upisa u registre Hrvatske komore primalja, Izmjene i dopune Pravilnika o sadržaju, rokovima i postupku trajnog stručnog

usavršavanja primalja, primalja-asistentica, primaljskih asistenata, prvostupnika/ica primaljstva i magistra primaljstva, Izmjene i dopune Odluke o upisnici te načinu utvrđivanja i visini iznosa članarine za članove Hrvatske komore primalja, Izmjene i dopune Pravilnika o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalni rad te Izmjene i dopune Pravilnika o postupku upisa u registre Hrvatske komore primalja.

Za kraj, osvrnula bih se na sastanak Europskog udruženja primalja koji je održan od 22. do 23. rujna uglavnom gradu Španjolske, Madridu. Na sastanku su održani izbori za predsjednicu i nove članove Izvršnog odbora EMA-e.

Sa predstavnicima Češke komore primalja započeli smo s dogovorima oko mogućeg zajedničkog *twining* projekta koji bi sufinancirala EMA. Izradit ćemo prijedlog projekta i budžeta te navedeno poslati EMA-i. Kao i uvijek, sastanak EMA-e donio je nove ideje i planove za budućnost primaljstva u Europskoj uniji.

*Srdačno Vas pozdravljam,
Barbara Finderle*

Tjedan dojenja 2017.



Podržimo dojenje zajedno

Identitet primalja

Kristina Sever, magistra novinarstva

Prema definiciji svjetskog udruženja primalja - ICM-a*, primalja je osoba s uspješno završenim programom obrazovanja za primalje. Program mora priznavati država u kojoj se nalazi, a isti se mora temeljiti na ICM*-ovim Esencijalnim kompetencijama osnovne primaljske prakse i okvirima ICM-ovih Globalnih standarda obrazovanja za primalje. Dakle, primaljom smatramo osobu koja je stekla tražene kvalifikacije kako bi se mogla registrirati i/ili pravno licencirati za obavljanje primaljske skrbi te koristiti titulu „prvostupnica primaljstva“, te onu koja dokazuje kompetencije u praksi primaljstva.

Primalja je priznata kao odgovoran i pouzdan profesionalac koji radi u partnerstvu sa ženama pružajući im podršku, skrb i savjet tijekom trudnoće, porođaja i babinja. Primalje samostalno, preuzimajući potpunu odgovornost, nadziru porođaj i provode skrb za novorođenče i dojenče. Ta skrb uključuje preventivne mjere, promicanje prirodnog porođaja, prepoznavanje komplikacija kod majke i djeteta, pristup medicinskoj skrbi i drugim oblicima odgovarajuće pomoći, kao i provođenje hitnih postupaka u slučaju opasnosti.

Primalja ima važan zadatak u zdravstvenom savjetovanju i edukaciji, ne samo za ženu, već i za obitelj te zajednicu. Njezin posao uključuje antenatalnu edukaciju, pripremu za roditeljstvo i dojenje, a može obuhvatiti i zdravlje žena, seksualno i reproduktivno zdravlje te skrb za djecu.

Primalja može djelovati na svim razinama zdravstvene zaštite, uključujući domove, zajednicu, bolnice, klinike ili zdravstvene jedinice.

Djelatnost primaljstva obuhvaća sve postupke, znanja i vještine primaljske skrbi.

U provođenju svoje djelatnosti obvezna je primjenjivati svoje stručno znanje, poštujući načela prava pacijenata, etička i stručna načela koja štite zdravlje stanovništva i svakog pacijenta/klijenta osobno.

Sve podatke o zdravstvenom stanju pacijenta/klijenta primalja je dužna čuvati kao profesionalnu tajnu.

Ona radi u skladu s prihvaćenim standardima, zakonskim obvezama i profesionalnom etikom. Poštuje ljudsko dostojanstvo, te kulturološke i vjerske različitosti.

Vodi primaljsku dokumentaciju.

Surađuje sa zdravstvenim/multidisciplinarnim timom, posebno s liječnicima, te s ostalim zdravstvenim i nezdravstvenim osobljem.

U Europskoj uniji, kao i u Hrvatskoj, obrazovanje primalja sa završenim studijem primaljstva usklađeno je direktivom EU.

Sukladno Zakonu o primaljstvu:

„Primalje su zdravstveni radnici i njihova je djelatnost sastavni dio zdravstvene djelatnosti od interesa za Republiku Hrvatsku.“

Primaljstvo u Hrvatskoj ima bogatu povijest.

Najstarija primaljska škola u Hrvatskoj osnovana je 1786. godine u Rijeci pod vodstvom riječkog kirurga Jakoba Cosminija. Održala se samo godinu dana, jer kao privatna ustanova nije imala potporu države, pa su primalje s kvarnerskog područja ponovo morale odlaziti na školovanje i polaganje ispita u Trst. Tek je 1821. godine u Zadru, temeljem dekreta cara Franje I, započela s radom prva primaljska škola. U to je vrijeme čitava pokrajina Dalmacija imala samo jednu izučenu primalju. Prvi predavač primaljstva u zadarskoj školi bio je Giuseppe Dell Oro, imenovani profesor anatomije i kirurgije. Tu je predavao i poznati liječnik Ante Kuzmanić, magistar primaljstva i vidarstva koji je napisao i 1875. godine izdao primaljski priručnik „Šezdeset učenjah iz primaljstva za primalje“. Ovu su školu Talijani ukinuli odmah nakon okupacije Dalmacije 1918. godine. Ponovno je otvorena tek 1948. godine.

U Zagrebu je na traženje Zemaljske vlade i posredovanjem bana Ivana Mažuranića i ukazom cara Franje Josipa od 26. listopada 1876. godine otvoreno Kraljevsko zemaljsko rodilište i primaljsko učilište. Bilo je to krajnje nužno zbog tragičnog stanja u porodništvu kojeg je uzrokovala nestručna pomoć roditeljama: u 10 % porođaja umrli bi majka ili dijete, a u 20% porođaja dolazilo je do trajnih posljedica za zdravlje majke ili djeteta.

Primaljsko učilište počelo je s radom 1877. godine u sklopu Opće i javne bolnice sestara milosrdnica gdje je otvoreno rodilište kao vježbalište za učenice primaljstva. Prvi ravnatelj Učilišta bio je profesor doktor Antun Lobmayer, ujedno i ravnatelj rodilišta. Već prve godine izdao je udžbenik

*International Confederation of Midwives

pod naslovom "Učevna knjiga za učenice primaljstva". U početku je školovanje ustrojeno kao petomjesečni tečaj koji je s vremenom prerastao u četverogodišnju školu. Školovane primalje postupno su mijenjale tragično stanje hrvatskog porodništva. Kada je 1905. godineravnatelj učišta postao doktor Franjo Durst hrvatsko porodništvo i ginekologija, unatoč vrlo skromnim uvjetima, unaprijeđeni su do neslučenih razmjera.

Rodilište, ginekološki odjel i primaljsko učilište preseljeni su 1920. godine u novoizrađenu zgradu u Petrovoj ulici u Zagrebu. Polaznice su bile smještene u internatu. Do 1918. godine školovanje primalja trajalo je pola godine, a 1919. produženo je na cijelu godinu.

Danas primalje djeluju vodeći se činjenicom da je trudnoća normalno stanje ljudskog tijela, da je porod normalan fiziološki proces koji se mora pratiti, ali u koje se ne treba nužno uplitati te da žena i novorođenče u puerperiju trebaju skrb i praćenje iskusne i educirane primalje.

Ulaskom u Europsku uniju Hrvatska je osim primalja sa srednjom stručnom spremom dobila novu kategoriju, ujedno i jedinu koju Europska unija prepoznaje: prvostupnike/ce primaljstva (bacc.obs). U Hrvatskoj su otvorena dva studija za prvostupnike/ce primaljstva (Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija te Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija u Splitu), ali još uvijek broj primalja koje su završile studijski program je malen.

Hrvatska komora primalja provela je *online* anketu na temu „Identitet primalja“. Istraživanje je provedeno u dvije različite skupine: jednu skupinu činile su hrvatske primalje, a drugu hrvatski zdravstveni djelatnici. Anketa za primalje odnosila se na same primalje, kako vide sebe i što bi željele promijeniti, dok se druga anketa namijenjena zdravstvenim djelatnicima temeljila na tome kako oni vide primalje i u kakvom su profesionalnom odnosu sa primaljama.

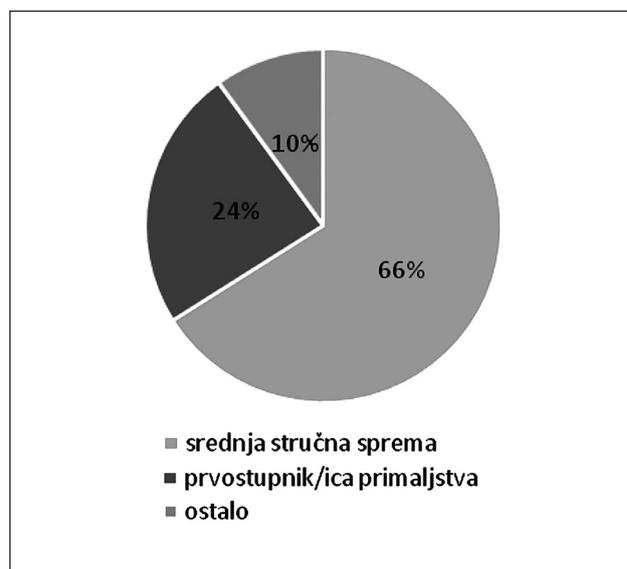
Cilj ankete je stjecanje uvida o tome kako primalje vide same sebe, te poredba njihovog mišljenja s mišljenjem različitih profesionalnih skupina s kojima surađuju (medicinske sestre, ginekolozi).

ANALIZA ANKETE

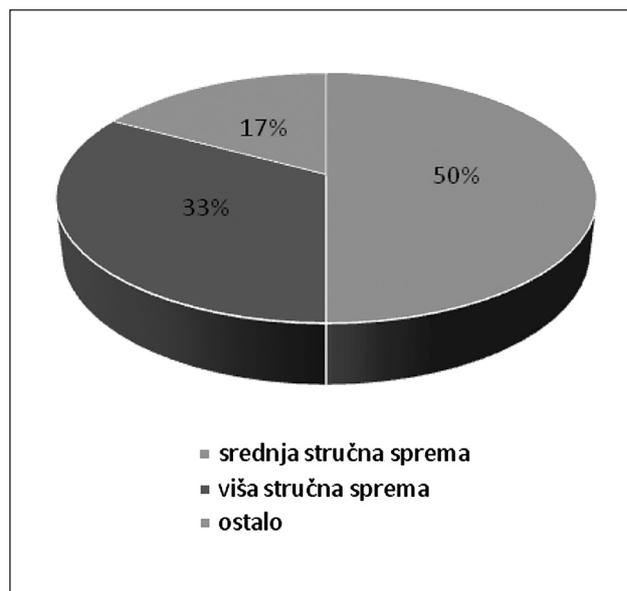
Anketu namijenjenu primaljama ispunilo je 508 primalja, dok se anketi za zdravstvene djelatnike odazvalo svega 36 osoba. Anketirane osobe zaposlene su u općim ili županijskim bolnicama, kliničkim bolničkim centrima ili privatnim ginekološkim ambulancama. Odgovore smo dobili iz svih županija u Hrvatskoj i stoga je anketni uzorak reprezentativan.

U obje skupine većina ispitanika (99 % u skupini primalja i 94 % u skupini ostalih zdravstvenih djelatnika) bile su

ženske osobe, a kao stupanj obrazovanja u obje ankete prevladava srednja stručna sprema (66 % primalje, 50 % ostali zdravstveni djelatnici) (Grafikon 1,2).

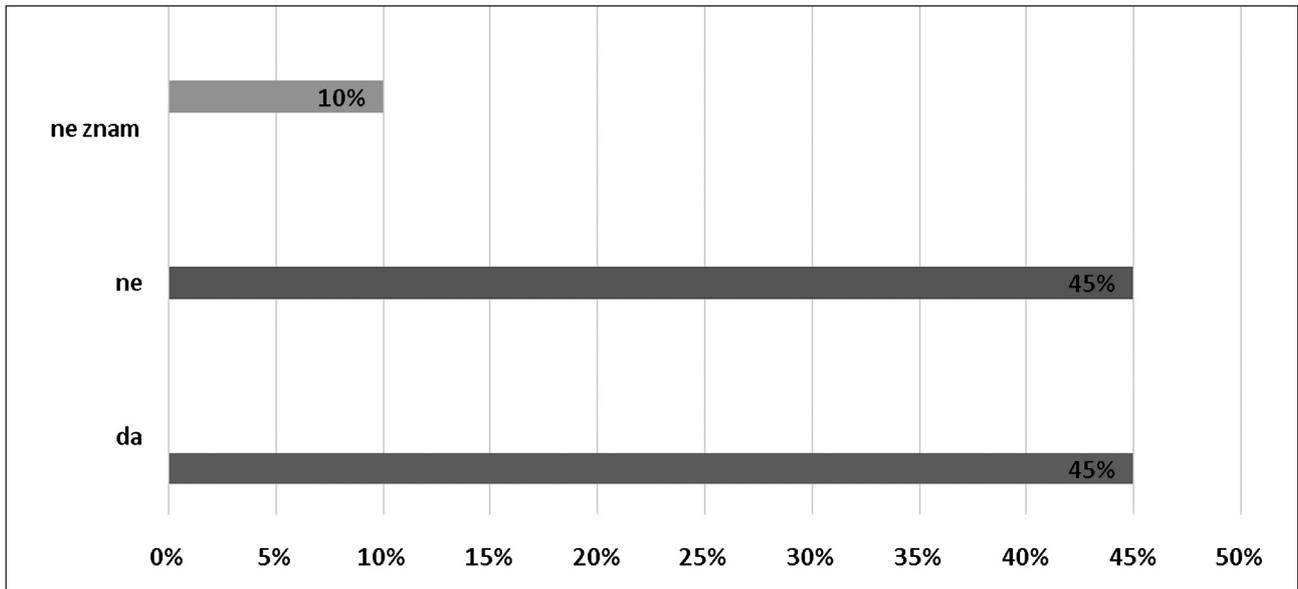


Grafikon 1. Prikaz osoba koje su sudjelovale u anketi po stupnju obrazovanja u skupini primalja



Grafikon 2. Prikaz osoba koje su sudjelovale u anketi po stupnju obrazovanja u skupini ostalih zdravstvenih djelatnika

Na pitanje „Trebaju li primalje kao osnovno obrazovanje imati završen studij primaljstva?“, od svih ispitanika u obje ankete dobili smo podijeljena mišljenja. Polovica anketiranih slaže se da bi kao osnovno obrazovanje primalje trebale imati završen studij primaljstva, dok je ostatak anketiranih negativno odgovorilo (Grafikon 3).



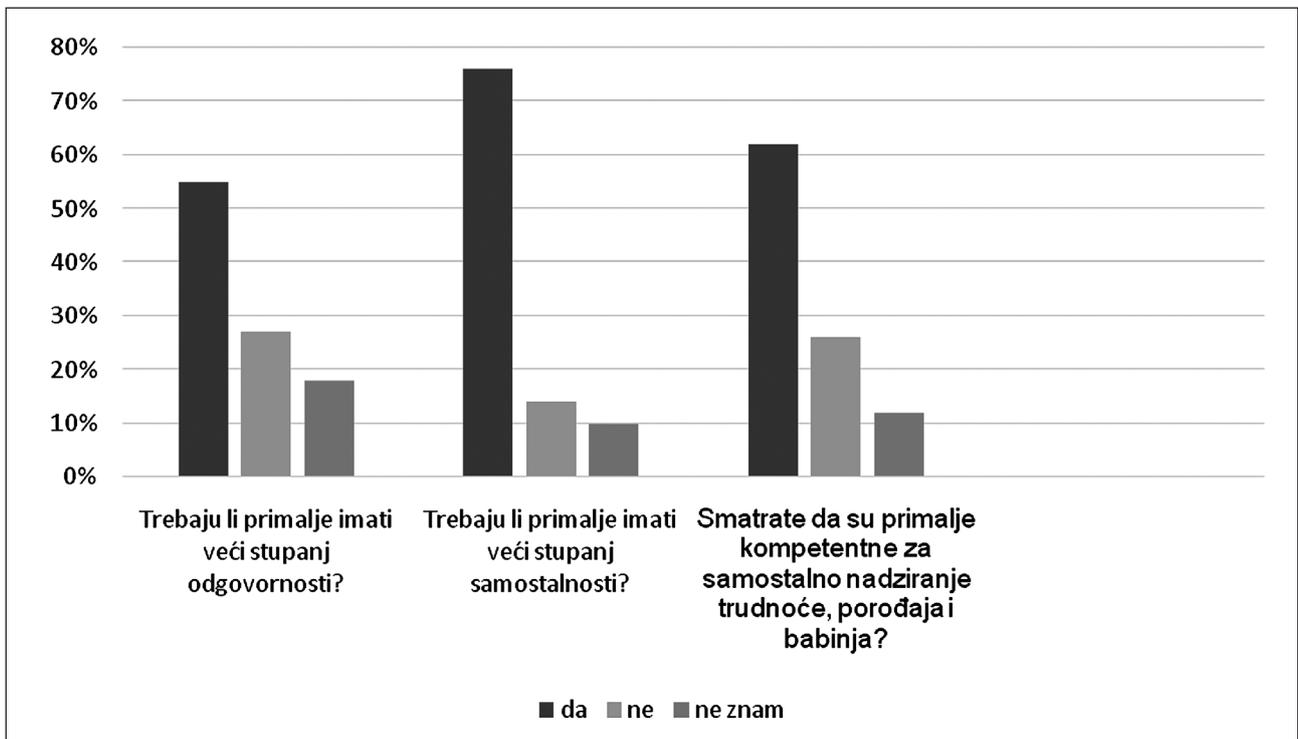
Grafikon 3. Trebaju li primalje kao osnovno obrazovanja imati završen studij primaljstva?

„Trebaju li se primaljama omogućiti magisterij i doktorat iz struke?“

I u jednoj i drugoj anketi dobili smo pozitivne odgovore (87 % pozitivnih odgovora kod primalja i 89 % pozitivnih odgovora kod ostalih zdravstvenih djelatnika). Svakoj struci, pa tako i primaljama daljnje obrazovanje trebalo bi biti omogućeno. Međutim, u Hrvatskoj još uvijek ne postoji primaljska edukacija na razini magisterija i doktorata.

Nadamo se da će i hrvatske primalje u bližoj budućnosti imati mogućnost daljnjeg usavršavanja. Trenutno, u našoj bazi podataka u Hrvatskoj imamo 158 prvostupnica primaljstva.

Primalje smatraju da bi trebale imati veći stupanj odgovornosti (55%) i samostalnosti (76%), te da su kompetentne za samostalno nadziranje trudnoće, porođaja i babinja (62%). (Grafikon 4)



Grafikon 4. Trebaju li primalje imati veći stupanj odgovornosti, samostalnosti, te jesu li kompetentne za samostalno nadziranje trudnoće, porođaja i babinja?

Na pitanje trebaju li primalje imati veći stupanj odgovornosti i samostalnosti te jesu li kompetentne za samostalno nadziranje trudnoće, porođaja i babinja, ostali zdravstveni djelatnici, iznenađujuće je, pozitivnije su odgovorili od primalja. Na pitanje trebaju li primalje preuzeti veći stupanj odgovornosti njih 61 % dalo je potvrđan odgovor. Ostali zdravstveni djelatnici smatraju da primalje trebaju imati veći stupanj samostalnosti (78 %) te da su kompetentne za samostalno nadziranje trudnoće, porođaja i babinja (53 %). Odgovorima na ovo pitanje zaključili smo da ostali zdravstveni djelatnici podupiru primalje u njihovoj samostalnosti.

Na pitanje: „Cijeni li se rad primalja u ustanovi gdje radite?“, primalje su odgovorile negativno (42,2 %), pozitivno (37,8 %), a ostatak (20 %) nije znao procijeniti. Dakle, primalje većinom smatraju da njihov rad nije dovoljno cijenjen u usporedbi s drugim zdravstvenim strukama. Ostali zdravstveni djelatnici ne smatraju da je cijenjeniji rad drugih zdravstvenih djelatnika od primalja (53 %) i smatraju da ginekolozi (64 %) i medicinske sestre (53 %) poštuju primalje.

Većina primalja na pitanje: „Smatrate li da imate dovoljan utjecaj na organizaciju svoga rada?“, također je odgovorila negativno (49,1%). Ovim odgovorom zaključujemo da primalje nemaju dovoljnu samostalnost u organizaciji svoga rada. Primalje tijekom školovanja uče i razmišljaju o samostalnosti rada, ali kada započnu raditi ta neovisnost se gubi, jer moraju dosljedno slijediti bolničke protokole.

“Biti primalja velika je i iznimno važna stvar: pomažemo novom životu da dođe na svijet i možemo ostaviti traga na svaku obitelj s kojom dođemo u doticaj.”

Ponosne su što su primalje (93 %) te smatraju da su itekako važne za društvo (95 %), a s istim se slažu i ostali zdravstveni djelatnici (94 %) (Grafikon 5).

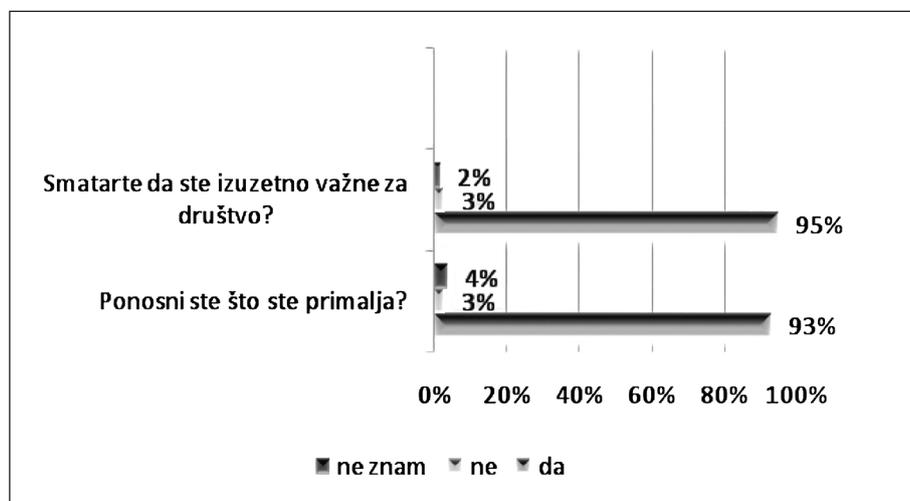
ZAKLJUČAK

Ovom anketom došli smo do zaključka da se primalje same sebe smatraju kompetentnim osobama za samostalno nadziranje trudnoće, porođaja i babinja. Smatraju da je njihovo zanimanje specifično, usporedi li se s drugim zdravstvenim strukama, te također vjeruju da su iznimno važne za društvo. Ponosne su što su primalje, ali smatraju da se njihov rad ne cijeni dovoljno, te da im treba omogućiti veći stupanj samostalnosti i odgovornosti. Redovno educiranje primalja u potpunosti podržavaju i same primalje i drugi zdravstveni djelatnici te smatraju da bi zajednička edukacija poboljšala suradnju među primaljama, medicinskim sestrama i ginekolozima.

Drugi zdravstveni djelatnici također se slažu da bi primalje trebale imati veći stupanj odgovornosti i samostalnosti te da im treba biti omogućen magisterij i doktorat iz struke. Smatraju da bi kao osnovno obrazovanje trebale imati završen studij primaljstva.

LITERATURA

1. Anonimna online anketa Hrvatske komore primalja, lipanj, 2017. godina
2. Primaljski vjesnik, broj 9, listopad, 2010. godina
3. <https://www.zakon.hr/z/397/Zakon-o-primaljstvu>
4. <http://rodilista.roda.hr/rodilista/izvanbolnicki-porodi/samostalno-primaljstvo-u-hrvatskoj.html>
5. <http://www.hupp.hr/content/detaljnije.aspx?G1=6&G2=0&G3=0&G4=0&ID=41>
6. <http://www.zdrav-zivot.com.hr/izdanja/partnerski-odnosi/primaljstvo-u-hrvatskoj/>



Grafikon 5. Prikaz smatraju li se primalje značajnima u društvenoj zajednici i jesu li ponosne što su primalje

Antenatalna zaštita - statistika za Republiku Hrvatsku u 2016. godini

Gabrijela Glavašić, prvostupnica primaljstva; gabios@live.com

Antenatalna zaštita je odličan primjer preventivne medicine. Praksa antenatalne zaštite stara je više od sto godina; Haig Fergusson je 1913. godine osnovao prvu antenatalnu kliniku u Edinburgu, a slijedi ga Jante Campbell s klinikom u Londonu 1926. (1)

Cjelokupna svrha antenatalne skrbi je rad sa ženama kako bi se poboljšalo i održalo zdravlje trudnice i fetusa; prati se napredak trudnoće kako bi se potvrdila normalnost i kako bi moguća odstupanja bila uočena dovoljno rano zaprovedbu odgovarajuće skrbi s ciljem dovršetka trudnoće s najboljim mogućim ishodom. (2)

Ciljevi antenatalne skrbi su:

- Traženje, dijagnostika i liječenje bolesti od kojih trudnica boluje neovisno o trudnoći. (3)
- Razvoj partnerstva između žena i stručnjaka uključenih u antenatalnu skrb.
- Pružanje informacija o svim aspektima skrbi, ne samo ženama, već i njihovim obiteljima kako bi im se omogućilo da donesu informiranu odluku o trudnoći, rađanju i roditeljstvu.
- Uputiti žene i pospiješiti njihovo razumijevanje javnozdravstvenih problema kako bi se održalo i promicalo njihovo zdravlje. Također trebaju kazati na dobrobit pozitivnog životnog stila tijekom trudnoće, poroda, ali i dalje.
- Redovito praćenje majčina zdravlja i zdravlja fetusa tijekom trudnoće kako bi se potvrdila normalnost ili otkrila odstupanja, odnosno komplikacije u trudnoći te pravovremeno preporučilo ženu odgovarajućem zdravstvenom radniku iz multidisciplinarnog tima.
- Pripremiti žene i njihove obitelji za fizička, psihološka i emocionalna prilagođavanja koja ih očekuju tijekom trudnoće, kao i za siguran porod. Postoji mogućnost izrade plana poroda kako bi se postiglo olakšano i ispunjeno iskustvo.
- Omogućiti ženama i članovima njezine obitelji edukaciju o svim aspektima značajnim za porođaj i roditeljstvo.
- Pružiti informacije temeljene na dokazima, podupirati

žene i njihove obitelji da donesu informirani izbor o načinu prehrane dojenčeta.

- Pripremiti roditelje za razdoblje nakon poroda, uključujući savjetovanje o planiranju obitelji. (2)

Ti se ciljevi mogu postići:

- Otkrivanjem trudnoće.
- Utvrđivanjem zdravstvenih problema i potreba.
- Procjenom statusa rizika trudnoće.
- Odgovarajućom reakcijom na probleme i potrebe koji se pojavljuju tijekom antenatalnog razdoblja.
- Primjenom lijekova koji mogu poboljšati ishod trudnoće.
- Pružanjem zdravstvenih informacija trudnicama, obiteljima i zajednici.
- Fizičkom i psihološkom pripremom za porođaj i roditeljstvo.
- Edukacijom žena (obitelji i zajednice) o preuzimanju odgovornosti za vlastitu skrb putem antenatalne zaštite te promatranjem vlastitoga tijela u svrhu uočavanja predpatoloških i patoloških promjena s ciljem pravovremenog zbrinjavanja istih. (4)

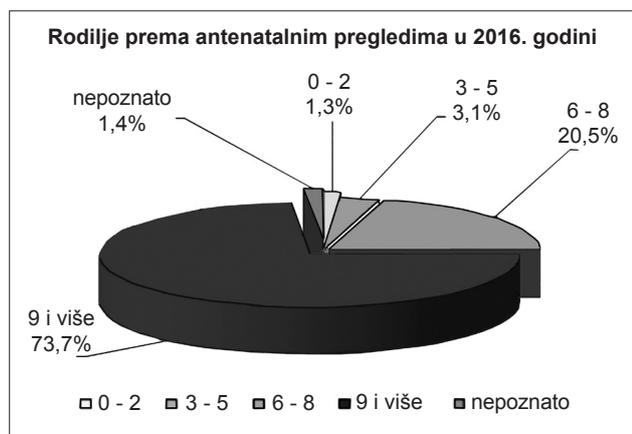
Pravila antenatalne skrbi:

- Nakon što se postavi dijagnoza trudnoće prvi pregled trebalo bi obaviti što prije.
- Prvi pregled svakako treba obaviti prije početka drugog tromjesečja.
- Učestalost pregleda planirati ovisno o zdravlju trudnice i dostupnosti zdravstvenih institucija. (3)

ANTENATALNA ZAŠTITA- STATISTIKA ZA REPUBLIKU HRVATSKU U 2016. GODINI

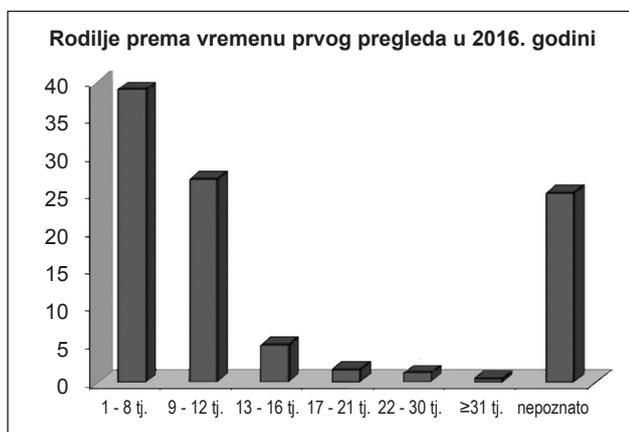
Prema rodilišnim podacima, udio roditelja s nekontroliranom ili nedovoljno kontroliranom trudnoćom je 1,4%, od toga ih je 0,26% s potpuno nekontroliranom trudnoćom (95), a 1,0% s 1 - 2 pregleda u trudnoći (371 roditelje). Najviše je roditelja (73,7%) s optimalnom antenatalnom skrbi

odnosno standardnim brojem pregleda u trudnoći (9 i više pregleda, prema preporuci struke i Programu mjera zdravstvene zaštite) – slika 1.



Slika 1 - Rodilje prema antenatalnim pregledima u 2016. godini

Značajan pokazatelj antenatalne skrbi je i vrijeme prvog pregleda u trudnoći. U dobro kontroliranim trudnoćama, prema Programu mjera zdravstvene zaštite, taj pregled treba biti do 10. tjedna trudnoće (slika 8.) U ranoj trudnoći zabilježeno je 24.539 prvih pregleda ili 66,1 % (u 2015. godini 71,4 %) i to do 8. tjedna 14.475, a od 9. do 12. tjedna 10.064. Broj i udio nepoznatih podataka je porastao što ukazuje na oslabljeno izvješćivanja iz rodilišta.(5)



Slika 2 - Rodilje prema vremenu prvog pregleda u 2016. godini

ZAKLJUČAK

Trudnoća je normalan fiziološki proces, ali ujedno i razdoblje tijekom kojeg se događaju velike promjene u organizmu, a iste utječu na cjelokupno funkcioniranje žene.

Antenatalna skrb dobar je model preventivne medicine usmjeren na primarnu i sekundarnu prevenciju bolesti i patoloških stanja tijekom trudnoće i poroda. Kritička

procjena programa antenatalne skrbi pokazala je velik broj pozitivnih učinaka. (6) Cilj antenatalne skrbi je poboljšati populaciju prakticiranjem redovitih pregleda tijekom trudnoće.

Postoje dvije skupine antenatalnih čimbenika rizika za kojima se traži u trudnica: one povezane sa ženinim stanjem prije trudnoće i onima koji se javljaju u trudnoći (najčešće specifična stanja vezana uz trudnoću). (7) Antenatalna zaštita usmjerena je na edukaciju majki i njihove okoline u svrhu očuvanja zdravlja, mijenjanja stila života u pozitivnom smjeru, prepoznavanju ugrožavajućih čimbenika i simptoma te prvenstveno minimalno invazivnim metodama dijagnostike i liječenja komplikacija koje se javljaju u trudnoći u svrhu postizanja najboljeg mogućeg ishoda za majku i dijete. Svi ovi postupci se porovede u partnerstvu sa ženama radi zajedničkoga cilja, dobiti majke i djeteta.

LITERATURA

1. V.Padubiri, E.Anadin, Textbook of obstetrics, Bi Publication PUT LTD 2006., str 54., Dostupno na (15.06.2017. 11:30): https://books.google.hr/books?id=4rE1x-vbGg8C&pg=PA54&dq=antenatal+care+history&hl=hr&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=antenatal%20care%20history&f=false
2. S.Macdonald, J. Mgill-Cuerden, Mayes' Midwifery E-Book: A Textbook for Midwives, Bailliere Tindall Elsevier 2011, str 416.,Dostupno na (15.06.2017. 11:55): https://books.google.hr/books?id=tP7huhhgXOQC&pg=PA25&dq=myles+midwifery&hl=hr&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=myles%20midwifery&f=false
3. J.Đelmiš, S.Orešković i suradnici, Fetalna medicina i opstetricija, Medicinska naklada Zagreb, 2014. str 157.,
4. J. De Kock.,DR.C. von der Walt, Maternal and newborn care : A complete guide for midwives and other health professionalss, Juta Academic 2004.str 9-2, Dostupno na (16.06.2017.,19:40) : https://books.google.hr/books?id=2gp5adnUk-EC&pg=SA9-PA2&dq=antenatal+care+midwifery&hl=hr&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=antenatal%20care%20midwifery&f=false
5. U.Rodin, dr. med. i suradnici, Porodi u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj 2016. godine , Hrvatski zavod za javno zdravstvo ,Zagreb, 2016. ,Dostupno na (05.09.2017.,11:05) https://www.hzjz.hr/wpcontent/uploads/2017/08/Porodi_2016.pdf
6. Villar J¹, Garcia P, Walker G., 'Routine' antenatal care, Dostupno na (22.06.2017.,23:47): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8241448>
7. Marilyn McDonagh, Is antenatal care effective in reducing maternal morbidity and mortality?,str 3. Dostupno na (22.06.2017.21:30) : <https://academic.oup.com/heapol/article-lookup/doi/10.1093/heapol/11.1.1>

Učestalost kroničnih nezaraznih bolesti u trudničkoj populaciji Republike Hrvatske

Lucijana Kozina, prvostupnica primaljstva, lucijanakozina@live.com

Matea Šarić, mag. med. techn., Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Sveučilište u Splitu, matea.saric@ozs.unist.hr

UVOD

Svjedoci smo epidemije kroničnih nezaraznih bolesti koje su glavni uzrok smrti diljem svijeta, ugrožavaju živote i zdravlje ljudi, ali i gospodarski razvoj. Vodeći uzoci morbiditeta i mortaliteta su kardiovaskularne i zloćudne bolesti, dijabetes i kronične respiratorne bolesti povezane s četirima zajedničkim, najvažnijim čimbenicima rizika: pušenjem, nepravilnom prehranom, tjelesnom neaktivnošću i štetnom konzumacijom alkohola. Nezaobilazna je povezanost nezaraznih bolesti i zajedničkih čimbenika rizika s mentalnim poremećajima i ozljedama. Ta dva čimbenika zahtijevaju posebnu pozornost među kroničnim bolestima. Združeno, sve navedeno, znatno opterećuje zdravstveni sustav, uzrokuje visoke troškove i u konačnici utječe na socijalni i ekonomski razvoj države. (1)

Kronične nezarazne bolesti se mogu manifestirati kod bolesnika različitih dobnih skupina, bez obzira na spol. Posebno surizične kod djece, osoba starije životne dobi, ali i kod žena u trudnoći.

Trudnoća

Trudnoća (graviditet, gestacija, „drugo stanje“) je razdoblje ženina života kada ona nosi oplodeno jajašce koje se nidira, raste i razvija se. Trudnoća traje 280 dana, 40 tjedana ili 10 lunarnih mjeseci, odnosno 9 kalendarskih mjeseci. (2) Tijekom trudnoće nastaju mnoge promjene na organima koje buduće majke osjete tijekom prvih mjeseci. To su fiziološki procesi koji su prilagodba majčinog organizma na gravidno stanje.

Kronične nezarazne bolesti u trudnoći

Kronične nezarazne bolesti u trudnoći su stanja povezana s mnogobrojnim komplikacijama kod trudnica, fetusa i novorođenčadi te povisuju perinatalni mortalitet i morbiditet. (3) Žene s kroničnim bolestima trebale bi planirati

trudnoću i to nakon što se njihova bolest dovede pod kontrolu. Tada se ostvaruje mogućnost rađanja zdravog djeteta bez ugrožavanja ženina zdravlja i smanjuje se broj neželjenih trudnoća. Buduće majke s kroničnim nezaraznim bolestima najviše zanima kako će bolest utjecati na trudnoću te kako će trudnoća utjecati na bolest. Danas su prvorotkinje sve starije, nerijetko broje više od 35 godina, pa je već sama dob čimbenik koji umnaža učestalost kroničnih bolesti u trudnoći.

Najčešće kronične nezarazne bolesti zastupljene u trudnoći su: šećerna bolest tip 1 i tip 2, hipertenzija i bolesti srca, astma, epilepsija, bolesti vezivnog tkiva (lupus, reumatoidni artritis, itd.), bolesti štitnjače, bolesti bubrega, psihijatrijske bolesti i mnoge druge. (4)

Šećerna bolest (ŠB) je kronični poremećaj metabolizma ugljikohidrata, masti i bjelančevina uzrokovana relativnim ili apsolutnim nedostatkom inzulina, s posljedničnom hiperglikemijom. (5) Najčešće se pojavljuje kao primarna bolest iako ponekad može biti i sekundarna uzrokovana razaranjem Langerhansovih otočića zbog pankreatitisa, novotvorenja, određenih lijekova, u određenim stečnim ili nasljednim endokrinopatijama, te kao posljedica kirurškog uklanjanja gušterače. Primarna ŠB dijeli se na tip I i tip II. (5)

U ŠB tip I (ranije zvan juvenilni ili ovisan o inzulinu) ne dolazi do proizvodnje inzulina zbog autoimunog razaranja β -stanica gušterače koje je vjerojatno uzrokovano okolišnim čimbenicima u genetski osjetljivih osoba. Razaranje se odvija mjesecima i godinama sve dok se masa β -stanica toliko ne smanji da razina inzulina postane nedovoljna za nadzor glikemije. Dijabetes mellitus tipa I većinom nastaje u djetinjstvu ili tijekom adolescencije. Do nedavno je bio najčešći oblik koji se otkriva prije 30. godine, ali može se javiti i kod odraslih (kasni autoimuni dijabetes zrele dobi). Na tip I otpada više od 10 % svih slučajeva ŠB.

Kod ŠB tipa II (ranije zvan adultni oblik ili neovisan o

inzulinu) imamo neprimjereno lučenje inzulina. Razina inzulina je često, osobito u početku bolesti, vrlo visoka, ali periferna rezistencija i povećano stvaranje glukoze u jetri čine tu koncentraciju nedovoljnim za uspostavljanje euglikemije. Nakon toga stvaranje inzulina opada, što dodatno pogoršava hiperglikemiju. Bolest se u većini razvija kod odraslih i starenjem postaje sve češća. (6,7)

Trudnički dijabetes ili ŠB u trudnoći (lat. diabetes gestationis) je oblik ŠB koji se prvi put javlja tijekom trudnoće, a nakon trudnoće nestaje. Dijagnoza se postavlja kod trudnica na temelju testa opterećenja glukozom. Jutarnja ili dnevna hiperglikemija iznosi iznad 7.9 mmol, a nakon opterećenja glukozom iznad 11 mmol. (3)

Aterijska hipertenzija (HA) je povišenje krvnog tlaka. Hipertenzivna vaskularna bolest uključuje posljedice HA koje se očituju u promijenjenoj funkciji i strukturi krvnih žila, srca i mnogih drugih organa. Visina krvnog tlaka ovisi o dvjema temeljnim fiziološkim varijablama; minutnom volumenu i ukupnom perifernom otporu. Veličina minutnog volumena poglavito je određena volumenom krvi, a sam volumen krvi je određen količinom natrija u tijelu, pa nam to govori da održavanje homeostaze natrija u tijelu ima središnju ulogu u regulaciji krvnog tlaka. Ukupni periferni otpor je ovisan o otporu arteriola, a sam otpor je određen njihovom veličinom. Koliki je lumen arteriole ovisi o debljini stijenke i hormonalnim utjecajima na konstrikciju ili dilataciju tih žila. U 95 % slučajeva HA je nepoznata uzroka i naziva se esencijalnom ili primarnom hipertenzijom. U Ostalih 5 do 10 % slučajeva najčešće je uzrokovana bolešću bubrega, uključujući i rijetku pojavu suženja bubrežne arterije aterosklerotičkim plakom. Sekundarna hipertenzija u rijetkim slučajevima može biti posljedica bolesti nadbubrežne žljezde poput primarnoga hiperaldosteronizma, Cushingova sindroma i feokromocitoma te neuroloških i ostalih bolesti. (5)

U trudnoći HA se može pogoršati bez obzira na uzrok. Dijagnoza kronične HA postavlja se na temelju postojanja bolesti prije trudnoće i njezina trajanja dulje od 6 tjedana nakon poroda. Česta komplikacija kronične AH u trudnoći je nastanak eklampsije, zbog koje je povećan morbiditet i mortalitet majki i fetusa. Prognoza trudnoće i njezin razvoj kod trudnica s HA ovisi o visini krvnog tlaka s kojim je bolesnica ušla u trudnoću, dužini bolesti te o stupnju sekundarnih promjena na krvožilnom sustavu. Ukoliko su vrijednosti krvnog tlaka neprekidno niže od 160/100 mmHg i kod trudnica nisu pronađene promjene na krvnim žilama tada se učestalost nepovoljnog ishoda ne razlikuje od učestalosti na koju nailazimo kod noromotenzivnih trudnica. (3)

Hipertireoza je povećana aktivnost štitnjače. Difuzna hipertireoza je autoimuna bolest, češća u ženskoj populaciji (7:1). U trećem i četvrtom desetljeću najčešći oblik hipertireoze je u trudnoći. Sposobnost zanošenja

je smanjena, a postoji i sklonost poremećajima ciklusa od oligomenoreje do amenoreje. Tijekom trudnoće može nastupiti spontano poboljšanje bolesti, ali postoji mogućnosti da trudnoća aktivira bolesti štitnjače. Dijagnoza u trudnoći postavlja se na temelju povišenih vrijednosti hormona štitnjače i razine slobodnih hormona, niskog TSH-a i ultrazvučnog pregleda. Potrebna je kontinuirana terapija zbog povećanog rizika preeklampsije, majčinih srčanih tegoba te fetalnog zastoja rasta i povećane smrtnosti ploda. Od terapije najčešće se primjenjuju tireostatici, a rjeđe se primjenjuju kirurške metode i to samo ukoliko lijekovima ne postigne dobra kontrola bolesti. Primjena tirostatika u trudnoći može dovesti do prolazne hipotireoze novorođenčeta i gušavosti. (8) Preporuka je da trudnica ima redovite kontrole da bi se spriječio loš ishod trudnoće i fetalnog kasnije novorođenčeta razvoja.

Hipotireoza je smanjena aktivnost štitnjače. Može biti prirođena ili stečena. Simptomi su umor, pospanost, pretilost, suha koža, opstipacija. (8) Bez uzimanja terapije žene obično ne mogu zanijeti, a u slučaju trudnoće nastavlja se dalje terapija hormonima štitnjače uz povremenu kontrolu hormona. (3) Trudnice s hipotireozom imaju povećan rizik razvoja opstetričkih komplikacija: rani spontani pobačaji, HA u trudnoći, abrupcija posteljice, preeklampsija, prijevremeni porođaji, intrauterina smrt ploda, kongenitalne anomalije, zastoj u rastu ploda. (8) Budući da terapija smanjuje rizike u trudnoći u pravilu ishod trudnoće protekne bez poteškoća.

Bronhalna astma je plućna kronična bolest u kojoj se akutni napadaji bronhospazma, zaduha i kašljanje izmjenjuju s asimptomatskim periodima. Pri teškim napadajima astme (lat. status asthmaticus) može doći do smrtnog ishoda. (5) Jedna je od najčešćih opstruktivnih plućnih bolesti u trudnica. Učinak trudnoće na astmu može biti raznolik. Studija koja je provedena o utjecaju trudnoće na astmu, pokazala je da polovica ispitanica nije zamjetila promjene tijekom trudnoće, u trećine stanje se poboljšalo, a u ostalih se astma pogoršala. U trudnoći liječenje astme je usmjereno na smanjenje broja asmatskih napadaja, sprječavanje asmatsičnoga statusa i osiguravanje adekvatne oksigenacije majke i fetusa. Liječenje se provodi inhalacijom β -agonista (albuterol, metaproterenol). Kod lakših oblika bolesti lijek se uzima po potrebi, a kod težih redovito. Do sada nisu primijećeni nepovoljni učinci ovakog tipa liječenja na plod. Napadaji astme u porođaju su rijetki, a preporučuje se epiduralna anestezija bilo to u vaginalnom porođaju ili carskom rezu. (8)

Celijakija (lat. coeliacia, engl. celiac sprue) je kronična crijevna bolest u kojoj se nalaze karakteristične promjene sluznice tankoga crijeva i oštećena apsorpcija hranjivih sastojaka koji se povlače nakon isključenja glijadina i sličnih proteina žitarica iz prehrane. (5) Simptomi su vrlo raznoliki i mogu se pojaviti u bilo kojoj dobi. (9) Istraživanja

su pokazala da trudnice koje boluju od celijakije imaju veći rizik od spontanijih pobačaja, prijevermenih poroda, te menarhu dobiju u kasnijoj životnoj dobi. (10) U svakom slučaju uz kvalitetnu kontrolu i edukaciju trudnice komplikacije možemo smanjiti na minimum.

Sindrom iritabilnog kolona je poremećaj nepoznatog uzroka koji se očituje bolovima u trbuhu i promjenom ritma pražnjenja crijeva kroz tri mjeseca. Nastanku ovakog poremećaja pogoduje izlaganje dugotrajnom stresu, infekcije bakterijama ili virusima, te česta konzumacija brze hrane, gaziranog pića i alkohola. (11) Istraživanja koja su se provodila još nisu jasno prikazala povezanost između sindroma iritabilnog kolona i ishoda trudnoće, jer još uvijek nije poznat točan uzrok same bolesti. Sindrom iritabilnog kolona najčešće je udružen s anksioznosti, depresijom, ŠB ili HA te se zato teško može utvrditi rizik kod trudnica sa samim iritabilnim kolonom. (12)

Crohnova bolest (CB) je sistemna, kronična granulomatozna ulcerokonstriktivna bolest koja zahvaća sve slojeve crijevene stijenke. (5) Bolest može zahvatiti bilo koji dio probavnog sustava od usne šupljine do anusa te može imati izvancrijevene manifestacije. U 80 % oboljelih je zahvaćen terminalni ileum. Očituje se segmentalnim suženjem crijevnih vijuga. Klinička slika ovisi o proširenosti i intenzitetu bolesti. Česti su kronični proljevi, bolovi u trbuhu, gubitak tjelesne težine, anemija. (5) U današnje vrijeme trudnice sa upalnom bolesti crijeva poput CB imaju veću šansu za dobar ishod trudnoće i zdravo dijete. Preporuka je da žene koje žele zatrudniti izbjegavaju začecje sve dok je bolest aktivna, tako će smanjiti rizik prijevermenog porođaja. (13)

Ulcerozni kolitis (UK) je kronična, recidivirajuća upalna bolest nepoznata uzroka karakterizirana ulceracijama koje zahvaćaju uglavnom sluznicu i podsluznicu. Bolest započinje najprije u rektumu, može se proširiti proksimalno, a katkada zahvati cijeli kolon. (5) Glavni simptomi UC su pojava krvavih stolica uz tenezme. Toksični megakolon je komplikacija koja nastaje zbog širenja upale u mišićni dio stijenke što dovodi do dilatacije kolona koji je ispunjen krvlju i purulentnim eksudatom uz veliki rizik za perforaciju. Plodnost pacijentica s UC se u pravilu ne razlikuje od opće populacije, osobito u mirnoj fazi bolesti. Kako će se bolest razvijati u trudnoći uvelike ovisi o aktivnosti bolesti u vrijeme začecja, tako da će aktivna bolest češće perzistirati ili se pogoršati u tijeku trudnoće. Vaginalni porod nije kontraindiciran kod većine trudnica s upalnom crijevnom bolesti. (14)

Sistemni eritematozni lupus (lat. lupus erythematoses systemicus, SLE) kronična je sistemna autoimnuna bolest koja se očituje promjenama na koži, zglobovima i bubrezima, ali može zahvatiti i brojne druge unutrašnje organe. Diskoidni lupus (lat. lupus erythematoses discoideus, DLE) podvrsta je lupusa, koja zahvaća samo kožu.

(5) Trudnoća bolesnica sa SLE ili DLE trebase voditi kao trudnoća s visokim rizikom. Zbog toga važno je da do začecja dođe tijekom remisije bolesti, a tijekom gestacije redovite kontrole i pretrage te pravilno uzimanje prepisane terapije daju šansu da ishod trudnoće prođe povoljno po majku i dijete. (15)

Epilepsija je jedan od poremećaja koji se u velikom broju bolesnika može uspješno farmakološki liječiti. (15) Manifestira se napadajima koje djelimo u „grand mal“ i „petit mal“. Bolesnik izgubi svijest i poplavi zbog apneje, ponekad može se pojaviti pjena na usta. (3) Pojavljuje se u oko 0,5 % trudnica. (7) Dokazano je da u više od 90 % trudnica s epilepsijom, koje uzimaju antiepileptike, trudnoća protječe uredno uz rođenje zdravog djeteta. Ipak, trudnoća se vodi kao visikorizična, jer 1/4 do 1/3 žena imaju incidenciju napadaja tijekom trudnoće (u prvom trimestru). Komplikacije koje mogu biti su: inducirani porod, vaginalna krvarenja, prematurno pucanje vodenjaka, carski rez i porođajne atake. Uz praćenje trudnice bitno je pratiti i fetus CTG-om zbog mogućnosti bradikardije. Osim ovih postoje i postnatalne komplikacije od 6. do 12. tjedna nakon poroda zbog promjene hormona i utjecaja emocionalnih čimbenika. (16)

Multipla skleroza (MS) je kronična, sporo napredna demijelinizacijska bolest središnjeg živčanog sustava. (5) Kortikosteroidi su najčešća terapija koja pomaže u uznapredovaloj fazi bolesti. (3) Pojavljuje se češće u ženskoj polulaciji (3:1), a manifestira se od dvadesete do četrdesete godine života. Kod žena koje imaju MS ne preporučuje se trudnoća zbog velikog rizika pogoršanja bolesti. Imaju dva perioda koja su kritična, a to je prvi trimestar gdje može doći do latentnih komplikacija te babinje.

Mijastenija gravis (MG) je autoimna bolest postsinaptičke membrane uzrokovana destrukcijom acetilkolinških receptora (AChR) odgovarajućim autoantitijelima. Protutijela sprječavaju prijenos neuralnih impulsa na mišiće. Češća je kod žena prije 40-te godine, a manifestira se pojavom ptoze (spuštenje vjeđa) i diplopijom (dvoslika) te abnormalnom zamorljivosti voljno inerviranih mišića. (5) Prekidanje trudnoće kod ovakih bolesnica ne bi bilo opravdano, ali preporuka je da žene koje žele zatrudnjeti, trudnoću odgode do preioda remisije bolesti. Inhibitori kolinesteraza i fluokortolon u malim dozama mogu se uzmati tijekom trudnoće. (3)

Depresija je stanje koje se očituje lošim raspoloženjem, pretjeranom uznemirenošću i nesanicom. Učestalost pojavljivanja depresije u trudnoći iznosi oko 10 %, dok je u razdoblju babinja nešto veća, od 10 – 12 %. (3) Od izuzetne važnosti je rana dijagnostika i tretman bolesti te davanje psihološke podrške trudnici. Trudnice i babinjače koje su imale depresivne epizode lako mogu imati ponovljene epizode nakon par mjeseci te godina nakon poroda. Postoje različita objašnjenja zašto do toga dolazi, a brojni

autori se slažu da u većini slučajeva trudnica nema dobru podršku od partnera i obitelji kroz trudnoću, ili možda ima obiteljsku pozitivnu anamnezu. Kroz prevenciju, skrining i pružanje odgovarajuće podrške trudnicama i babinjačama, mogu se smanjiti negativni ishodi ovakvih slučajeva i može se pomoći ženama da uživaju u periodu trudnoće i majčinstva.

Shizofrene psihioze (SCH) kod trudnica predstavljaju ozbiljan rizični čimbenik. Danas su definirana tri psihička profila shizofrene majke: dominantna, agresivna, hladna majka; prezaštitnički raspoložena majka; majka koja stalno igra ulogu žrtve. Mjake sa SCH mogu naštetiti razvoju i odgoju djeteta ako se ne dijagnosticiraju i ne stave u terapijski tretman. (3)

CILJ

Glavni cilj istraživanja: utvrditi učestalost kroničnih nezaraznih bolesti u žena koje su rodile u ožujku i travnju 2017. godine u Republici Hrvatskoj.

Specifični cilj: saznati na koji način su žene dolazile do informacija o svom zdravstvenom stanju u tijeku trudnoće.

ISPITANICI I METODE

Uzorak

Istraživanje je provedeno *online* anketom. Sudjelovanje je bilo dobrovoljno i anonimno. Ispitanice su bile majke - članice društvene mreže Facebook, odnosno članice Facebook grupe Rodina SOS grupa za dojenje, posjetiteljice Facebook stranice Hrvatska komora primalje, a anketa je dijeljena i putem privatnih poruka također na Facebooku. Suglasnost o sudjelovanju u istraživanju podrazumijevana je samim sudjelovanjem i nije uzet pisani pristanak kako bi se maksimalno zaštitio identitet ispitanica. U istraživanju je sudjelovalo njih 127.

Metoda istraživanja

Istraživanje je provedeno tijekom ožujka, travnja i svibnja 2017. godine *online* anketom koja se sastojala od 16 pitanja. (Prilog 1)

Statistička obrada

Prikupljeni podatci iz upitnika uneseni su u Microsoft Excel tablice prema unaprijed pripremljenom kodnom planu. Za obradu je korištena deskriptivna statistika. Za određivanje statističke značajnosti korišten je t-test.

REZULTATI

U istraživanju ukupno je sudjelovalo 127 ispitanica. Najviše ispitanica je rođeno 1984. godine (N=14), zatim 1986.

godine (N=12). Prosječna visina ispitanica je 170 cm (150-190 cm). Ukupno 5 ispitanica imalo je prekid trudnoće; četiri ispitanice su imale spontani prekid, dok je jedna ispitanica imala namjerni prekid trudnoće.

Od 127 ispitanica njih 40 (31 %) je imalo kroničnu nezaraznu bolest. (Tablica 1) Prosječno trajanje oboljenja je 0-5 godina (0-35). Polovica ispitanica je mirovala tijekom trudnoće po preporuci izabranog ginekologa. Kod ukupno 74 % ispitanica terapija je korigirana tijekom trudnoće od strane liječnika, a sve ispitanice redovito piju propisanu terapiju.

Gotovo polovica svih ispitanica (48 %) je pušila prije trudnoće, dok je u trudnoći pušilo 26,8 % ispitanica. Od ispitanica koje su bolovale od kronične nezarazne bolesti, 38 % je pušilo prije trudnoće, a 12 % ih je nastavilo pušiti i u samoj trudnoći.

Tablica 1. Zastupljenost kroničnih nezaraznih bolesti kod ispitanih trudnica

Bolest	Broj ispitanica
Depresija	3
Anksiozni poremećaji	1
Dermatitis	1
Hipotireoza	12
HA	4
Hipertireoza	4
Glaukom	1
Iritabilni kolon	1
Migrena	2
ŠB	1
Trombofilija	1
Gilberov sindrom	1
Astma	1
Depresija + anksiozni poremećaj	1
ŠB + HA	1
ŠB + hipotireoza	1
ŠB + astma	1
Hipotireoza + depresija + anksioznost	2
Hipotireoza + astma + celijakija + iritabilni kolon + atritis + prolaps mitralnog zaliska	1

Vaginalnim porodom rodilo je 69 % ispitanica. Najveći broj ispitanica rodilo je u 38. tjednu trudnoće (N=47), zatim u 40. tjednu (N=30), 41. tjednu (N=14), 39. tjednu (N=13), 43. tjednu (N=8), 37. tjednu (N=5), 36. tjednu (N=3), 33. i 44. tjednu (N=2), dok je po jedna ispitanica rodila u

32., 34. i 35. tjednu trudnoće. Nije pronađena statistički značajna razlika u načinu poroda kod žena koje su imale kroničnu nezaraznu bolest i kod žena s fiziološkom trudnoćom ($p=0,378$).

Najveći broj ispitanica informacije o zdravstvenom stanju i mogućem utjecaju istog na trudnoću, dobio je od liječnika specijaliste koji ih je vodio i prije trudnoće ($N=69$), izabranog ginekologa ($N=15$), od obiteljskog liječnika ($N=14$), pretraživanjem interneta ($N=14$), od drugih oboljelih s istom dijagnozom ($N=8$) te razgovorom s medicinskim sestrama i drugim zdravstvenim radnicima ($N=7$).

Ukupno 16 % ispitanica izjasnilo se da su imale poteškoća s dobivanjem zadovoljavajuće medicinske skrbi tijekom trudnoće. Razlozi nezadovoljstva prikazani su u Tablici 2.

Tablica 2. Poteškoće u ostvarivanju zadovoljavajuće medicinske skrbi tijekom trudnoće

Koje poteškoće ste doživjeli	Broj ispitanica
Liste čekanja	9
Predugo čekanje nalaza	4
Neljubaznost liječnika	4
Uskraćivanje informacija o bolesti	3

RASPRAVA

Gotovo trećina ispitanica koje su sudjelovale u istraživanju boluje od neke kronične nezarazne bolesti. Visoki udio oboljelih vjerojatno je posljedično povezan sa željom oboljelih da podijele svoje iskustvo.

Najzastupljenija dijagnoza je hipotireoza, a zatim hipertireoza. Činjenica ne iznenađuje, jer bolesti štitnjače uvrštene su među najzastupljenije bolesti opće populacije. Nismo pronašli istraživanja temeljena na učestalosti tih bolesti u trudničkoj populaciji, ali iz danih podataka jasno je da je učestalost velika, iako prevalencija vjerojano bi se smanjila na veći broj ispitanica. Prema radu „Hipotireoza u trudnica“ preporuka *Hrvatskog društva za štitnjaču* je učiniti probir na hipotireozu kod svih trudnica na prvom pregledu kako bi se spriječile moguće komplikacije za majku i novorođenče tijekom trudnoće, poroda i babinja. (17) Trudnice s hipotireozom koje se pridržavaju uputa i pravilno uzimaju propisanu terapiju najčešće nemaju komplikacija tijekom trudnoće, poroda i babinja.

Konsumiranje nikotinskih proizvoda, čimbenik je rizika za razvoj kroničnih nezaraznih bolesti. U istraživanju iz 2008. godine „Štetne navike u trudnoći“ provedenom u Zagrebu od 893 ispitanica, 304 (34 %) ih je pušilo prije trudnoće, a 134 (15 %) tijekom trudnoće. U našem

istraživanju, provedenom gotovo desetljeće poslije, od 127 ispitanica njih 48 % je pušilo prije trudnoće, dok je u trudnoći pušilo 26,8 % ispitanica. Kod ispitanica koje su bolovale od kronične nezarazne bolesti, 38 % ih je pušilo prije trudnoće, a 12 % nastavilo je pušiti i u samoj trudnoći. Rezultati brojnih svjetskih istraživanja pokazuju da je pušenje tijekom trudnoće odgovorno za embriotoksične i fetotoksične učinke. Kod trudnica koje puše tijekom trudnoće povećana je učestalost prijevremenog porođaja i rizik javljanja spontanijeh pobačaja je dvostruko veći u odnosu na trudnice koje ne puše tijekom trudnoće. Prosječna težina novorođenčadi u trudnica koje su pušile je oko 200 grama manja. Učestalija je i perinatalna smrtnost novorođenčadi. Točni mehanizmi koji pridonose nastanku opisanih smetnji nisu još poznati, ali smatra se da nikotin izaziva komplikacije u sazrijevanju funkcije posteljice i/ili intaruterini manjak kisika (fetalna hipoksija). (18) Zdravstveni djelatnici, a osobito oni koji su usko povezani sa trudnicama (ginekolozi, primalje) trebali bi više raditi na promociji zdravlja buduće majke i novorođenčadi, te ukazivati na štetnost konzumiranja nikotinskog dima općenito u životu, a pogotovo tijekom trudnoće.

Ukupno 31,5 % ispitanica se porodilo carskim rezom. To je za svjetske i hrvatske standarde visoko. Prema istraživanju provedenom 2005. godine u Hrvatskoj, učestalost carskog reza u Hrvatskoj znatno raste. U 1992. godini od tadašnjih 8,3 %, udio se povećao se na 15,1 % u 2003. godini.

U SAD-u i Kanadi već 80-tih godina prošlog stoljeća učestalost carskog reza porasla je preko 21 %, a Europa je to dosegla tek desetljeće kasnije. Dvije trećine svih indikacija danas su ponavljani carski rez, stav zatkom, distocija uterusa i fetalna asfiksija. (19)

Najviše ispitanica informacije o svojoj bolesti dobilo je od liječnika specijaliste, a najmanje ispitanica od medicinskih sestara/primalja. Treba se uzeti u obzir da je liječnikova obveza upoznati svakog bolesnika s njegovom medicinskom dijagnozom, a obveza i dužnost medicinske sestre/primalje je provesti zdravstveni odgoj, što znači pružati pomoć u prilagodbi na novonastalo stanje, postaviti i ostvariti relevantne edukacijske ciljeve kako bise ženama omogućilo da kontroliraju bolest i ostvare što bolju kvalitetu života, te da se ne dozvoli da bolest upravlja njima.

ZAKLJUČCI

Učestalost kroničnih nezaraznih bolesti u ispitanica koje su rodile u ožujku i travnju 2017. godine u Republici Hrvatskoj iznosi 31 %.

Najveći broj ispitanica informacije o zdravstvenom stanju i mogućem utjecaju istog na trudnoću dobiva od liječnika specijaliste koji ih je vodio i prije trudnoće ($N=69$),



izabranog ginekologa (N=15), obiteljskog liječnika (N=14), pretraživanjem interneta (N=14), od drugih oboljelih s istom dijagnozom (N=8) te razgovorom s medicinskim sestrama i drugim zdravstvenim radnicima (N=7).

LITERATURA

1. Kralj V, Brkić Biloš I, Čorić T, Silobričić Radić M, Šekerija M, „Kronične nezarazne bolesti – teret bolesti stanovništva Hrvatske”. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb. *Cardiologia Croatica*, 2015.: 10(7-8):167-175.
2. Habek D, Porodništvo i ginekologija, Zagreb, Školska knjiga, 2005.
3. Dražančić A, Grizelj V, Kuvačić I, Latin-Milković V, Porodništvo, Zagreb, Školska knjiga, 1994.
4. Harni V. Poliklinika Harni, Internet 2000, Trudnoća i kronična bolest. [Internet], <raspoloživo na: <http://www.poliklinika-harni.hr/Kronicne-bolesti-u-trudnoci.aspx> [pristupljeno 1.5.2017.]
5. Damjanov I, Jukić S, Specijalna patologija, Zagreb, Medicinska naklada, 2004.
6. MSD priručnik dijagnostike i terapije, Zagreb, Dohme d.o.o. [Internet], <raspoloživo na: <http://www.msd.hr/Stranice/home.aspx> [pristupljeno 25.5.2017.]
7. Diabetes mellitus, 2014. [Internet], <raspoloživo na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/endokrinologija/secerna-bolest-i-otkloni-mijene-ugljikohidrata/diabetes-mellitus#pagetop> [pristupljeno 25.5.2017.]
8. Kuvačić I, Kurjak A, Đelmiš J i suradnici, Porodništvo, Zagreb, Medicinska naklada, 2009.
9. Ciacci C, Cirillo M, Auriemma G, Di Dato G, Sabbatini F, Mazzacca G, „Celiac disease and pregnancy outcome”. *AM J Gastroenterol*, 1996.:91 (4):718.-722.
10. Moleski SM, Lindenmeyer CC, Veloski JJ, Miller RS, Miller CL, Kastenber D, et al, “Increased rates of pregnancy complications in women with celiac disease”. *Ann Gastroenterol*, 2015.:28(2):236.-240.
11. Vranešić Bender D, „Uloga prehrane u prevenciji i liječenju sindroma iritabilnog crijeva”. *Medix* 2010.:89/90: 211.-215.
12. Močan D. Upalne bolesti crijeva i trudnoća. Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet Zagreb; 2014.
13. Harni V, Poliklinika Harni, Internet 2000, Iritabilni kolon i komplikacije u trudnoći, 2014. [Internet], <raspoloživo na: <http://www.poliklinika-harni.hr/Iritabilni-kolon-komplicacije-u-trudnoci.aspx> [pristupljeno 1.7.2017.]
14. Yuen SY, Krizova A, Ouimet JM, Pope JE, “Pregnancy outcome in systemic lupus erythematosus (SLE) is improving: Results from a case control study and literature review”. *The open rheumatology journal*, 2008.:2, 89.-98.
15. Hajnšek S, Kovačević I, Petelin Ž, „Epilepsija-terapijske smjernice”. *Neurol. Croat*, 2010.:59,1.-2.
16. Harden CL, „Pregnancy and epilepsy”. *American academy of neurology*, 2014.:20(1):60.-79.
17. Ivanišević M, Orešković S, Juras J, Đelmiš J, „Hipotireoza u trudnica”. *Gynaecol Perinatol*, 2012.:21(2):68.-72.
18. Harni V, Poliklinika Harni, Internet. 2000, Pušenje u trudnoći, 2017. [Internet], <raspoloživo na: <http://www.poliklinika-harni.hr/Pusenje-i-trudnoca.aspx> [pristupljeno 1.7.2017.]
19. Dražančić A, „Carski rez u svijetu i Hrvatskoj”. *Gynaecologia et perinatologia: journal for gynaecology, perinatology, reproductive medicine and ultrasonic diagnostics*, 2005.:14:2.

Placenta previja i aktivnosti primalje u nadzoru trudnice

Maja Dernaj, prvostupnica primaljstva, KB Merkur, Zagreb,
majadernaj@gmail.com

UVOD

Tijekom embrionalnog razvoja kao rezultat oplodnje nastaje embrij odnosno fetus i sekundine. Plodove ovojnice obavijaju zametak i plod. To su amnion i korion. Spajanjem amniona i koriona nastaje amniokorionska ovojnica odnosno vodenjak. Posteljica (*placenta*) formira se od osmoga do dvanaestoga tjedna, dok konačan oblik zadobiva oko šesnaestoga tjedna trudnoće. Građena je od fetalnog i majčinskog dijela, a nastaje sjedinjenjem tkiva majke i fetusa. (1) Fetus, amnijska tekućina i posteljica tvore nedjeljivu, funkcionalnu jedinicu poznatu pod nazivom fetoamnijskoplacentarna jedinica. (2) „Normalan razvoj posteljice preduvjet je normalnoga razvoja trudnoće u čovjeka.“ (3) Placenta je privremeni i povremeni vitalni reproduktivni organ sastavljen od majčine (*decidua basalis* - endometriji) i fetalne sastavnice. (4) Razvoj posteljice započinje trenutkom oplodnje jajne stanice. (5) Posteljica je građena od dva dijela: majčinoga i fetalnoga. (3)

Promjene tkiva posteljice dijelimo u tri skupine: promjene oblika; promjene sijela ili položaja i promjene implantacije. (2) Normalno posteljično sijelo je visoko u fundusu na prednjoj ili stražnjoj stijenci maternice. (6) Različiti uzroci uvjetuju sijelo posteljice na drugim mjestima, koje uglavnom nalazimo u nižim dijelovima maternice. U ovu skupinu pripada *placenta praevia*. (2) U ovom slučaju ona prethodi djetetu te mu stvara zapreku pri prolasku kroz porođajni kanal. (6)

RASPRAVA

Placenta praevia dolazi od latinske riječi *praeivus*, -a, -um = onaj koji prethodi. (7) Najteže i najozbiljnije krvarenje na kraju trudnoće i u početku poroda je krvarenje zbog nisko nasjele posteljice, tj. posteljica se, čitava ili djelomice, nalazi u donjem uterinom segmentu. (8) Placenta previja ima atipično, odnosno pogrešno sijelo. (6)

Prema stupnju nasjelosti placenta previja dijeli se na marginalnu, parcijalnu, totalnu te nisko sijelo posteljice.

Taj dio maternice nema kontrakcijske sposobnosti, već se samo rasteže i širi što ima za posljedicu odlupljivanje placente, otvaranje uteroplacentarnih krvnih žila i ovisno o dimenziji tih promjena krvarenje je različita intenziteta. (8) Nastaje krvarenje iz područja odlupljenog režnja, jer su resice toga područja istrgnute iz bazalne decidue, a intervilozni prostori su otvoreni. (6) Krvarenje može početi oskudno, pa se pojačava pri svakom sljedećem nastupu, no i u početku može biti obilno. Krv je tekuća i svijetlocrvene je boje. Može doći i do vrlo obilnoga krvarenja s hemoragijskim šokom, pa sve do akutne životne ugroženosti trudnice. (8) Krv koja otječe kod placente previje uglavnom je majčina, ali nerijetko se kod odljuštenja režnja placente rastrgaju i žile fetalnoga dijela placente (krvne žile resice, placentarne krvne žile) pa tada teče i dječja krv. To vrijedi za placentu previju, pa tako i za prijevremeno odlupljenje normalno nasjele posteljice.

Pojačavanjem trudova sve veći dio posteljice se odlupljuje od unutrašnje stijenke donjeg uterinog segmenta. Postaju li trudovi bolji i ukoliko se nastavlja otvaranje ušća zbog previje se mora pojačavati i krvarenje. Leži li posteljica pravilno, u području fundusa, u normalnim okolnostima tijekom trudnoće i porođaja placenta se ne odlupljuje prije porođaja djeteta. (6)

Uzrok placenti previji u prvom je redu manje vrijedan funkcionalni sloj endometrija koji se nedovoljno decidualno transformira (brojni učestali porodi, kiretaže). Drugi uzroci su primjerice, anomalije u senzibilnosti maternice i ubrzani transport jajašca, koji također mogu biti uzrok bolesti. (8) Također, uzrok može biti i preniska nidacija zigote. (9)

Od 16. do 20. tjedna pojavljuje se u oko 5,3 % slučajeva i smatra se prolaznom zbog rasta maternice i povlačenja posteljice prema gornjemu segmentu maternice (tzv. *placenta migrans*), dok je u trećem tromjesečju pojavnost od 0,25 do 0,58 %. Danas je nešto češća pojavnost placente previje, upravo zbog povećanja broja carskih rezova i drugih zahvata na maternici. (4) Incidencija nasjele placente u različitim se istraživanjima kreće između 0,3 i 0,8 %

trudnoća, a prisutne varijacije objašnjavaju se raznolikošću populacija koje se istražuju. (10) Nastanak nasjele posteljice dovodi se u vezu s uznapređovalom dobi majke koja ima neovisan utjecaj bez obzira na druge potencijalne rizične čimbenike. Žene od 34 godine podliježu dva do tri puta većem riziku nastanka nasjele posteljice, nego li žene mlađe od 20 godina.

Oštećenje sluznice endometrija i miometrija bitan je čimbenik rizika nastanka nasjele posteljice. Također, rizik je dvaput veći kod žena koje su imale jedan ili više spontanijih ili induciranih pobačaja te dva do pet puta veći kod prethodnog carskog reza. Taj rizik ima tendenciju porasta s povećanjem prethodnih carskih rezova. Broj prethodnih trudnoća, kao i broj prethodnih porođaja, neovisno o načinu dovršenja, u nekim se istraživanjima pokazao kao bitan rizični čimbenik. (10) Na temelju opservacijskih studija postoji i dovoljno dokumenata da je pušenje tijekom trudnoće uvelike povezano sa povećanim rizikom pojavljivanja placente previje. (11) Konzumacija kokaina dovodi do 4,5 puta većeg rizika od placente previje. (10) Između ostalih potencijalnih čimbenika koji se uzimaju u obzir su je pripadnost različitim etničkim skupinama. Najveća prevalencija međunarodno je u Azijatkinja, a iznosi 12,2 na 1000 trudnoća, što znači da žene azijskog podrijetla imaju dva puta veći rizik u usporedbi sa ženama neazijskog podrijetla. (12)

Glavni simptom tijekom trudnoće je bezbolno vaginalno krvarenje koje se obično pojavljuje tijekom posljednjih mjeseci trudnoće i najkasnije za vrijeme porođaja. Ovo krvarenje uvijek nastupa prije prsnuća vodenjaka. (13) Placenta previja zauzima veći ili manji dio ulaza zdjelice i sprječava normalan položaj glavicice djeteta što znači da su uz nju vezane abnormalnosti položaja djeteta. Također se javljaju i primarno slabi trudovi, zbog izostanka pritiska na cervikalne ganglije, a mogu se javiti i atonička krvarenja u placentalno doba. (6)

Krvarenje se pojavljuje u drugoj polovini trudnoće u 2,5 % trudnoća. Placenta previja takvo krvarenje uzrokuje u 20 % slučajeva. Temelj dijagnostike nasjele posteljice je transabdominalni ultrazvuk koji se pokazao kao pouzdana metoda u većini slučajeva placente previje, a točnost mu doseže i do 96 %. Transvaginalni ultrazvuk pokazao se kao definitivno preciznija metoda dijagnostike u određenim slučajevima stražnje placente previje smještene u donjem uterinom segmentu. Transvaginalni ultrazvuk treba učiniti u svim dvojbjenim slučajevima. Proširena uporaba ultrazvučne dijagnostike otkrila je važan fenomen koji upozorava da je učestalost placente previje znatno veća tijekom drugog trimestra, nego liu terminu, što nam kazuje da kod stanovitog broja placenti dolazi do takozvane "placentalne migracije", odnosno seljenja prema fundusu uterusa. (10) Vaginalnim palpacijskim pregledom dobiva se dojam zadebljanih „tapeciranih“ svodova rodnice. Palpacija treba

biti oprezna i nježna zato što neposredno nakon pregleda može doći do obilnijeg krvarenja. Kod svakog krvarenja u kasnoj trudnoći primarno treba pomisliti na placentalnu previju te pravodobno smjestiti trudnicu u bolnicu. (8)

Zahvaljujući suvremenoj dijagnostici i terapiji, maternalni morbiditet i mortalitet te perinatalni mortalitet znatno su reducirani. Svrha terapije nasjele posteljice jest što dulje odgađanje porođaja kako bi se postigla fetalna zrelost, a da se istodobno ne ugrozi majčin ili djetetov život. Ukoliko se trudnoća, u trenutku pojave krvarenja, približila terminu te je postignuta zrelost fetalnih pluća, porođaj je apsolutno indiciran. (10)

Postupak kod placente previje ovisi o sljedećim okolnostima: trajanju trudnoće (gestacijska dob); intenzitetu i trajanju krvarenja; općem stanju trudnice (anemija i druge bolesti); opstetričkom nalazu (širina ušća, vrsta placente previje, položaj čeda, prednjačeca čest, trudovi, vodenjak) te stanju čeda.

Liječenje placente previje pripada bolničkom odjelu gdje postoji mogućnost operativnog zahvata, reanimacije, transfuzije krvi i drugog. (8) Prvi korak u zbrinjavanju svake trudnice sa placentalnom previjom je hospitalizacija i hemodinamska stabilizacija, što uključuje procjenu gubitka krvi te stanja majke i fetusa. (10)

Kako bi trudnica bila podobna za ambulantno praćenje, moraju biti ispunjeni određeni kriteriji: hemodinamska stabilnost trudnice; visoka motiviranost i svjesnost vlastita stanja i opasnosti koje ono nosi sa sobom; spremnost pridržavanja svih uputa liječnika vezanih uz strogo ograničenje tjelesnih aktivnosti; stalna podrška i pomoć od strane odgovorne odrasle osobe u slučaju ponovne pojave krvarenja; 24-satna raspoloživost hitnog transporta u bolnicu. (10)

Kod trudnica sa nasjelom posteljicom i znakovima prijetjećeg prijevremenog porođaja primjena tokolitika još uvijek je kontroverzna, prije svega zbog njihova potencijalnoga štetnog učinka na majku i fetus. Terapijski se pristup sastoji od intravenske primjene β 2-selektivnog simpatomimetika fenoterola (Partusisten) do prestanka krvarenja i komplikacija. (10)

Pri nasjeloj posteljici porođaj se najčešće dovršava carskim rezom koji je apsolutno indiciran u svim slučajevima totalne i parcijalne nasjele posteljice. Vaginalni je porođaj moguć u određenim slučajevima marginalne i placente niskog sijela, a prije svega prednje lokalizacije, kada glavicica svojim spuštanjem tamponira posteljicu i na taj način sprječava krvarenje. Carski rez može biti elektivan i hitan. (10) Carski rez mora se izvršiti u najmanje 60 do 70 % slučajeva placente previje radi dobrobiti majke i djeteta. (6)

Opasnost od krvarenja kod placente ne prestaje nakon porođaja djeteta. Za treće porođajno doba karakteristična

su obilna krvarenja stoga ga je važno savjesno nadzirati. Pritiskom na odlupljeni dio posteljice kod vaginalnog porođaja, krvarenje se zaustavlja, a rođenjem djeteta kompresija prestaje. Novo krvarenje nastaje nakon što se režanj odigne od insercijske površine. Efekt zaustavljanja krvarenja najmanji je na donjem uterinom segmentu, odnosno na mjestu odakle potječe krvarenje. Stoga i nakon carskog reza i potpunog odstranjenja posteljice i dalje postoji velika opasnost od krvarenja. (6)

Majčine komplikacije pri nasjeloj posteljici

Znatno je veća pojavnost urasle posteljice (*placenta accreta, placenta increta i placenta percreta*) kod trudnica sa nisko nasjelom posteljicom, osobito ako je ona udružena sa prethodnim carskim rezom usporedimo li sa zdravim trudnicama. U tom slučaju prisutan je i značajan morbiditet. Glavna opasnost od urasle posteljice udružene s nasjeloj posteljicom je visoka učestalost teških postpartalnih krvarenja, pospartalnih transfuzija krvi te hitnih postpartalnih histerektomija. (10)

Neonatalne komplikacije

Posljednjih deset godina veliki napredak u opstetričkoj i neonatalnoj skrbi uvelike je reducirao perinatalni mortalitet povezan s trudnoćama u kojima rizik predstavlja nasjela posteljica. Perinatalna smrtnost danas iznosi manje od 2 %. Placenta previja znatno pridonosi i perinatalnom morbiditetu. (10)

Primaljska skrb

Primalja je odgovorna i pouzdana osoba koja radi u partnerstvu sa ženama kako bi im pružila podršku, brigu i savjet za vrijeme trudnoće, porođaja i babinja. Njezine zadaće podrazumijevaju preventivne mjere, zatim prepoznavanje komplikacija kod majke i djeteta, traženje medicinske pomoći ili druge potrebne pomoći te provođenje mjera u slučaju opasnosti.

Primaljska skrb provodi se u suradnji sa ženama, ona je individualizirana, kontinuirana i neautoritarna. Žene trebaju imati što veću kontrolu pri određivanju njihove njege te ih treba poticati da budu aktivni sudionici u odlučivanju.

Primaljska skrb održava povjerenje i uzajamno poštovanje između primalja i obitelji. Poboľšanje zdravstvenog stanja i veća opuštenost trudnice je rezultat aktivne primaljske skrbi. (14)

Seksualnost u trudnoći i placenta previja

Fiziološke i emocionalne promjene za vrijeme trudnoće mogu utjecati na ženske seksualne želje. Žene i njihovi partneri imaju mnoga pitanja, stoga mora im biti dostupna osoba od povjerenja s kojom mogu otvoreno i bez srama razgovarati, postavljati pitanja te dobiti stručne odgovore. Tu je veoma važna uloga primalje (15).

Placenta previja predstavlja rizik za spolni odnos u trudnoći. Također, rizik predstavlja i prsnuće vodenjaka, rizična blizanačka trudnoća, prethodni spontani pobačaj, krvarenja različitog uzroka, prijevremeni trudovi koji potiču na prijevremeni porođaj. (15) Krvarenje prije 34. tjedna trudnoće se liječi bolnički, mirovanjem u krevetu te naravno, izbjegavanjem spolnog odnosa. (16)

Aktivnosti primalje u nadzoru trudnice

Brine li o trudnici s dijagnozom placente previje primalja mora znati prepoznati simptome i znakove prijetećega krvarenja, obavijestiti opstetričara te postupiti prema njegovoj odredbi. Svi postupci koji se primjenjuju rade se u interesu zdravlja majke i djeteta. Najvažnija zadaća primalje odnosi se na pravovremeno prepoznavanje krvarenja.

Nakon hospitalizacije trudnice s placentom previjom, važno je da primalja kontinuirano nadzire sljedeće: opće stanje trudnice – nemir, strah, bljedilo, mučnina; vitalne znakove: puls – tahikardija, disanje – tahipneja, krvni tlak – hipotenzija; praćenje krvarenja te praćenje stanja fetusa – kardiokografija. (9)

Psihička priprema trudnice uključuje: osloboditi trudnicu straha i pomoći joj da razmišlja pozitivno; objasniti joj važnost strogog mirovanja; osigurati mirnu i ugodnu okolinu; omogućiti posjete najbližih; omogućiti joj da postavlja pitanja i ponuditi valjane odgovore. (17)

Iznimno je važno savjetovati sve trudnice s placentom previjom u trećem tromjesečju o riziku prijevremenog porođaja i mogućnostima nastanka antepartalnog krvarenja. To treba činiti individualno i prići svakoj trudnici ponaosob. (18)

Proces primaljske skrbi

Pojam „proces zdravstvene njege“ označava pristup u otkrivanju i rješavanju problema pacijentice iz područja zdravstvene njege. Svako stanje koje odstupa od normalnog ili poželjnog i stoga zahtijeva intervenciju medicinske sestre/primalje bez obzira na poteškoće koje se mogu javiti nazivamo „problem“. Dva glavna koraka u primaljskoj skrbi su prepoznati i imenovati problem pacijentice te planirati i provesti postupke usmjerene rješavanju problema uz obveznu provjeru njihove uspješnosti. (19)

Svi problemi koje primalja tretira moraju biti definirani u suradnji s pacijenticom, a rješavanje mora biti prilagođeno njezinim potrebama i motivaciji te provedeno u suradnji s timom. (20)

Tablica 1. Primjer plana primaljske skrbi

PRIMALJSKA DIJAGNOZA	CILJ	INTERVENCIJE	EVALUACIJA
Visok rizik za vaginalno krvarenje u svezi s prekomjernom aktivnošću trudnice, sekundarno placenta previja.	Trudnica će reducirati svoje aktivnosti do kraja trudnoće kako ne bi došlo do krvarenja do kraja trudnoće.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educirati trudnicu o važnosti mirovanja. 2. Educirati trudnicu o važnosti prepoznavanja i izvještavanja o eventualnom krvarenju. 3. Educirati trudnicu o komplikacijama u slučaju nastanka krvarenja. 4. Savjetovati trudnici da se ne umara. 5. Pružiti trudnici emocionalnu i psihološku podršku. 	Cilj je postignut: Trudnica se pridržavala savjeta i uputa te nije vaginalno prokrvarila.

Najčešće prisutni problemi kod trudnice s placentom previjom su:

- Neupućenost u visokorizičnu trudnoću, sekundarno u placentu previju, u dijagnostičke pretrage, u ograničenja povezana s tjelesnom aktivnošću
- Neupućenost u dijagnostičke pretrage
- Strah od neizvjesnog ishoda trudnoće
- Neodgovarajuća prilagodba bolničkoj okolini
- Visok rizik za infekciju zbog učestalih vaginalnih pregleda
- Visok rizik za prijevremeni porođaj zbog prekomjerne tjelesne aktivnosti
- Neučinkovito održavanje zdravlja usljed seksualne aktivnosti

Ciljevi primaljske skrbi su:

- Trudnica će verbalizirati važnost i način provođenja dijagnostičkih pretraga
- Trudnica će se pozitivno suočiti sa anksioznošću i strahom
- Trudnica će otvoreno postavljati pitanja i izjašnjavati vlastitu nesigurnost
- Trudnica će znati prepoznati ugrožavajuće simptome i znakove
- Trudnica će racionalno trošiti energiju tijekom provođenja svakodnevnih aktivnosti
- Trudnica će sudjelovati u planiranju i provedbi intervencija.

Primaljske intervencije za postizanje ciljeva su:

1. osigurati mirnu i sigurnu okolinu;
2. osigurati mjesto za razgovor i savjetovanje;
3. osigurati dovoljno vremena za razgovor;
4. pridobiti povjerenje trudnice;

5. poticati trudnicu na verbalizaciju tjeskobe i straha;
6. poticati trudnicu da postavlja pitanja i odgovoriti na njih;
7. educirati trudnicu o važnosti mirovanja;
8. dati trudnici pisani materijal o placenti previji;
9. pojasniti trudnici postupke kod dijagnostičkih pretraga;
10. educirati o mogućim komplikacijama kod placente previje;
11. pojasniti važnost izbjegavanja spolnog odnosa kod placente previje;
12. podučiti je da prepozna simptome i znakove ugroženosti;
13. osigurati trudnici emocionalnu podršku obitelji;
14. osigurati prisustvo supruga ili bližeg člana obitelji za vrijeme razgovora.

ZAKLJUČAK

Najteže i najozbiljnije krvarenje na kraju trudnoće i početku porođaja nastaje kao posljedica placente previje. Što je trudnica pripremljenija manji je osjećaj straha i tjeskobe te lakše podnosi nastalo stanje. U tim trenucima do izražaja dolazi uloga primalje.

Zadaće primaljske skrbi u nadzoru trudnice s placentom previjom odnose se na praćenje stanja trudnice – kontrolom i mjerenjem vitalnih znakova i krvarenja, te praćenjem stanja ploda kardiografijom (CTG). Primalja treba educirati trudnicu i ukazati joj na važnost pridržavanja savjeta i uputa ne samo liječničkih, već i primaljskih. Naime, vrlo je važno da trudnica usvoji savjete o važnosti mirovanja kako bi se spriječile moguće komplikacije.

Emocionalna potpora koju može pružiti suprug ili neki drugi bliski član obitelji te mogućnost da joj na postavljena pitanja stručna osoba ponudi zadovoljavajuće odgovore, trudnici uvelike pomaže te doprinosi njezinu osjećaju samopouzdanja. Svakoj trudnici treba pružiti odgovarajuću edukaciju i savjetovanje o njezinom stanju, prevenciji i postupanju u slučaju komplikacija. Na taj se

način otklanja osjećaj straha i neugode što doprinosi boljem ishodu porođaja.

LITERATURA

1. Habek D., *Porodništvo i ginekologija*, Zagreb, Školska knjiga, 2009, 23.– 26.
2. Petrović D., Babić D., „Patološka anatomija fetusa i placente” u: *Porodništvo*, Zagreb, Medicinska naklada, 2009., 535.– 546.
3. Škrablin S., „Razvoj posteljice” u: *Porodništvo*, Zagreb, Medicinska naklada, 2009., 82.– 89.
4. Habek D., *Ginekologija i porodništvo*, Zagreb, Medicinska naklada, 2013., 158.– 206.
5. Jukić S., „Struktura nezrele i zrele posteljice” u: *Porodništvo*, Zagreb, Školska knjiga, 1999., 77.– 78.
6. Pschyrembel W., *Praktička opstetricija i opstetričke operacije*, Beograd – Zagreb, Medicinska knjiga, 1975., 482.– 501.
7. Mimica M., *Krvarenja u drugoj polovini trudnoće*. Nastavni tekstovi. Split: Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu; 2015.
8. Stojiljković Č., „Krvarenje na kraju trudnoće” u: *Porodništvo*, Zagreb, Školska knjiga, 1999., 249.– 253.
9. Pecigoš – Kljuković K., *Zdravstvena nježa i liječenje trudnice, rodilje i babinjače*, Zagreb, Školska knjiga, 2009., 20.– 21.
10. Đelmiš J., „Placenta praevia” u: *Porodništvo*, Zagreb, Medicinska naklada, 2009., 282.– 286.
11. Shobeiri F., Jenabi E., „Smoking and placenta previa: a meta – analysis”. *The journal of maternal - fetal & neonatal medicine*, 2017, 4:1.– 6.
12. Timothy R., MB BS., FRC SC., „Placenta previa”. *J Obstet Gynaecol Can*, 2014., 36 (8), 667.– 668.
13. Gibbins KJ., Einerson BD., Varner MW., Silver RM., „Placenta previa and maternal hemorrhagic morbidity”. *The journal of maternal – fetal & neonatal medicine*, 2017, 21:1.- 6.
14. Švaljug D., *Primaljstvo danas*. Nastavni tekstovi. Split: Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu; 2014.
15. Savičić J., „Seksualnost u trudnoći”, *Primaljski vjesnik broj 12*, 2012., 19.– 21.
16. MSD priručnik dijagnostike i terapije, (2014), Placenta previa. [Internet], <raspoloživo na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/ginekologija/poremecaji-trudnoce/placenta-previja>>, [pristupljeno 02.05.2017]
17. Mimica I., *Primaljska skrb kod hitnih stanja u porodu*. Završni rad. Split: Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu; 2014.
18. Johnston T A., Paterson – Brown S., „Placenta Praevia, Placenta Praevia Accreta and Vasa Praevia: Diagnosis and Management”. *Green-Top Guideline No. 27*, 2011, january, 1.– 26.
19. Fučkar G., *Proces zdravstvene nježe*, Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1992., 35.– 36.
20. Žižić A., *Kolestaza u trudnoći*. Završni rad. Split: Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu; 2014.



Zika virus u trudnoći: Obaviještenost i stavovi studenata

Martina Šebalj, *bacc. obs.*, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci,
demmentia15@gmail.com

UVOD

Zika virus pripada porodici Flaviviridae, rodu Flavivirus. Kod čovjeka je prvi put izoliran 1952. godine. Temeljem dostupnih informacija i pregledom zabilježenih slučajeva Svjetska zdravstvena organizacija u rujnu 2016. godine sa sigurnošću potvrđuje da zaraza Zika virusom u trudnoći može dovesti do neželjenih ishoda trudnoće i raznih anomalija poput mikrocefalije. (1) S obzirom da su primalje te koje su u neposrednom kontaktu sa ženama reproduktivne dobi, trudnicama, roditeljama, babinjačama i novorođenčadi važno je da budu dobro informirane kako bi se na vrijeme prepoznala infekcija i spriječilo njezino širenje.

ISPITANICI I METODE

Istraživanje je provedeno na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci od sredine do kraja mjeseca lipnja 2017. godine.

Ispitanici u ovom istraživanju su bili studenti sve tri godine preddiplomskog Stručnog studija primaljstva, Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci. U istraživanju je sudjelovalo 44 od 45 studenata primaljstva od kojih je 14 s prve godine studija, 16 s druge i 14 s treće godine. U istraživanju nije bio uključen voditelj istraživanja.

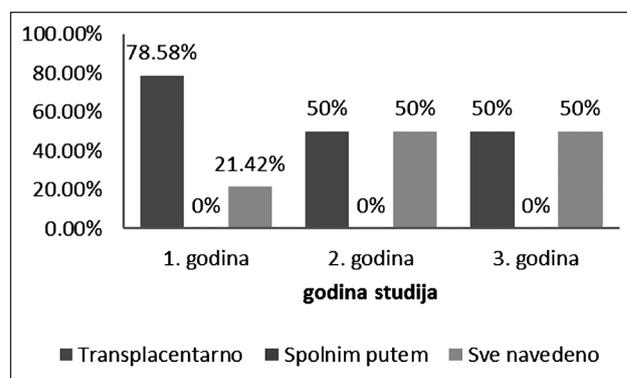
Za istraživanje je korišten anonimni anketni upitnik koji je izradio voditelj istraživanja. Sastoji se od 15 pitanja o općem znanju o Zika virusu i stavovima studenata Stručnog studija primaljstva o tome.

REZULTATI

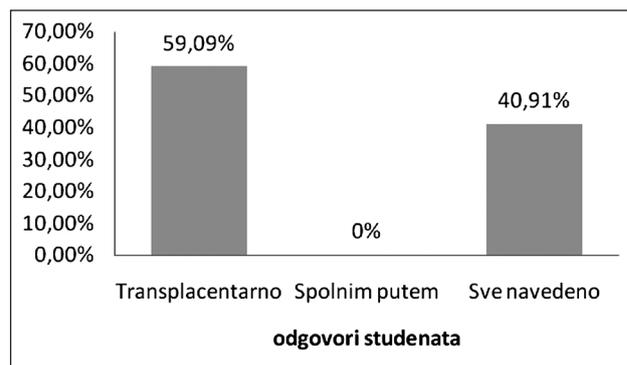
3.1. Znanje studenata o načinima prijenosa Zika virusa

Zika virus se osim ubodom komarca može prenijeti transplacentarnim i spolnim putem. Jedanaest (78,58 %) studenata prve godine i polovina studenata druge te treće godine naveli su da je to moguće transplacentarnim, ali ne i spolnim putem. Troje (21,42 %) studenata prve godine te polovica studenata druge i treće godine navelo je da se infekcija Zika virusom može prenijeti na oba načina. (Slika 1.)

Sveukupno, 26 (59,09 %) studenata je navelo da se infekcija Zika virusom osim ubodom komaraca može prenijeti i transplacentarnim putem, a njih 18 (40,91 %) je navelo da se može prenijeti i transplacentarnim i spolnim putem. (Slika 2.)



Slika 1. Rezultati znanja studenata o načinima prijenosa Zika virusa (razlike između godina studija)



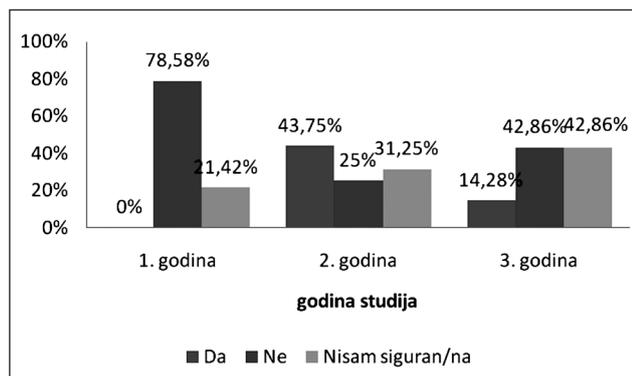
Slika 2. Rezultati znanja studenata o načinima prijenosa Zika virusa (svi ispitanici)

3.2. Znanje studenata o vektorima Zika virusa u Republici Hrvatskoj

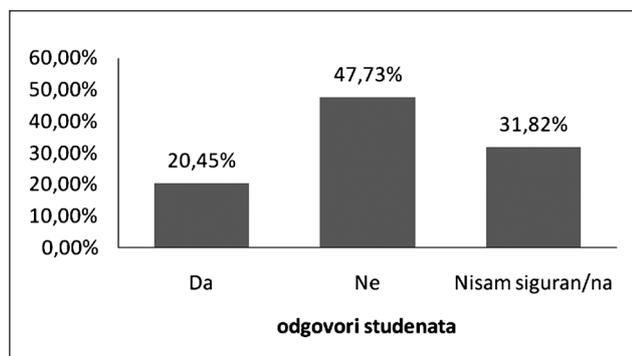
U Republici Hrvatskoj ima komaraca koji mogu prenijeti Zika virus. Sedam studenata druge (43,75 %) i dva studenta treće (14,28 %) godine studija smatraju da u Republici Hrvatskoj ima komaraca koji mogu prenijeti Zika virus.

Jedanaest studenata prve (78,58 %) godine, četiri druge (25 %) i šest s treće (42,86 %) smatra da u Republici Hrvatskoj nema takvih komaraca. Tri studenata prve godine (21,42 %), pet s druge (31,25 %) i šest s treće (42,86 %) nisu sigurni. (Slika 3.)

Sveukupno, 21 student (47,73 %) tvrdi da u Republici Hrvatskoj nema komaraca koji mogu prenijeti Zika virus, njih 14 (31,82 %) nije sigurno, a 9 (20,45 %) tvrdi da ih ima. (Slika 4.)



Slika 3. Rezultati znanja studenata o prisutnosti komaraca koji prenose Zika virus u Republici Hrvatskoj (razlike između godina studija)

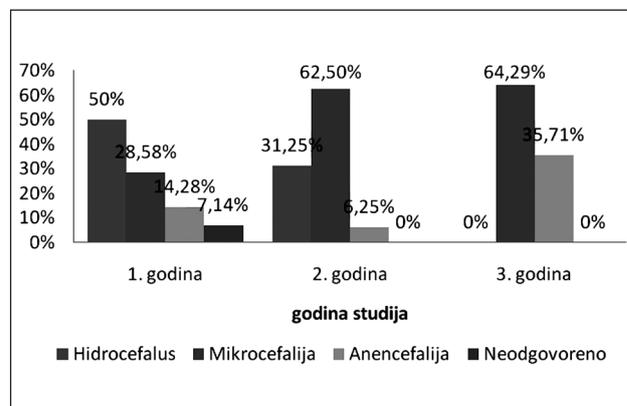


Slika 4. Rezultati znanja studenata o prisutnosti komaraca koji prenose Zika virus u Republici Hrvatskoj (svi ispitanici)

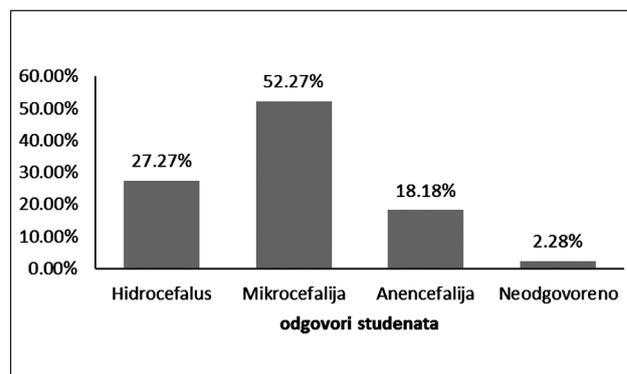
3.3. Znanje studenata o najčešćoj posljedici za fetus trudnice zaražene Zika virusom

Najčešća moguća posljedica za fetus trudnice zaražene Zika virusom jest mikrocefalija. Sedmero studenata s prve (50 %) i petero s druge godine (31,25 %) izjavilo je da je to hidrocefalus. Četiri studenata prve (28,58 %), 10 s druge (62,50 %) i 9 studenata s treće godine (64,29 %) izjavilo je da je to mikrocefalija. Dva studenata prve godine (14,28 %), jedan druge (6,25 %) i pet studenata treće godine (35,71 %) izjavilo je da je to anencefalija. Jedan student prve godine (7,14%) na to pitanje nije odgovorio. (Slika 5.)

Sveukupno, 23 studenata (52,27 %) je izjavilo da je najčešća moguća posljedica za fetus majke zaražene Zika virusom mikrocefalija, 12 da je to hidrocefalus (27,27 %) i 8 da je anencefalija (18,18 %). Jedan student na to pitanje nije odgovorio (2,28 %). (Slika 6.)



Slika 5. Rezultati znanja studenata o najčešćoj posljedici za fetus trudnice zaražene Zika virusom (razlike između godina studija)

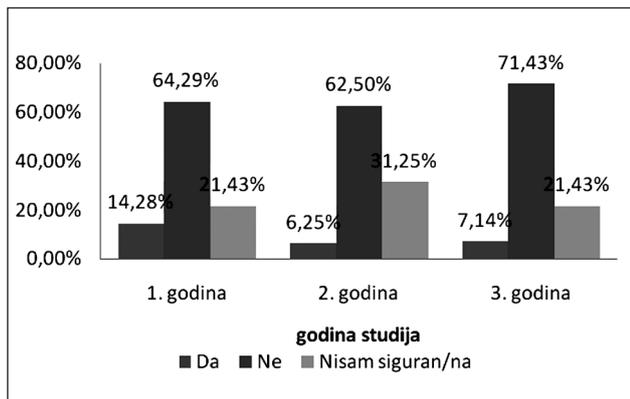


Slika 6. Rezultati znanja studenata o najčešćoj posljedici za fetus trudnice zaražene Zika virusom (svi ispitanici)

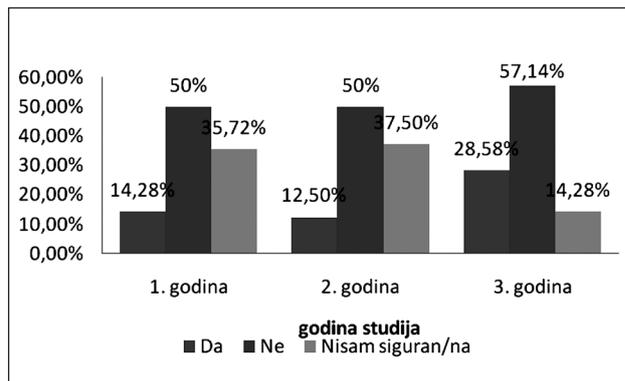
3.4. Odnos studenata prema trudnici kojoj je dokazana infekcija Zika virusom

Dva studenata prve godine (14,28 %), jedan druge (6,25 %) i jedan student treće godine (7,14 %) naveli su da bi im kontakt sa zaraženom trudnicom i skrb o njoj predstavljao problem. Devetero studenata (64,29 %) prve godine, 10 s druge (62,50 %) i 10 studenata treće godine (71,43 %) navelo je da im to ne bi predstavljalo problem. Tri studenata prve godine (21,43 %), pet druge (31,25 %) i tri studenata treće godine (21,43 %) naveli su da nisu sigurni. (Slika 7.)

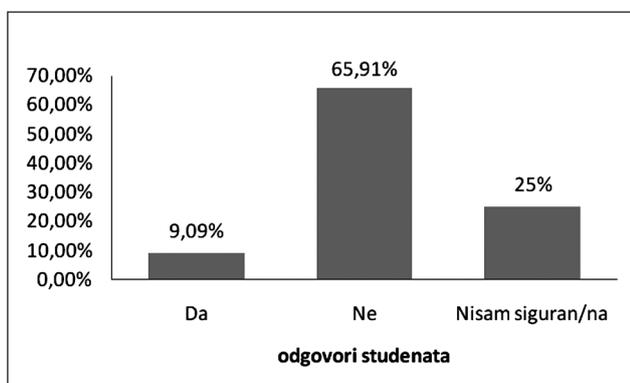
Sveukupno, četiri studenata (9,09 %) su izjavila da bi im to predstavljalo problem, 29 studenata to ne bi smatralo problemom (65,91 %), a njih 11 (25 %) nije sigurno. (Slika 8.)



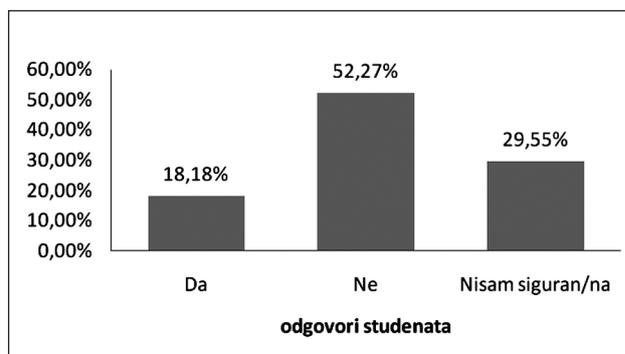
Slika 7. Rezultati broja studenata kojima bi kontakt s trudnicom kojoj je dokazana infekcija Zika virusom predstavljao problem (razlika između godina studija)



Slika 9. Rezultati broja studenata koji bi savjetovali dojenje babinjači kojoj je dokazana infekcija Zika virusom (razlike između godina studija)



Slika 8. Rezultati broja studenata kojima bi kontakt s trudnicom kojoj je dokazana infekcija Zika virusom predstavljao problem (svi ispitanici)



Slika 10. Rezultati broja studenata koji bi savjetovali dojenje babinjači kojoj je dokazana infekcija Zika virusom (svi ispitanici)

3.5. Znanje studenata o postojanju rizika dojenja kod babinjače koja je zaražena Zika virusom

Nema dokazanog prijenosa virusa putem majčinog mlijeka na dojenče i stoga dojenje nije kontraindicirano. Dva (14,28 %) studenta prve, dva (12,50 %) druge i četiri (28,58 %) studenta treće godine savjetovali bi dojenje babinjači kojoj je dokazana infekcija Zika virusom. Pola studenata prve i druge godine, te osam trećegodine Studija (57,14 %) ne bi savjetovalo dojenje zaraženoj babinjači. Pet studenata prve (35,72 %), šest druge (37,50 %) i dva studenta treće godine (14,28 %) nisu sigurni što bi savjetovali. (Slika 9.)

Sveukupno, 8 studenata (18,18 %) bi savjetovalo dojenje babinjači koja je zaražena Zika virusom, 23 studenta (52,27 %) ne bi, a 13 studenata (29,55 %) nije sigurno što bi savjetovalo. (Slika 10.)

RASPRAVA

U Republici Hrvatskoj do sada nije provedeno niti jedno istraživanje o znanju studenata zdravstvenih struka o Zika virusu. To može biti stoga što je Zika virus privukao poveliku pažnju tek zadnjih godina i što je u Republici Hrvatskoj do sada zabilježen samo jedan slučaj infekcije. Rezultati našeg istraživanja su pokazali da je tek mali broj ispitanika svjestan da u Republici Hrvatskoj postoje komarci koji mogu prenijeti Zika virus i da je manje od polovine ispitanika upoznato sa svim mogućim načinima prijenosa Zika virusa. Više od polovine ispitanika je upoznato s mogućim posljedicama za fetus trudnice zaražene Zika virusom, a većem broju ispitanika kontakt s trudnicom kojoj je dokazana infekcija Zika virusom ne bi predstavljao problem.

Čak 47% ispitanika smatra da u Republici Hrvatskoj nema komaraca koji mogu prenijeti Zika virus. To je veliki propust. Osobama koje su se vratile iz područja gdje su zabilježeni slučajevi infekcije potrebno je savjetovati korištenje repelenata i provođenje drugih načina zaštite s cilju sprječavanja uboda komaraca i daljnjeg širenja virusa.

Najviše studenata prve godine Stručnog studija primaljstva smatra da u Republici Hrvatskoj nema komaraca koji mogu prenijeti Zika virus, dva puta više od studenata treće godine i tri puta više od studenata druge godine, što može ukazivati na manjak predavanja o Zika virusu na prvoj godini studija, no isto tako ukazuje na upotpunjavanje znanja tijekom studija.

Veliki broj ispitanika svih godina studija, njih 59 %, navelo je da se uz ubod komarca bolest širi i transplacentarno, ali nije bilo upoznato s mogućnošću širenja infekcije i spolnim putem. Tu skupinu ponajviše čine studenti prve godine, njih 78 % smatra da se bolest širi transplacentarnim, ali ne i spolnim putem. Studenti primaljstva su budući zdravstveni djelatnici koji će svakodnevno surađivati s ženama i trudnicama te je od iznimne važnosti da budu upoznati s načinima prijenosa Zika virusa. Ukoliko je jedan od partnera boravio na mjestu gdje su zabilježeni slučajevibolesti potrebno je savjetovati parove da prakticiraju sigurne spolne odnose. Nepoznavanje mogućih načina prijenosa bolesti može dovesti do ubrzanog širenja u populaciji.

Malo više od polovine ispitanika, njih 52 %, bilo je upoznato s mikrocefalijom kao mogućom posljedicom za fetus trudnice zaražene Zika virusom. Tu skupinu čine ponajviše studenti druge i treće godine. Rezultati opet ukazuju na manjak znanja među studentima prve godine i potrebu za njihovom daljnjom edukacijom o Zika virusu koja je potpunija na višim godinama studija.

Kontakt s trudnicom kojoj je dokazana infekcija Zika virusom ne bi bio problem 65 % studenata, a 9 % studenata to smatra problemom. Zika virus se ne prenosi uobičajenim socijalnim kontaktom, rukovanjem ili zrakom i uz pravilnu zaštitu tijekom medicinskih postupaka prijenos infekcije se ne bi trebao dogoditi. Ovi rezultati mogu ukazivati na manjak znanja studenata o načinima prijenosa Zika virusa.

Uznemirujuće je da čak 52 % studenata babinjačama zaraženim Zika virusom ne bi savjetovalo dojenje, dok bi samo 18 % studenata savjetovalo. Do sada nije zabilježen niti jedan slučaj prijenosa Zika virusa s babinjače na dojenče putem dojenja i zbog toga ono nije kontraindicirano.

Istraživanje je pokazalo su studenti treće godine preddiplomskog Stručnog studija primaljstva Sveučilišta u Rijeci bolje informirani od studenata prve i druge godine, te da studenti sve tri godine ipak nedovoljno znaju o Zika virusu, što može imati značajne posljedice, stoga je prijeko potrebna dodatna edukacija.

ZAKLJUČAK

Ovo je prvo istraživanje o znanju studenata zdravstvenih struka o Zika virusu u Republici Hrvatskoj. Rezultati istraživanja pokazuju da studenti nisu dovoljno upućeni

u temu i da je potrebno nastaviti s edukacijom o Zika virusu putem predavanja, seminara i radionica. Moguće je da u budućnosti dođe do epidemije Zika virusa u Republici Hrvatskoj i tada bi od iznimne važnosti bilo znanje zdravstvenih djelatnika u cilju prevencije daljnjeg širenja virusa, rane i pravilne dijagnoze te liječenja. Upravo zbog toga je bitna dobra upućenost. Zika virusu najveća je pažnja poklonjena tijekom zadnjih nekoliko godina i u tom periodu su napravljena mnoga istraživanja. Svakodnevno dobivamo nove informacije i zbog toga je značajna redovita edukacija i praćenje novih informacija te rezultata istraživanja.

LITERATURA

1. World Health Organization. The History of Zika Virus. WHO [Internet]. 2017. Dostupno na: <http://www.who.int/emergencies/zika-virus/history/en/> (pristupljeno: 25.05.2017.)



Zadovoljstvo majki edukacijom o dojenju

Ilijana Babić, prvostupnica primaljstva, ilijana.babic@hotmail.com

*Matea Šarić, mag. med. techn., Sveučilišni odjel zdravstvenih studija,
Sveučilište u Splitu, matea.saric@ozs.unist.hr*

UVOD

Priroda se savršeno i čudesno pobrinula za sve faze ljudskog života, pa tako i za tek rođeno dijete. Mnoge majke, posebno prvorođene, nailaze na brojne nedoumice i poteškoće s dojenjem, a pomoć traže na različite načine.

Dojenje je vještina koju uče i majka i dijete, a poteškoće samo znače da im je potrebno malo vremena za usklađivanje. Uz dobru potporu, savjete i upornost, trud se svakako isplati, jer majka i dijete ostvaruju priliku da iskuse jedan od najljepših osjećaja na svijetu. Ne treba smetnuti s uma ni da je dojenje ujedno i najzdraviji način prehrane.

„Dojenje je mnogo više od samog načina hranjenja. To je vrijeme davanja i primanja ljubavi, vrijeme u kojem se dijete osjeća sigurno i zaštićeno, vrijeme u kojem majka i dijete uče jedno o drugome i ostvaruju povezanost“. (1)
„Dojenje je prirodan proces koji započinje s rođenjem djeteta. Svako zdravo novorođenče sposobno je i programirano da odmah po rođenju puze po trbuhu svoje majke, traži te pronade dojku i započne sa sisanjem“. (2)

Mnoga znanstvena istraživanja dokazala su da dojenje pozitivno utječe na zdravlje djeteta i majke. Zato Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) i UNICEF preporučuju prehranu isključivo majčinim mlijekom tijekom prvih šest mjeseci dojenačke dobi, a potom nastavak dojenja do druge godine, odnosno tako dugo dok to žele majka i dijete. (1)

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, u dobi od 6 mjeseci samo je 25 % djece dojeno. Stoga je iznimno važno, na svim društvenim razinama, promovirati dojenje kao jedinu odgovarajuću prehranu novorođenčeta i dojenčeta, te poticati nastavak dojenja i nakon što se započne s dohranom. Zajedničkim radom svih zdravstvenih djelatnika, države i udruga za promicanje dojenja može se ostvariti uspjeh. UNICEF i SZO 1992. godine potaknuli su program promicanja dojenja pod nazivom „10 koraka

do uspješnog dojenja“, a rodilišta koja ispunjavaju te kriterije nakon ocjenjivanja dobivaju naziv „Rodilišta prijatelji djece“. (3,4)

Dojka (lat. mamma) simetrični je parni organ smješten na prednjoj strani prsnog koša. (5) Sastoji se od kože s bradavicom i areolom, mliječne žlijezde te od masnog i vezivnog tkiva. (6) (Slika 1) Koža ima različitu debljinu na različitim mjestima dojke. Promjer areole iznosi od 35 do 50 mm. Stupanj pigmentiranosti uvjetovan je prisutnošću melanina, varijabilan je i izraženiji u trudnoći. Na površini areole nalaze se Morgagnijeva tjelešca, odnosno žlijezde lojnice. U sredini areole smještena je bradavica, može biti različitih oblika i dimenzija, prosječno 1 cm promjera i visine. (5) Mliječna žlijezda građena je od četiri do osamnaest režnjeva, prosječno devet, s istim brojem izvodnih kanala (lat. ductus lactiferi). Režnjevi (lat. lobi glandulae mammariae) građeni su od režnjića (lat. lobuli glandulae mammariae), a režnjići od skupina alveola okruženih mišićnim stanicama koje istiskuju mlijeko. (6) Mišićno tkivo mehanička je potpora dojci, a masno tkivo štiti dojku od vanjskih ozljeda. (7)

Do početka puberteta, razvoj ženske dojke nastavlja se pod utjecajem ženskih spolnih hormona, a završava tek za vrijeme trudnoće i dojenja. (8,9)

Majčino mlijeko, najbolja je hrana za dojenče, jer je potpuno prilagođeno potrebama djeteta. (10) Litra majčina mlijeka ima oko 700 kcal čime u cijelosti podmiruje kalorijske potrebe zdravog donošenog dojenčeta do šest mjeseci. Nakon te dobi potrebno je u prehranu uvesti i druge namirnice kako bi se zadovoljila povećana potreba za energijom organizma koji raste i osigurala odgovarajuća količina i omjer svih hranjivih sastojaka. (11,12)

Sastav majčina mlijeka je promjenjiv, mijenja se s dobi djeteta, ali i tijekom istog podoja. Nakon rođenja izlučuje se kolostrum odnosno prvo mlijeko koje se razli-

kuje od prijelaznog i zrelog mlijeka. Kolostrum se izlučuje tijekom prvih nekoliko dana života djeteta i sadrži manje masti i laktoze, a veće količine bjelančevina, leukocita, imunoglobulina, oligosaharida i čimbenika rasta. Četiri do četrnaest dana nakon poroda, tijekom prijelaznog razdoblja, mlijeko se mijenja. Povećava se udio laktoze i masti, a smanjuje udio bjelančevina i imunskih stanica. Otprilike 2 do 3 tjedna nakon poroda, taj proces završava i mlijeko se od tada naziva zrelim mlijekom. Zanimljivo je da je mlijeko majki koje rode prijevremeno rođenu dojenčad vrlo različito. Bogato je nenutritivnim sastavnicama, uglavnom imunostimulirajućim, ali i mnogobrojnim čimbenicima rasta koji snažno potiču razvoj obrambenog i crijevnog sustava. Mlijeko je različito i tijekom podoja, tako da se na početku prvo mlijeko većinom sastoji od vode i utažiti će djetetu žeđ. Udio masti se tijekom podoja povećava, a mlijeko koje se izlučuje potkraj podoja nutritivno je iznimno važno, jer sadržava veliku količinu energijski bogatih nutrijenata. Stoga je važno da se pri podoju dojka uvijek isprazni do kraja. (9)

Kada govorimo o važnosti dojenja, treba istaknuti da je dojenje važno koliko za dijete toliko i za majku, ali i za cjelokupno društvo.

Dojena djeca, osobito ona koja su prvih šest mjeseci isključivo hranjena majčinim mlijekom, rjeđe oboljevaju od upala dišnog, probavnog i mokraćnog sustava te upala srednjeg uha. Dojena djeca imaju bolji odgovor organizma na cjepiva, pokazuju manju sklonost spram prekomjerne tjelesne težine u odrasloj dobi te bolestima srca i krvnih žila. Dojena djeca rjeđe oboljevaju od celijakije, šećerne bolesti, kronične upalne bolesti crijeva, astme i egzema. Dojenje je važno za intelektualni, emocionalni i socijalni razvoj djeteta te su dojena djeca inteligentnija, imaju bolji psihomotorični, emocionalni i društveni razvoj. (1)

Istraživanja su pokazala da majke koje doje imaju manju učestalost raka jajnika ili dojke. Dojenje ubrzava involuciju, ima kontraceptivni učinak, pa je mogućnost nove trudnoće manja. Poslijeporođajnoj depresiji manje su sklone majke koje doje, a dojenje doprinosi izražajem samopoštovanju te osjećaju bliskosti i povezanosti s djetetom. (1)

Dojenje štedi vrijeme i novac. Majčino mlijeko je besplatno, pa obitelj neće biti opterećena dodatnom opremom za dojenčad. Dojenje ne zahtijeva nikakvu pripremu, uvijek je dostupno i stvara pozitivno ozračje u obitelji. Dojenje štedi i novac u zdravstvu, jer su dojena djeca rjeđe bolesna. (12)

Dojenje je prirodni proces, ali je i vještina koju majka i dijete trebaju svladati. Kako bi majka uspješno dojila te ostvarila sve dobrobiti dojenja za dijete, sebe i društvo, potrebno je majku educirati i pružati joj podršku tijekom dojenja.

Dva su načina dojenja s obzirom na vremenski raspored: neograničeno i kontrolirano dojenje. Neograničeno dojenje ne postavlja djetetu unaprijed nikakva pravila. Umjesto sata, promatra se dijete. Majka prvih dana i tjedana nakon poroda doji dijete kad ono plače ili na neki drugačiji način pokazuje da je gladno, a to može biti 10 do 12 puta u 24 sata. Trajanje podoja također je prepušteno djetetu. Većina djece posiše 80-90 % obroka u prvih 5 minuta sisanja dojke, a ostatak u idućih 10 do 15 minuta. Dojenje prekida dijete kada je sito. Ovaj način daje priliku njegovom probavnom sustavu da postupno „uvježba“ primanje hrane na usta i njezino probavljanje, a da pri tomu ne gladuje između dva obroka. (9)

Kod kontroliranog načina dojenja dijete se od početka doji svaka 3 do 4 sata, a podoj se prekida nakon 20 minuta sisanja na jednoj dojci. Ovaj način dojenja nije toliko poželjan za uspostavu dobre laktacije, jer u pravilu ne osigurava dostatnu stimulaciju sekrecije prolaktina i oksitocina, a može imati i negativne psihološke posljedice na odnos majka - novorođenčce. Za razliku od industrijskih pripravaka kravljeg mlijeka koji se probavljaju za otprilike 4 sata, majčino mlijeko se vrlo brzo probavlja, dostaje jedan sat i trideset minuta, do dva sata, stoga dijete brže ogladni. Ostavi li se dijete da plače i čeka predviđeno vrijeme hranjenja uznemirava i majku i dijete. Pregladnjelo dijete može biti na dojci previše razdraženo, što opet remeti kvalitetu sisanja. (9)

Izdavanje može biti korisno u različitim trenucima, a ponekad je i neophodno. Kod zastojne dojke, mastitisa i apscesa, izdavanje omogućuje pražnjenje mlijeka, kod odvojenosti majke i djeteta, izdavanje služi očuvanju laktacije, a ujedno povećava stvaranje mlijeka. Prijevremeno rođena djeca i djeca niske porođajne mase hrane se izdojenim majčinim mlijekom, sve dok nisu sposobni za dojenje. Izdajati se može ručno ili uz pomoć izdajalice. Oba načina imaju prednosti i nedostatke, no ipak se preporučuje ručno izdavanje. U pravilu se treba izdajati najmanje 6 do 8 puta tijekom 24 sata, uključujući barem jedno noćno izdavanje. (11)

Postupak ručnog izdavanja je jednostavan i praktičan, ne zahtijeva nikakvu posebnu opremu, tek malo vježbe. Svaka majka koja doji trebala bi usvojiti i vještinu ručnog izdavanja. Prije samog postupka potrebno je pripremiti čistu plastičnu posudu te oprati ruke sapunom i vodom. Posuda u kojoj se prikuplja mlijeko ne mora biti sterilna, ali mora biti posve čista. Dojku i bradavicu nije potrebno dodatno prati prije izdavanja, dovoljno je to učiniti tijekom dnevne higijene. Majka se treba udobno smjestiti i opustiti. Mogu se primijeniti postupci kojima se potiče refleks otpuštanja mlijeka poput blage masaže dojki, toplog obloga na dojci, promatranja djeteta. Cijeli postupak ručnog izdavanja traje od 20 do 30 minuta. (11)



Tehnika ručnog izdajanja:

Saviti prste u obliku slova C, tako da se palac položi na vrh, a ostale prsti ispod areole. Pomaknuti ruku unatrag prema prsnom košu i približiti lagano prste i palac klizeći prema bradavici. Ritmički ponavljati taj pokret. Palac i ostali prsti ne smiju dotaknuti bradavicu, ali trebali bi pritiskati mliječne kanaliće u dojci radi pražnjenja. (13, 14) Nakon toga, ponoviti masažu 5 do 10 minuta kako bi se ponovno potaknuo refleks otpuštanja mlijeka i ponovno izdajati. Najviše mlijeka izdojiti će se nakon prve masaže, jer postupno zalihe će se isprazniti. Majka se o broju ponavljanja treba ravnati prema sebi i količini mlijeka u dojkama. (15)

Tehnika izdajanja izdajalicom:

Postupak pripreme izdajanja izdajalicom gotovo je jednak kao i kod ručnog izdajanja. Važno je da se žena opusti, psihički pripremi na izdajanje i ugodno smjesti. Obavezno

treba pročitati upute o korištenju izdajalice. Prije samog izdajanja može se masiranjem i toplim oblozima olakšati otpuštanje mlijeka. Upotreba izdajalice ne preporučuje se u slučaju oštećenih bradavica, jer će dodatno oštetiti dojke, ne preporučuje se ni kod zastojne dojke, jer se izdajalicom ne stvara odgovarajući vakuum za učinkovito pražnjenje dojki. (11)

Izdojeno mlijeko sprema se u plastičnu posudu, jer u staklenoj stanični elementi mlijeka propadaju. (9) Duljina pohrane majčina mlijeka odnosi se na zdravo, donošeno dijete i kućne uvjete. (6) (Tablica 1) Zaleđeno mlijeko najbolje je odmrzavati na sobnoj temperaturi. Ukoliko ga je potrebno brzo pripremiti za upotrebu, može se koristiti topla, ali ne i vruća kupelj. Mlijeko se ne smije odležavati u mikrovalnoj pećnici. Jednom odležano mlijeko može se upotrijebiti unutar 24 sata drži li se u hladnjaku i ne smije se ponovno zamrzavati. (16) Pribor za izdajanje potrebno je redovito prati i sterilizirati. Jednostavno održavanje provodi se pranjem deterdžentom za posuđe i ispiranjem tekućom vodom, a zatim petnaestominutnim iskuhavanjem. Takav pribor ne smije se brisati, već se ostavlja da se osuši. (1)

Tablica 1. Mjesto i duljina pohrane majčina mlijeka

Sobna temperatura (do 25°C)	Do 6 sati
Hladnjak (2 do 4°C)	Do 8 dana
Pretinac za zamrzavanje unutar hladnjaka	Do 14 dana
Pretinac za zamrzavanje s odvojenim vratima	Do 6 mjeseci
Škrinja za zamrzavanje (-20°C)	Do 12 mjeseci

Izvor: Gašparović Elveđi V, Zakarija Grković I i sur. Priručnik za predavače na trudničkim tečajevima, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske i Unicef Zagreb, 2010; 72-78.

PROBLEMI PRI DOJENJU

Ravne i uvučene bradavice - Manji broj majki, njih 10 do 20 %, ima uvučene ili ravne bradavice koje djetetu otežavaju dobro sisanje. (9) Moguće poteškoće postavljanja djeteta u pravilan položaj tijekom prvih podoja ne smije obeshrabiriti majke. S vremenom, kada malo poraste, dijete će lakše prihvatiti dojku na ispravan način. Korisno je ručno izdajanje mlijeka nekoliko minuta prije podoja kako bi se omekšalo područje areole koje će djetetu omogućiti lakši prihvat dojke. Ponekad taj postupak „formira“ bradavicu. Prije podoja kockicom leda može se lagano dotaknuti bradavica, većina ih se ispupči. Također se mogu upotrijebiti i silikonski šeširići za bradavicu. (1)

Oštećene bradavice – Unutar djetetovih usta nepravilno smještena bradavica nalazi se između jezika i tvrdog nepca.

Djetetovi obrašćići su uvučeni i ono cmokće, a dojenje je bolno i bradavice pucaju (ragade). Pravilnom tehnikom dojenja izbjeći će se oštećenja bradavice. Ipak, ukoliko dođe do ragada liječiti ih treba uspostavom pravilne tehnike dojenja i mazanjem bradavica izdojenim mlijekom između podoja. Ukoliko je dojenje jako bolno, mlijeko treba izdajati i hraniti dijete čašicom dok se bradavice ne oporave. Silikonski šeširići ne pomažu spriječavanju nastanka ili liječenju ragada ako se ne popravi tehnika sisanja. (1)

Soor (mliječac) - Soor je gljivična infekcija čijem razvoju pogoduje mlijeko. Majka može imati simptome iznenadnog problema s bolnim bradavicama, ružičastim i ispućanim bradavicama koje se ljušte, svrbe i peku. Može imati i vaginalnu gljivičnu infekciju. Kod djeteta se mogu primjetiti bijele naslage u usnoj šupljini i na jeziku, pelenski osip, odbijanje dojke ili oklijevanje s dojenjem, jer djetetova usta su bolna. Majka i dijete trebaju se liječiti istovremeno, najmanje dva tjedna, propisanim antimikotikom za majčine bradavice i djetetovu usnu šupljinu. Važno je prati ruke, pogotovo nakon presvlačenja pelena, treba često mijenjati jastučice za grudnjak, adjetetove dudu i igračkke koje stavlja u usta treba iskuhavati ili prati u vrućoj vodi jednom dnevno. (17)

Zastojna dojka - Najčešće nastaje u prvim danima dojenja, nakon obilnog nadolaska mlijeka treći do peti dan nakon poroda. Dojke su tvrde i izrazito bolne, a koža napeta i sjajna. Majka može imati temperaturu do 38,5 °C. Najčešći razlozi nastanka zastojne dojke su sljedeći: rijetko stavljanje djeteta na prsa, neprepoznavanje djetetove potrebe za sisanjem, neučinkovito i nepravilno sisanje, nedostatno pražnjenje dojki te odvojenost majke od djeteta tijekom noći. Problem se rješava pražnjenjem dojke, češćim podojima ili izdajanjem te masažom dojke prije podoja ili izdajanja. Mnogim majkama prije podoja pomažu topli oblozi koji opuštaju i šire mliječne kanaliće. Za ublažavanje bolova mogu se koristiti lijekovi protiv bolova. (1)

Začepljeni kanalić - Postoji više uzroka začepljenom kanaliću unutar dojke. Najčešći je vanjski pritisak na dojku, zbog tijesnog grudnjaka ili položaja u spavanju koji pritišće dojku, potom tu je i neučinkovito pražnjenje dijela dojke uzrokovano neučinkovitim sisanjem, plitkim hvatom djeteta na dojku, preskakanjem dojenja, hiperlaktacijom. Ponekad je začepljen otvor izvodnog kanalića. Problem se lako prepoznaje, a majčini simptomi su topla i crvena dojka iznad opipljive kvrge. Zahvaćeno područje jasno je ograničeno i nije praćeno povišenom temperaturom. U slučaju neadekvatnog pražnjenja dojke zahvaćeno područje može biti i veće. Kod začepljenog izvodnog kanalića vidljiva je bijela točkica na bradavici čiji promjer otprilike iznosi 1 mm, sjajne je i glatke površine, a uzrokuje jaku bol, osobito pri dojenju. S obzirom na to da je u tom slučaju blokiran odvod mlijeka za cijeli režanj dojke, može doći

do zastoja koji obuhvaća veće područje. Kod začepljenog kanalića uzrokovanog pritiskom i neučinkovitim pražnjenjem pomaže lagana masaža i topli oblozi prije podoja. Tijekom dojenja lagani pritisak na kvrgu u smjeru bradavice može pomoći i pospiješiti protok mlijeka. Najvažnija je pravilna tehnika dojenja, a učinak je bolji ako je brada djeteta okrenuta prema začepljenom području. (2)

Upala dojke (mastitis) - Ukoliko su dojke napete i tvrde, a dijete neučinkovito doji ili se majka ne izdaja, zaostalo mlijeko pogoduje razvoju infekcije, odnosno upali dojki. Simptomi mastitisa su crvena, topla, otečena dojka koja je bolna na dodir, a majka osjeća slabost, bolove u mišićima i ima povišenu temperaturu, višu od 38,5 °C. Laktacijski mastitis obično uzrokuje bakterija *Staphylococcus aureus*, koja u sustav mliječne žlijezde ulazi preko ragada na bradavicama. (5) Mastitis najčešće nastaje naglo, u pravilu 2 do 3 tjedna poslije poroda. Obično je jednostran, ali može zahvatiti i obje dojke. (8) Upala dojki liječi se redovitim dojenjem, ukoliko ne izaziva jaku bol i ručnim izdajanjem. Prije podoja ili izdajanja dobro je primijeniti tople, a nakon hladne obloge. Bol se može ublažiti uzimanjem lijekova protiv boli poput ibuprofena i paracetamola, a antibiotike treba uzimati prema preporuci liječnika. (1) Ukoliko se majke ne liječe antibioticima, u 12 do 35 % bolesnica razvije se apsces. (5)

Apsces dojke - Ne postoji stroga granica u definiciji apscesa i mastitisa te prijelaz nije jasno ograničen. Ako se mastitis ne liječi, može doći do apscesa koje se očituje izrazitim crvenilom na određenom području, otečenom i tvrdom dojkom. (1) U prošlosti laktacijski apsces je bio mnogo učestaliji zbog smanjenog higijenskog minimuma i nedostatka antibiotika. Većina bolesnica liječi se ambulantno. Liječenje se provodi uglavnom aspiracijom gnojnog sadržaja iz apscesa, slijede incizija i drenaža, a potom i primjena antibiotika. U razdoblju nakon operacije preporučuje se nastavak dojenja radi dekompresije dojke. (5)

CILJ

Glavni cilj istraživanja: Utvrditi stupanj zadovoljstva majki edukacijom o dojenju. Specifični ciljevi istraživanja: utvrditi duljinu dojenja i razloge prestanka dojenja. Hipoteza istraživanja: Majke – dojilje najzadovoljnije su edukacijom koju su provele patronažne medicinske sestre.

ISPITANICI I METODE

Uzorak

Istraživanje je provedeno u online anketom. Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno i anonimno. Ispitanici su bile majke – dojilje, članice društvene mreže Facebook i to grupe „Roda – Roditelji u akciji“, zatim posjetiteljice facebook stranice Hrvatske komore primalja te posjetite-

ljice facebook stranice Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu. Anketa je podijeljena na 48 privatnih profila korisnika Facebooka. Suglasnost o sudjelovanju u istraživanju nije se uzimala pisanim putem već je podrazumijevana samim sudjelovanjem kako bi se maksimalno zaštitio identitet ispitanika. U istraživanju je sudjelovalo 1064 ispitanica.

Metoda istraživanja

Istraživanje je provedeno u veljači i ožujku 2017. godine online anketom koja se sastojala od 12 pitanja. (Prilog 1)

Statistička obrada

Prikupljeni podatci iz upitnika uneseni su u Microsoft Excel tablice prema unaprijed pripremljenom kodnom planu. Za obradu je korištena deskriptivna statistika. Za određivanje srednje vrijednosti korišten je medijan u svezi s nepravilnom distribucijom.

REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 1064 ispitanica. Od navedenog broja 614 ispitanica (58 %) ima jedno dijete, 320 ispitanica (30 %) ima dvoje djece, 88 ispitanica (8 %) ima troje djece. Jedna ispitanica (0,1 %) ima dvoje djece iz jedne trudnoće, te jedna ispitanica (0,1 %) ima troje djece iz dvije trudnoće (druga trudnoća je bila blizanačka).

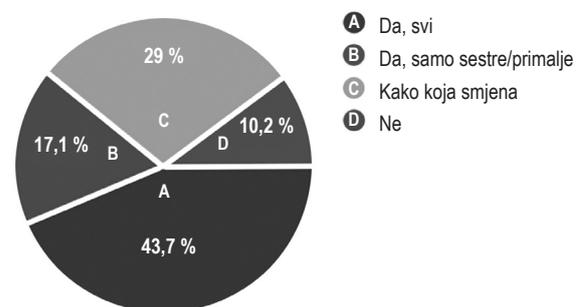
Prosječna dob rođenja posljednjeg djeteta ispitanica iznosi 29 godina (16-43). Vaginalni porod je imalo 78 % ispitanica, dok je carskim rezom porođeno njih 22 %.

Od ukupno 409 ispitanica, 77 % ih je dojilo starije dijete, dok 23 % ispitanica nije dojilo starije dijete. Tek nešto

više od polovice ispitanica (51 %) je pohađalo trudnički tečaj. Čak 42 % ispitanica nije imalo uspješan podoj u prvih sat vremena po porodu, dok je 58 % ispitanica imalo, njih 23 % ostvarilo je uspješan podoj uz stručnu pomoć.

Ukupno 60 % ispitanica je poticano na dojenje od strane osoblja rodilišta, a 44 % ispitanica je poticano od strane i liječnika i medicinskih sestara i primalja. (Slika 1) Gotovo trećina ispitanica (29 %) navela je da je poticana ovisno o smjeni, dok je 10 % ispitanica navelo da uopće nije bilo poticano.

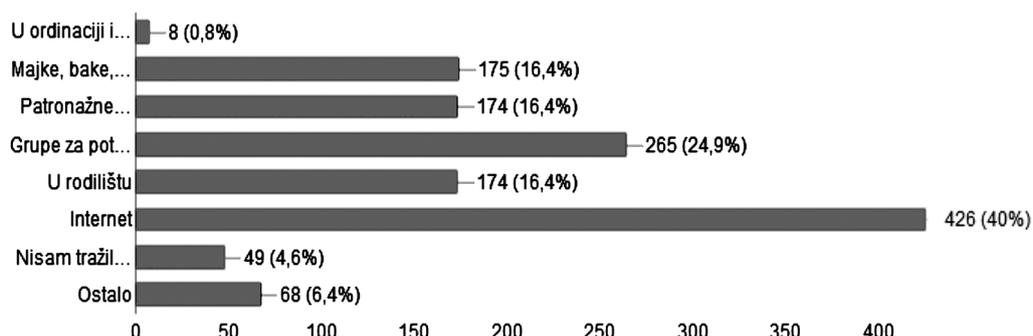
Je li Vas osoblje poticalo na dojenje tijekom boravka? (1064 odgovora)



Slika 1. Poticanje na dojenje od strane zdravstvenog osoblja

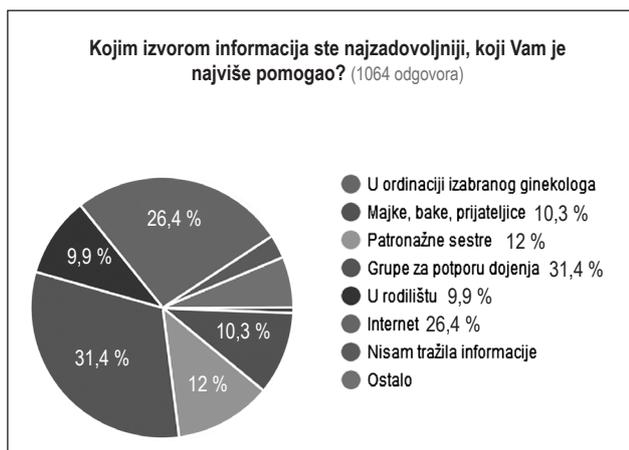
Najveći broj ispitanica 426 (40 %) do informacija je došlo putem interneta, 265 (25 %) od strane grupa za potporu dojenja, jednak broj ispitanica, njih 174-175 (16 %) informacije su dobivale od majki, baki, prijateljica, patronažnih sestara te od osoblja u rodilištu. Najmanji broj ispitanica, njih 8 (0,8 %) informacije je dobilo u ordinaciji izabranog ginekologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Ukupno 49 ispitanica (5 %) navelo je da informacije nisu ni tražile, dok se 68 ispitanica (6 %) koristilo drugim izvorima koje nisu imenovale (Slika 2).

Kako ste dolazili do informacija vezanih uz dojenje? (1064 odgovora)



Slika 2. Izvori informiranja

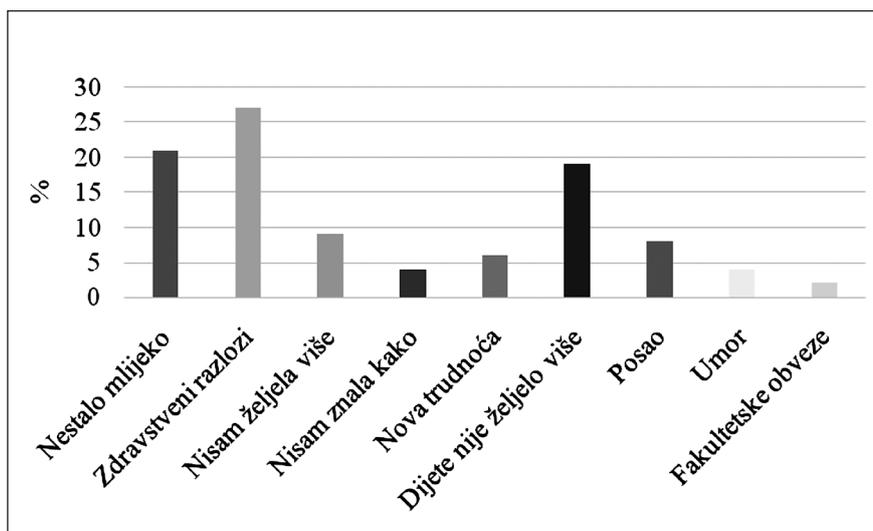
Najveći broj ispitanica (31 %) najzadovoljniji je informacijama dobivenim na grupama za potporu dojenja, zatim informacijama s interneta (26 %), patronažnim sestrama (12 %), majkama, bakama, prijateljicama (10 %), osobljem rodilišta (10 %), dok su najmanje zadovoljne onima iz ordinacije izabranog ginekologa odnosno te su im informacije najmanje pomogle. (Slika 3)



Slika 3. Najbolji izvori informiranja

Ukupno 66 % ispitanica još uvijek doji dijete, dok 34 % ispitanica više ne doji više. Prosječna dob djeteta, određena medijanom zbog ekstremnih vrijednosti, u trenutku provođenja istraživanja iznosi 11 mjeseci. (0-289)

Najčešći razlozi prekida dojenja, prikazani su na Slici 4. Najučestaliji razlog prestanka dojenja uzrokovan je zdravstvenim razlozima od čega 56 % otpada na zdravstvene razloge majke (infekcije, hospitalizacije...), te 44 % na zdravstvene razloge djeteta (operacije, hospitalizacija...). Nedostatak mlijeka majke su povezale sa stresom zbog zdravstvenog stanja djeteta (62 %), stresom uzrokovanim novom životnom ulogom, zdravstvenim stanjem djeteta i slično (38 %). „Dijete nije željelo više“ je najčešće povezano s dobi djeteta (>1 godine) (40 %) te novom trudnoćom (60 %). Također „nisam željela više“ je opravdano s djetetovom dobi (>2,5 godine) (89 %). Prosječna duljina dojenja kod ispitanica iznosi 13 mjeseci (0-48).



Slika 4. Razlozi prestanka dojenja

RASPRAVA

Prosječna dob ispitanica iznosi 29 godina. Njih 58 % ima jedno dijete, 30 % ima dvoje, a 9 % troje i više djece. Vaginalni porod imalo je 78 % ispitanica, dok je carskim rezom porođeno ukupno 22% ispitanica. Dobiveni podatci podudaraju se s podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, registrom: „Porodi u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj 2015. godine“. (18)

Prema dostupnim podacima najučestaliji broj poroda bio je u dobi od 25 do 34 godine. Na trend smanjenja rađanja u mlađim dobnim skupinama i porasta rađanja u dobi iznad 35 godina, karakterističan za razvijene zemlje, nalazimo i u Hrvatskoj. Prema podacima iz 2015. godine registrirano je najviše prvih poroda, njih 49 %, drugih je 33 %, trećih ili više 17 %. Zabilježeno je 78 % vaginalnih poroda, a carskim rezom je dovršeno 21 % poroda. (18)

Iz rezultata ovog rada, vidljivo je da je tek nešto više od polovice ispitanica pohađalo trudnički tečaj. Rezultat ne odgovara istraživanju iz 2014. godine „Utjecaj pripreme za porođaj na duljinu dojenja“ provedenom na Klinici za ginekologiju i porodništvo Kliničke bolnice „Sveti Duh“ koje navodi da su ispitanice u visokom postotku pohađale trudnički tečaj (70 %). (19) Rezultati se ne podudaraju ni s podacima iz Zadarskog lista objavljenog 2009. godine koji navodi 20 % pohađanja trudničkih tečajeva u Zadru. (20) Razumljivo je da je tijekom godina popularnost trudničkih tečajeva porasla zbog lakše promocije putem interneta i društvenih mreža.

Prema dobivenim podacima više od polovice ispitanica imalo je upješan podoj u rađaonici. Prosječna duljina dojenja je 13 mjeseci, a od ukupno 409 ispitanica višerotki, 77 % ih je dojilo starije dijete, dok 23 % ispitanica nije dojilo starije dijete. Najveći broj ispitanica o dojenju se informiralo putem interneta, a najzadovoljnije su informacijama dobivenima od grupa za potporu dojenja. Dostupni podaci pokazuju da 83 % nije ostvarilo prvi podoj u rađaonici, dok je 17 % ispitanica ostvarilo ili misli da je ostvarilo isti. Također, 53% ispitanica doji ili je dojilo od 3 do 6 mjeseci, 27 % dojilo je do 3 mjeseca, 13 % do 12 mjeseci, a 7 % duže od 12 mjeseci. Najveći broj ispitanica (37 %) navodi osoblje rodilišta kao najbolji izvor informacija o dojenju, a njima su i najzadovoljnije (50 %). Od 21 žene koje su višerodilje, samo 3 nisu dojile u prethodnoj trudnoći, 5 ih je prekinulo dojenje prije no što je dijete navršilo tri mjeseca, dok su ostale dojile od 6 do 12, pa

čak i više mjeseci. Većina majki prekid dojenja objašnjava nedostatkom mlijeka i djetetovim odbijanjem. Spomenuto istraživanje provedeno je na izrazito manjem uzorku od tek 30 ispitanica. (19)

Najčešći razlozi prestanka dojenja u provedenom istraživanju bili su zdravstveni razlozi majke i djeteta, nedostatak mlijeka majke su povezale sa stresom zbog zdravstvenog stanja djeteta. Navedeni razlozi bili su i da „dijete nije željelo više dojiti“ ili „majka nije željela više dojiti“, povratak na posao povezan s umorom te obaveze na fakultetu. Internet stranica Roditelji.hr u članku iz 2014. godine „Razlozi zašto majke odustaju od dojenja“ navodi da su najčešći razlozi prestanka dojenja što su majke uvjerenе da nemaju dovoljno mlijeka, a zapravo se radi o pomanjkanju samopouzdanja, koje je česta zapreka uspješnom dojenju. U članku se spominju i sljedeći razlozi prestanka dojenja: količina izdojenog mlijeka, buđenje noću, stres, prehrana tijekom dojenja. (21)

Sukladno svemu iznešenom vidljiva je potreba dodatnog ulaganja u edukaciju zdravstvenog osoblja o dojenju. Budući je Hrvatska u nezavidnoj financijskoj situaciji te da ulaganja moraju biti racionalna, neophodno bi bilo da svaka smjena u rodilištu ima savjetnika za dojenje, kao i da u svim rodilištima postoji primalja koja je primarno zadužena za edukaciju majki o dojenju. Dojenje je tema koja je zastupljena i na trudničkim tečajevima, ali to je tema koja, uz temu njege o novorođenčetu, treba imati najveći udio sati. Uz teorijsku edukaciju potrebno je pružiti i praktičnu, na modelima, kako bi trudnice svladale vještinu dojenja te bez straha pristupile dojenju novorođenčeta. Dojenje je pitanje državnog interesa s obzirom na sve dobrobiti koje donosi te mu kao takvom treba i pristupiti.

ZAKLJUČCI

Ukupno 58 % ispitanica imalo je uspješan podoj u prvih sat vremena po porodu, 60 % ispitanica zdravstveno osoblje rodilišta poticalo je na dojenje. 66 % ispitanica još uvijek doji dijete, dok 34 % ispitanica više ne doji. Samo 4 % ispitanica navelo je da je odustalo od dojenja, jer nije znalo kako dojiti dijete.

Prosječna duljina dojenja kod ispitanica iznosi 13 mjeseci (0- 48). Najučestaliji razlozi prestanka dojenja su: zdravstveni razlozi - 27 %, nedostatak mlijeka - 21 %, dijete više nije željelo - 19 %.

Najveći broj ispitanica (31 %) najzadovoljniji je informacijama dobivenim na grupama za potporu dojenja, zatim informacijama s interneta (26 %), patronažnim sestrama (12 %), majkama, bakama, prijateljicama (10 %), osobljem rodilišta (10 %), dok su najmanje zadovoljne onima iz ordinacije izabranog ginekologa odnosno te informacije su im najmanje pomogle.

Unatoč velikom uzorku istraživanje bi trebalo proširiti i napraviti na nacionalnoj razini. Budući je dojenje, možemo slobodno reći, od državnog interesa, potrebno je uključiti sve razine društva te uz donošenje strategija iznalaziti načine kako da se poveća stopa dojene djece. Edukacija je polazište i osnovna intervencija kojom se osigurava dojenje te bi službeni načini edukacije trebali biti dostupniji trudnicama i majkama. Posjeti patronažnih sestara koje su prošle tečaj za savjetnicu dojenja, jačanje preventivne uloge djelovanja primarne zdravstvene zaštite te pružanje provjerenih i pravovremenih informacija ključ je uspjeha za stvaranje zdravih temelja za početak novog života. Korištenje interneta i društvenih mreža bitno olakšava situaciju i komunikaciju s majkama što izravno doprinosi uspostavi i uspjehu dojenja.

LITERATURA

1. Kurjak A, Stanojević M i sur. Prvi koraci roditeljstva. Medicinska naklada. Zagreb, 2013. 274.-283.
2. Podhorsky Štorek I. Primaljska podrška dojenju. Primaljski Vjesnik. Hrvatska komora primalja, Hrvatska udruga za promicanje primaljstva. Zagreb, 2014; 17. 6.-13. [Internet], <raspoloživo na: https://www.komora-primalja.hr/datoteke/PV_17_WEB2.pdf [pristupljeno 1.3.217.]
3. Kolaček S, Hojsak M, Niseteo T. Prehrana u općoj i kliničkoj pedijatriji, Medicinska naklada Zagreb, 2017.135.
4. Hegeđuš-Jungvirth M, Najbolja hrana - Priručnik za majke. Grad Čakovec, 2005.:2.14.
5. Fajdić J, Džepina I. Kirurgija dojke, Školska knjiga, Zagreb, 2006.:12-14,31.-32.
6. Gašparović Elvedī V, Zakarija Grković I, i sur., Priručnik za predavače na trudničkim tečajevima, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske i Unicef, Zagreb, 2010. 72.-78.
7. Mohrbacher N. Anatomija dojke, La Leche League Hrvatska. [Internet], <raspoloživo na: <http://www.illhrvatska.org/index.php/hr/odoj/pocetak-dojenja/anatomija-dojke> [pristupljeno 1.3.217.]
8. Bosanac V, Fisher C i sur., „Dojenje - priručnik za zdravstvene djelatnike“ UNICEF – Ured za Republiku Hrvatsku. Zagreb, 1999.:13.
9. Mardešić D i sur., „Pedijatrija“, Školska knjiga, Zagreb, 2003.:247.-252., 255.
10. Obradović Z. Naše dijete, Biblioteka Zvonimir, Zagreb, 2008.:35.
11. Hrvatska udruga grupa za potporu dojenja, “Priručnik za voditeljice grupa”. Zagreb, 2014.:2;21-22, 39.-41. [Internet], <raspoloživo na: <http://hugpd.hr/wp-content/uploads/2014/12/Priru%C4%8Dnik-za-voditeljice-grupe-za-potporu-dojenju.pdf> [pristupljeno 1.3.217.]
12. Lothrop H, Knjiga o dojenju, Harfa, Zagreb, 2008.:27.
13. Philips AVENT tim, Priručnik za dojenje. Philips AVENT. Zagreb, 2016.13.- 45.

14. Grgurić J, Pavičić Bošnjak A, Dojenje- zdravlje i ljubav, Alfa, Zagreb, 2006; 11 (1). 18.-19.
15. Tješić-Drinković D, Polak Babić J, Bermanec S, Praktični priručnik za roditelje- Moja 1. godina, Family Service, 2015.:10. 41.
16. Dražančić A, Letica-Protega N i sur., Trudnoća i dojenje, UNICEF, Zagreb, 2000. 34.-35.
17. Rodine savjetnice za dojenje. „Dojenje“, Roditelji u akciji – RODA, Zagreb, 2016.: 5. 23. [Internet], <raspoloživo na: http://rodilista.roda.hr/media/attachments/Bros_Dojenje_2015_web.pdf [pristupljeno 1.4.217.]
18. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Porodi u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj 2015. godine, Zagreb, 2015. [Internet], <raspoloživo na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2016/10/Porodi_2015.pdf [pristupljeno 1.4.217.]
19. Žulec M, Puharić Z, Zovko A, Utjecaj pripreme za porođaj na duljinu dojenja. [Internet], <raspoloživo na: <file:///C:/Users/12000193/Downloads/6.pdf> [pristupljeno 1.5.217.]
20. Anon, Tečaj mjesečno završi 30 trudnica, Zadarski list, 2009. [Internet], <raspoloživo na: <http://www.zadarskolist.hr/clanci/08022009/tecaj-mjesecno-zavrshi-30-trudnica> [pristupljeno 1.5.217.]
21. Kovačević M, Razlozi zašto majke odustaju od dojenja. Roditelji.hr, 2014. [Internet], <raspoloživo na: <http://www.roditelji.hr/beba/0-3-mjeseca/razlozi-zasto-majke-odustaju-od-dojenja/> [pristupljeno 1.5.217.]

Tema prehrane dojenčadi i male djece u kurikulumima na studijima primaljstva

Marina Katušin, bacc. obs., , marina.katusin@gmail.com

*doc. dr. sc. Irena Zakarija-Grković, dr. med., spec. obit. med., IBCLC
Medicinski Fakultet Split*

Tema prehrane dojenčadi i male djece od neizmjerne je važnosti za djecu, majke te u konačnici za cijelo društvo. S obzirom da primalje, kao zdravstveni djelatnici, imaju važnu ulogu u prehrani dojenčadi i male djece važna je njihova edukacija o toj temi. Stoga smo postavili za cilj da odredimo u kojoj je mjeri, na koji način i iz kojih izvora zastupljena tema dojenja i prehrane male djece na studijima primaljstva u Republici Hrvatskoj.

Pretraživanjem interneta u travnju 2016. godine doznajemo da u Republici Hrvatskoj postoje dva studija primaljstva. Prvi je preddiplomski Stručni studij primaljstva na Sveučilištu u Rijeci, a drugi preddiplomski Sveučilišni studij primaljstva na Odjelu zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu. U travnju 2016. godine kurikulumi nisu bili javno dostupni odnosno nisu bili objavljeni na stranicama Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci i Odjelu zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu. Nastavni planovi bili su tek djelomično dostupni i nepotpuni. Nakon poslanih upita prosljeđeno nam je traženo.

S Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci ustupljena nam je tada jedina verzija kurikuluma iz 2012.

godine. Ustupljeni dokument s Odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu nije sadržavao cijeli kurikulum već izvadak iz plana i programa preddiplomskog Sveučilišnog studija primaljstva u Splitu s kolegijima u kojima se obrađuje tema prehrane dojenčadi i male djece. U izvratku je dobiven stari i novi program, a analiziran je novi koji je u uporabi od 2016./2017. akademske godine.

Za svaki su studij pojedinačno analizirani su sljedeći podaci: podučava li se tema »Prehrana dojenčadi i male djece«, naziv predmeta, status predmeta, godina, ECTS opterećenje studenta, broj svih oblika nastave, naslov sadržaja koji obuhvaća temu, obavezna literatura, dopunska literatura i predavač.

Kurikulum preddiplomskog Stručnog studija primaljstva Sveučilišta u Rijeci

Analizom kurikuluma ustanovili smo da se tema prehrane dojenčadi i male djece podučava na preddiplomskom Stručnom studiju primaljstva Sveučilišta u Rijeci u sklopu deset predmeta: Primaljska njega roditelje (6 ECTS), Fiziologija i

patofiziologija postnatalnog perioda (1 ECTS), Postnatalna primaljska njega (5 ECTS), Zdravo novorođenče (1,5 ECTS), Puerperij (1 ECTS), Primaljska njega u puerperiju (3 ECTS), Primaljska njega zdravog novorođenčeta (3 ECTS), Rad s grupom u primaljstvu (2 ECTS), Komplikacije u puerperiju (1 ECTS), Primaljska njega kod komplikacija u puerperiju (2 ECTS). Samo je jedan od navedenih kolegija u statusu izbornog predmeta (Rad s grupom u primaljstvu), dok su ostali u statusu obveznog predmeta. Pet predmeta održava se na prvoj godini studija, tri na drugoj, a dva na trećoj godini studija. Nastava tih predmeta održava se u obliku predavanja i kliničkih vježbi. Voditelji kolegija imaju kvalifikacije profesora rehabilitatora, doktora specijalista ginekologije, subspecijalist fetalne medicine i opstetricije te doktora pedijatrije. Niti jedan od tih nastavnika nije međunarodno certificiran/a savjetnik/ca za dojenje (International Board Certified Lactation Consultant - IBCLC), što predstavlja zlatni standard iz područja dojenja.

Broj ukupnih sati predavanja iz tih predmeta iznosi 178 sati, a broj ukupnih sati kliničkih vježbi 345 sati. Nažalost, nije bilo moguće izravno izračunati broj sati posvećen temi prehrane dojenčadi i male djece, jer kurikulum sadrži samo sveukupni broj sati određenog predmeta, ali ne i pojedinačni broj sati za obradu svake teme. Neizravni pokazatelj sati posvećeni temi dojenja i prehrane male djece su naslovi gradiva u nastavnim planovima predmeta te količina gradiva posvećena toj temi sadržana u literaturi tih predmeta. Naslovi sadržaja predmeta koji obuhvaćaju temu dojenja i prehrane male djece: *Prednosti dojenja, Fiziologija laktacije, specifičnosti dojenja i patološka stanja vezana za dojenje, Zadaci primalje kod puerpera koje su prvorotke i prvi puta doje, Zadaci primalje kod puerpera kojima treba pomoć kod izdavanja, Prehrana-dojenje novorođenčeta, Fiziologija laktacije, specifičnosti dojenja, Pomoć puerperi kod dojenja i izdavanja, Pomoć majci kod dojenja dijeteta, Grupa za potporu u dojenju, Patološka stanja vezana za dojenje, Primaljska njega i zadaci primalje kod komplikacija dojenja i mastitisa.*

Kurikulum preddiplomskog studija primaljstva Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu

Analizom kurikuluma ustanovili smo da se tema prehrane dojenčadi i male djece podučava na preddiplomskom studiju primaljstva Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu u sklopu šest predmeta: Primaljska skrb zdravog novorođenčeta (6 ECTS), Primaljska skrb ugroženog novorođenčeta i nedonoščeta (5 ECTS), Primaljska skrb u babinju (5 ECTS), Primaljska skrb kod komplikacija u babinju (4 ECTS), Kliničke vještine III *Primaljska skrb majke i novorođenčeta (5 ECTS), Patronaža i rad primalje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

(4 ECTS). Svi navedeni predmeti su u statusu obveznih predmeta. Tri predmeta održavaju se na drugoj, a tri na trećoj godini studija. Nastava tih predmeta održava se u obliku predavanja, seminara, kliničkih vježbi, predkliničkih vježbi, individualnog rada te terenskih vježbi. Voditeljica tih kolegija ima kvalifikaciju profesora rehabilitatora. No, ni ona nema IBCLC certifikat.

Ukupan broj sati predavanja iz tih predmeta je 95 sati, broj ukupnih sati seminara je 30 sati, kliničkih vježbi 440 sati, predkliničkih vježbi 225 sati, individualnog rada od 60 sati te terenskih vježbi 30 sati. Nažalost, nije bilo moguće izravno izračunati broj sati posvećen temi dojenja i prehrane male djece, jer kurikulum sadrži samo sveukupni broj sati predmeta, a ne i pojedinačno za svaku temu. Neizravni pokazatelj sati posvećenih o temi dojenja i prehrane male djece su naslovi gradiva u nastavnim planovima predmeta te količina gradiva posvećena toj temi sadržana u literaturi tih predmeta. Naslovi sadržaja predmeta koji obuhvaćaju temu dojenja i prehrane male djece: *Dojenje i prehrana novorođenčeta, Prehrana i parenteralna prehrana novorođenčeta i nedonoščeta, Početak laktacije i dojenje, Mastitis i poteškoće dojenja, Početak laktacije, dojenje i prehrana novorođenčeta, Edukacija majki u vezi dojenja.*

ZAKLJUČAK

Veliki broj predmeta na izgled obrađuje temu prehrane dojenčadi i male djece na studijima primaljstva u Hrvatskoj, ali analizom kurikuluma nije bilo moguće izravno izračunati točan broj sati posvećen temi. Potrebno je ažurirati kurikulum i učiniti ih lako dostupnim na mrežnim stranicama sveučilišta te angažirati nastavnike koji imaju provjereno znanje iz teme prehrane dojenčadi i male djece.

LITERATURA

1. Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci. Kurikulum Stručnog studija primaljstvo. Rijeka, 2012.
2. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu. Izvadak iz plana i programa preddiplomskog studija primaljstva, stari i novi program. Split, 05.07.2016.

Vrijednost i značaj banke humanog mlijeka

Dinka Barić mag. med. techn., IBCLC, dinka.baric@gmail.com

Banke humanog mlijeka su neprofitne institucije za prikupljanje, ispitivanje, obradu, čuvanje i distribuciju mlijeka. Za svaku državu koja ima kvalitetan zdravstveni sustav važno je i da ima organiziranu banku humanog mlijeka (BHM). Na taj način osigurava se kvaliteta preživljavanja svoj prijevremeno rođenoj djeci, kao i novorođenčadi koja iz medicinskih razloga nije u mogućnosti primati mlijeko svoje majke. To su najčešći primatelji doniranog humanog mlijeka, jer je za njihovo preživljavanje i očuvanje zdravlja važna imunološka zaštita u prvim danima i tjednima života, a navedeno je osigurano vrijednostima i svojstvima humanog mlijeka.

Majčino mlijeko je ključno za preživljavanje i zdravlje novorođenčeta, jer ima jedinstvena imunosna i nutritivna svojstva. U slučajevima kada mlijeko djetetove majkenije dostupno, za ugroženu novorođenčad treba osigurati mlijeko druge žene.

Kako bi se trajno i učinkovito riješila skrb za dojenčad, danas se u svijetu osnivaju banke ljudskog mlijeka.

Rad banaka mlijeka mora biti usklađen s potrebama, ali i mogućnostima podrške koju zajednica može pružiti. Opseg djelovanja banke obuhvaća prikupljanje, medicinski probir i testiranje darivateljica, te preradu, testiranje, čuvanje i raspodjelu darovanog mlijeka. Kontrolom cijelog lanca od darivateljice do novorođenčeta, osigurava se sigurnost i kvaliteta mlijeka.

Još 1980. godine Svjetska zdravstvena organizacija i UNICEF preporučili su, ukoliko biološka majka ne može doći, kao prvi sljedeći izbor primjenu ljudskog mlijeka iz drugih izvora. Raspoloživost mlijeka za ovu djecu direktno ovisi o postojanju i aktivnostima banaka ljudskog mlijeka.

U razdoblju od ožujka 2005. do lipnja 2006. godine izrađene su Standardne preporuke za EU – „Prehrana dojenčeta i malog djeteta“ koje su između ostalih prihvatili i Europsko udruženje za perinatalnu medicinu, Međunarodno pedijatrijsko udruženje i Savez nacionalnih europskih pedijatrijskih društava i udruga. Standardne preporuke naglašavaju da je najbolja hrana majčino mlijeko ili donirano, izdajano mlijeko, ukoliko se ono potrebuje iz zdravstvenih razloga. Ti razlozi mogu biti: vrlo niska porođajna težina (manje od 1500 g) ili gestacija (manje od 32 tjedna), dijete

premaleno za gestacijsku dob s potencijalno ozbiljnom hipoglikemijom, ozbiljna bolest djeteta ili majke, gubitak težine od 8 do 10 % praćen zakašnjelom laktogenezom (više od 5 dana). (2)

U ožujku 2012. godine, Američka akademija za pedijatriju objavila je smjernice u kojima ističe korist ljudskog mlijeka i preporučuje da sva nedonoščad treba njime treba biti hranjena. Prvi izbor u prehrani je majčino svježe ili zamrznuto mlijeko, osobito ako je porođajna težina manja od 1,5 kg. Ukoliko je majčino mlijeko nedostupno unatoč svi poduzetim mjerama za podršku dojenju, dijete treba hraniti pasteriziranim mlijekom darivateljice.

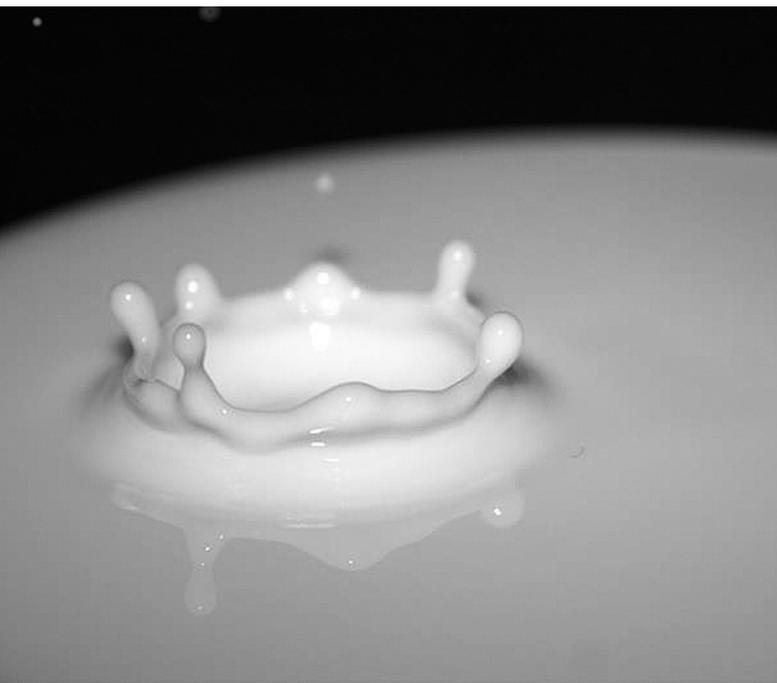
Ciljevi rada i djelovanja banke mlijeka su:

- dati potporu dojenju i povećati stopu dojenja
- osigurati dovoljnu količinu ljudskog mlijeka za ugroženu novorođenčad koja nema pristup mlijeku vlastite majke
- osigurati sigurnost i kvalitetu doniranog mlijeka
- osigurati održivost sustava pohranjivanja mlijeka
- istraživanje

Banke humanog mlijeka svojim djelovanjem utječu na razvoj više stope dojenja u svakoj zemlji, jer jedino u sredinama gdje se podržava kultura dojenja banke mlijeka mogu uspješno djelovati. Iz tog razloga, zaštita, promocija i potpora dojenju je potrebna za svu novorođenu djecu – za onu koja se hrane mlijekom vlastite majke, kao i za onu koja primaju mlijeko iz banke mlijeka.

Banke humanog mlijeka i promicanje dojenja neraskidivo su povezani. One se oslanjaju na donore odnosno na majke dojilje koje su spremne darovati mlijeko. Imaju li žene dovoljno informacija o dojenju, njihove šanse da uspješno doje su veće, a isto neposredno utječe na mogućnost da i same budu donori/darivateljice humanog mlijeka. Majke koje primaju snažnu podršku zajednice, prihvatit će to i same dati prioritet dojenju, kao sastavni dio brige za svoju djecu.

Ukoliko zajednica cijeni vrijednosti majčinog mlijeka i prepoznaje njegove nutritivne i imunološke vrijednosti, žene dojenje doživljavaju izazovom i češće traže pomoć prije nego li se odluče uključiti zamjensko mlijeko u prehranu svoga djeteta.



Zaštita, promicanje i potpora dojenju osnovni su čimbenici koji će osigurati djelotvornost rada BHM. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis) iz 2015. godine, stopa trajanja isključivog dojenja je u padu sa porastom dobi djeteta. U razdoblju od 0-2 mjeseca isključivo je dojeno 57,5 % dojenčadi; između 3-5 mjeseca 48,2 %, dok se nakon 6 mjeseca i više stopa dojenja kreće svega 9,2 %.

(3) To su podaci sa kojima trenutno raspolažemo iako bi se za točniju i sveobuhvatniju statistiku i prikupljanje podataka o dojenju trebalo dodatno pripremiti i uvesti jedinstvenu metodologiju te uključiti sve relevantne mogućnosti u prikupljanju podataka.

U Hrvatskoj se tijekom posljednjih dvadeset godina provedbom različitih programa koji pružaju zaštitu i potporu dojenju, uz pomoć UNICEF-a i Ministarstva zdravstva napravio veliki pomak, ali još uvijek zdravstvena skrb i podrška dojenju mogu se dodatno unaprijediti. Tako će i osnivanje banke humanog mlijeka podići svijest o vrijednosti humanog mlijeka, ali i unaprijediti razvoj pružanja podrške dojenju u jedinicama intenzivnog neonatalnog liječenja i njege (JINL/JINNJ) te osigurati bolju kvalitetu života i zdravlja upravo ovoj najranjivijoj skupini – prijevremeno rođenoj djeci.

Tijekom 2015. godine rodilo se 37.503 djece, a prijevremeno se rađa od 5,14 % do 6,5 % nedonoščadi (4), te ih još toliko treba zdravstvenu skrb u jedinicama intenzivnog liječenja. Ta djeca često nemaju priliku biti dojena, jer njihove majke uglavnom nisu uz njih u bolnici ili ih nisu u mogućnosti dojiti zbog vlastitih zdravstvenih problema. Prijevremeno rođena djeca su ranjiva populacija djece sklona teškoćama s hranjenjem. To uključuje rani

prestanak dojenja koje je od vitalnog značenja za tu djecu. Zato je u pružanju skrbi važan konkretan pristup kojim se naglašava vrijednost majčinog mlijeka kroz organizaciju „banke humanog mlijeka“.

Hrane li se ta djeca mliječnim formulama umjesto majčinim mlijekom, imaju višestruko veći rizik razvoja teških crijevnih infekcija i ostalih komplikacija. Stoga je za tu djecu posebno važno osigurati dostupnost ljudskog mlijeka.

U Europi djeluje 214 banaka humanog mlijeka. Iako je većina njih smještena u sklopu bolnica, bilo da su locirane pri NICU odjelima, bankama tkiva i stanica ili pri dječjim odjelima, za njihov rad neizostavna je i potrebna podrška zajednice kako bi se osigurala mogućnost donacija mlijeka od vanjskih darivateljica koje su ključne u prikupljanju dovoljne količine mlijeka.

Sve banke poštuju postavljene standarde u radu – prihvaćanju i praćenju donora humanog mlijeka te se pridržavaju standardno postavljenih smjernica u načinu izdavanja, prikupljanja, transporta, skladištenju i optimalnom rukovanju doniranim mlijekom. Banke humanog mlijeka rade prema istim standardima kao i banke tkiva i stanica kako bi se osigurali svi potrebni sigurnosni standardi.

Pravna regulativa u radu banaka mlijeka u Europskim zemljama je različita i za sada nije jedinstvena. Europska zajednica nije propisala zahtjeve za pohranu ljudskog mlijeka. Trenutno je reguliranje ovog područja prepušteno državama članicama.

U Skandinavskim zemljama (Finska, Švedska) za donirano mlijeko banke isplaćuju naknadu majkama, ali banke u ostalim Europskim zemljama u pravilu rade bez isplaćivanja naknada. U prilog tome govore i istraživanja koja ukazuju da je plaćanje donora povezano sa rizikom i za primateljce, ali i za djecu čije majke daju/prodaju mlijeko. To je jedan vrlo složen medicinsko-etički problem o kojem se raspravlja i danas. Pravedna i etička raspodjela doniranog mlijeka predstavlja izazov u radu svake banke. To uključuje zdravstvenu edukaciju, ali i edukaciju zajednice, financiranje i osiguranje pokrivenosti i potpore dojenju tako da svako dijete u potrebi ima mogućnost korištenja mlijeka!

Zajednica kao cjelina treba se uključiti i odrediti najbolji način za korištenje ovog jedinstvenog i dragocjenog resursa.

Mlijeko iz banke je namijenjeno prijevremeno rođenoj djeci na NICU-u odjelima, uz podršku i poticanje dojenja u NICU-u jedinicama. Mlijeko je dostupno isključivo uz liječnički recept.

Banke mlijeka potaknule su i provođenje istraživanja o sastavu majčinog mlijeka, osobito kod dojilja koje doje duže od godinu dana. Istraživački rad također je važan segment u kojem se može razvijati uspostava rada banke humanog mlijeka.

Svaka država će prema svojim mogućnostima utemeljiti rad banke humanog mlijeka poštujući pri tome osnovne principe i protokole rada u banci koji će osigurati potrebnu sigurnost i kvalitetu mlijeka za korisnike humanog mlijeka iz banke.

Svaka majka koja doji teoretski može biti darivateljica nakon prvotno provedenog testiranja i pregleda koji su potrebni radi sigurnosti samog mlijeka. To vrijeme je ograničeno – najčešće se prihvaća mlijeko majki do navršenog devetog mjeseca njezine laktacije (ili do godinu dana). To je i osnovna razlika u radu BHM i banke krvi gdje darovatelji mogu donirati krv više puta godišnje kroz duži vremenski period.

Sigurnost pripravaka ljudskog mlijeka će se osiguravati primjenom postupaka analize opasnosti i kritičkih kontrolnih točaka (HACCP) tijekom obrade rukovanja mlijekom, obavještavat će se darivateljice i obitelji čije će dijete koristiti donirano mlijeko, procjenjivat će se darivateljice, provodit će se testiranje na zarazne bolesti, pratit će se sljedivosti od darivateljice do novorođenčeta, te vršiti istraživanja i prijava štetnih ozbiljnijih reakcija i događaja sukladno važećim zakonskim propisima za tkiva i stanice.

1. kolovoza 2017. – povodom obilježavanja 27. Međunarodnog tjedna dojenja (1. – 8. kolovoza) najavljeno je osnivanje prve banke humanog mlijeka u Hrvatskoj. Projekt je pokrenut na inicijativu Hrvatske udruge grupa za potporu dojenju (HUGPD), uz podršku Ministarstva zdravstva i Ureda UNICEF-a s ciljem da se za prijevremeno rođenu djecu i bolesnu novorođenčad osigura najbolja moguća skrb.

Osnivanje banke mlijeka prepoznato je kao jedno od ključnih ulaganja u dobrobit najmlađe djece i dio je Strateškog plana Ministarstva zdravstva 2018. - 2020. godine. Ljudsko mlijeko je jedan od najdragocjenijih resursa našeg planeta s potencijalom da se spriječi više od 800.000 smrti kod djece ispod pete godine života te više od 500.000 smrti novorođene djece u prvom mjesecu života. Niti jedno cjepivo ili lijek nema takvu spasonosnu moć kao što ima ljudsko mlijeko. (5)

Iskustva u zemljama poput Brazila koji ima najveću svjetsku mrežu banaka humanog mlijeka, pokazuju da rad banaka i osiguravanje adekvatne skrbi za novorođenu djecu, pri čemu je povezana promocija dojenja i klokan njega, značajno doprinosi smanjenju smrti novorođene djece i utječe na više stope dojenja.

Napor se čini kako bi se spriječila rana smrtnost djece; poboljšala uhranjenost djece; povećao pristup ljudskom mlijeku (6) i bankama humanog mlijeka, te kako bi se pospiješila njihova povezanost, podržalo dojenje i unaprijedila njega novorođene djece što jest imperativ.

Dojenje je ključ održivog razvoja, jer potiče dobrobit i zdravlje u zajednicama, te se u sklopu predloženih

aktivnosti apelira na razgovor sa političarima i drugim čelnicima o vrijednostima koje donose više stope dojenja kako bi se realizirali postavljeni ciljevi održivog razvoja koje su vlade širom svijeta podržale te se zalažu za njihovo ostvarivanje do 2030. godine. (7) To je i razlog zbog kojeg se pozivaju sve vlade, članice Ujedinjenih naroda i njihove agencije, organizacije civilnog društva i poslovni lideri, kao i sve institucije koje skrbe o zdravlju djece, da osiguraju novorođenčadi pristup ljudskom mlijeku, između ostalog i ulaganjem u razvoj banaka humanog mlijeka kao sastavnog dijela u pružanju potpune skrbi za novorođenčad i malu djecu.

Doniranje mlijeka trebalo bi biti kao i donacija krvi. Odluku o tome donose majke, a one bi o značaju i mogućnostima takve donacije trebale biti informirane i educirane (već i na trudničkim tečajevima). Važna je i zdravstvena edukacija, ali i edukacija zajednice, financiranje i osiguravanje pokrivenosti tepružanje potpore dojenju, tako da svako dijete u potrebi može ostvariti mogućnost kratkoročnog korištenja mlijeka iz banke. Zajednica kao cjelina treba se uključiti i odrediti najbolji način i korištenje ovog jedinstvenog resursa te kroz partnersku suradnju dogovoriti najbolje rješenje koje će osigurati naš model dobre prakse u radu svih budućih banaka humanog mlijeka u Hrvatskoj. Također treba odrediti koje će se daljnje inicijative poduzimati kako bi se u Hrvatskoj svojoj prijevremeno rođenoj djeci osigurala jednaka skrb.

LITERATURA:

1. PATH. Strengthening Human Milk Banking: A Global Implementation Framework. Version 1. Seattle, Washington, USA: Bill & Melinda Gates Foundation Grand Challenges initiative, PATH; 2013
2. Cattaneo A. Fallon M. Kewitz G. Mikiel-Kostyra K. Robertson A. 2006. Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union Available from: http://www.richtigessenvonanfangan.at/fileadmin/Redakteure_REVAN/user_upload/EUNUTNET_Infant_and_young_child_feeding.pdf
3. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2015. godinu. HZJZ: Zagreb, 2016. http://www.hzjz.hr/wpcontent/uploads/2016/05/Ljetopis_2015.pdf
4. Povelja o mjestu i ulozi IBCLC savjetnica; Available from: <http://www.husd.hr/savjetnice/povelja-o-mjestu-i-ulozi-ibclc>
5. Lancet, Maternal and Child Nutrition Series, 2013
6. The Global Financing Facility, the Bill and Melinda Gates Foundation's Nutrition Strategy, The Power of Nutrition Fund, and UNILIFE
7. Sustainable Development Goals (SDGs) and Breastfeeding; Available from: <http://worldbreastfeedingweek.org/>

Osnivanje samostalnih primaljskih jedinica u bolničkom okruženju

Erika Spirić, bacc. obs., Hrvatska komora primalja

SAŽETAK:

Uvod:

Humanizacijom porođaja u našoj zemlji otvara se novo poglavlje pružanja skrbi koje u centar zbivanja stavlja ženu i primalju kao pružatelja primaljske skrbi.

Medicinski oblik pružanja skrbi u porođaju kakav poznajemo danas nije prihvatljiv dijelu žena, koje žele porođaj samo uz primalju bez lijekova i intervencija, dakle primaljski oblik skrbi.

Cilj:

Približiti primaljama model samostalne primaljske jedinice, istaknuti ulogu i odgovornost primalje u pružanju primaljske skrbi roditeljima iz niskorizičnih trudnoća u porođaju.

Rezultati:

Već dugo postoji potreba osnivanja samostalnih primaljskih jedinica u rodilištima u kojima bi primalje preuzele nadzor nad ženom iz niskorizične trudnoće u niskorizičnom porođaju.

U nekim zemljama, u cilju poboljšanja skrbi u porođaju, osnivaju se samostalne primaljske jedinice, čak i vlada ulaže više sredstava u to, jer su porođaji bez lijekova i intervencija najpoštedniji za majku i dijete, a ujedno i najjeftiniji za zdravstveni sustav.

U današnjim uvjetima, kada je u Hrvatskoj iškolovan određen broj prvostupnica primaljstva, kada se četiri rodilišta nalaze u pilot projektu Rodilište-prijatelj majki, koji preferira primaljski oblik skrbi u porođaju, kada nedostaje liječničkog kadra stvoreni su temelji da se to i ostvari.

Da bi žene ostvarile lijep i ispunjujuć porođaj važno je kakva su njihova osobna očekivanja, količina podrške koju u porođaju primaju, kvaliteta odnosa s pružateljem skrbi i ženina uključenost u donošenje odluka o svom porođaju, što sve primalja kroz kontakt prije, za vrijeme i poslije porođaja može ženi osigurati.

Zaključak:

Osnivanjem samostalnih primaljskih jedinica u ili uz rodilište omogućila bi se pomoć ženama koje to žele da imaju fiziološki porođaj bez lijekova i intervencija, što dovodi do manje trauma za majku i dijete u porođaju te boljeg oporavka nakon porođaja, znatno bi se odteretili

liječnici, kojih je premalo i što je najvažnije, žena bi u svakom trenutku mogla odmah dobiti medicinski oblik skrbi, ako bi se u porođaju nešto zakompliciralo.

Ključne riječi: samostalne primaljske jedinice, primaljska skrb, fiziološki porođaj, edukacija i školovanje primalja

Normalan porođaj, prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO/WHO), jest porođaj koji započinje spontano i čiji se trudovi, od početka pa sve do kraja, procjenjuju nisko-rizičnim, kao i sam izgon. Dijete se rađa spontano, glavom prema dolje, između navršenog 37 i 42 tjedna trudnoće. Nakon porođaja majka i dijete su u dobrom stanju.

Svjetska zdravstvena organizacija sa sjedištem u Ženevi, Odjel reproduktivnog zdravlja i istraživanja, izradila je smjernice o skrbi tijekom normalnog porođaja. Između ostalog u smjernicama se navodi da je cilj skrbi tijekom normalnog porođaja zdrava majka i dijete uz što manje intervencija. Ovaj pristup podrazumijeva da pri normalnom porođaju treba postojati valjani razlog za uplitanje u prirodan proces rađanja.

Zadaci njegovatelja pri porođaju su četverostruki:

- podrška ženi, njezinom partneru i obitelji za vrijeme porođaja, u trenutku rađanja te u razdoblju poslije njega
- promatranje žene tijekom porođaja; praćenje stanja fetusa te stanja novorođenčeta nakon rođenja; procjena faktora rizika; rano otkrivanje problema - ako je potrebno, izvođenje manjih intervencija poput prokidanja vodenjaka i epiziotomije;
- briga o djetetu nakon rođenja
- upućivanje na viši stupanj skrbi, ukoliko faktori rizika postanu vidljivi ili dođe li do komplikacija koje opravdavaju tu preporuku.

Osoba koja pomaže pri porođaju trebala bi znati izvršiti navedene zadatke. Prema definiciji SZO primalja je osoba koja ima kompetencije pružatelja skrbi i školovana je za skrb pri normalnom porođaju.

Uporaba intervencija tijekom porođaja u posljednjih nekoliko desetljeća je porasla. Postoji zabrinutost da bi određen broj žena koje rađaju u bolnici mogao biti podvrgnut brojnijim intervencijama no što je doista potrebno. Za

žene niskog rizika, odabir mjesta rađanja koje osigurava primaljski model skrbi može biti značajan kao protuteža spram povećanja stope intervencija.

Žene u većini razvijenih zemalja uopće ne razmatraju odabir mjesta porođaja, jer porođaj u bolnici je kulturna norma. Naime, bolnica je mjesto gdje su rađale njihove majke i bake. Većina razvijenih zemalja tijekom 20. stoljeća doživjela je dramatičan pomak od porođaja kod kuće do porođaja u bolnici.

U novije vrijeme, u nekim razvijenim zemljama, uspostavljeni su porođajni centri unutar i izvan bolnica. U tim centrima žene niskog porođajnog rizika mogu rađati u atmosferi koja nalikuje kućnoj, pod primarnom zdravstvenom zaštitom, u pravilu uz pomoć primalja. U većini takvih centara elektronsko promatranje fetusa i postupci za pospješivanje napretka porođaja se ne koriste, a i analgetici se koriste minimalno. (slika 1)

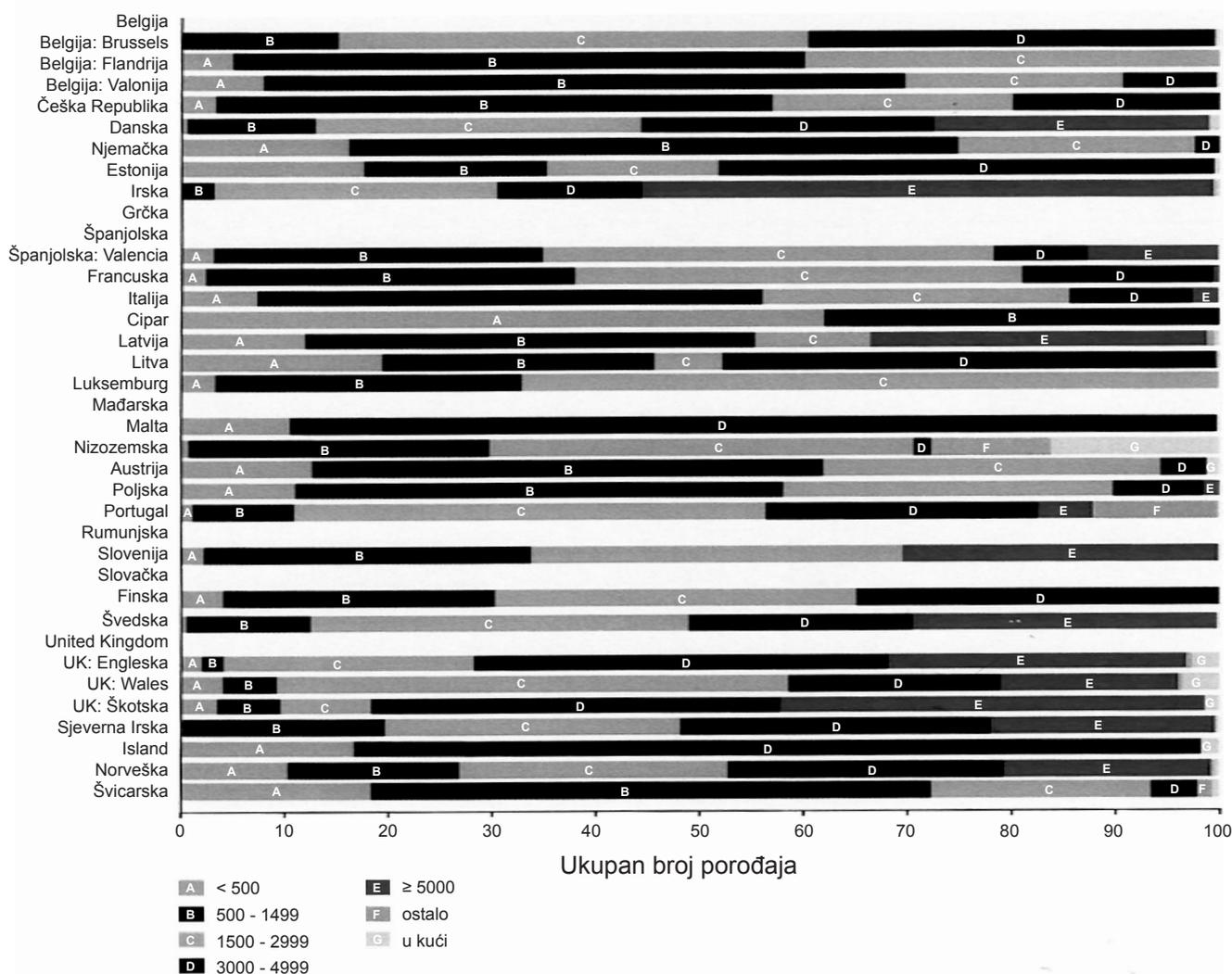
U brojnim europskim zemljama regulirana je primaljska skrb. Iz istraživanja koje je provela *European Midwifery Association* - EMA o zdravlju i njezi trudnica te djece u Europi, 2010. godine, razvidno je da se porođaji odvijaju u bolnici, kod kuće i u samostalnim primaljskim jedinicama. Porođaj kod kuće prisutan je u Albaniji, Austriji, Belgiji, Danskoj, Estoniji, Finskoj, Njemačkoj, Grčkoj, Irskoj, Italiji, Latviji, Nizozemskoj, Norveškoj, Sloveniji, Španjolskoj, Švedskoj, Švicarskoj i Velikoj Britaniji.

U svim navedenim zemljama izuzev Estonije, Francuske, Irske i Slovenije porođaj je moguć i u porodnim centrima koji nude primaljsku skrb tijekom porođaja.

U Hrvatskoj, Cipru, Finskoj, Litvi, Malti, Portugalu i Slovačkoj porođaj je moguć jedino u bolnici. (slika 2)

Provedena su brojna istraživanja koja preispituju sigurnost i ishode porođaja koji su u skrbi primalje u odnosu na one koji su u medicinskom modelu skrbi.

Ukupan broj porođaja u porođajnim centrima 2010.g.



Države	Porođaj kod kuće 16/24	Porodni centri 13/24	Bolnica 24/24
<i>Albanija</i>	✓	✓	✓
<i>Austrija</i>	✓	✓	✓
<i>Belgija</i>	✓	✓	✓
<i>Hrvatska</i>			✓
<i>Cipar</i>			✓
<i>Danska</i>	✓		✓
<i>Estonija</i>	moгуće jer se zakon promijenio		✓
<i>Finska</i>			✓
<i>Francuska</i>	✓		✓
<i>Njemačka</i>	✓	✓	✓
<i>Grčka</i>	✓	✓	✓
<i>Irska</i>	✓		✓
<i>Italija</i>	✓	✓	✓
<i>Latvija</i>	✓ većinom doule	✓	✓
<i>Litva</i>		✓	✓
<i>Malta</i>			✓
<i>Nizozemska</i>	✓	✓	✓
<i>Norveška</i>	✓	✓	✓
<i>Portugal</i>			✓
<i>Slovačka</i>			✓
<i>Slovenija</i>	✓		✓
<i>Španjolska</i>	✓	✓	✓
<i>Švedska</i>	✓	✓	✓
<i>Švicarska</i>	✓	✓	✓
<i>Velika Britanija</i>	✓	✓	✓

slika 2

U Nizozemskoj je u 2013. godine bilo gotovo 170.000 porođaja. Kod 50,6 % žena porođaj je započeo unutar jedinica u kojima skrb pružaju primalje, a kod 49,4 % žena u jedinicama u kojima skrb pružaju porodničari.

Trudnica niskog rizika ima dobro opće zdravlje i jednostavnu medicinsku i ginekološku povijest bolesti. Žene niskog rizika slobodno mogu izabrati mjesto porođaja: mogu roditi kod kuće ili u bolničkim jedinicama pod nadležnošću primalje. Ukoliko se pojave rizični čimbenici za vrijeme trudnoće, porođaja ili u razdoblju nakon porođaja, briga za ženu prenosi se s primalje u bolničku jedinicu koju vodi opstetričar, dakle žena se upućuje na medicinsku skrb tijekom porođaja. Indikacije za prijenos od primalje na ginekologa popisani su u dokumentu „Popis ginekoloških indikacija”. Ovaj popis redovno preispituje projektna skupina koju čine primalja, opstetričar, pedijatr i liječnik opće prakse. Razlozi transfera tijekom porođaja mogu biti, na primjer, korištenje lijekova za ublažavanje boli, mekonij-ska plodna voda, prijevremeni porođaj, nenapredovanje

porođaja ili znaci fetalne patnje. Porodničke intervencije su carski rez, vakuum/forceps, pojačavanje trudova ili upotreba lijekova za ublažavanje boli. Epiziotomija se obavlja te zbrinjava i u jedinicama medicinske skrbi, kao i u jedinicama koje pružaju primaljsku skrb.

Zanimljiva je britanska studija novijeg datuma (istraživanje je vođeno od 1. travnja 2008. do 30. travnja 2010.) koja je provedena na više od 64 000 porođaja. Studija nudi odgovore na pitanja o rizicima i prednostima rađanja u različitim okruženjima s posebnim naglaskom na niskorizične trudnoće.

Usporedili su četiri mjesta za porođaj: opstetričku jedinicu gdje je žena podvrgnuta medicinskom modelu skrbi u porođaju, samostalnu primaljsku jedinicu smještenu uz rodilište ili u neposrednoj blizini, porodni centar i kućni porođaj u kojima je prisutan primaljski model skrbi.

Da bi skupine bile usporedive analizirane su samo žene koje su imale niskorizične trudnoće.

Kod žena koje imaju primaljski model skrbi u porođaju

znatno je veća vjerojatnost da će porođaj biti fiziološki, bez intervencija, a manje je vjerojatno da će porođaj trebati dovršiti carskim rezom, vakumom ili forcepsom (više od 75 % žena koje su odabrale primaljski model skrbi imalo je fiziološki porođaj bez medicinskih intervencija u usporedbi s 58 % žena u jedinicama medicinske skrbi).

Rezultati istraživanja:

- porođaj je općenito vrlo siguran
- za žene s niskorizičnim trudnoćama su incidencije neželjenih perinatalnih ishoda niske (4,3/1000)
- jedinice u kojima primalje pružaju primaljsku skrb sigurne su za majku i novorođenče
- nema značajnih razlika u nepovoljnim perinatalnim rezultatima u usporedbi s medicinskim modelom skrbi
- žene koje planiraju porođaj uz primalju imaju značajno manje intervencija u porođaju, te se bilježi znatno manje porođaja dovršenih carskim rezom
- za drugorotke i višerotke primaljski model skrbi je jednako siguran kao i medicinski
- za prvorotke koje odaberu primaljski model skrbi postoji prilično velika vjerojatnost transfera u bolnicu (45 % kod porođaja kod kuće, 36 % iz porodnog centra i 40 % iz samostalne primaljske jedinice u bolnici)

Troškovi? Najviši troškovi planirani su za porođaj u rodilištu, a najniži za planirani kućni porođaj.

- 1631 funta – rodilište
- 1461 funta – samostalne primaljske jedinice uz rodilište
- 1435 funti – porodni centar
- 1067 funti – porođaj kod kuće

Učinkovitost, a time i isplativost ovisi o ishodu za majke i novorođenčad, te je li žena prvorotka ili ne.

Za majke koje žele fiziološki porođaj bez intervencija kućni porođaj je najisplativije rješenje.

Za prvorotke bolnica je isplativija, jer je ishod za dijete povoljniji.

Kada biraju gdje će rađati odlučujući čimbenik za većinu žena jest mjesto na kojem će se osjećati najsigurnije i najudobnije. Za neke žene to je dom, za druge bolnica, a za neke jedinica koju vodi primalja.

Bilo da se radi o samostalnoj primaljskoj jedinici blizu rodilišta ili unutar samog rodilišta, zajedničko im je da ih vode primalje te da žene iz niskorizičnih trudnoća na tim mjestima mogu ostvariti porođaj bez lijekova i intervencija, uz pomoć primalje.

Kakva je situacija u Hrvatskoj?

Humanizacijom porođaja u našoj zemlji otvara se novo poglavlje skrbi koje u centar zbivanja stavlja ženu i primalju, kao pružateljicu primaljske skrbi.

Medicinski oblik pružanja skrbi u porođaju kakav poznajemo danas nije prihvatljiv svim ženama, koje žele porođaj samo uz primalju, bez lijekova i intervencija, dakle te žene žele primaljski oblik skrbi.

Već dugo postoji potreba osnivanja samostalnih primaljskih jedinica u rodilištima ili izvan njih u kojima bi primalje preuzele nadzor nad ženama iz niskorizičnih trudnoća.

U nekim zemljama, s cilju poboljšanja skrbi u porođaju, osnivaju se samostalne primaljske jedinice, čak i vlada ulaže sredstava, jer su porođaji bez lijekova i intervencija najpoštedniji za majku i dijete, a ujedno i najjeftiniji za zdravstveni sustav.

U današnjim uvjetima, kada u Hrvatskoj postoji određen broj prvostupnica primaljstva, kada se četiri rodilišta nalaze u pilot projektu „Rodilište – prijatelj majki“ (a projekt se priklanja primaljskom obliku skrbi u porođaju) i kada nedostaje liječničkog kadra, stvoreni su temelji da se to i ostvari. Za početak, barem u rodilištima koja su uključena u pilot projekt, ali i u svakom rodilištu koje za to ima uvjete, a ima ih mnogo.

Da bi žene ostvarile lijep i ispunjujuć porođaj važna su njihova osobna očekivanja, podrška koju primaju u porođaju, kvaliteta odnosa s pružateljem skrbi i uključenost žene u donošenje odluka o svom porođaju. Sve navedeno primalja kroz kontakt prije, za vrijeme i poslije porođaja može ženi osigurati.

Sve više je žena koje, znajući da je njihova trudnoća potpuno zdrava i bez rizika, odlučuju roditi u poznatom opuštenom okruženju, uz podršku bliske osobe – muža, prijateljice, sestre, majke...

Sa sigurnošću se može reći da bi žena trebala roditi na mjestu gdje se ona osjeća sigurnom i to na najperifernijoj razini gdje je odgovarajuća skrb izvodljiva i sigurna (FIGO, 1992.). Za trudnicu s niskim rizikom to može biti kod kuće, u maloj klinici za majke ili u porođajnom centru u gradu ili možda u rodilištu veće bolnice. Međutim, to mora biti mjesto gdje će se sva pažnja i skrb usmjeriti na njezine potrebe i sigurnost, a ukoliko je moguće, što bliže kući i njezinoj kulturi. Osjećaj sigurnosti, zaštićenosti, mira i udobnosti najvažniji je oslonac pri donošenju odluke o mjestu porođaja.

Zaključno tome, normalni porođaj, ukoliko je niskorizičan, zahtijeva samo pažljivo promatranje od strane primalje kako bi se otkrile rane naznake komplikacija. Porođaju ne treba intervencija nego ohrabrenje, podrška i malo nježne brige s ljubavlju.

Može li to danas primalja doista i pružiti ženi u porođaju?

Prema Zakonu o primaljstvu primalja može:

- provoditi edukaciju u pripremi za roditeljstvo i porođaj te davati savjete o dojenju;
- utvrđivati trudnoću, voditi fiziološku trudnoću i po-

rođaj na svim razinama zdravstvene zaštite, utvrditi moguće patološke promjene u trudnoći i porodu o kojima treba obavijestiti liječnika;

- po potrebi urezivati epiziotomije te šivati epiziotomije i rupturu međice 1. i 2. stupnja;
- provoditi nadzor nad zdravim novorođenčeta te o eventualnim patološkim stanjima obavijestiti liječnika;
- pratiti stanje majke nakon poroda te razlikovati fiziološki od patološkog tijeka babinja.

Koje su roditelje s niskorizičnom trudnoćom?

Niskorizična trudnoća:

- trudnoća između 37 i 42 tjedna
- žene između 17 i 37 godina starosti
- nema komplikacija u prethodnoj trudnoći i porođaju
- nema komplikacija u sadašnjoj trudnoći
- BMI između 18 i 35
- stav glavom
- jednoplodna trudnoća
- do četvrtog djeteta
- spontani početak porođaja, redovite kontrakcije
- nema naznaka da je potreban kontinuirani monitoring

Tko određuje koji je porođaj niskorizičan?

- Liječnik i/ili prvostupnica primaljstva kroz dobru antenatalnu zaštitu i redovite kontrole

Tko može dobiti primaljsku skrb?

- svaka žena s niskorizičnom trudnoćom koja želi porođaj samo uz primalju bez lijekova i intervencija
- ABCD Nizozemski način kako odrediti koja trudnica pripada kojoj kategoriji

Što primalje trebaju učiniti?

- razgovarati sa ženama koje ispunjavaju uvjete i žele prirodni porođaj o njihovim očekivanjima i mogućnostima koje pruža primaljska jedinica
- upoznavanje sa ženama antenatalno, trudnica treba upoznati barem tri primalje, a jedna od njih svakako će biti s trudnicom i tijekom porođaja, a iste će je pratiti i nakon porođaja
- pripremiti prostor u rodilištu, osigurati mirnu, tihu, zamračenu atmosferu uz korištenje ugodne muzike ili upotrebu aromaterapije
- preuzeti brigu o ženama u niskorizičnim porođajima pružajući im primaljsku skrb, poticati ih da mijenjaju položaje u porođaju, da si olakšavaju porođajne bolove ne uzimajući lijekove
- preuzeti odgovornost o roditelji i djetetu dok su u skrbi primalje

- slijediti preporuke Unicefa koji se odnose na rodilišta „Prijatelj majki“

- prepoznati nepravilnosti i pravovremeno premjestiti roditelju u dio gdje će dobiti medicinski oblik skrbi ukoliko je to potrebno
- preuzeti brigu i odgovornost za poslijeporođajnu skrb, negu puerpere i novorođenčeta te uspostavu dojenja
- otpustiti majku i novorođenče (3 do 24 sata nakon porođaja, prema želji majke) uz otpusno pismo koje će pomoći patronažnoj sestri (ili primalji) da nastavi poslijeporođajnu skrb

Primaljska skrb u porođaju sadrži:

- upoznavanje s roditeljom i obitelji te razgovori prije porođaja
- pružanje skrbi ženi i djetetu u porođaju
- praćenje urednog tijeka porođaja
- kontrola majke i djeteta, uočavanje nepravilnosti te obavještavanje liječnika
- primjena primaljskih vještina kod smanjivanja porođajne boli
- osiguravanje privatnosti
- skrb majke i djeteta nakon porođaja

Zašto samostalne primaljske jedinice?

- zato jer je to najbezbolniji i najsigurniji prijelaz s medicinskog oblika skrbi u porođaju na primaljski oblik skrbi
- samostalne primaljske jedinice se nalaze u ili uz rodilište i dođe li do komplikacija tijekom porođaja ili se ukaže potreba za medicinskim oblikom skrbi, ženu odmah preuzima liječnik, ponekad nije potrebno niti da prelazi u drugu prostoriju, već ostaje u istom okruženju, samo se mijenja oblik skrbi u porođaju

Samostalna primaljska jedinica ne mora nužno biti odvojena od rađaonice, ne mora biti u posebnom prostoru, niti posebno opremljena, ukoliko za to nema financijskih sredstava. Ona može biti sastavni dio rađaonice, razlika je u vrsti skrbi koju tijekom porođaja žena dobiva - primaljska ili medicinska odnosno pomoć porodničara u porođaju.

Onako kako smo, ne tako davno, prihvatili činjenicu da žena može ustati iz kreveta i šetati tijekom porođaja, da može piti vodu, sudjelovati u donošenju odluke o načinu dovršenja svog porođaja, tako danas trebamo prihvatiti da skrb u niskorizičnom porođaju ženama mogu i trebaju pružati primalje. Ono što se i dalje ukazuje kao problem je nedostatak školovanog primaljskog kadra. Danas u Hrvatskoj ima 158 prvostupnica primaljstva, međutim, one ne rade isključivo u rađaonici. Ne smijemo zaboraviti na činjenicu da u našim rađaonicama rade primalje s velikim iskustvom koje dugi niz godina pomažu ženama u porođaju.

Od svih poslova koje prema Direktivi EU pripadaju primaljama, treba uzeti u obzir i kompetencije koje primalja stječe školovanjem. Svih ovih godina primalje pomažu ženama pri porođaju, drugim riječima pružaju im primaljsku skrb u porođaju (na otocima primalje rade samostalno). Kako bi u kratkom roku osigurali dovoljan broj primalja koje bi preuzele skrb o ženi iz niskorizičnih trudnoća u porođaju, dostajalo bi obrazovati postojeći rađaonski primaljski kadar, nekog više, nekog manje, ovisno o godinama staža.

Zašto priznati edukaciju samo rađaonskim primaljama, a ne i onima koje rade npr. na antenatalnoj zaštiti? Stoga što rađaonske primalje već godinama pomažu ženama u porođaju i to je jedini posao iz primaljskih kompetencija koji liječnici nikada nisu preuzeli, već je ostao u domeni primalje.

ZAKLJUČAK

Atmosfera koja podsjeća na dom pomaže da iskustvo porođaja bude pozitivno, a sigurno, mirno i toplo ozračje je vrlo značajno za napredovanje porođaja.

Mnoge žene privlači kućna atmosfera u kojoj će roditi svoje dijete, a cijene i sigurnosnu mrežu medicinskog osoblja u blizini, što znači da se brzo mogu premjestiti i primiti medicinsku skrb, ukoliko im bude potrebna epiduralna analgezija ili tijekom porođaja dođe do komplikacija.

Osnivanjem samostalnih primaljskih jedinica u ili uz rodilište omogućio bi se ženama fiziološki porođaj bez lijekova i intervencija, što dovodi do manje trauma

za majku i dijete tijekom porođaja te boljeg oporavka nakon porođaja, znatno bi se rasteretili liječnici kojih je premalo i što je najvažnije – žena bi u svakom trenutku mogla dobiti i medicinski oblik skrbi, ukoliko bi došlo do komplikacija u porođaju.

LITERATURA

1. Skrb tijekom normalnog porođaja- praktični vodič, whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_scr.pdf?ua=1
2. Zakon o primaljstvu, www.komora-primalja.hr/dokumenti/zakoni/338-zakon-o-primaljstvu
3. EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010 , R16 Place of birth by volume of deliveries
4. Birthplace in England – new evidence , SDO Network research digest June 2012 Issue 3
5. The Birthplace in England Research Programme, Peter Brocklehurst on behalf of the Birthplace in England Research Programme Collaborative Group
6. Midwifery Led Units (MLU), <https://www.esht.nhs.uk/service/...of.../midwifery-led-units-mlu/>
7. Should you use a midwife-led labour unit?, www.motherandbaby.co.uk/.../should-you-use-a-midwife-led-lab...
8. Midwife led unit, www.enherts-tr.nhs.uk/patients-visitors/our.../midwife-led-unit/
9. Distribution of births by maternity unit volume of deliveries in 2010 EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT 96 <500 500-1499 1500-2999 3000-4999 Other Home Figure 5.8)
10. Nadležnost primalja, Izmjene i dopune Zakona o primaljstvu, listopad 2010.



Pojavnost ranih poslijeoperacijskih poteškoća nakon histerektomije

Radojka Vukšić, prvostupnica primaljstva, Glavna primalja Klinike za ženske bolesti i porode, KBC Split, radojkavuksic@gmail.com

UVOD

Histerektomija je operacijsko odstranjenje maternice i jedna je od najčešćih operacija u medicini. Nakon apendektomije to je najčešći kirurški zahvat izvođen u svijetu. Tradicionalno histerektomija se izvodi abdominalnim ili vaginalnim putem. (1) S obzirom na tehniku izvođenja razlikujemo: parcijalne ili subtotalne histerektomije kod kojih se ne odstranjuje vrat maternice, kompletne ili totalne histerektomije, odstranjuje se vrat maternice sa ili bez adneksa te radikalne histerektomije kod kojih se odstranjuje maternica uz obostrano odstranjenje adneksa, dijela rodnice, regionalnih limfnih čvorova, opturatornog živca te omentuma. Najstarija je Wertheimova operacija koja se izvodi kod karcinoma vrata maternice. (2)

Premda je očito da je vaginalna histerektomija poštenija od abdominalne, ipak većina ginekologa češće koristi abdominalni put. Izbor metode ovisi o iskustvu i načinu razmišljanja kirurga. Preglednost operacijskog polja, lakša tehnika izvodljivosti, lakše manipuliranje adneksama i lakše operativno rješavanje patoloških promjena u zdjelici prednosti su abdominalnog puta. Abdominalna histerektomija predstavlja odstranjivanje maternice kroz trbušnu stijenu. Kirurški rez se nalazi na prednjoj trbušnoj stijenci ispod pupka – laparotomija. Rez može biti uzdužan (donja medijalna laparotomija) i poprečan (tzv. rez po Phannenstielu). Uzdužna laparotomija slijedi lineu albu od pupka do simfize. Slojevi na koje se nailazi tijekom rezanja su koža, potkožno masno tkivo (panculus), abdominalna fascija, rektalni mišići, koji se ne režu već otprepariraju, a posljednji sloj trbušne stijenke je parijetalni peritoneum. Poprečni rez se izvodi 2 do 3 cm iznad simfize, potom slijedi otvaranje trbušne stijenke po slojevima, a vrijedi isto pravilo kao kod uzdužnog reza. (1) Abdominalni pristup potreban je kod sumnje na maligni proces na maternici/jajnicima, opsežne endometrioze, velikih mioma i opsežnih priraslica. Vaginalna histerektomija predstavlja kirurško odstranjenje maternice kroz rodnicu. Najčešće se izvodi kod žena koje su u klimakteriju, jer je zbog smanjenog djelovanja hormona maternica manje veličine nego kod žene u reproduktivnoj dobi. Kod bolesnica s povišenim rizikom operativnog zahvata može se pribjeći vaginalnoj histerektomiji koja se može učiniti i

kod izrazito adipoznih bolesnica. Nedostatak vaginalnog pristupa zasigurno predstavlja nemogućnost ili umanjenu tehničku sposobnost odstranjenja adneksa. Vaginalni pristup izvodi se zbog descenzusa i prolapsa uterusa, nepravilnih krvarenja, recidiva cervikalnih intraepitelnih neoplazija nakon konizacije i mikroinvazivnog raka vrata maternice te kod manjih mioma. (1)

Laparoskopski asistirana vaginalna histerektomija (LAVH) je kombinirani laparoskopsko-vaginalni pristup u kojem se dio zahvata ostvaruje laparoskopski, a maternica se odstranjuje kroz rodnicu. Laparoskopska supracervikalna histerektomija je odstranjenje tijela maternice laparoskopskim pristupom (vrat maternice ostaje). (1)

Totalna laparoskopska histerektomija je odstranjenje tijela i vrata maternice laparoskopskim putem. Indikacije za laparoskopsku histerektomiju su simptomatski miomi (oko 30 %), abnormalno krvarenje (20 %), adenomioza i endometriozna adneksalna tvorba, kronične upalne bolesti u maloj zdjelici i karcinomi. (3) Potrebno je ponoviti da laparoskopska histerektomija nije alternativa vaginalnoj histerektomiji, već abdominalnoj, što skraćuje vrijeme boravka u bolnici, postoperativni morbiditet i smanjuje broj komplikacija. (1) Laparoskopskim pristupom skraćuje se trajanje zahvata, smanjuje se krvarenje, kao i rizik od komplikacija (lezije mokraćovoda, hematomi u parametriju), kraće je vrijeme opravka i hospitalizacije. Izbor ove tehnike ovisi o iskustvu čitavog operativnog tima. (1,2)

Dobra prijeoperacijska priprema bolesnice važna je za operacijski zahvat i poslijeoperacijski period. Bolesnica se priprema kako bi se osigurala optimalna fizička, psihološka, socijalna i duhovna spremnost za kirurški zahvat. U pripremi sudjeluju svi članovi zdravstvenog tima i o njihovoj sposobnosti ovisi uspjeh operacije. Prijeoperacijska priprema dijeli se općenito na psihološku i fizičku pripremu bolesnice. (4)

Bolesnice na odjel dolaze sa strahom i često se boje priprema za operativni zahvat, same operacije, anestezije, boli, nemoći i smrti. Intenzivan prijeoperacijski strah i tjeskoba se zbog popratnih metaboličkih promjena odražavaju na obrambene sposobnosti organizma, smanjujući mogućnost organizma da se odupre postoperativnim infekcijama i izlažu organizam bolesnica brojnim poslijeoperacijskim

komplikacijama. (1,4) Svakako veliki utjecaj imaju određene crte ličnosti kod pojave ovakvih emocionalnih stanja. (4) Najčešći uzrok straha je neupućenostu operaciju, u ishod operacije, susret s novom sredinom i ljudima o kojima će ovisiti, brigom za obitelj i dom, financijama. Pri rješavanju psiholoških problema treba koristiti iskrenu komunikaciju s bolesnicom. Tijekom razgovora bolesnicu treba poticati na verbalizaciju emocija, što značajno umanjuje tjeskobu. Potrebno je prepoznati i promatrati neverbalne znakove koji upućuju na osjećaje bolesnice. Bolesnice starije životne dobi koje su pronašle životni smisao i imaju duhovni oslonac uglavnom se dobro prilagođavaju na hospitalizaciju i smirenije očekuju kirurški zahvat. Psihološke reakcije žena kod histerektomije su različite. Neke osjećaju olakšanje, a kod nekih gubitak maternice razvija depresiju. Često se javlja strah od spolnog akta nakon operacije. Mnoge žene osjećaju krivnju, jer misle da su bolesti maternice i histerektomija kazna za grijeh. Također vjeruju da su rane teške i sporo cijele. Bolničko osoblje svojim izjavama vrlo lako može negativno utjecati na bolesnicu. Ispitivanja su pokazala da se zdravstveno osoblje premalo trudi oko psihološke pripreme bolesnica za histerektomiju. (6,7)

Fizička prijeoperacijska priprema ovisi o vrsti operacijskog zahvata. Tijekom fizičke prijeoperacijske pripreme bolesnici treba objasniti postupke i njihovu svrhu. Fizička priprema obuhvaća pretrage, prehranu, poučavanje i pripremu probavnog sustava. U većini slučajeva bolesnice kroz polikliničko-konzilijarnu djelatnost obavljaju pretrage potrebne za procjenu zdravstvenog stanja i sposobnosti za anesteziju i kirurški zahvat. (4) Ove bolesnice su najčešće starije životne dobi, pretile, nerijetko boluju od povišenog tlaka i šećerne bolesti što zahtijeva i dodatne pretrage. Medicinska sestra/primlja upućuje bolesnicu u režim prehrane koji se provodi dan prije operacije. Bolesnica uzima lagani doručak, a za ručak i večeru prepisana je bistra tekuća dijeta. Bolesnica ne smije uzimati ništa na usta 6 do 8 sati prije operacijskog zahvata. (8,9)

Prijeoperacijsko poučavanje odnosi se na pripremu bolesnice u sprečavanju poslijeoperacijskih komplikacija, komplikacija dugotrajnog ležanja i poslijeoperacijskih poteškoća. Poučavanje treba biti prilagođeno mogućnostima bolesnice (intelektualnim sposobnostima, razini obrazovanja, pažnji i motivaciji). Bolesnicu se poučava vježbama disanja, iskašljavanja i razgibavanja udova u prijeoperacijskoj pripremi kako bi ih bolesnica što bolje provodila u poslijeoperacijskom periodu, jer bol i strah umanjuju pažnju i sposobnost učenja. Provođenje vježbi je individualno što ovisi o procjeni sestre, odnosno stanju bolesnice, a idealno u poslijeoperacijskom periodu 3 do 5 puta svaka dva sata za vrijeme budnosti.

Vježbe dubokog disanja: vježbe se izvode udisanjem na nos i prolongiranim izdisanjem na usta. Vježbe se provode u ležećem, a kasnije u sjedećem i stajećem položaju. Time

se poboljšava plućna ventilacija i opskrba tkiva kisikom, sprječava pojava statičke pneumonije i atelektaze. (8)

Vježbe iskašljavanja: pravilno iskašljavanje (nakon dubokog udaha slijedi izdisaj otvorenih usta s iskašljavanjem) usmjerava sekret prema gornjim dišnim putevima, a pritiskom ruku na trbuh podupire se područje abdominalnog kirurškog reza što umanjuje bol. (8)

Vježbe nogu i stopala: izvode se u svrhu prevencije poremećaja cirkulacije donjih ekstremiteta, odnosno nastanka duboke tromboze i plućne embolije. Sastoje se od: aktivnih (ili potpomognutih) koncentričnih krugova stopalom; brzih kontrakcija mišića stražnje strane potkoljenice; savijanjem nogu u koljenima, opružanjem i zatim podizanjem nogu naizmjenično. (8)

Pravilno okretanje u krevetu i ustajanje: upozoriti bolesnicu na važnost pravilnog okretanja te ranog ustajanja iz kreveta. Poučiti je da prilikom okretanja istovremeno okrene cijelu stranu bez naglih trzaja, a prilikom postupnog ustajanja lagano pridržava ranu u cilju smanjenja bola. (8)

Da bi se probavni sustav pripremio hrana se ne uzima na usta dan prije operacije i čiste se crijeva. Klizma se daje dan prije operacije u kasnim poslijepodnevnim satima. Bolesnici je potrebno objasniti razlog davanja klizme i sam postupak, te tijekom primjene ublažiti osjećaj nelagode. (8,9)

Kvalitetna prijeoperacijska priprema bolesnice ima za cilj sprečavanje poslijeoperacijskih komplikacija i poslijeoperacijskih poteškoća nakon histerektomije. Poteškoće nastaju kao posljedica djelovanja anestetika i lijekova, prestanka djelovanja anestezije, samog operativnog zahvata, neupućenosti, neaktivnosti bolesnice, neadekvatnog uzimanja hrane i tekućine, te psihofizičkih poteškoća u prilagodbi bolesnice. Zdravstvena njega u poslijeoperacijskom periodu je usmjerena prepoznavanju, smanjivanju ili otklanjanju poslijeoperacijskih poteškoća. Poslijeoperacijske poteškoće javljaju se kod gotovo svih bolesnica, a to su: bol, mučnina i povraćanje, žeđ, štucavica, nadutost i poteškoće s mokrenjem. (8,9,10)

„Bol je što god osoba koja je doživljava kaže da jest i postoji kad god ona kaže da postoji.“ (M. McCafery) Bol je prisutna u svih bolesnica u poslijeoperacijskom periodu. Javlja se najčešće u predjelu operacijske rane, a može biti prisutna i na drugim djelovima tijela. (1) Kod laparoskopskih histerektomija moguća je bol u vrhovima ramena i u području rebra, kao posljedica zaostajanja male količine plina ispod ošita. Reakcija bolesnice na bol ovisi o emocionalnom i psihofizičkom stanju, prijašnjem iskustvu, očekivanju, kulturnoj pozadini, osobini ličnosti tj. toleranciji za bol. Fiziološke reakcije na bol su: refleksne (napetost i podražljivost mišića), autonomne (proširene zjenice, povišenje tlaka, pulsa, disanja, znojenje). Psihičke reakcije na bol prepoznaju se kao: razdražljivost, tjeskoba i verbalizacija bola. (6,8,9) Primjena ordiniranih

analgetika najčešća je metoda umanjivanja i otklanjanja boli. U ranom poslijeoperacijskom periodu primjenjuje se 24 satna trajna analgezija (intravenoznim putem ili preko epiduralnog katetera). Osim medikamentoznog umanjivanja boli potrebno je poučiti bolesnicu i drugim metodama (relaksacija, otklanjanje pozornosti od boli). (6,9) Znanstveno je dokazano da dobra psihološka prijeoperacijska priprema (inokulacija stresom), kao i svi postupci koji su usmjereni na smanjenje tjeskobe i potištenosti kod bolesnika dovode do smanjenja inteziteta boli u poslijeoperacijskom razdoblju. (2,5) Bolesnici općenito bolje podnose bol ukoliko znaju kada će se javiti, koliko dugo će trajati, koliko će biti jaka i zbog čega nastaje. Poslijeoperacijski postupci također imaju važnu ulogu u smanjenju boli. Postupci se temelje na informacijama dobivenim od bolesnice o intezitetu i lokaciji boli, kvaliteti sna, apetitu i drugom. Na osnovu navedenog poduzimaju se odgovarajuće mjere koje skraćuju poslijeoperacijski tretman.

Mučnina i povraćanje često se javljaju u mnogih bolesnika nakon operacije. U poslijeoperacijskom periodu najčešće su posljedica djelovanja anestetika, nakupljenog sadržaja u želucu, uzimanja tekućine ili hrane prije no što se uspostavi crijevna peristaltika. Negativno utječu na bolesnikovo opće stanje, uzrokuje gubitak tekućine i elektrolita, stvaraju neugodan osjećaj u ustima i bol, a naprezanje trbušnih mišića predstavlja opasnost za ranu. (5,8,9)

U poslijeoperacijskom razdoblju potrebno je promatrati bolesnicu (znojenje, podrigivanje, pojačana salivacija) i provoditi postupke koji umanjuju (uklanjaju) mučninu: ukloniti neugodne mirise; uputiti na duboko disanje kako bi se prevladao osjećaj mučnine; uputiti na izbjegavanje pokreta koji mogu izazvati mučninu; ograničiti se na uzimanje samo tekućine sve dok postoje znakovi mučnine te primjeniti ordiniranu terapiju (antiemetike). Ukoliko povraćanje traje duže od 24 – 35 sati treba, prema odredbi liječnika, uvesti nazogastričnu sondu radi sumnje na komplikacije sa želucem i crijevima.

Žeđa se javlja zbog dehidracije stanice i povišenja osmotskog tlaka tjelesnih tekućina. Predstavlja primarni regulator uzimanja vode i bitan je čimbenik u održavanju osmotskog tlaka tjelesnih tekućina. Javlja se u centru za žeđ radi dehidracije neurona. Osjećaj žeđi nakon operacije je posljedica: neuzimanja tekućine tijekom prijeoperacijske pripreme; djelovanja lijekova, premedikacije (atropin); gubitka tekućine za vrijeme operacije te zabrane uzimanja tekućine na usta nakon operacije. Nakon operacije i buđenja iz anestezije, bolesnice učestalo osjećaju suhoću u ustima. Javlja se kao posljedica smanjenog lučenja slina i neuzimanja tekućine na usta, a ne zbog žeđi, jer bolesnica dobiva tekućinu parenteralnim putem. (8,9)

Štucavica (singultus) predstavlja nevoljno grčevito stezanje ošita praćeno naglim zatvaranjem epiglotisa. U

operiranih bolesnika uzrok štucavice je meteorizam crijeva i proširenje želuca te posljedičnog nadražaja živaca koji inerviraju dišne mišiće i ošit. Javljaju se karakteristični zvukovi koji kod bolesnika izazivaju nelagodu i bol. Ukoliko znamo da je uzrok štucanja proširenje želuca, po odredbi liječnika uvodi se nazogastrična sonda i crpi se želučani sadržaj. Kada ne znamo uzrok štucavice, kako bi je ublažili uputit ćemo bolesnicu da: stavi na usta papirnatu vrećicu (kao masku) te u nju udiše i izdiše pet minuta; zadrži dah dok uzima velike gutljaje vode (ukoliko može uzimati tekućinu na usta). Ukoliko se ne uspije riješiti problem datim uputama potrebna je primjena medikamentozne terapije. (8,9)

Meteorizam se javlja kao posljedica neaktivnosti gastrointestinalnog sustava zbog djelovanja lijekova, anestetika, bolesnikove neaktivnosti i promjena u uzimanju hrane i tekućine. Nakon buđenja iz anestezije nema peristaltike u crijevima ili je usporena, pa se tekućina i plinovi nakupljaju u gastrointestinalnom sustavu i uzrokuju proširenje želuca i crijeva. Uobičajeno se javlja nakon laparotomije. Medicinska sestra/primalja treba promatrati bolesnicu, pratiti peristaltiku, provoditi postupke u cilju umanjivanja i uklanjanja abdominalne distenzije te omogućiti izlaženje plinova: mijenjati položaj bolesnice u krevetu (kada je moguće i dozvoljeno); ne davati tekućinu dok se ne uspostavi peristaltika (prema odredbi liječnika); uvesti rektalni kateter (Darmrohr) za izlaženje plinova; uvesti nazogastričnu sondu prema potrebi (bolesnice koje povraćaju) i primjeniti prostigmin po uputi liječnika. Peristaltika se uglavnom uspostavlja 24 – 48 sati nakon operacije. Ukoliko se ne uspostavi peristaltika i ne dođe do smanjenja meteorizma, već se isti povećava može se razviti paralitički ileus. (8,9)

Poteškoće s mokrenjem najčešće nastaju pri vaginalnim operacijama, kod smanjenog podražaja zbog vrste anestezije (spinalna anestezija), ali i zbog psihičkih i fizičkih poteškoća. Kod bolesnice šest do osam sati nakon operacije smanjena je diureza, a količina primljene i izlučene tekućine izregulira se tijekom prvih 48 sati. Bolesnica treba mokriti najkasnije osam sati od operacije. Uzroci poteškoća s mokrenjem kod bolesnica su bol, te psihološki problemi u prilagodbi na novo stanje - strah, gađenje, nelagoda, nemogućnost prilagodbe na neprirodan položaj tijekom mokrenja, neadekvatni okolinski uvjeti. Potrebno je prepoznati aktualni uzrok problema i prema uzroku planirati i provoditi intervencije. Ukoliko je uzrok poteškoća bol, treba primjeniti postupke u cilju smanjenja bola, a kod psiholoških problema intervencije su: strah – poticati bolesnicu na mokrenje; gađenje i nelagoda – čista, suha i topla posuda za nuždu; neprirodan položaj – smjestiti bolesnicu u prikladan položaj (polusjedeći, sjedeći); neadekvatni okolinski uvjeti - osigurati opuštenu, intimnu atmosferu i dovoljno vremena. Također, pomažu i neke

opće mjere poput: zvučne i taktilne stimulacije (šum vode); dovoljnog unosa tekućine; kontrole i evidencija primljene i izlučene tekućine. Ukoliko bolesnica ne uspije mokriti potrebno je prema odredbi liječnika provest jednokratnu ili trajnu kateterizaciju u aseptičnim uvjetima. Jedan od razloga poteškoća s mokrenjem je i retencija urina koja je česta u operiranih bolesnica. Poslijeoperacijska retencija urina je najčešće posljedica djelovanja farmakoloških pripravaka na inervaciju. Jako proširen mokraćni mjehur izaziva atoniju mišića, smetnje u mokrenju, retenciju urina te infekciju mokraćnog mjehura. Bolesnica ima česte podražaje na mokrenje, a izmokri vrlo malu količinu urina. Može osjećati i intenzivnu bol u predjelu operacijskog zahvata zbog punog mokraćnog mjehura. Kod sumnje na veću količinu zastojne mokraće liječnik također određuje kateterizaciju koja treba biti postupna. Naglo pražnjenje mokraćnog mjehura (oko 500 ml) može uzrokovati krvarenje i šok. Ukoliko je bolesnici postavljen trajni urinarni kateter prije operativnog zahvata, vađenje katetera uobičajeno se provodi 24 do 48 sati nakon operacije. Nakon odstranjivanja katetera također su moguće poteškoće s mokrenjem. Potrebno je pružiti bolesnici psihološku pomoć i podršku te objašnjenje što se sve može učiniti (poticati je na uzimanje tekućine, tuširanje, laganu šetnju, Keglove vježbe). Stalnim praćenjem bolesnice, kontrolom diureze i općeg stanja, dobrim psihološkim pristupom, pravodobnim upozorenjem liječnika, te pravilnom i pravodobnom nadoknadom tekućine za vrijeme operativnog zahvata i nakon njega poteškoće s mokrenjem mogu se spriječiti. (6)

CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj provedenog istraživanja je: utvrditi najučestalije rane poslijeoperacijske poteškoće; utvrditi koji čimbenici utječu na razvoj ranih poslijeoperacijskih poteškoća; utvrditi pojavnost u korelaciji s načinom operacije.

ISPITANICI I METODE

Uzorak

Istraživanje je provedeno na slučajnom uzorku bolesnica tijekom 24 - satnog boravka u Jedinici intenzivne njege na Klinici za ženske bolesti i porode KBC-a Split. Sudjelovanje ispitanica je bilo dobrovoljno uz jamčenu anonimnost i potpisanu suglasnost od strane ispitanice. U istraživanju je sudjelovalo 20 ispitanica.

Metode istraživanja

Istraživanje je provedeno tijekom svibnja i lipnja 2015. godine pomoću upitnika odobrenog od strane Etičkog povjerenstva KBC-a Split. Upitnik se sastoji od 22 dijela koji su ispunjavale medicinske sestre i primalje u Jedinici intenzivne njege Klinike za ženske bolesti i porode KBC-a Split.

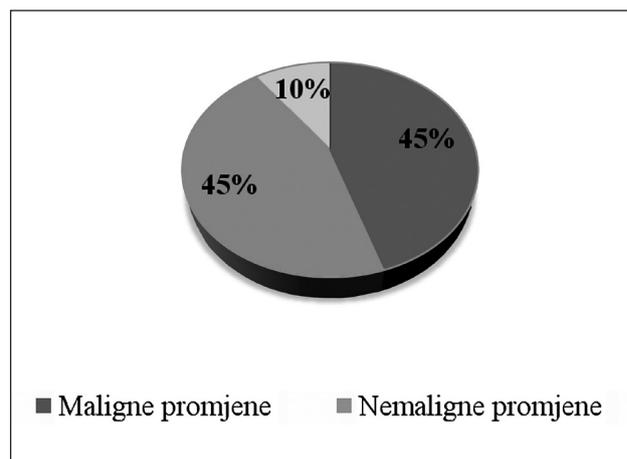
Analiza podataka

Prikupljeni podaci iz upitnika uneseni su u Microsoft Excel tablice prema unaprijed pripremljenom kodnom planu. Za obradu podataka korištena je deskriptivna statistika.

REZULTATI

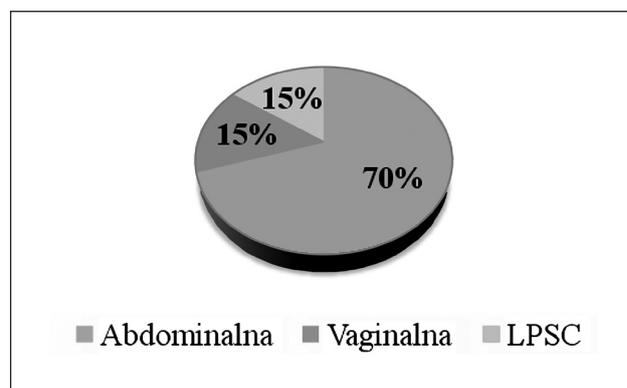
U istraživanju je sudjelovalo 20 ispitanica prosječne starosne dobi 60,7 godina (47 do 87). Prosječni raspon indeksa tjelesne mase iznosio je 26,93 (21,7 – 33,1). Najveći broj ispitanica imalo je dvije trudnoće (0 – 6). Najveći broj ispitanica ima dvoje djece (0 – 4), a sve ispitanice (N=20) rodile su prirodnim, vaginalnim, putem. Ukupno 13 trudnoća (27 %) završilo je nenamjenim abortusom. Ukupno 85 % ispitanica ne konzumira nikotin.

Jednaki broj ispitanica (N=9) histerektomiju je napravilo zbog malignih i nemalighnih promjena, dok su dvije ispitanice napravile histerektomiju iz preventivnih razloga. (Slika 1)



Slika 1. Razlozi histerektomije

Najveći broj ispitanica operirano je abdominalnim putem, njih 70 %. (Slika 2) Prosječna dužina operacije iznosila je 145,25 minuta (90 – 330). Kod ukupno 85 % ispitanica primjenjena je opća metoda anestezije.



Slika 2. Vrsta operacije

Dvije trećine ispitanica su već imale operaciju, ali ne u ginekološkom sustavu. Iste ispitanice su koristile anesteziju, dok je jedna ispitanica, koja do sada nije bila na operativnim zahvatima, primala anesteziju tijekom dijagnostičkih pretraga.

Više od polovice ispitanica ne boluje od nikakve kronične nezarazne bolesti, dok 45 % ispitanica boluje od neke kronične nezarazne bolesti.

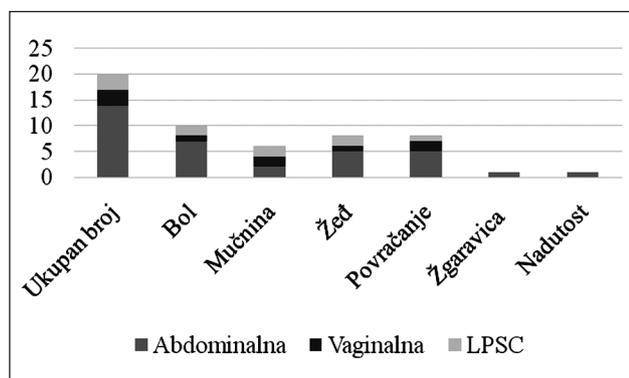
Ukupno je zabilježeno 54 rane poslijeoperacijske poteškoće koje su se javile kod 20 ispitanica. (Tablica 1)

Tablica 1. Rane poslijeoperacijske poteškoće

Poteškoće	Broj ispitanica kod kojih su se javile
Bol	17
Mučnina	13
Žeđ	14
Povraćanje	8
Žgaravica	1
Nadutost	1

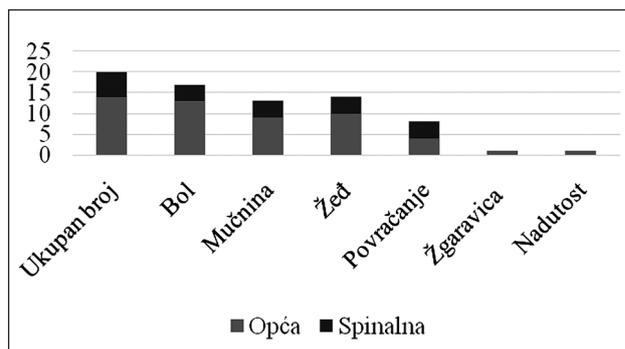
Opstipacija nije zabilježena kod nijedne ispitanice, jer po definiciji opstipacija je izostanak stolice tri ili više dana, a ispitanice su u sklopu fizičke pripreme dobile klizmu. Poteškoću zastoja mokraće nije bilo moguće provjeriti, jer su sve ispitanice kateterizirane prije ili u toku zahvata, a urinarni kateter im je odstranjen nakon 24 sata, kada je već prošlo vrijeme praćenja javljanja ranih poslijeoperacijskih poteškoća. Nije pronađena značajna statistička razlika kod nijedne varijable s obzirom na javljanje ranih poslijeoperacijskih poteškoća.

Na slici 3 prikazano je javljanje ranih poslijeoperacijskih poteškoća s obzirom na vrstu operacije.



Slika 3. Javljanje ranih poslijeoperacijskih poteškoća s obzirom na vrstu operacije

Na slici 4 prikazano je javljanje ranih poslijeoperacijskih poteškoća s obzirom na vrstu anestezije.



Slika 4. Javljanje ranih poslijeoperacijskih poteškoća s obzirom na vrstu anestezije

RASPRAVA

Histerektomije su najčešće ginekološke operacije i svakodnevno se provode na Klinici za ženske bolesti i porode KBC-a Split. U poslijeoperacijskoj zdravstvenoj njezi bolesnica nakon histerektomija medicinske sestre/primalje učestalo se susreću sa poslijeoperacijskim poteškoćama te ih samostalno tretiraju. Pristupaju samostalno. U slučaju poslijeoperacijskih komplikacija dužnost i obveza medicinske sestre/primalje je pravodobno uočavanje simptoma i znakova te obavještanje liječnika. Kako bi se lakše i samostalnije provodili postupci usmjereni rješavanju problema potrebno je dobro poznavanje problematike poslijeoperacijskih poteškoća i procesa zdravstvene njege. (11,12)

U istraživanju je sudjelovalo 20 ispitanica prosječne starosne dobi 60,7 godina, a raspon indeksa tjelesne mase iznosio je 26,93 (21,7 – 33,1). U novije vrijeme prevladava shvaćanje da indeks tjelesne mase nema značajnu prediktivnu vrijednost za razvoj poslijeoperacijskih poteškoća, iako i tu postoje oprečna mišljenja. (6,13) Ukupno je zabilježeno 54 rane poslijeoperacijske poteškoće koje su se javile kod 20 ispitanica.

Najveći broj ispitanica operirano je abdominalnim putem, njih 70 %. Prosječna dužina operacije iznosila je 145,25 minuta (90 – 330). Kirurški čimbenik za poslijeoperacijske poteškoće se odnosi na duljinu trajanja operacije, ali stavovi oko samog tipa operacije, u smislu načina izvođenja, još nisu u potpunosti usaglašeni, velikim dijelom zbog istovremenog utjecaja različitih poticajnih čimbenika. (2,6) Kod ukupno 85 % ispitanica je primjenjena opća metoda anestezije. S obzirom na vrstu anestezije poteškoće se javljaju kod opće i spinalne anestezije, osim žeđi i nadutosti koje se ne javljaju kod spinalne. (13) Više od polovice ispitanica ne boluje od nikakve kronične nezarazne bolesti, dok 45 % ispitanica boluje od neke kronične nezarazne bolesti. Očekivano je da kronične nezarazne bolesti gastrointestinalnog trakta utječu na mučninu i povraćanje (2), ali u ovom istraživanju nije zabilježen ni jedan slučaj.

U ranom poslijeoperacijskom periodu bol se javila kod 17 ispitanica. Žeđ je evidentirana kod 14 bolesnica. Pojavnost mučnine kod 13, a povraćanje kod 8 bolesnica. Nadalje, žgaravica je zabilježena kod jedne bolesnice, kao i nadutost. Čimbenici rizika za mučninu i povraćanje su ženski spol, nepušenje, anamnestički podaci o prijašnjem povraćanju i mučnini ili kinetoze te migrene. (2,6,9) U istraživanju ukupno 85 % ispitanica ne konzumira nikotin. Također, poslijeoperativno suzbijanje boli opioidima predstavlja provokativni čimbenik za poslijeoperacijsku mučninu i povraćanje. (6)

ZAKLJUČAK

Rezultati ovog istraživanja pokazali su sljedeće: ukupno je zabilježeno 54 ranih poslijeoperacijskih poteškoćakod 20 ispitanica. Najprisutnija rana poslijeoperacijska poteškoća je bol koja se javila kod 17 ispitanica, slijedi mučnina (N=13), žeđ (N=14), povraćanje (N=8), žgaravica (N=1) i nadutost (N=1). Opstipacija nije zabilježena kod nijedne ispitanice, jer po definiciji opstipacija je izostanak stolice tri ili više dana, a ispitanice su u sklopu fizičke pripreme dobile klizmu. Poteškoću zastoja mokraće nije bilo moguće provjeriti, jer su sve ispitanice kateterizirane prije ili u toku zahvata, a urinarni kateter im je odstranjen nakon 24 sata kada je već prošlo vrijeme ranih poslijeoperacijskih poteškoća.

Nisu utvrđeni čimebnici koji doprinose pojavi ranih poslijeoperacijskih poteškoća, jer nije pronađena značajna statistička razlika u pojavnosti poteškoća u korelaciji s nekom od predviđenih čimbenika. Mali broj ispitanica onemogućio je pravilnu usporedbu u udjelu poslijeoperacijskih poteškoća s obzirom na način operacije, ali i vrstu anestezije.

Budući je ispitivanje provedeno na malom broju ispitanica, uputno je ponoviti istraživanje na većem uzorku kako bi se došlo do određenih zaključaka. Bilo bi poželjno sinkroniziranoprovести istraživanjena području cijele Hrvatske kako bi se mogla usporediti i pojava ranih poslijeoperacijskih poteškoća s obzirom na regiju življenja. Također, moglo bi se pristupiti i procjeni osobina ličnosti ispitanica što nedvojbeno ima značajnu ulogu u doživljavanju poslijeoperacijskog razdoblja i mogućih poteškoća.

LITERATURA

1. Kopjar M, Maričić I., „Laparoskopska histerektomija“. Medix, 2004: 53;64-67
2. Šimunić V, Audy – Jurković S, Bagović D. i sur., Ginekologija, Naklada Ljevak, Zagreb, 2001.
3. Čorušić A, Babić D, Šamija M, Šobat H., Ginekološka onkologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2005.
4. Prlić N, Rogina V, Muk B., Zdravstvena njega 4, Školska knjiga, Zagreb, 2005.
5. Havelka M., Zdravstvena psihologija, Medicinski fakultet, Zagreb, 1990.
6. Trojar Š. Nekateri vidiki doživljanja žensk ob histerektomiji. Diplomski rad. Visoka škola za zdravstveno nego, Jesenice, 2011.
7. Sanchez K, Mihelić Zajec A, Vloga medicinske sestre v celostni pripravi pacientke na operativni poseg rodil, Obzornik zdravstvene nege, 2005; 39: 277.-84.
8. Prlić N, Zdravstvena njega kirurških bolesnika – opća. Školska knjiga, Zagreb, 2014.
9. Prpić I. i sur., Kirurgija, Školska knjiga, Zagreb, 2005.
10. Prhat S, Priprava bolnice na ginekološko operaciju in zdravstvena nega po njoj, Ljubljana: Klinički center, Ginekološka klinika, 2001:2.-7.
11. Fučkar G, Proces zdravstvene njege, Medicinski fakultet Sveučilišta, Zagreb, 1995.
12. Božić J, „Epiduralna analgezija – Smanjuje li viši stupanj edukacije bolesnika stupanj poslijeoperacijske bolnosti?“. Sestrinski glasnik/Nursing Journal. 2014: 19;26.-9.
13. Šimurina T, „Model predviđanja povraćanja nakon opće anestezije pri laparoskopskim ginekološkim zahvatima“. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2011.



IN MEMORIAM

Maja Veljačić



Dana 20.10.2017. godine u suton jednog petka, prerano i prebrzo izgubljena je bitka, drage nam kolegice i prijateljice

MAJE VELJAČIĆ

rođene 18.03.1966.godine.

Zajedno sa svojom generacijom 1984. završila je primaljsku školu, te se predano i odgovorno posvetila tom poslu. Rad u rađaonici, zatim u operacijskoj sali, za nju nije bilo zanimanje, nego poziv. Poziv da nesebično pomaže, te pruža potporu potrebitima. Naša Maja je bila predobra primalja koja može biti primjer svim mlađim kolegicama, a u svom srcu to je i ostala.

Opraštamo se od tebe, draga naša Majo, vjerujući da je prelazak samo spokoj, a vječni život će biti u našim srcima i sjećanjima na tebe.

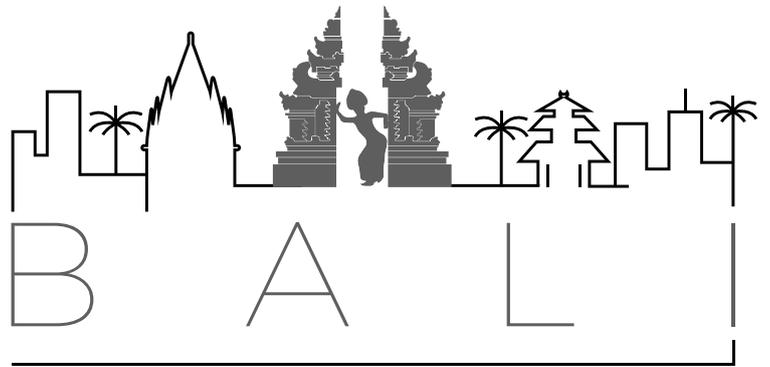
Kollegice Klinike za ginekologiju i porodništvo, Kbc - Rijeka



HRVATSKA UDRUGA ZA PROMICANJE PRIMALJSTVA
CROATIAN ASSOCIATION FOR PROMOTION OF MIDWIFERY



HRVATSKA KOMORA
PRIMALJA
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES



32nd ICM Triennial Congress

Indonesia 21-25 June 2020

Midwives of the World: delivering the future

www.midwives2020.org



32nd ICM Triennial Congress
Bali, Indonesia
21-25 June 2020
Bali Nusa Dua Convention Centre



International
Confederation
of Midwives



10TH ELACTA CONFERENCE ON BREASTFEEDING



**BREASTFEEDING
WITHOUT BORDERS**
ROTTERDAM, THE NETHERLANDS
17-19 MAY 2018

VENUE



SS ROTTERDAM

www.elacta.eu/conference

OSJEĆAJ SIGURNOSTI POTIČE UNUTARNJI MIR I ZADOVOLJSTVO SVAKOG ČOVJEKA!

SKENIRAJTE QR KOD, PRISTUPITE POSEBNOJ PONUDI OSIGURANJA I OSTALIM POGODNOSTIMA!



...IZBOR ODREĐUJE NAŠU SUDBINU, A NE SPLET OKOLNOSTI.

ARISTOTEL



CERTITUDO d.o.o. za zastupanje u osiguranju

T: 01 5802 532 / M: 098 340 540 / E: info@certitudo.hr

Paket OSIGURANJA PROFESIJE s osiguranjem od posljedica nezgode s proširenim pokrićima

PROFESIONALNA OSIGURANJA*:

Osiguranje od profesionalne odgovornosti - **POPUST 15%**

Osiguranje pravne zaštite u kaznenom, prekršajnom i disciplinskom postupku - **POPUST 15%**

Osiguranje naknade prihoda - **POPUST 20%**

Osiguranje financijskih gubitaka (osiguranje prekida rada) - **POPUST 20%**

Osiguranje od nesretnog slučaja s poboljšanim tablicama invalidnosti - **POPUST 20%**

EKSKLUZIVNA PONUDA AUTO OSIGURANJA*

OBVEZNO AUTO OSIGURANJE - KOMORSKI POPUST OD 10,00%

PROŠIRENI PAKET UZ OSIGURANJE VOZILA [AKCIJSKA PONUDA]

1. PAKET CARE 2. PAKET PROTEKT

AUTO KASKO - KOMORSKI POPUST 15% NAKON SVIH POPUSTA PO REDOVNOM ČJENIKU

PREDMET OSIGURANJA	Limit pokrića po štetnom događaju po osobi	Godišnja premija po osobi
· profesionalna odgovornost	20.000,00 EUR	200,00 HRK
· pravna zaštita u kaznenom i prekršajnom postupku	20.000,00 EUR	
· pravna zaštita u disciplinskom postupku pred poslodavcem	5.333,00 EUR	
· troškove zastupanja osiguranika u kaznenom postupku koji je protiv istog pokrenut radi prometne nezgode	5.333,00 EUR	
· Osiguranje od posljedica nesretnog slučaja (prema tablici)		
OSIGURANI RIZICI	Osigurana svota u EUR	
Smrt uslijed nezgode	5.000,00	
Smrt uslijed prometne nezgode	2.000,00	
Smrt uslijed bolesti	1.500,00	
Trajni invaliditet uslijed nezgode - progresija do 500%	6.000,00	
Svota u slučaju 100% trajnog invaliditeta uslijed nezgode iznosi	30.000,00	
Nastanak teških bolesti	1.500,00	
Kozmetička operacija	do 3.500,00	
Hospitalizacija, boravak u bolnici uslijed nezgode, 7 - 14 dana 2%, 14-21 dan, 3%, 22 i više dana, 4% od osnove	6.000,00	
Iznenadna smrt uslijed bolesti	1.000,00	
Lom kosti uslijed nezgode	20,00	

*pogodnosti za individualna ugovaranja