



Primaljski Vjesnik



Primaljski Vjesnik • Broj 15 • ISSN 1848-5863 • Listopad 2013.





HRVATSKA UDRUGA ZA PROMICANJE PRIMALJSTVA
CROATIAN ASSOCIATION FOR PROMOTION OF MIDWIFERY



HRVATSKA KOMORA
PRIMALJA
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES

Sadržaj

Uvodna riječ.....	4
Hrvatska domaćin sastanka „Europske udruge primalja“	5
Primalje upisale studij uz subvenciju Hrvatske Komore primalja.....	6
Izvještaj iz Nizozemske: „Primaljska ljetna škola“.....	8
Primaljstvo u Nizozemskoj.....	13
Svjetski tjedan dojenja 2013.	14
Intervju – Fiona Clare Dykes, profesorica maternalne i dječje medicine.....	17
O prizivu savjesti.....	19
Intervju – Sovjetka Krobot, umirovljena primalja, Hvar.....	22
Modeli kontinuirane primaljske skrbi u usporedbi s drugim modelima skrbi za rođilje.....	23
Hormoni u trudnoći.....	24
Hellp sindrom.....	27
Praćenje preeklampsije.....	28
Metode indukcije porođaja.....	34
Učinkovite porođajne kontrakcije.....	36
Aktivno prema prirodnom vođenju 3. porođajnog doba.....	38
Rano ili kasno podvezivanje pupkovine.....	41
Nedonoščad.....	45
Probir novorođenčeta i uloga primalje.....	47
Zadaci i uloga primalje kod njege rođilje s rupturom sfinktera.....	51
Kontroverze o dojenju i pretilosti.....	59
Povijest medicine u Dubrovniku.....	61
Seksizam u zdravstvenom sustavu: povijest žena iscjeliteljica, vještica, primalja i medicinskih sestara.....	67
Intervju – Nada Matanović, primalja u „Porodnoj hiši“ u Postojni.....	72
Muškarci se moraju bolje pripremiti za „krvave“ porode.....	74
Testovi probira i amniocenteza.....	76

*Stavovi autora/ica izneseni u ovom časopisu ne predstavljaju službene stavove
Hrvatske komore primalja i Hrvatske udruge primalja, izdavača Primaljskog vjesnika.*

Impresum:

Izdavač:

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

Žiro-račun: 2402006-110549055 Erste Banka

Hrvatska udruga za promicanje primaljstva, Kutnjački put 2a, Vrbani, 10000 Zagreb, www.hupp.hr

Žiro-račun: 2360000-1101743245 Zagrebačka banka

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

Priprema i tisk: Alfacommerce d.o.o.

Naklada: 800 primjeraka

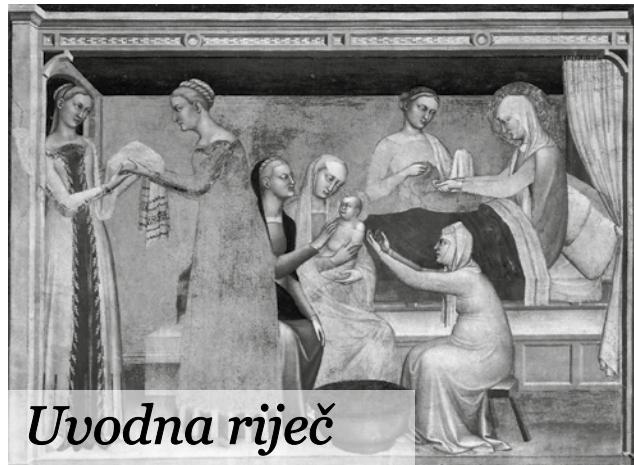
Tekstovi su lektorirani i autori odgovaraju za istinitost sadržaja. List je besplatan.

Drage naše!

Pred Vama je još jedan broj Primaljskog vjesnika! Donosimo Vam pregršt informacija, zanimljivosti i novosti.

Nadamo se da će 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.



Uvodna riječ

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

Pratite nas i na Facebook stranici:

<http://www.facebook.com/pages/Hrvatska-komora-primalja>

Andrea Oštrić, mag. admin. sanit.



U trenutku poroda ne rađa se samo dijete, rađa se i majka.

Rađa se snažna, kompetentna, sposobna majka koja vjeruje u sebe i u svoju unutarnju snagu.

Ususret XVIII. Simpoziju Hrvatske udruge za promicanje primaljstva!

Simpozij pod nazivom „PRIMALJA – zagovornica žene i obitelji“ bit će održan nadoilazeće godine od 8. do 10. svibnja u hotelu Brijuni u Puli.

Očekujemo Vas!

Hrvatska domaćin sastanka „Europske udruge primalja“

Primalje iz cijele Europe 27. i 28. rujna okupile su se u Zagrebu na Glavnem godišnjem sastanku Europske udruge primalja (EMA). Okupljanje primalja, u organizaciji Hrvatske komore primalja, upriličeno je s ciljem rješavanja problema u primaljstvu, a povela se rasprava i o pitanjima značajnim za obrazovanje primalja te primaljsku praksu u Europi.

Glavne teme godišnjeg sastanka EMA-a, po prvi puta održanog u našoj zemlji, bile su: „Primaljstvo u Hrvatskoj“, „Rezultati istraživanja EMA-e o javnom zdravstvu“, „Potrošači i uključivanje javnosti u zdravstvo“, „Iza zdrave majke zdrava beba – promjene u ono što žene žele od materjalne skrbi i moć izbora“ te „Jačanje primaljskih organizacija“. Također su održane razne radionice povezane s navedenim temama, a raspravljaljalo se i o godišnjem izvješću te budućim kandidaturama i sudjelovanjima na ostalim projektima. Na radionicama su sudjelovale 52 primalje iz različitih zemalja EU, te 9 primalja iz Hrvatske koje još od 2004. godine aktivno surađuju s Europskim udruženjem primalja.

Prisutne su pozdravile i kratko im se obratile predsjednica EMA-e Mervi Jokinen, predsjednica Hrvatske komore primalja Barbara Finderle, predsjednica Hrvatske udruge za promicanje primaljstva Iva Podhorsky Štorek te zamjenik ministra zdravlja prim.mr.sc. Marijan Cesarik.

Gđa. Jokinen je naglasila važnost otvorenog dijaloga i razmjene iskustava između članica, te je pohvalila Hrvatsku komoru primalja na aktivnoj ulozi u EMA-i.

U razgovorima sa svojim europskim kolegicama hrvatske primalje istaknule su probleme s kojima se struka susreće u Hrvatskoj te naznačile moguća rješenja. Gđa. Finderle rekla je da je jedan od najvećih problema nepostojanje primaljskog studija u Zagrebu, što utječe na mogućnosti visokog obrazovanja primalja u glavnom gradu Hrvatske te onemogućuje daljnje školovanje na diplomskom studiju primaljstva u Hrvatskoj. „Posljedice po naš sustav zdravstva i roditelje je manjak primalja i njihov odlazak u druge srodne struke“, naglasila je gđa. Finderle.

Prim.mr.sc. Cesarik u svom obraćanju istaknuo je dobro uspostavljenu suradnju Ministarstva zdravljia i Hrvatske komore primalja te zaželio svima prisutnima uspješan rad. Jedan od problema o kojima se raspravljaljalo na sastanku EMA-e odnosi se na neodgovarajuću iskorištenost postojećeg primaljskog kadra, nepostojanje kontinuirane primaljske skrbi za žene (nemogućnost izbora) te nemogućnost otvaranja privatnih primaljskih praksi. Iako se primalje diljem Hrvatske, a pogotovo unutar Hrvatske komore primalja, aktivno zalaže za rješavanje istaknutih problema, zatečeno stanje još uvijek nije riješeno, zbog raznih zakonodavnih i društvenih ograničenja. Početkom 2013. godine samo je 1359 primalja radilo na primaljskim radnim mjestima, dok ostale u pravilu zaposlene kao medicinske sestre ili kao dentalne asistentice. Stoga, broj primalja u Republici Hrvatskoj na 100.000 stanovnika iznosi 31,72. Noviji podaci Svjetske zdravstvene organizacije, za 20 zemalja EU za dvije protekle godine, 2011. i 2012., pokazuju porast prosjeka primaljske skrbi te za 100.000 stanovnika skrbi prosječno 33.04 primalja. Hrvatska tako pripada među zemlje u kojima je nedovoljan broj primalja u odnosu na broj stanovnika.

Hrvatska komora primalja je početkom rujna ove godine predala Ministarstvu zdravlja projekt kojim predlaže stipendiranje školovanja primalja kako bi se njihova znanja izjednačila s razinom znanja primalja u EU. Prilikom izrade strategije planiranja ljudskih resursa detalji tog projekta dani su na znanje resornom ministarstvu.

Što se tiče problema u primaljstvu u EU, važno je naglasiti potrebu za mijenjanjem EU direktive koja definira primalje (EMA i regulatorno tijelo za primalje u EU – NEMIR aktivno rade na rješavanju tog problema). Također, potrebno je naglasiti i probleme vezane uz utjecaj globalne finansijske krize na zdravlje žena i obitelji. U uskoj suradnji primalja diljem Europe, okupljenih na ovom sastanku, postoje velike predispozicije za rješavanje nastalih problema te suradnju u svim projektima koji omogućuju bolju primaljsku skrb i obrazovanje primalja u Europi.



Primalje upisale studij uz subvenciju Hrvatske komore primalja

Na razlikovni, premošćujući (bridging) program primaljstva, koji dijelom subvencionira Hrvatska komora primalja prijavilo se 25 primalja. Prijavljene primalje, članice Komore, upisale su studij na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci. Ovaj studij predstavlja premosnicu od studija sestrinstva ka studiju primaljstva i predviđen je za sve primalje zaposlene u primaljskoj struci. Navedeni oblik edukacije, odnosno indirektni upis na studij primaljstva, spominje se i u direktivi EU. Završetkom studija članice Komore steći će diplomu prvostupništva primaljstva.

Vijeće Hrvatske komore primalja nakon brojnih upita i njihova razmatranja, na Skupštini održanoj početkom listopada u Zagrebu, odlučilo je finansijski podržati članice Komore i ovakav oblik studiranja te donijelo odluku kako će, sukladno svojim mogućnostima, od ukupne školarine koja iznosi 6.600 kuna, svim prijavljenim primaljama subvencionirati iznos od 1.500 kuna.

S obzirom da je kapacitet studija u ovoj školskoj godini veći od broja prijavljenih primalja, sve primalje koje su se prijavile su i upisane, a svim članicama Komore koje su se prijavile studij je subvencioniran u istom iznosu. U Hrvatskoj komori primalja smatraju kako su članice Komore upisom studija učinile značajan iskorak važan za njihov osobni profesionalni rast i razvoj te prepoznatljivost i status u medicinskim ustanovama u kojima rade.

Isto tako, odluka Vijeća o subvencioniranju predstavlja izravno ulaganje u boljšak i razvoj struke primaljstva koja se približava postojećim standardima Europske unije.

Naime, u Hrvatskoj, u odnosu na broj stanovnika ima premalo primalja, a moguće je i smanjenje njihovog broja uslijed očekivanog odlaska primalja u mirovinu u sljedećem razdoblju te zabrane zapošljavanja novih primalja u državne institucije. Uz to, kako u Hrvatskoj studij primaljstva nije postojao gotovo 30 godina, s željom za dalnjim usavršavanjem i obrazovanjem te napredovanjem u struci i na radnom mjestu, mnoge primalje odlučile su upisati srodne studije poput studija sestrinstva, što je uzrokovalo odljev kvalitetnog primaljskog kadra u druge struke.

U Komori ističu kako su već sada, a pogotovo ulaskom Hrvatske u EU, razlike u edukaciji i stručnim poslovima između primaljstva i sestrinstva sve značajnije.

U Hrvatskoj komori primalja ističu kako ova odluka Vijeća te veliki interes koji su pokazale primalje predstavljaju početak rješavanja jednog od gorućih problema primaljstva u Republici Hrvatskoj. Nadaju se i podršci nadležnih državnih institucija u rješavanju ovog i ostalih pitanja, o čemu je bilo riječi na nedavno održanoj Skupštini Komore i sastancima u resornim ministarstvima, kao i na godišnjem sastanku Europske asocijacije primalja održanom u Zagrebu.

Hrvatska komora primalja planira osnovati zakladu s ciljem da podrži studiranje primalja. Ujedno, po uzoru na Poljsku koja se prije ulaska u EU nalazila u sličnoj situaciji poput Hrvatske, ljetos je iz Komore u Ministarstvo zdravlja upućen prijedlog projekta financiranja velikog broja edukacija za primalje s namjerom da ih Ministarstvo prijavi za sufinciranje iz fondova EU.

Nažalost, u ovom trenutku razlikovni premošćujući program studiranja otvoren je samo na Sveučilištu u Rijeci, dok se na Sveučilištu u Zagrebu, bez obzira na nastojanja Komore, još uvijek nije otvoren niti pred-diplomski studij primaljstva. U Komori ističu kako su svjesni da je u današnje vrijeme, uz brojne poslovne i obiteljske obaveze, sve teže izdvojiti vrijeme i novac radi dodatnog studiranja te izražavaju zadovoljstvo što se 25 kolegica iz cijele Hrvatske ipak odlučilo na ovaj korak.

Odlukom o sufinciranju studija Komora je ovoga puta podržala one članice koje su položile stručni ispit iz primaljstva, koje su zaposlene u primaljskoj struci, a ujedno su ispunile sva potraživanja spram Komore. Ovom odlukom Hrvatska komora primalja ne sufincira prelazak medicinskih sestara na primaljstvo, već pomaže onim primaljama koje su završile studij sestrinstva, jer po završetku srednje primaljske škole nisu imale mogućnost nastavka obrazovanja u primaljstvu. Istovremeno, studijem će se zaštiti radno aktivne primalje s prvočinom iz sestrinstva i brže premostiti nedostatak prvočinica primaljstva u sustavu. Program studija uskladen je s potrebama i zakonodavstvom u našoj zemlji, a odobren je i od strane EU i nije osmišljen nauštrb kvalitete obrazovanja ili primaljske skrbi.

Nadalje, treba istaknuti da je Sveučilište u Rijeci dozvolilo upis samo osobama zaposlenim na primaljskim radnim mjestima. Međutim, u primaljstvu postoji i velika potreba za drugim oblicima premošćujućih/bridging programa, primjerice za primalje koje nisu zaposlene na primaljskim radnim mjestima, a željele bi.

Ovakve, specifične potrebe, Komora namjerava razložiti obrazovnim institucijama Republike Hrvatske koje školju primalje, te pregovarati s njima o budućim premošćujućim/bridging programima. Stoga, zanima nas Vaša povratna informacija – kakva su Vaša očekivanja i potrebe? Javite nam na e-adresu info@komora-primalja.hr ili telefonom na broj 01/5494-689.

U Komori napominju da se studenticama primaljstva, s namjerom da im se barem djelomično pomogne, omogućava članstvo u Komori bez ikakve nadoknade. Dakle, tijekom studija, ukoliko podnesu propisani zahtjev i dostave ga u Komoru, izuzete su od plaćanja članarine. To je također oblik sufinciranja koji nije omogućen studenticama premošćujućeg/bridging programa.

Izvještaj iz Nizozemske: „Primaljska ljetna škola“

Barbara Finderle, predsjednica Hrvatske komore primalja

Udruženje primalja u Nizozemskoj (KNOV) u kolovozu ove godine organiziralo je dvotjednu „Primaljsku ljetnu školu“. Dvotjedna edukacija organizirana je s ciljem da se i primaljama izvan Nizozemske pruži prilika da uče o načinu na koji se u toj zemlji radi. U razdoblju kada se održava redovna nastava nisu u mogućnosti primati primalje iz inozemstva, jer studij pohađa velik broj njihovih primalja. Ovom prigodom otvorili su natječaj za šest primalja iz cijelog svijeta. Jedini uvjet za prijavu jest da je prijavljena osoba primalja, drugim riječima, nisu primali studentice. Ovo je prva edukacija takve vrste i namjeravaju je ponoviti i sljedeće godine. Zaprimili su preko 30 zamolbi.

U našoj Komori dogovarali smo se tko bi mogao ići. Trebala je otpustovati moja draga kolegica iz Zagreba. Međutim, u zadnji tren bila je spriječena, jer zbog godišnjih odmora u kolovozu nije mogla dobiti slobodne dane. Stoga sam prijavila sebe i poslala traženu dokumentaciju ne nadajući se da će me doista izabrati. Nekoliko tjedna kasnije javili su se iz KNOV-a i obavijestili me da sam jedna od šest odabralih primalja.

U isto vrijeme bila sam sretna i prestravljenja, jer sam u vrlo kratkom roku morala uskladiti poslovne i obiteljske obaveze kako bih doista mogla otići na dvotjednu edukaciju. Dio troškova edukacije snosili su organizatori, dio je platila Komora, a dio sam snosila sama. Bila sam dužna napraviti nekoliko nalaza, poput brisa grla, a uplatila sam i dodatno zdravstveno osiguranje. Zatim su mi javili koja će biti „moja“ primalja, odnosno primalja kod koje ću učiti. Evelin je zaposlena u primaljskoj praksi „Lena“. Uz nju rade još dvije primalje. Primaljska praksa nalazi se u gradiću Zierkizee. Iskreno, nisam imala pojma gdje se Zierkizee nalazi, niti kako se izgovara ime grada. Potražila sam ga na Internetu, ali informacija nije bilo mnogo. Strani turisti nisu ovdje česta pojava.

Prijateljica iz Amsterdama rekla mi je da je Zierkizee „na kraju svijeta“. Iako je svega dva sata udaljen od njezina doma, ona ga nikada nije posjetila. Shvatila sam to kao izazov i počela sam se spremati.

Letila sam iz Zagreba za Amsterdam. Iz Amsterdama sam morala vlakom do Utrecht, jer smo prvi dan u KNOV-u imali predavanje i upoznavanje.

Franka Cadee, primalja iz KNOV-a, održala je predavanje o primaljstvu u Nizozemskoj. Objasnila je gdje i na koji način primalje rade i zašto se ne boje kućnih poroda. Iznijela je podatke o broju poroda i prikazala nizozemsку statistiku. U Nizozemskoj živi 16.780,566 ljudi. Godišnje broje 180,060 poroda. U prosjeku imaju 1,8 djece. Registrirano je 2612 primalja i 902 ginekologa. Perinatalni mortalitet nije najbolji - 4,8/1000 živorodenih (28 tijedana). Na toj se činjenici mnogo radi te u posljednjih deset 10 godina mortalitet polako opada. Velike polemike vodile su se oko pitanja je li perinatalni mortalitet visok zbog kućnih poda. Statistika ukazuje da to nije razlog, jer promatramo li samo kućne porode perinatalni mortalitet nije tako visok.

U Nizozemskoj se razlikuju dvije razine primalja. One koje rade u sekundarnoj skrbi ili kliničke primalje koje rade u bolnici te primalje primarne skrbi koja podrazumijeva primaljske prakse. U primarnoj skrbi primalje mogu ili imati svoju praksu (najčešće više njih) ili mogu raditi za nekoga. Često rade i u više od jedne prakse posto se najčešće ne radi 8 sati.

Skrb se ne naplaćuje i osiguranje sve pokriva. Naplaćuje se isključivo ona skrb koja se provodi mimo postavljene dijagnoze. Postoji i tercijarna skrb, a to je visoko specijalizirana skrb za visoko rizične pacijente.

-
- *Postotak vaginalnih poroda nakon carskog reza iznosi 54 %.*
 - *65 % primalja rade u primaljski praksama.*
 - *Postotak kućnih poroda je 23,4%, iako postepeno pada. Bilježi se pad od 2-3 % godišnje.*
 - *32 % žena s kućnih poroda transportira se u bolnicu. Bilježe 15,5 % indukcija.*
 - *15 % epiduralnih / 15 % carski rezova.*
 - *Od svih zadkova 74 % ih rodi carskim rezom.*
 - *Primalje puno rade na tome da dijete okrenuto na zadak intrauterino okrenuo na glavu.*

Primaljske prakse u pravilu su u zajedničkom vlasništvu nekoliko primalja koje još dodatno zapošljavaju primalje. Iako primalja može i samostalno imati primaljsku praksu, osiguranje nije baš sklono njezinu financiranju. U Nizozemskoj je sva skrb za trudnice besplatna. Ne postoje privatne primaljske prakse, niti privatna rodilišta i ginekološke ordinacije. Za tim jednostavno ne postoji potreba, niti nizozemske trudnice misle da trebaju plaćati nešto što mogu dobiti besplatno. Iznimka je savjetnica za dojenje koja svoje usluge naplaćuje ukoliko ih rodilja zatraži. Također se zaračunava pomoć u kući, na koju polažu pravo nakon poroda, ali dnevna cijena iznosi svega 4 eura. Ostalo pokriva osiguranje.

Ukoliko žena rodi u sklopu sekundarne skrbi u trenutku kada odlazi kući poziva se sestra specijalizirana za pomoć majkama i ta ista sestra odlazi u dom obitelji kod koje svakodnevno provodi oko 8 sati. Tjedno, sveukupno može provesti 42 sata, no satnica se ovisno o potrebi može povećati ili smanjiti.

Primalje iz primarne prakse nakon poroda obilaze ženu i dijete, u njihovu domu, svakog drugog dana i kontroliraju sestruru.

Ukoliko žena rađa u sklopu primarne skrbi (bilo u bolnici, bilo u svom domu) primalja će pozvati sestruru da ženi pruži pomoći malo prije samog poroda. Dva sata nakon poroda, sestra s obitelji odlazi njihovoj kući (bez obzira u koje se doba dana odigrao porod) i pomaže im ili ukoliko se već nalazi u domu žene, ostaje s ženom taj dan. Treba napomenuti da jedna sestra skrbi samo za jednu obitelj i stalno je s njima. Prvenstveno pomaže oko djeteta i žene, međutim često i posprema, kuha, pegla, odlazi u dućan, bavi se mlađom djecom... Uglavnom, ona pomaže oko svega što treba. Svoja zapažanja upisuje u posebne liste.

U okruglu u kojem sam radila postojale su četiri organizacije koje su nudile skrb sestara za pomoć u kući. Bolnice obično surađuju s jednom organizacijom, ali žena može sama birati te odlučiti koju sestraru želi. Također, ukoliko joj se sestra iz nekog razloga ne sviđa, može zatražiti drugu. Sestre su obučene da skrbe o majci i djetetu, te da im pomažu, a također znaju prepoznati patološka stanja.

U Nizozemskoj veliku pažnju posvećuju socijalnim razgovorima, pa tako primalje često odlaze u kućne posjete samo na razgovor. Osim primalje ženu nakon poroda posjećuje i liječnik obiteljske medicine.

Cijela zajednica rađanju pridaje veliki značaj. Kuće se uljepšavaju rodama, balonima i drugim prigodnim ukrasima. Sve je podešeno tako da žena nakon poroda ima pomoći te da bude sretna. Ipak, začudilo me što posjete dolaze odmah nakon poroda i to neprestano (osim u periodu od 13-15 sati, jer tada žena spava). Objasnjeno mi je da žene zapravo žele iskoristiti razdoblje dok se sestra nalazi u kući, jer ona će priskočiti i skuhati kavu, čaj, dati kolač, pospremiti suđe... Svi donose poklone. Pokloni i čestitke se vješaju po sobi kako bi ih svi vidjeli. Rade se i posebni kolači s kuglicama u rozoj ili plavoj boji. Gošće se u pravilu ne zadržavaju dugo.

Dio Nizozemske u kojem sam radila u potpunoj je suprotnosti s liberalnim i otvorenim Amsterdamom. Ondje žive jako religiozni protestanti. Svi odlaze u crkvu i kako su radišni (nikada nisam vidjela svoje kolegice da rade manje od 10 sati, iako imaju 8-stano radno vrijeme, a često dolaze na dogovor ili sastanak izvan radnog vremena). U pravilu ne gledaju, niti posjeduju televiziju u kući, i što me posebno iznenadilo, rijetko odlaze na putovanja i godišnje odmore, a ukoliko putuju za odredište odabiru drugi, također religiozni dio Nizozemske. Nedjelja je sveti dan na koji se ništa ne radi. Rastave u ovom kraju nisu česte. Rijetko objeduju u restoranima i jako pažljivo odabiru ono što će kupiti. Najgore od svega, ujutro se nigdje se ne može popiti kava, jer oni kavu ne piju vani.

Primalja kod koje sam radila tijekom života u je svega dva puta je posjetila glavni grad, iako joj u istom živi brat. Često imaju puno djece i rijetko koriste kontracepciju, na nju se odlučuju tek nakon 4-5 djece.

Sa zanimanjem sam promatrala kako je sve prilagođeno majkama i djeci. Sasvim je uobičajeno da trudnice dolaze na pregledе vodeći sa sobom i mlađu djecu, stoga u ambulantama uvijek postoji kutak za igru. Nisam vidjela niti jedno nepristojno dijete, niti dijete koje vrišti. S kolicima se može svugdje pristupiti.

Ljudi su jako pristojni i čovjek se svugdje osjeća iznimno sigurno; osobne stvari ostavljaju se u automobilima, kuće se uopće ne zaključavaju, čak ni po noći. Gotovo sve kuće imaju ogromne prozore koji nisu zakriveni zavjesama i ne mare gleda li ih netko ili ne.

Kuće su im jako uredne, sve stoje na svom mjestu, nema niti malo prašine. Ne pričaju engleski toliko dobro kao sam očekivala. To je, čini se, također povezano s vjerom, jer smatraju da nema potrebe da igdje odlaze, stoga nemaju potrebu poznavati druge jezike. Unatoč tome u školi, u koju kreću sa četiri godine, uče engleski jezik. Uobičajena je pojava da ljudi ne rade punu satnicu, već onoliko dana koliko žele i imaju potrebu.

Vlasnica prakse u kojoj sam radila, radi četiri dana u tjednu, dok njezin suprug, učitelj u osnovnoj školi, tri dana.

Imaju dvoje djece i prekrasnu veliku kuću s ogromnim vrtom, ribnjakom, pticama, dijelom vrta za djecu... Lijepo žive, iako nisu zaposleni na puno radno vrijeme.

Sasvim je uobičajeno da obitelj nakon što dobije djecu (inače žene se jako rano, a ne dobiju li djecu u prve dvije godine, svećenik razgovara sa supružnicima i pokušava utvrditi problem) prilagode svoje radno vrijeme obitelji. Žene, nakon što dobiju djecu, u pravilu ne rade više puno radno vrijeme.

U cijeloj Nizozemskoj hitna medicinska pomoć je organizirana jako dobro. Smatra se da je potrebno svega 45 minuta od primaljinog poziva bolnici do operacijskog stola na kojem će se naći trudnica ukoliko je to potrebno. Kada primalja odlazi na kućni porod o tome obavještava bolnicu. Ukoliko primalja dolazi sa ženom u bolnicu, također nazva kako bi provjerila ima li slobodnih soba. Inače, kada primalja dolazi sa ženom u bolnicu ona, na neki način, samo iznajmi prostor i dio opreme. Koriste rukavice, set za porod, gaze i sl., ali ne daju infuzije, lijekove (osim sintocinona nakon poroda), ne koriste ctg, kucaje slušaju sonicaidom. Ukoliko se potrebuje nešto od navedenog, žena se prebacuje na sekundarnu skrb i primalja iz primarne najčešće odlazi, iako, ukoliko to želi, može i ostati.

Postoje posebni tzv. Abcd protokoli po kojima se procjenjuje, prema dijagnozi, kojoj skrbi žena pripada.

Žena, nakon što ostane trudna, javlja se svojoj primalji koja utvrđuje trudnoću. Ukoliko je trudnoća uredna kontrolirat će se u primaljskoj praksi. Na početku trudnoće obično se pregledava jednom mjesечно, kasnije pregledi su češći. Nakon 28. tjedna pregledi se vrše svaka 2 do 3 tjedna, a nakon 36. svaki tjedan.

Nakon što prođe termin poroda trudnice dolaze na pregled svaki drugi dan. Primalje tada pregledaju ženu i malo oljušte ovoje. Obično to i ponove barem dva puta. Nakon 42. tjedna žena odlazi u bolnicu, u pravilu na indukciju. Imaju 4 do 5 ultrazvuka tijekom trudnoće koje također rade primalje. Sa ženama se puno razgovara i potiče ih se da postavljaju pitanja. Postoji cijeli niz informativnih brošura koje se dijele. Pri pregledu se mjeri tlak, bilježi kilaža i kontrolira urin. Vaginalni pregledi se ne rade ukoliko nije potrebno.

Organiziraju se specijalne grupe za edukaciju po pojedinim temama. Ukoliko se ukaže potreba, a postojeći problem se ne nalazi u njezinoj domeni, primalje šalju žene na pregled u bolnicu kod ginekologa ili kod liječnika opće prakse. Također, primalje daju uputnice za laboratorijske nalaze. Više-manje rade iste nalaze kao i mi.

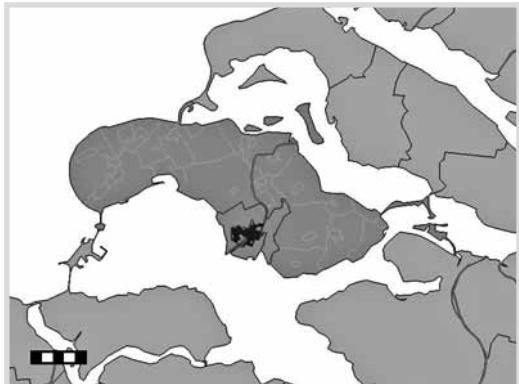
Postoji non-stop linija za hitne slučajeve. U svako doba dana i noći jedna je primalja dostupna na mobitelu, a ista je zadužena za porode. Prije poroda trudnice uglavnom dolaze u primaljsku praksu, na porod zovu primalju ili ako postoji unaprijed znan problem odlaze u bolnicu. Nakon poroda su ponovo u primaljskoj skrbi i primalje ih posjećuju svaki drugi dan ili po potrebi 10-ak dana.

Nekoliko dana provela sam bolnici s bolničkim primaljama. Nije mi se svidjelo. Imala sam osjećaj da u bolničke primalje poput naših liječnika, dok su sestre koje su za to specijalizirane (dodatna specijalizacija u trajanju godinu i pol) zapravo primalje. Bolničke primalje rade samo u rađaonama. Pojavile bi se i porazgovarale sa ženom, napravile vaginalni pregled, prokinule vodenjak ukoliko je to bilo potrebno, prepisale infuzije i DRIP, a zatim otišle. Uz ženu bi ostala sestra koja bi sve ordinirano napravila. To je skrb samo za patološke trudnoće i jako je medikalizirana. Veliki je postotak epizotomija i drip-a, a žene rađaju na leđima. Ne koristi se stolić niti voda. Shvaćam da su to rizične trudnoće, međutim nije svaka dijagnoza ista. Primjerice, rađala je žena koja je smještena u bolnicu, jer je prvi puta izgubila dosta krvi. U ovoj trudnoći sve je bilo u redu, međutim tretirana je kao visokorizična trudnica, za čim, osobno, ne vidim stvarne potrebe. Ctg je cijelo vrijeme bio uredan. Sestra je pozvala primalju samo na porod. Primalja je došla, pomogla oko poroda, nije bila previše strpljiva, napravila je epizotomiju, pomogla pri porodu posteljice te zašila ženu. Lijepo je što se čeka s rezanjem pupkovine sve dok ne prestane pulsirati, a golo dijete odmah se stavlja majci na prsa gdje ostaje barem sat vremena. Ukratko, primalja je došla, obavila i otišla. Na što vas to podsjeća? Ginekologa sam vidjela samo na jutarnjem sastanku. Primalje ih mogu zvati, ali to ne čine često.

Osim u rađaoni primalje rade i u ambulanti i pregledavaju trudnice. Također ne rade vaginalne pregleda ukoliko nije potrebno. Ultrazvuk rade. Primalje u bolnici imaju veću plaću nego li sestre.

Porod u bolnici s primaljom iz primarne skrbi puno je ljepši i sličniji našim prirodnim porodima.

Svi žele imati što više poroda, jer osiguranje to plaća, stoga se i trude. Žena u svakom trenutku može posegnuti za jelom ili pićem, čajevima, sokovima, kavom, keksima... Što god joj treba tu je. Navedeno se nudi i njezinu partneru. Nakon što žena rodi donose joj kolačiće u rozoj ili plavoj boji. Navodno, kolačići sadrže sastojke koji pospješuju dolazak mlijeka. Bolnice imaju organizirane „dane otvorenih vrata” kada trudnice mogu doći na razgovor, mogu razgledati prostor te dobiti statističke podatke.



Primalje iz
Zierkizee i B. Finderle



Nekoliko činjenica u kojima, po mom mišljenju, zaostaju za nama:

- žele sve kontrolirati, a kontrolirati tijek poroda ponekad je jako teško
- sekundarna skrb ponekad je previše medikalizirana
- bolničke primalje se ne ponašaju kao primalje
- žene rade gotovo cijelu trudnoću
- porodiljni im traje svega 10 tjedana, nakon čega se moraju vratiti na posao
- zatvaraju mala rodilišta, zbog neisplativosti
- moraju puno raditi kako bi poboljšali postotak dojene djece

Crtica o dojenju:

- Kao što sam već spominjala u ovom dijelu Nizozemske postoje težnja da se sve kontrolira. Žele dojiti na sat, što uopće ne ide u prilog dojenju. Stoga, većina žena s dojenjem ubrzo prestaje. Većina ih doji dok imaju pomoć sestre, ali nakon toga postotak dojene djece drastično pada. Nakon tri mjeseca rijetko tko isključivo doji. Njihova filozofija jest: „Dojenje je dobro, ali boca je također dobra.“ Naravno, problem predstavlja i povratak na posao s navršenih djetetovih deset tjedana.
- Osim toga, u tom kraju, nije uobičajeno dojenje na javnom mjestu i u pravilu majke to ne čine, što uvelike otežava isključivo dojenje.

Još nekoliko detalja:

- Govorimo li o ukupnim izdacima za žene u trudnoći svega 13 % ide za primaljstvo, a primalje odrade 80 % posla.
- U Nizozemskoj postoje tri fakulteta koja educiraju primalje. Godišnje fakultet završi 60 primalja. Međutim, upis nije jednostavan. Školovanje traje 4 godine. Od toga je 50 % praksa. Nakon školovanja primalje su sposobne samostalno raditi.
- Nizozemske primalje često se školuju u Belgiji, gdje je jednostavnije upisati se, a školovanje traje 3 godine. Jedne i druge imaju ista prava i obaveze i ne postoji problemi sa zapošljavanjem. Navodno, liječnici i bolnice čak više vole primalje koje su educirane u Belgiji, jer su one navodno „poslušnije“. Belgijske primalje rjeđe otvaraju primaljske prakse ili ako to namjeravaju učiniti prvo odlaze na dodatnu edukaciju u neku, već postojeću praksu.
- Nekoliko udruženih primalja može otvoriti primaljsku praksu gdje god želi. Ipak, konkurenčija nije prevelika, jer postoji li u određenom kraju dobro uhodana praksa, novima se nije lako probiti na tržište.
- Žene kao primalje rade 7 do 8 godina u prosjeku, a nakon toga odabiru nešto drugo, jer postaje im preteško raditi noćne smjene. Stoga ima puno mladih primalja.

Podaci o KNOV-u :

- imaju 30 zaposlenika
- postoje od 1898. godine
- broje 3300 članova
- studenti su im također članovi, a moguće je i dobrovoljno članstvo

Vjeruju u:

- svaka žena ima pravo na izbor mjesta i načina poroda
- žena je središte
- svaka žena treba imati primalju
- treba postojati dobra komunikacija između primarne i sekundarne skrbi
- žele akademsko obrazovanje za primalje

Timovi:

- za lobiranje
- za protokole
- za kvalitetu

Osim toga imaju i odjel za primjedbe koji se bavi svime izuzev financijama i tak rasterećuje sudove. Većinu sporova uspješno rješavaju. Odjel zaprima samo primjedbe obitelji na primalje.

Odjel za protokole radi nacionalne smjernice za primalje u primarnoj skrbi. U toj grupi radi petoro ljudi. Trude se biti usklađeni sa ginekologijom, iako uvijek ne uspijevaju. Problem je što svaka bolnica želi svoje smjernice, pa postoje i regionalne smjernice i sve skupa je teško uskladiti. Sve smjernice nalaze se na web-u Udruženja, a mogu se naći i u skraćeno verziji. Obično im treba barem dvije godine za jedne smjernice, jer kada se iste izrade šalju se primaljama na uvid, potom se prepravlju i šalju Vijeću udruženja te opet prepravlju. Također koriste i NICE smjernicama.

KNOV radi i brošure za klijentice koje onda šalje primaljskim praksama.

Tko želi raditi kao primalja u primarnoj skrbi mora se registrirati. Svakih 5 godina je relicenciranje. Postoji odjel za Registraciju u sklopu KNOV-a, ali registrirati se mogu i neovisno. Bolnicke primalje se posebno registriraju. Pri relicenciranju moraju pokazati teoretsko i praktično znanje. Potrebno je dokazati da imaju 200 sati iz prakse, teorije, hitne službe, zajedničkog rada i ostalo (razne edukacije).

Postoji i poseban odjel za statistiku koji finansira Ministarstvo i osiguravajuće kuće. Sakupljaju preko 100 podataka vezane za primaljsku skrb. Svake godine, svaka praksa, dobiva svoje statističke podatke i usporedbu s drugima.

KNOV radi na tome da se otvore i porodni centri kojih ima malo i često su pridruženi bolnicama. Postoji i posebna organizacija koja pomaže primaljama osnovati primaljske prakse. Oni su u poput konzultanta, ali pomažu svim aspektima.

Zanimljivost:

- Nizozemci su iznimno socijalno osviješteni. Primjerice, kuće i stanove u pravilu iznajmljuje Agencija koja se time bavi, a podstanari plaćaju najam ovisno o svojim prihodima.

Na kraju edukacije bila sam posebno radosna, jer nakon samo dva tjedna kada bih prošetala glavnim trgom, ljudi su me poznavali i pozdravljali, zaustavili bi se tren te razmijenili pokoju riječ. Ponekad sam imala osjećaj da susrećem više poznatih nego što bi ih susrela u svom rodnom gradu. To je svakako ljepota rada u malom mjestu.

Posljednjeg dana imali smo evaluaciju i podjelu certifikata u KNOV-u. Bilo je vrlo zanimljivo i dirljivo.

Doznavali smo da smo mi prva skupina primalja educirana na ovaj način, te da se edukacija ponovo planira (možda čak i prije ljeta). Zaključili smo da bi bilo korisno da se još primalja iz Hrvatske educira na ovakav način.

Nekoliko podataka o Zierikzee-u:

- Zierikzee je mali grad, koji se nalazi na bivšem otoku Schouwen u nizozemskoj pokrajini Zeeland. To je dio općine Schouwen-Duiveland, a nalazi se oko 26 km jugozapadno od Hellevoetsluisa.
- Zierikzee su dodijeljena gradska prava 1248. godine, a do 1997. godine bio je samostalna općina.
- Godine 2001, grad je imao 10.313 stanovnika.

Primaljstvo u Nizozemskoj

Primaljstvo u Nizozemskoj prepoznato je diljem svijeta, jer gaji dugogodišnju tradiciju slobodnog izbora mesta porođaja, uključujući i kućne porode. Prema podacima KNOV-a (The Royal Dutch Organisation of Midwives) iz 2012. godine, u Nizozemskoj aktivno djeluje 2612 primalja, a samo 27 % ih radi u bolnicama.

Materialna skrb organizirana je u tri modela: primarni, sekundarni i tercijarni.

- *Primarnu skrb koja brine o ženama niskog rizika čine primalje i liječnici opće prakse. Liječnici opće prakse su odgovorni za oko 0,5 % svih poroda i to uglavnom u ruralnim područjima s niskom gustoćom naseljenosti.*
- *Sekundarna skrb sastoji se od opstetričara i specijaliziranih primalja u općim bolnicama.*
- *Tercijarna skrb obuhvaća ginekologe u sveučilišnim bolnicama.*

Snaga nizozemskog sustava počiva na više čimbenika: selekciji rizika, jasnoj raspodjeli zadataka i jakoj međusobnoj suradnji među djelatnicima navedenih modela. Temeljna ideja sustava jest da o zdravoj ženi, sa zdravom trudnoćom (niskorizičnom) brine primalja. Ona ženu vodi kroz trudnoću, porodaj te babinje i samostalna je u svojim postupcima i odlukama. Podržavaju se prirodni procesi, a zahvat se radi ukoliko dođe do komplikacija, u tom slučaju primalja upućuje trudnicu kod opstetričara.

Nizozemsko primaljstvo određeno je i priručnikom pod nazivom „VIL“ koji uspješno optimizira rizik odabira i upućivanja, a formuliran je u dijaligu između profesionalaca u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj skrbi. No, taj priručnik je samo uputa, dok primalje i zdravstveni radnici samostalno donose odluke. Trenutna verzija priručnika datira iz 2003. godine, a u 2013. godini očekuju se njegove izmjene i dopune.

U Nizozemskoj primalje mogu odabrati jednu od čak tri primaljske akademije, u Amsterdamu, Rotterdamu i Maastrichtu. Te akademije su dio Sveučilišta za primijenjene znanosti. Obrazovanje traje pune četiri godine, ukupno opterećenje studija iznosi 240 ECTS bodova, a obuhvaća gotovo 6800 sati predavanja. Naravno, za primalje koje se odluče na daljnje obrazovanje postoje i diplomski studiji (Master of Science in Midwifery, University of Amsterdam; European Master od Science in Midwifery; Midwifery Academy Maastricht; Master Physician Assistant, HRO, Rotterdam; Clinical Midwife, UMC, Utrecht; Teacher in Midwifery, first degree, VU, Amsterdam). Gotovo 3 % svih primalja u Nizozemskoj diplomiralo je na master studiju primaljstva, njih 12 je steklo doktorat, a nekolicina provodi istraživanja na svojim tezama. KNOV jeinicirao i „Midwifery Science Board“ 2011. godine.

Po završetku školovanja, primalje su dužne prijaviti se u državni registar zdravstvenih djelatnika. Cijena registracije iznosi 80 € i obnavlja se svakih pet godina. Registrar je otvoren za javnost.

Primalje iz drugih zemalja, koje žele raditi u Nizozemskoj moraju znati nizozemski jezik (NT2, razina 2) te moraju nostrificirati diplome. Postupak nostrifikacije je besplatan, ali zahtijeva dosta papirologije.

U Nizozemskoj postoji 519 nezavisnih primaljskih praksa primarne skrbi. Većina njih radi u grupnim praksama, često s dvije ili tri kolegice. Svaka praksa ima primalju dostupnu 24/7. Smjena u pravilu traje 24 sata. Primalje primarne skrbi, njih 5,4 %, ima samostalnu praksu.

Što se tiče izbora mesta porođaja, žene s niskorizičnom trudnoćom mogu odabrati hoće li roditi kod kuće ili u bolnici gdje zapravo iznajmljuju prostor. Prilikom porođaja kod kuće žene imaju kontinuiranu pomoć primalje i asistenta, a sve potrepštine su im osigurane.

Primalje u Nizozemskoj ulažu iznimski trud kako bi se smanjila upotreba lijekova protiv bolova. Trudnicama pružaju točne i iskrene informacije, a tome svakako pridonosi visoka kvaliteta kontinuirane potpore prilikom porođaja.

Nizozemske primalje su aktivno uključene u sigurno majčinstvo („Safe Motherhood“) kroz svoju dobrovornu organizaciju - midwives4mothers (m4m). To je organizacija koja pomaže smanjenju smrtnosti roditelja i novorođenčadi. Posljednjih godina intenzivno surađuju s primaljskom organizacijom „Sierra Leone“ (SLMA) kroz projekt „twin2twin“.

¹ http://www.knov.nl/docs/uploads/KNOV_Midwifery_in_the_Netherlands_20121112.pdf





Svjetski tjedan dojenja 2013.

Svjetski tjedan dojenja, pod organizacijskom kapom *Svjetskog saveza za podršku dojenja (WABA)*, obilježava se svake godine diljem svijeta od 1. do 7. kolovoza. Cilj organizatora je potaknuti roditelje na dojenje, a ujedno se na taj se način pokušava poboljšati zdravljе djece. Tema ovogodišnjeg Svjetskog tjedna dojenja je „*PODRŠKA DOJENJU: BLIZU MAJKI*“. Zabrinjava činjenica što se bilježi velik pad stope dojenja u razdoblju od nekoliko tjedana ili mjeseci nakon poroda. Temom ovogodišnjeg Svjetskog tjedna dojenja želi se naglasiti da se potpora dojenju može osigurati na razne načine: savjetovanje sa stručnim zdravstvenim radnicima, traženjem savjeta u društvenoj zajednici, razgovorom s bliskim osobama koje su također majke ili razgovorom s partnerom.

Postoji i program koji se zalaže za obilježavanje tjedna dojenja, pod nazivom „Breastfeeding Peer Counselling“. Program predstavlja vrlo jeftin i učinkovit način pristupanja dojiljama. „Peer“ savjetnik može biti bilo koji član zajednice obučen za pristup i podršku majkama u dojenju.

Ciljevi svjetskog tjedna dojenja 2013.:

1. Privlačenje pažnje na važnost „Peer“ podrške u pomaganju majkama da uspostave i održe dojenje.
2. Informiranje o vrlo učinkovitoj prednosti „Peer“ savjetovanja i ujedinjenje u naporima da se programi „Peer“ savjetovanja prošire.
3. Poticanje pristaša dojenja, bez obzira na njihovu obrazovnu pozadinu, da istupe i osposobe se za potporu majkama i bebama.
4. Identificiranje kontakata u lokalnoj zajednici za podršku majkama koje doje, kako bi se žene nakon poroda mogle obratiti za pomoć i podršku.
5. Pozivanje Vlada i ostalih sudionika na globalnoj razini da aktivno provode „Deset koraka do uspješnog dojenja“, posebice korak 10, kako bi se poboljšalo trajanje isključivog dojenja.

Deset koraka do uspješnog dojenja:

Svaka ustanova koja pruža njegu trudnicama i roditeljama te brine o novorođenčadi treba:

1. Izraziti službenu politiku podrške dojenju u pisanim oblicima (pravilnik) o kojoj se svi zaposleni zdravstveni radnici moraju redovito obavještavati.
2. Educirati sve zaposlene zdravstvene radnike da primjenjuju politiku podrške dojenju i u praksi.
3. Informirati sve trudnice o prednostima i tehnikama dojenja.
4. Pomoći majkama da započnu s dojenjem tridesetak minuta nakon poroda.
5. Podučiti majke tehnikama uspješnog dojenja i pomoći im da održe laktaciju čak i u situaciji kada su, nakon porođaja, odvojene od svojih beba.
6. Ne davati novorođenim bebama bilo kakvu drugu hranu ili tekućinu izuzev majčinog mlijeka, osim kada je to medicinski neophodno.
7. Organizirati zajednički smještaj kako bi majke i bebe bile zajedno 24 sata dnevno.
8. Poticati dojenje na zahtjev – prema potrebama bebe (bez vremenski određenih intervala).
9. Izbjegavati korištenje dude varalice – umirivanjem djeteta dudom varalicom smanjuje se broj podoja.
10. Pomoći osnivanje i njegovati suradnju s grupama za podršku dojenju i uputiti majke da im se obrate prilikom izlaska iz bolnice.

Pet krugova podrške za majke i djecu:

Krugovi ilustriraju moguće utjecaje na majčinu odluku o dojenju. Krugovi potpore su: obitelj i socijalna mreža, zdravstvo, radno mjesto i zapošljavanje, vlada/zakonodavstvo, odgovor na krizu ili hitan slučaj.

Žena u središtu kruga: žene su u središtu kruga, jer prisutnost ili odsutnost podrške utječe izravno na njih. Žene su također i one koje osiguravaju podršku.

Obitelj i društvene mreže: muževi/partneri/očevi/obitelj i prijatelji su sastavni dio neposredne i kontinuirane podrške za majku. Socijalna podrška uključuje podršku unutar zajednice. Potpora za vrijeme trudnoće smanjuje stres, a podrška za vrijeme trudova i poroda osnažuje majku. Društvena podrška povećava povjerenje majke u sposobnost da doji i nakon nekoliko mjeseci.



Zdravstveni sustav: uključuje mnoštvo mogućnosti za potporu dojenja, u rasponu od prenatalne skrbi i podrške kod porođaja do postporođajne i postnatalne skrbi koja olakšava optimalno dojenje.

Radno mjesto i zapošljavanje: zaposlene žene se suočavaju s izazovima i potrebna im je potpora za uspjeh u radu i dojenju.

Vlada/zakonodavstvo: potpora međunarodnih dokumenata, zaštite za optimalno dojenje, aktivne i dobro financirane nacionalne komisije. Potrebni su zakoni koji suzbijaju agresivni marketing nadomjestaka za majčino mlijeko i donose plaćeni porodiljini dopust te naknade za dojilje.

Odgovor na krize ili hitne slučajeve: ovaj krug predstavlja potrebu za podrškom ukoliko se žena nađe u neočekivanoj i/ili ozbiljnoj situaciji, s malo kontrole. Situacije koje zahtijevaju posebno planiranje i podršku su: elementarne nepogode, izbjeglički kampovi, brakorazvodne parnice, kritične bolesti majke ili djeteta, život u području visoke zaraženosti HIV-a.

WHAT MUMS CAN DO



Što mogu učiniti mame

- Prije no što stigne beba informirajte se o dojenju.
- Pokušajte podojiti Vašu bebu u prvom satu nakon poroda.
- Dok savladavate dojenje trebat će vam potporu, a trebat će je i Vaša beba. Ne plašite se, pitajte za savjet!
- Osigurajte si dovoljno zdrave hrane, vode i odmora.

WHAT DADS CAN DO



Što mogu učiniti tate

- Pomažite u kućanskim poslovima. Smanjite stres svojoj partnerici i pobrinite se da ima dovoljno vremena za odmor.
- Nakon podoja preuzmite bebu. Pomognite joj da podrigne. Tatina prsa su sjajno mjesto za podrigivanje!
- Nemojte se zadržati isključivo na podrigivanju, brinite o svojoj bebi i na druge načine (okupajte bebu, promijenite joj pelene, prošećite).

WHAT FAMILY AND FRIENDS CAN DO



Što mogu učiniti članovi obitelji i prijatelji

- Uz emocionalnu podršku ponudite i praktičnu pomoć (nabavka namirnica i kućnih potrebština, unaprijed pripremljena jela, čišćenje kuće).
- Pričuvajte stariju braću i sestre.
- Saslušajte majku i podržite je, bodrite njezinu vjeru u dojenje!

WHAT CAN BE DONE IN THE WORKPLACE



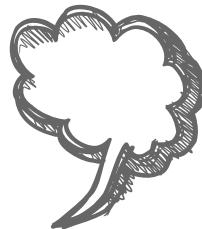
Što se može učiniti na radnom mjestu

- Omogućite dostatan porodiljni dopust kako bi majka mogla uspostaviti dojenje.
- Olakšajte majkama povratak na posao te im osigurajte vrijeme i mjesto za dojenje ili izdajanje te pohranu mlijeka.
- Podržite Vaše suradnice koje doje – nije uvijek lako uskladiti posao s izazovima majčinstva.

INTERVJU – Fiona Clare Dykes, profesorica maternalne i dječje medicine



Fiona Dykes - Professor of Maternal & Infant Health
PhD (University of Sheffield), MA (Lancaster University),
ADM, RM, RGN, FHEA Maternal and Infant Nutrition and
Nurture Unit (MAINN), School of Health, University of Central
Lancashire, Preston, United Kingdom,
fcdykes@uclan.ac.uk



1. Čime se bavite? Što je u središtu Vašeg zanimanja?

Profesorica sam maternalne i dječje medicine, a ujedno sam i ravnateljica jedinice za maternalnu i dječju prehranu i odgoj (MAINN), na Medicinskom fakultetu „University of Central Lancashire“. To je multidisciplinarna jedinica koja zapošljava dvije primalje, dvije neonatalne medicinske sestre, nutricionista, psihologa i voditelja „La Leche League“. Također, surađujem sa sveučilištem „University of Western Sydney“ i gostujući sam predavač na sveučilištu „Dalarna“ u Švedskoj. Posebno me zanima kako globalni, sociokulturalni i politički čimbenici utječu na prehranu dojenčadi i male djece. Član sam uredništva „Maternal and Child Nutrition“, međunarodnog časopisa kojeg objavljuje Wiley – Blackwell (redakcija je u MAINN – u), suradnik na Akademiji za visoko obrazovanje. Radila sam i u WHO - u ; UNICEF – u; Europskoj uniji (EU okvir 6); Vladi (DH); NHS – u; National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); TrusTECH® Service Innovation - u (UK); National Institute for Health Research (NIHR HTA) ; Wellcome Trust – u; Britanskom Vijeću te na projektima Australian Research Council-a (ARC). Trenutno sam uključena u projekte u Skandinaviji, Istočnoj Europi, Australiji i Pakistanu. Autorica sam više od 60 recenziranih radova te nekoliko knjiga, uključujući monografiju, „Breastfeeding in Hospital:Mothers, Midwives and the Production Line“ (Routledge) te knjige „Infant and Young Child Feeding: Challenges to implementing a Global Strategy“ (Wiley-Blackwell).

2. Što Vas je potaknulo da profesionalno skrbite o zdravlju majki i djece? Što Vas usrećuje u ovom poslu?

Željela sam napraviti razliku između dviju društvenih skupina, često marginaliziranih i nezastupljenih, a to su žene i djeca. U različitim životnim situacijama susretala sam se s nepravednim odnosom spram žena i djece. Na mene je utjecala i priča moje majke koja je svoje prvo i drugo dijete rodila u bolnici, a način na koji su se ophodili prema njoj može se opisati prilično nehumanim.

Nakon toga, svoje treće dijete je rodila kod kuće i razlika je bila vrlo upečatljiva. Također sam susretala žene koje se pokušavaju snaći među dogmatskim, beskorisnim, krutim te krajnje zbunjujućim informacijama i savjetima. Oni su im samo otežali porod i kasnije roditeljstvo.

3. Što je ono najvažnije što ste dosad naučili? Koje je Vaše najveće postignuće?

Naučila sam da ne dijelim stvari na „ispravne“ i „pogrešne“. Što je „normalno“ u jednom kontekstu ili kulturi, može biti prilično čudno te neobično u drugom kontekstu ili kulturi. Čak i ono što smo definirali kao „prirodno“ je kulturna tvorevina. Spoznala sam to, jer posjetila sam mnoge zemlje, a također sam sudjelovala u brojnim kulturnim studijama tijekom diplomskog i doktorskog obrazovanja.

4. Koji su Vaši glavni ciljevi ? Čemu stremite u budućnosti?

Proširiti utjecaj i doseg GLAVNE jedinice kako bi se postigle promjene u obitelji na lokalnoj, nacionalnoj i međunarodnoj razini.

5. Zašto je važno za primalje da budu uključene u znanstvena istraživanja?

Sudjelovanjem u znanstvenim istraživanjima možemo povećati znanje i razumijevanje zdravstvene i socijalne situacije te učinkovite prakse. Možemo rasvijetliti izazove i pronaći inovativne načine da ih savladamo. To nam, također, može pomoći da uključimo vladu i donositelje odluka, istovremeno utječući na njih, da u kolektivnom, strateškom načinu promijene stvari.

6. Kakav je položaj primalja u Velikoj Britaniji? Što hrvatske primalje mogu očekivati od ulaska u EU?

U Velikoj Britaniji koristimo definiciju primalje koju je usvojila „International Confederation of Midwives“ (ICM); „International Federation of Gynaecology and

Obstetrics“ (FIGO) i „World Health Organization“ (WHO): „Primalja je osoba koja je nakon upisa u primaljski obrazovni program priznat u zemlji u kojoj se nalazi, uspješno završila propisani tijek studija primaljstva i stekla potrebne kvalifikacije kako bi se registrirala i/ili zakonski licencirala za praksu primaljstva. Primalja je priznata kao odgovorni stručnjak koji radi u partnerstvu sa ženama i pruža im potrebnu podršku, brigu i savjete tijekom trudnoće, porođaja i postporođajnog razdoblja. Žene rađaju uz odgovornost primalje koje također osiguravaju brigu za novorođenčad i dojenčad. Ta skrb uključuje preventivne mjere, promicanje normalnog, fiziološkog porođaja, otkrivanje komplikacija kod majki i djece, pristup zdravstvenoj skrbi ili drugoj odgovarajućoj pomoći te obavljanje hitnih mjera.“

Primalja ima važan zadatak u zdravstvenom savjetovanju i obrazovanju koji ne uključuje samo žene, već obitelj i širu zajednicu. Ovaj rad bi trebao uključivati antenatalnu edukaciju i pripremu za roditeljstvo, a može se proširiti na zdravlje žena, seksualno i reproduktivno zdravlje i skrb za djecu. Primalja može prakticirati u bilo kojem okruženju, uključujući kuće, zajednice, bolnice, klinike ili zdravstvene jedinice.“ (ICM 2005.)

Specifična područja prakse definirana su u „Nursing and Midwifery Council (NMC) Rules and Standards (2012)“. Također imamo i niz NMC standarda za preregistraciju obrazovanja primalja.

Zemlje EU prihvatile su europske direktive koje dodatno definiraju aktivnosti primalja. Ključni izazov za sve primalje, po mom mišljenju, je pružanje obiteljski usmjerene skrbi, unatoč činjenici što je pristup sve više medikaliziran. Postoji niz inovativnih modela primaljske skrbi u Velikoj Britaniji koji ženama nude primaljsku skrb kod kuće, u porođajnim centrima i kroz „case – load“ modele primaljske skrbi. Međutim, bez obzira na model skrbi, sve žene u Velikoj Britaniji imaju pravo na primaljske usluge tijekom prenatalnog razdoblja, trudova, porođaja i postnatalnog razdoblja koji obuhvaća otpuštanje iz bolnice. Ulazak u EU omogućit će povećano širenje znanja i inovacija među zemljama EU i Hrvatske kako bi se pospiješilo učenje najboljih praksi, ali i alternativnih modela primaljstva.

7. Kako biste ocijenili hrvatsku provedbu Globalne strategije za prehranu dojenčadi i male djece (WHO) ?

Procijenila bih u kojoj se mjeri Vlada zalaže za primjenu uspostavljanja nacionalne politike i koordinacijske skupine za prehranu dojenčadi koja uključuje predstavnike iz primaljstva, sestrinstva, medicine, laktacijskih savjetnika i volonterskih organizacija koje se bave temom dojenja. U bolnici ili zajednici, procijenila bih provedbu Inicijative prijatelj djece, koristeći standarde WHO/UNICEF alata. Također bih razvila neke detaljnije kvalitativne načine za stvarnu procjenu ugradnje najbolje prakse u maternalne sadržaje i sadržaje zajednice. U Velikoj Britaniji postoji sve veći naglasak na stvaranje kulture u kojoj je potpora razvoju odnosa majke i djeteta od najveće važnosti, dok zaštita, promicanje i potpora dojenju ostaju središnje. Novi oblici procjene u Velikoj Britaniji su u razvoju kako bi podržali ovaj relacijski naglasak.

8. Možete li dati neki savjet hrvatskim primaljama, majkama i djeci za bolju budućnost?

Zapamtite koliko ste vi, majke i primalje, važne. Brinite se jedne o drugima i jedne za druge, borite se protiv nejednakosti. Zajednički se odupirite pokušajima da medikalizirate život, rođenje i smrt. tražite načine poznavanja, sudjelovanja i prakticiranja koji proizlaze iz ogromnog potencijala unutar žene da rodi i doji na načine koji optimiziraju dobrobit majke i obitelji.



O prizivu savjesti

Krešimir Rožman, urednik „Radnog prava“

Priziv (“prigovoru”) savjesti u najširem smislu predstavlja pozivanje neke osobe na slobodu savjesti kada odbija postupati na uobičajeni, propisani ili ugovoren način, traži izuzeće od takve obveze ili sl. a zbog svojih moralnih odnosno vjerskih uvjerenja.

Sloboda savjesti određena je Europskom konvencijom za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda, u kojoj se u članku 9.1. određuje da svatko ima pravo na slobodu mišljenja, savjesti i vjeroispovijedi. Isto tako Ustav RH u članku 40. navodi da se jamči se sloboda savjesti i vjeroispovijedi i slobodno javno očitovanje vjere ili drugog uvjerenja. Ova iznimno široka određenja slobode savjesti temelj su za priziv savjesti, ali nisu istovjetna prizivu savjesti, tj. ne daju automatsko pravo svakoj osobi u svakoj situaciji iz svakog razloga koji ta osoba smatra svojim moralnim ili vjerskim uvjerenjem da krši neke druge propisane ili ugovorene obveze.

Kako priziv savjesti u pravili znači kršenje nekih drugih obveza (npr. služenja u vojski, odbijanja izvršavanja ugovorenih poslova i sl.), dakle dolazi u sukob s nekim drugim pravima, on mora na stanoviti način biti razrađen i omeđen koliko je to moguće procedurom i konkretnijim razlozima kako ne bi postao temelj za neopravdanu samovolju. Stoga postoji potreba da se priziv savjesti regulira propisima odnosno da mu sudska praksa odredi granice i postupak (iako su to vrlo promjenjive i fleksibilne granice).

U Republici Hrvatskoj osim spomenute ustavne odredbe koja daje temelj za njegov temelj, priziv savjesti reguliran je u čl. 20. Zakona o lječništvu na način da radi svojih etičkih, vjerskih ili moralnih nazora, odnosno uvjerenja lječnik se ima pravo pozvati na priziv savjesti te odbiti provođenje dijagnostike, liječenja i rehabilitacije pacijenta, ako se to ne kosi s pravilima struke te ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijenta. Lječnik o svojoj odluci mora pravodobno izvijestiti pacijenta te ga uputiti drugom lječniku iste struke.

Slične odredbe sadrže Zakon o obrani (članak 38.), Zakon o dentalnoj medicini (članak 26.), Zakon o medicinskoj oplođnji (članak 38.), Zakon o sestrinstvu (članak 3.).

Radi se o zakonima koji potpuno nedvosmisleno daju pravo na priziv savjesti. Pri tome Zakon o lječništvu daje vrlo široko pravo lječnicima – svi etički, vjerski i moralni razlozi, koji se ne kose s pravilima struke te ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijenta.

Isto tako u tome Zakonu, ali niti u ostalim zakonima koji imaju odredbe o prizivu savjesti, nije predviđena posebna odnosno procedura, što znači da bi lječnici te drugi radnici ako se radi o drugim zakonima, mogli pozvati se na priziv savjesti bilo kada, pod uvjetom da pacijenta obavijeste na vrijeme i da obavijeste poslodavca gdje su zaposleni.

Međutim, mislimo da bi se tu trebalo voditi računa i o pravima obveznog prava koja propisuju da se sudionici obveznih odnosa (a radni odnosi su vrsta obvezno pravnih odnosa, pa se pravila obveznog prava podredno primjenjuju i na ugovore o radu), trebali držati načela savjesnosti i poštenja, kao i da bi se trebali suzdržavati postupaka kojima se otežava izvršenje obveza druge ugovorne strane.

U tome smislu držim da su lječnici, odnosno drugi radnici na koje se odnose odredbe drugih zakona o prizivu savjesti, bili trebali o svojem uvjerenju tj. prizivu savjesti obavijestiti poslodavca odmah nakon donošenja navedenih zakona, a osobe koje se tek zapošljavaju prilikom zapošljavanja. Naknadno postupanje imalo bi opravdanje samo ako bi lječnik ili drugi radnik to uspio opravdati promjenom svojih vjerskih ili moralnih uvjerenja.

U protivnom za poslodavca mogu nastati problemi u organizaciji rada, koje mogu imati i ozbiljne posljedice, ako bi se lječnik na priziv savjesti pozvao neposredno pred sam zahvat i sl.

No, kako navedeni zakoni ne predviđaju takvu preciznu proceduru obaveštavanja poslodavca na vrijeme, lječniku se pravo na priziv savjesti ne bi moglo osporiti ako se na njega sukladno Zakonu o lječništvu pozove bilo kada. Međutim, ako to učini u nevrijeme (npr. neposredno pred sam zahvat), mogao bi po mojem mišljenju odgovarati za postupanje protivnom savjesnosti i poštenju, koje je postupanje poslodavcu uzrokovalo troškove i probleme, koji bi se izbjegli da je lječnik to rekao na vrijeme.

Zakon o primaljama ne regulira pravo na priziv savjesti. Međutim, to je navedeno u Etičkom kodeksu “Primalja ima pravo na priziv savjesti, ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijenta/-ice. O svojoj odluci mora pravodobno obavijestiti pacijenta/-icu te ju uputiti drugoj primalji. Primalja koja radi kao član zdravstvenog tima (u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ili u bolničkoj zdravstvenoj skrbi) mora u što kraćem roku izvijestiti odgovornu osobu ako postoji bilo kakav prigovor savjesti bitan za obavljanje njezine profesionalne djelatnosti. U tom slučaju ne smije prestati pružati primaljsku skrb ako bi time uzrokovala trajne posljedice za zdravlje ili ugrozila život pacijentice.“

Pitanje je da li Etički kodeks primalja daje primaljama pravo na priziv savjesti? Po mojoj mišljenju ne daje. Naime, Etički kodeks primalja nije zakon pa je učinak Kodeksa u najmanju ruku bio vrlo sporan ako dolazi u sukob sa zakonom, npr. Zakonom o radu koji se tiče obveza iz ugovora o radu.

Nadalje, da je zakonodavac htio primaljama dati pravo na priziv savjesti, stavio bi to u zakon, kao kod lječnika i drugih. Ako je zakonodavac to izričito propisao kod lječnika, sestara i lječnika dentalne medicine, a kod primalja nije polazimo od nesporne činjenice da zakonodavac to nije htio propisati za primalje, dakle da primaljama nije htio dopustiti prigovor savjesti. Naime, tamo gdje je zakonodavac htio propisati priziv savjesti tamo je to izričito uredio kao što je to učinio u ranije spomenutim zakonima).

Sam Zakon o primaljstvu ne upućuje da Etički kodeks razradi prigovor savjesti, dakle za priziv savjesti nema izravnog temelja u Zakonu o primaljstvu. Etički kodeks po prirodi stvari takvog akta, predstavlja popis etičkih normi kojih primalje trebaju poštivati, a u protivnom mogu trpijeti stanovite posljedice, do najteže – gubitka licence. Etički kodeks ne bi mogao stvarati nova prava za primalje, osobito ne ona koja su u suprotnosti s nekim drugim pravima i zakonima (poštivanje ugovornih obveza iz radnog odnosa i dr.).

Osim toga svrha svih komora uključujući i Hrvatsku komoru primalja je primarno zaštita građana. Naime, država osniva komore s obveznim članstvom, prenosi im dio svojih ovlasti (članarina, postupci protiv članova, davanje licenci), zato da bi osigurala da bi u važnim djelatnostima (zdravstvo, odvjetnici i sl.) građani imali osiguranu kvalitetnu uslugu. A za nadzor na tom kvalitetom država procjenjuje da će bolje obavljati komora sastavljena od osoba te struke neko sama država. Stoga i davanje dodatnih prava koja ulaze u sferu drugih zakona (Zakon o radu i dr.) i tiče se i drugih sudionika (poslodavaca) a putem Etičkog kodeksa, ne odgovara niti svrsi zbog kojeg je Komora osnovana.

Zaključno bih rekao da nema zakonskog niti drugih prava koje izričito daje pravo na priziv savjesti primaljama.

Ostaje naravno mogućnost pozivanja na slobodu savjesti iz Ustava RH i Europske konvencije za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda. No, kao što je rečeno na početku teksta sloboda savjesti može biti temelj za priziv savjesti, ali nije mu istovjetna.



U tome smislu poziv na slobodu savjesti ulazi u područje koje je u Hrvatskoj nedefinirano i za kojeg nema niti sudske prakse. Napominjem da je u nekim zemljama Europske unije upravo sudska praksa definirala priziv savjesti, ali to je bilo kroz duži vremenski period i kroz veći broj slučajeva. Pri tome je bilo različitih presuda pa se u mnogim slučajevima priziv savjesti dopuštao, a ponegdje u sličnim ali malo različitim situacijama i nije. Pri tome se nekako usmjeravalo da bi o prizivu savjesti radnik poslodavca trebao obavijesti prilikom sklapanja ugovora o radu, kasnije iznimno ako tek sazna za djelatnost poslodavca koja mu iz moralnih ili vjerskih načela nije prihvatljiva. Poslodavac ako je tako postupljeno na vrijeme trebao bi radniku omogućiti drugi posao, a iznimno ako drugih poslova nema mogao bi mu dati otkaz iz razloga koji se nalaze u osobi radnika.

Zaključno napominjem, Etički kodeks ne može po mojoj mišljenju biti nesporni izvor prava za priziv savjesti na način kao što je to zakon, a iz razloga koji su prethodno navedeni. Stoga bi se primalje ako bi htjele koristiti priziv savjesti, mogle pozvati na Ustav RH i slobodu savjesti. Međutim, tada ulaze u nedefinirano područje za koje nema sudske prakse i ne može se unaprijed znati kako bi na sudu završilo. Pri tome sukladno načelu savjesnosti i poštenja, o tome bi morale izvijestiti poslodavca prilikom sklapanja ugovora o radu, najranije što je to moguće, a ne pred sam zahvat.

Iako ne držim Etički kodeks valjanim izvorom prava za priziv savjesti, ali primalja koja bi htjela se pozvati na priziv savjesti morala bi u najmanju ruku to učiniti odmah nakon donošenja Etičkog kodeksa, kako to u tome Kodeksu stoji. Osobno mislim da bi priziv savjesti primalja mogao biti opravдан samo ako je dan prilikom sklapanja ugovora o radu, odnosno nakon usvajanja Ustava RH

koji određuje slobodu savjesti, a najmanje odmah nakon donošenja Etičkog kodeksa. (Naime, iako Etički kodeks nije po mojem mišljenju izvor prava za priziv savjesti, ipak pozivanje na priziv savjesti odmah nakon donošenja Etičkog kodeksa upućuje na savjesno postupanje). Sve ostalo narušava slobodu savjesnosti i poštenja. Osobito držim neprihvatljivo pozivanje na priziv savjesti neposredno pred sam zahvat, u kojem slučaju takvo pozivanje može imati posljedicu otkaza s ponudom izmijenjenog ugovora o radu, odnosno otkaza, jer je nesporno protivnom načelu savjesnosti i poštenja u ugovornim odnosima.

Međutim, mislimo da bi se tu trebalo voditi računa i o pravima obveznog prava koja propisuju da se sudionici obveznih odnosa (a radni odnosi su vrsta obveznopravnih odnosa, pa se pravila obveznog prava podredno primjenjuju i na ugovore o radu), trebali držati

U tome smislu držim da su liječnici, odnosno drugi zdravstveni radnici na koje se odnose odredbe drugih zakona o prizivu savjesti, bili trebali o svojem uvjerenju tj. prizivu savjesti obavijestiti poslodavca odmah nakon donošenja navedenih zakona, a osobe koje se tek zapošljavaju prilikom zapošljavanja. Naknadno postupanje imalo bi opravdanje samo ako bi liječnik ili drugi radnik to opravdavao promjenom vjerskih ili moralnih uvjerenja.

U protivnom za poslodavca mogu nastati problemi u organizaciji rada, koje mogu imati i ozbiljne posljedice, ako bi se liječnik na priziv savjesti pozvao neposredno pred sam zahvat.

Napomena: Članak ne predstavljaju nužno stavove Hrvatske komore primalja i Hrvatske udruge za primicanje primaljstva već nezavisnog stručnjaka za Radno pravo.

Pravo na priziv savjesti

Sloboda mišljenja, savjesti i vjeroispovijedi spada u ljudska prava i temeljne slobode zajamčene međunarodnim dokumentima, u prvom redu Općom deklaracijom o ljudskim pravima (članak 18.) Ujedinjenih naroda i Konvencijom za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda (članak 9.). Značaj ove ljudske slobode ogleda se i u tome što većina demokratskih zemalja daje pojedincu legitimno pravo na priziv savjesti, odnosno dopušta mu da ne postupi po zakonu ili pojedinoj njegovoj odredbi koja propisuje ponašanje protivno njegovoj savjesti. Pri tome je nužno da sloboda savjesti jedne osobe ne ugrožava ili isključuje prava drugih.

Pravo na priziv savjesti najčešće se veže uz medicinu, ali i služenje vojnog roka te nošenje i uporabu oružja. Parlamentarna skupština Vijeća Europe utvrdila je pravo na priziv savjesti u medicini Rezolucijom 1763 iz 2010. godine. U točki 1. ove Rezolucije, između ostalog, stoji da niti jedna pravna ili fizička osoba neće biti podvrgnuta prisili, neće se držati odgovornom niti će se na bilo koji način diskriminirati ako odbije izvršiti pobačaj ili eutanaziju. Uz pobačaj i eutanaziju, pravo na priziv savjest često se koristi u postupcima potpomognutog suicida, medicinske oplodnje i sterilizacije.

U Republici Hrvatskoj sloboda savjesti i vjeroispovijedi te sloboda javnog očitovanja vjere ili drugog uvjerenja zajamčena je člankom 40. Ustava Republike Hrvatske. Pravo na priziv savjesti utvrđeno je nizom zakona iz područja zdravstva. Članak 20. Zakona o liječništvu (NN - 121/03 i 117/08) propisuje da se liječnik radi svojih etičkih, vjerskih ili moralnih nazora, odnosno uvjerenja ima pravo pozvati na priziv savjesti te odbiti provođenje dijagnostike, liječenja i rehabilitacije pacijenta, ako se to ne kosi s pravilima struke te ako time ne uzrokuje trajne

posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijenta. Liječnik mora pacijenta pravodobno izvijestiti o svojoj odluci te ga uputiti drugom liječniku iste struke, a o pozivu na priziv savjesti dužan je izvijestiti i svog nadređenog ili poslodavca.

Dakle, pozivajući se na priziv savjesti liječnik može odbiti pacijentu pružiti medicinsku uslugu, samo ako time ne ugrožava prava pacijenta. Kako ne bi ugrozio pravo pacijenta na zdravstvenu zaštitu, liječnik je dužan pravodobno ga obavijestiti o svojoj odluci o prizivu savjesti i uputiti drugom liječniku iste struke. Liječnik ne može odbiti pacijentu pružiti medicinsku uslugu pozivajući se na priziv savjesti ako se to kosi s pravilima struke, ako time uzrokuje trajne posljedice za zdravlje pacijenta te ako time ugrozi život pacijenta.

Pravo na priziv savjesti na identičan je način propisano člankom 3. stavkom 4. Zakona o sestrinstvu (NN - 121/03, 117/08 i 57/11) te člankom 26. Zakona o stomatološkoj djelatnosti (NN - 121/03, 117/08 i 120/09). Zakon o medicinskoj oplodnji (NN - 88/09, 137/09 i 124/11) u članku 38. propisuje da se zdravstveni i nezdravstveni radnici koji bi trebali provesti ili sudjelovati u provođenju postupka medicinske oplodnje imaju pravo pozvati na priziv savjesti radi svojih etičkih, vjerskih ili moralnih nazora, odnosno uvjerenja te odbiti provođenje postupka medicinske oplodnje ili sudjelovanje u tom postupku. Pravo na priziv savjesti priznato je i primaljama, no samo Etičkim kodeksom primalja, te je stoga od velike važnosti i njegovo zakonsko reguliranje.

Izvor: <http://www.ombudsman.hr/hr/reagiranja/priopenja-i-reagiranja/439-pravo-na-priziv-savjesti.html>



INTERVJU – Sovjetka Krobot, umirovljena primalja, Hvar



Umirovljena primalja Sovjetka Krobot prisjeća se događaja iz svoje dugogodišnje prakse. Kako se radilo nekada i s kakvim problemima su se primalje susretale pročitajte u nastavku.

1. Gdje ste rođeni? Kada i gdje ste završili školu?

Rođena sam u Splitu, 1947. godine. Osnovnu školu sam završila u Starom Gradu, u svom mjestu, gdje sam živjela od rođenja. Nakon završetka srednje škole zaposlila sam se u Donjem Miholjcu.

2. Kako je školovanje primalja izgledalo u vrijeme kada ste se Vi bili učenica?

Od prvog razreda srednje škole praksu smo pohađali ujutro. Poslijepodne smo odlazili na nastavu i tako pet dana u tjednu.

3. Jeste li već za vrijeme školovanja doživjeli neko značajnije primaljskoga iskustvo?

Naša škola nalazila se u sklopu rodilišta. Lječnici, dr. Anđelinović, dr. Jurić, dr. Zorić te dr. Postružnik, znali su da se nakon završetka škole vraćam na otok, pa su me znali pozvati i za vrijeme nastave da vodim zadak.

4. Gdje ste stekli prva radna iskustva? Što ste sve radili?

Prvo radno iskustvo stječem kao primalja u Domu zdravlja Donji Miholjac. Samostalno sam obavljala porode kući. U to vrijeme u Slavoniji to je bilo sasvim uobičajeno.

5. S obzirom da ste bili primalja i na otoku, u kakvim ste uvjetima radili i kako ste se snalazili?

Uvjeti rada su bili očajni, osim ruku i škara, ništa drugo nismo imali.

6. Postoje li neke anegdote kojih se rado sjećate i koje će Vam zauvijek ostati u pamćenju?

Zauvijek ću pamtitи kako sam porađala kolegicu, sama, na selu, bez lječnika, te sam reanimirala bebu.

7. Prije se na otocima porod odvijao u domu rodilje. Koja je tada bila uloga primalje i kako se odvijao porod?

Kada bi primile poziv da žena rađa, primalje bi uzele svoju torbu i otišle kod rodilje, kod nje smo ostajale sve dok ne rodi, pa trajalo to i dva dana.

8. Tko je tada, prilikom kućnog poroda, odlučivao treba li rodilja ići u bolnicu i što se, u tom slučaju, trebalo sve poduzeti?

Ako sam bila sama na porodu, sama sam i odlučivala o tome jesmo li za transport i postoje li uvjeti za transport. U ambulanti smo imali vojne brojeve i preko njih smo organizirali hitne transporte. To nije uvijek uspijevalo.

9. Jesu li lječnici prisustvovali porodima?

Da, ponekad.

10. Prema Vašim saznanjima, je li tada smrtnost žena i novorođenčadi bila veća?

Ne, u 43 godine i 10 mjeseci nijedna žena mi nije umrla. Bilježim dvoje djece koji su transportirani u bolnicu i dijagnosticirana su im teška srčana oštećenja.

11. Trenutno ste u mirovini. Imate li neke neostvarene želje? Kako danas gledate na primaljstvo?

Da, željela bih volontirati u Africi. Struka je danas zanemarena, po meni.

12. Možete li možda usporediti primaljstvo nekada i danas?

Prije je o majci i dijetu skrbila primalja, a danas sestra općeg smjera i to je nedostatak.

13. Koji su danas postupci i kakva je danas skrb za trudnice s Hvara? Koje korake moraju poduzeti te kako se odvija sve od trudnoće do poroda?

Imamo stalnog ginekologa koji skrbi o 60% trudnica. Ostale trudnice odlaze kod privatnog ginekologa u Split. Kod normalne trudnoće treba smanjiti broj ultrazvuka. Trebalo bi više razgovarati s trudnicama kako bi se bolje pripremile za porod i majčinstvo.

Modeli kontinuirane primaljske skrbi u usporedbi s drugim modelima skrbi za roditelje

U mnogim dijelovima svijeta, primalje su primarni pružatelji zdravstvene skrbi za trudnice. Na drugim mjestima to mogu biti liječnici specijalisti ginekologije i porodništva ili obiteljski liječnici, ili odgovornost može biti podijeljena. Filozofija u pozadini modela kontinuirane primaljske skrbi je prirodnost, kontinuitet skrbi i prisutnost poznate i pouzdane primalje tijekom porođaja. Naglasak je na prirodnoj sposobnosti žena da rode uz minimalne intervencije. Kontinuirana primaljska skrb može se osigurati kroz tim primalja sa zajedničkim klijenticama, što se često naziva „timskim“ primaljstvom. Drugi model je „primaljstvo jedan na jedan“, koje nastoji osigurati da žena dobije svu skrb od jedne primalje ili njezine partnerice u primaljskoj praksi. Kontinuirana primaljska skrb pruža se u okviru multidisciplinarnе mreže konzultacija i upućivanja na druge pružatelje skrbi. Ovo je u suprotnosti s modelima skrbi kojima upravljaju liječnici, gdje je primarna odgovornost za skrb na liječniku specijalistu ili obiteljskom liječniku. U modelima sa podijeljenom skrbi, odgovornost je podijeljena između različitih zdravstvenih djelatnika.

U ovaj sustavni pregled literature uključili smo modele skrbi u kojima su primalje pružale skrb tijekom trudnoće, poroda i poslijeporođajnog razdoblja. Identificirali smo 13 istraživanja koja su uključivala 16 242 žene, kako s niskim tako i s povećanim rizikom komplikacija. Kontinuirana primaljska skrb bila je povezana s nekoliko prednosti za majke i djecu, a nisu uočeni štetni učinci u usporedbi s modelima skrbi kojima upravljaju liječnici i modelima podijeljene skrbi. Glavne prednosti bile su rjeđe korištenje epiduralne anestezije, s manje epiziotomija i porođaja na vakuum ili porodničarskim kliještima. Također je bila povećana vjerljivost da će za ženu tijekom poroda skrbiti poznata primalja, kao i vjerljivost spontanog vaginalnog poroda.

Nije bilo razlike u broju carskih rezova. Kod žena koje su imale kontinuiranu primaljsku skrb bila je smanjena vjerljivost prijevremenog poroda, ili spontanog pobačaja prije 24. tjedna trudnoće, iako nije bilo razlike u riziku spontanog pobačaja nakon 24. tjedna, odnosno u ukupnom riziku spontanog pobačaja. Sva istraživanja uključivala su licencirane primalje, a niti jedno nije uključivalo primalje s neformalnim obrazovanjem ili tradicionalne primalje. Niti jedno istraživanje nije uključivalo modele skrbi koji nude vanbolnički porod.

Ovim sustavnim pregledom utvrdili smo da bi većini žena trebao biti ponuđen model kontinuirane primaljske skrbi, iako je potreban oprez prilikom primjene ove preporuke na žene sa značajnim medicinskim ili porođajnim komplikacijama.



U mnogim dijelovima svijeta, primalje su primarni pružatelji zdravstvene skrbi za trudnice.

Izvor: Cochrane Summaries

<http://summaries.cochrane.org/fr/CD004667/primaljska-skrb-u-odnosu-na-druge-modele-skrbi-za-trudnice>

Hormoni u trudnoći

Ivana Matas, Jelena Knez, Lidvina Košta, Antonija Petrina, Marina Dragić,
studentice, Stručni studij primaljstva (seminarski rad)

Uvod

Hormonske promjene tijekom trudnoće složen su mehanizam u fiziologiji majčinog organizma u kojima uz majku sudjeluju fetus i posteljica. Određeni hormoni fetusa i posteljice mogu prodrijeti u majčin organizam, a isto se događa s majčinim hormonima od kojih dio može dospjeti u posteljicu te se naći u fetalnoj cirkulaciji. Sastav i količina hormona značajno se mijenjaju tijekom trudnoće.

Zbog lakšeg razumijevanja, hormonske promjene tijekom trudnoće možemo podijeliti na:

- promjene povezane s hormonskom funkcijom posteljice,
- promjene majčinih endokrinih žlijezda,
- promjene fetalnih endokrinih žlijezda.

1. Hormoni posteljice

Posteljica kao poseban endokrini organ stvara hormone svojstvene trudnoći kao što su humani korionski gonadotropin, humani placentarni laktogen i niz različitih proteina pridruženih trudnoći PAPP (pregnancy associated plasma protein). Posteljica također stvara i hormone čija sinteza nije vezana isključivo uz trudnoću poput spolnih steroida (estrogen, progesteron), adrenokortikotropnih hormona (ACTH), mineralokortikoida, relaksina, inhibina te niz drugih proteina i hormona.

1.1. Humani korionski gonadotropin (HCG)



HCG je glikoproteinski hormon koji se sastoji od dvije različite podjedinice, alfa lanca i beta lanca, koji su međusobno povezani disulfidnim vezama. Ima slično biološko djelovanje poput luteinizirajućeg hormona (LH) i djeluje na slična ciljna tkiva. Posebnost mu daje beta podjedinica koja je različito građena od beta podjedinice LH. HCG u majčinu cirkulaciju ulazi nakon implantacije, tako da se u serumu majke nalazi već 8-9 dana nakon oplodnje. Razina HCG u serumu raste vrlo brzo, te se normalnoj trudnoći udvostručuje od prethodnih vrijednosti svakih 1,5-2,5 dana. U 9. tjednu trudnoće vrijednosti HCG u serumu su najviše, a potom opadaju i do kraja trudnoće nalaze se na razini 10 % od vršnih vrijednosti. Iz seruma isčezavaju dva tjedna nakon poroda. Mjerenje razine HCG, posebno njegove bate podjedinice, imaju veliku kliničku vrijednost u razlikovanju uredne od neuredne trudnoće, postavljanju dijagnoze i praćenju liječenja ektopične trudnoće i gestacijske trofoblastne bolesti (mola hidatidosa, koriokarcinom). HCG je poznat i zahvaljujući svojoj ulozi podržavanja žutog tijela prvih 6 - 8 tjedana trudnoće u proizvodnji progesterona. Ta se karakteristika HCG-a pokušala iskoristiti i u liječenju učestalih pobačaja.

U analizi (Morley LC, Simpson N, Tang T) objavljenoj u siječnju 2013. koja je obuhvaćala 5 randomiziranih kontroliranih studija i 596 žena, pacijentice tretirane s HCG-om imale su koristi od terapije u usporedbi s pacijenticama kojima je davan placebo ili onima koje nisu primale terapiju. Međutim, isključe li se iz analize dvije starije studije sa slabijom metodologijom, korist terapije s HCG-om kao prevencija učestalih pobačaja se gubi. Zbog toga, autori nisu mogli dati jasne preporuke o korištenju HCG.

1.2. Humani placetarni laktogen

Humani placentarni laktogen je peptid, po gradi sličan hormonu rasta, ali njegova stimulacija rasta je znatno slabija. Proizvode ga stanice trofoblasta. U serumu majke može se otkriti s 5. tjedana trudnoće. Raste sve do 34.-36. tjedna trudnoće kada njegova koncentracija dostiže najveće vrijednosti. Količina izlučenog HPL proporcionalna je masi posteljice. HPL ima anti inzulinska svojstva i tijekom trudnoće utječe na metabolizam majke. Povećavajući razinu glukoze i slobodnih masnih kiselina te omogućuje bolju prehranu fetusa.

1.3. Progesteron

Progesteron je dominantni steroid u ranoj trudnoći i do 8. tjedna trudnoće stvara ga žuto tijelo. Nakon toga započinje njegova sinteza i u posteljici, koja pred kraj trudnoće dnevno izluči 250-500 mg progesterona. Sedativnim učinkom progesteron djeluje na miometrij, a ima posrednu i neposrednu ulogu u porastu dojki u trudnoći. Inhibirajući učinak na kontrakcije miometrija u kliničkoj praksi koristi se prilikom liječenja prijetećih pobačaja i prijevremenih poroda. Grupa autora (Dodd JM, Flenady V, Cincotta R, Crowther CA) u analizi objavljenoj u ožujku 2012. godine analizirala je 11 randomiziranih kontroliranih istraživanja s 2714 trudnica.

Rezultati su upućivali da primjena progesterona statistički značajno smanjuje rizik od prijevremenih poroda i rizik rađanja djece lakše od 2500 grama.

1.4. Estrogen

Velike količine estrogena sintetiziraju se u posteljici. Posebnost sinteze je u korištenju androgenih prekusora iz majčine kore nadbubrežne žlijezde (manje) i fetalne kore nadbubrežne žlijezde (više). Količinski dominantan estrogen u trudnoći je estriol. Najveći dio stvorenih estrogena prelazi u majčinu cirkulaciju. Snižena razina izlučenih estrogena (estriola) zapažena je u nekih patoloških stanja poput smrti fetusa, anencefalije i Downovog sindroma.

1.5. Relaksin

Relaksin se tijekom trudnoće stvara u žutom tijelu, a kasnije u posteljici. Izlučivanje relaksina potiče HCG. Relaksin dovodi do smekšanja vrata maternice, opuštanja ligamenata zdjelice, te regulira kontraktilnost uterusa. Može inhibirati kontrakcije maternice izazvane oksitocinom ili prostaglandinima.

1.6. Hormoni u testovima probira kromosomopatiju

Određivanje pojedinih hormona i proteina u trudnoći, sastavni je dio neinvazivnih metoda probira kromosomopatiju. Najčešće korišteni testovi u neinvazivnom probiru kromosomopatija su trostruki (triple) test i kombinirani test.

Trostruki test provodi se u drugom tromjesečju (najčešće oko 15-16 tj. trudnoće). Određuje se razina alfa feto proteina, HCG i nekonjugiranog estriola. Osim za otkrivanje Downova sindroma koristi se i u otkrivanju nedostataka neuralne cijevi. Točnost detekcije iznosi oko 70 %.

Kombinirani test provodi se između 11. i 14. tjedna trudnoće. Određuje se razina beta HCG i plazmatskog proteina trudnoće (PAPP-A), a istovremeno se ultrazvučno mjeri nuhalni nabor fetusa. Točnost detekcije je 85-90 %.

2. Promjene majčinih endokrinih žlijezda

U endokrinom promjenama u trudnoći uz posteljicu i fetus, sudjeluju i endokrine žlijezde majke. Njihov normalan rad i prilagođavanje, važan su preuvjet za zdravo napredovanje trudnoće. U ovom poglavljju osvrnut ćemo se na ulogu prolaktina i oksitocina.

2.1. Prolaktin

Prolaktin je proteinski hormon kojeg izlučuje adenohipofiza, između 5. i 8. tjedna trudnoće započinje porast izlučivanja prolaktina da bi na kraju trudnoće njegova razina iznosila gotovo deset puta višu početnu vrijednost. Tijekom trudnoće povišena razina prolaktina utječe na rast dojki i priprema ih za dojenje. Nakon poroda, s padom razine progesterona i estrogena, prolaktin stimulira dojke na proizvodnju mlijeka (laktacija). Redovito dojenje novorođenog djeteta podržava izlučivanje prolaktina i laktaciju.

2.2. Oksitocin

Oksitocin je proteinski hormon kojeg izlučuje neurohipofiza. Vrijednosti oksitocina u ranoj trudnoći su niske i rastu tek u drugoj polovici trudnoće. Od 20. tjedna trudnoće povećava se i broj receptora za oksitocin tako da se s 36 tjedana postiže maksimalna osjetljivost maternice na oksitocin koja se do poroda ne mijenja. Oksitocin je važan za održavanje i napredovanje već započetog porođaja. U babinjama uzrokuje kontrakcije glatkih mišića žlezdanih kanaliča i na taj način djeluje na izlučivanje mlijeka. Oksitocin izaziva i stezanje muskulature maternice i tako ubrava njezinu involuciju u babinjama.

3. Promjene fetalnih endokrinih žljezda

Endokrini sustav fetusa razvija se postepeno tijekom trudnoće. Većina fetalnih žljezda morfološki je prepoznatljiva već u 5. i 6. tijednu nakon koncepcije. U slijedeća četiri tjedna žljezde postaju i funkcionalno aktivne, a od 12. tijedna nakon koncepcije mogu se u fetalnoj cirkulaciji odrediti i njihovi hormoni. S napredovanjem trudnoće, sazrijevaju i fetalne žljezde tako da su na kraju trudnoće funkcionalno i anatomska gotovo iste kao i u neonatalnom periodu.

Zaključak

Danas su dobro poznate endokrine promjene u majke i većina zbivanja u posteljici, dok u fetusu ima još dosta neistraženih zbivanja. Tijekom trudnoće fetus je još uvijek nedostupan za ispitivanje, te se prikupljeni podaci temelje uglavnom na eksperimentima in vitro, eksperimentima na životnjaka i pobačenim humanim fetusima. Stoga je i težište ovog seminara na hormonskim promjenama majke te posteljici, a dotakli smo se samo onih koje su se činile klinički najvažnijim.



Reference

1. Dražančić A i sur. Porodništvo, Školska knjiga, Zagreb 1994.
2. Kuvačić I, Kurjak A, Đelmiš J i sur. , Porodništvo, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.
3. <http://summaries.cochrane.org/CD008611/human-chorionic-gonadotrophin-hormone-for-preventing-recurrent-miscarriage>
4. <http://summaries.cochrane.org/CD004947/prenatal-administration-of-progesterone-for-preventing-preterm-birth>
5. <http://summaries.cochrane.org/CD009154/luteal-phase-support>

Hellp sindrom

Danijela Markovec, primalja

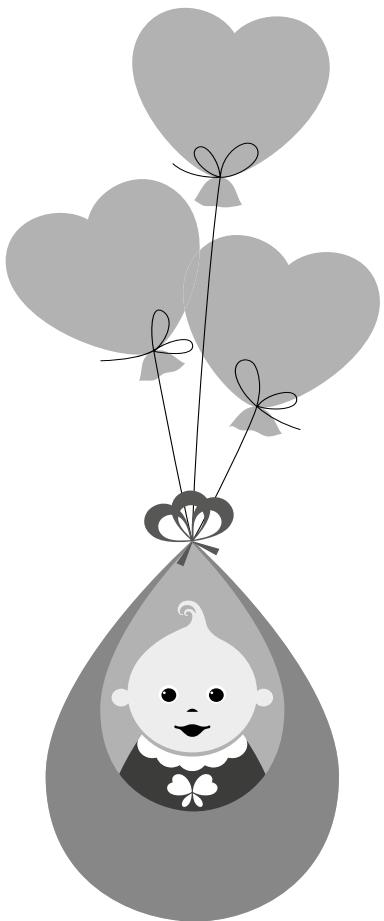
HELLP SINDROM je kratica sastavljena od početnih slova riječi koje označavaju: hemolizu (raspadanje eritrocita - crvenih krvnih zrnaca), povišene vrijednosti enzima jetre (elevacija) te smanjen broj trombocita (Low Platelet count). Problemi su povezani s krvarenjem, radom jetre i krvnim pritiskom – kako kod majke, tako i kod nerođenog djeteta. Učestalost Hellp sindroma iznosi 0,2 – 0,6 %, što bi značilo oko tri slučaja na tisuću porođaja. Hellp sindrom u pravilu se javlja tijekom trećeg tromjesečja trudnoće, iako se u 11 % trudnoća može javiti i prije 27 tjedna. Antepartalnu prezentaciju obično ima 70 % trudnica, dok se postpartalno Hellp – sindrom pojavljuje u otprilike 30 % trudnica. Postpartalni Hellp – sindroma u pravilu se javlja unutar 48 sati nakon porođaja. Simptomatologija može biti vrlo raznolika. Najčešći simptomi osjećaj opće slabosti, bol ili nelagoda u epigastriju, mučnina, povraćanje, glavobolja. Također se mogu pojaviti otoci na rukama i nogama, ponekad, iako rijetko, javlja se i krvarenje iz desni. Najčešći faktori rizika su: primi graviditet, preklampsija ili eklampsija u prethodnoj trudnoći, obiteljska anamneza, dijabetes mellitus ili renalna bolest, multipla trudnoća, polihidramnion, trizomija 13.

Uspješna terapija Hellp – sindroma koja je preduvjet za uspješni ishod trudnoće temelji se na radnoj dijagnostici te pravodobnom početku liječenja. Ukoliko se Hellp – sindrom dijagnosticira, hitan porođaj smatra se obveznim, ali ako je fetus vrlo nezreo – u pravilu mlađi od 26 tjedna – moguće ga je odgoditi. Čak i nekoliko dana čekanja uz primjenu steroida, znatno može pridonijeti dozrijevanju fetalnih pluća te istodobno poboljšati majčino stanje. Istog trena nakon dijagnoze Hellp – sindroma trudnici se prepisuje strogo mirovanje, ležanje na lijevom boku. Uz lijekove za normalizaciju krvnog tlaka i tekućine daje se i magnezijev sulfat s ciljem sprječavanja mogućih napadaja. Kod trudnica koje su podobne za klasično liječenje treba postići odgovarajuću kontrolu krvnog tlaka, oligurija treba odgovarati na primjenu tekućine, a povišene vrijednosti jetrenih enzima ne bi trebale biti udružene s bolovima gornjeg dijela abdomena.

Kod takvih se trudnica pokazalo da se trudnoća može produljiti i do 15 dana, ukoliko je osigurana adekvatna skrb u centrima tercijarne razine s pristupom jedinici intenzivne neonatalne skrbi. Trudnice s Hellp – sindromom također bi trebale rutinski primati kortikosteroidnu terapiju. Naime, pokazalo se da je antenatalna primjena kortikosteroida u velikim dozama od 10 mg svakih 12 sati značajno poboljšava laboratorijske parametre koji su povezani s Hellp – sindromom. Oko 1-2 % trudnica s Hellp-sindromom razvije neku od ozbiljnih komplikacija poput diseminirane intravaskularne kogulopatije, abrupcije placente, adultnog oblika respiracijskoga distresnog sindroma, plućni edem, subkapsularni hematom ili čak ruptura jetre. Najbolja prevencija je rođenje djeteta, jer većina trudnica s ovim sindromom osjeća se mnogo bolje već nekoliko dana nakon porođaja. Ukoliko je stanje ozbiljno, porođaj se mora obaviti prije očekivanog termina. Po potrebi se daju kortikosteroidni preparati koji pomažu i majci i djetetu. Kod s krvarenja koje može biti pojačano primjenjuje se transfuzija krvi. Velik broj trudnica također je prisiljen primati krvne nadomjeske osobito ako je broj trombocita niži, a porođaj se dovršava carskim rezom. Unatoč već gotovo 30-godišnjem poznавању ovog sindroma, jedini pravi lijek jest porođaj.

Zaključak

Iako je Hellp sindrom nije često patološko stanje u opstetriciji, svakako zaslužuje posebnu pažnju. Unatoč kontroliranim trudnoćama i sprečavanju pojave Hellp sindroma, bolest se u određenom postotku ipak susreće. S obzirom na težinu stanja intenzivan tretman trudnica oboljelih od Hellp sindroma je neophodan. Još uvijek za tretman istog odabire se magnezijev sulfat. Porod ili carski rez svakako su najbolja terapijska mjera. Svakoj trudnici koja očituje početne znakove Hellp sindroma treba omogućiti konzultaciju s isku-snim opstetričarom, a ujedno se treba posavjetovati i s primaljom.



Praćenje preeklampsije

Ivana Vlašica, primalja, Opća bolnica Dubrovnik,
vany_dubrovnik@yahoo.com

Uvod

Pojava konvulzija u trudnoći stoljećima je zaokupljala pažnju znanstvenika, jer povezanost konvulzija i majčine smrtnosti je očita. Unatoč tome veza između hipertenzije i konvulzija dugo je ostala nerazjašnjena. U početku su se konvulzije u trudnoći smatrале oblikom epilepsije, ali kasnije se odjeljuju kao zasebni entitet i nazivaju se „eclampsia“ prema grčkoj riječi „bljesnuti“. S obzirom da su uočeni i drugi simptomi poput proteinurija i edema, eklampsiju se počinje povezivati s bubrežnim bolestima. Tek se krajem 19. stoljeća eklampsiju počelo povezivati i s hipertenzijom u trudnoći. Spoznaja da s trudnoćom združena hipertenzija prethodi konvulzijama, dovela je do termina preeklampsija. Zbog cijelog mnoštva teorija nastanku hipertenzije u trudnoći, u prošlosti su korišteni brojni nazivi i klasifikacije (bolest teorija, toksemija kao misteriozni sindrom, trudnoćom inducirana hipertenzija). Prva međunarodna klasifikacija upotrebljava termin EPH – gestoza, oslanjajući se na kliničke simptome - edem, proteinuru i hipertenziju kao temelj dijagnoze. Nazočnost bilo kojeg od navedenih simptoma dostaje za dijagnozu bolesti, što je ujedno i najveća zamjerkna navedenoj klasifikaciji. Većina kliničara smatra da je važnost edema u dijagnozi prenaglašena, te da hipertenzija nije dovoljno istaknuta, tako da je danas termin EPH – gestoza zastario.

Razrada

1. Klasifikacije i definicije

Dijagnoza preeklampsije postavlja se na temelju hipertenzije s proteinurijom. Sistolički krvni tlak je ≥ 140 mmHg ili dijastolički ≥ 90 mmHg, a javlja se nakon 20. tjedna trudnoće kod žena kojesu bile normotenzivne do 20. tjedna gestacije. Dijagnozu hipertenzije treba potvrditi s dva mjerjenja. Proteinuria se definira kao izlučivanje proteina urinom od 300 mg/24 sata, ili u jednom uzorku 300 mg/L urina. U slučaju da proteinuriјe nema, sumnja se na preeklampsiju, ako je povišen tlak popraćen prisustvom drugih sistemskih pokazatelja tog stanja.



2. Epidemiologija

Preeklampsija se javlja u 7 % trudnica. Korisno je identificirati trudnice koje su u skupini povišenog rizika za nastanak preeklampsije. Povišen rizik za nastanak preeklampsije imaju na prvom mjestu primigravide. U gotovo 2/3 slučajeva bolest će nastati u primigravida.

Eklampsija je bolest žena nižega socioekonomskog statusa, jer se može sprječiti intenzivnim liječenjem i porodom trudnica s teškom preeklampsijom. Neadekvatna skrb trudnica je važan čimbenik nastanka eklampsije. Utvrđena je korelacija između dobi trudnica i učestalosti preeklampsija – eklampsija. Naime, većina primigravida su mlade žene, stoga se bolest vezuje uz mlađu dob. Međutim, zabilježena je viša učestalost preeklampsija kod starijih trudnica, neovisno o paritetu. Podaci istraživanja u SAD-u pokazuju pak visoku učestalost preeklampsija u mlađih žena.

U Abereenu je utvrđena veća učestalost preeklampsija kod sestara žena koje su imale preeklampsiju u prvoj trudnoći nego li kod onih koje nisu imale preeklampsiju. Istraživači su pratili nastup preeklampsije u prvim trudnoćama sestara, kćeri i unučica, kao i u snaha žena koje su imale eklampsiju. Učestalost preeklampsija kod sestara iznosila je 37 %, kod kćeri 26 %, unuka 16 %, a kod snaha samo 6 %. Ovo istraživanje ukazuje na čvrstu povezanost naslijeđa i preeklampsije.

Preeklampsija je također česta kod žena (70 %) u kojih mola hidatidoza brzo raste i bolest nastupa znatno ranije nego u ostalim trudnoćama. Ukoliko preeklampsija nastane prije 20. tjedna trudnoće, treba sumnjati na molu hidatidozu. Preeklampsija je također češća u trudnica s polihidramnijem.

3. Hemodinamske promjene

Iako se osnovne kliničke promjene u preeklampsiji događaju tek u drugom dijelu trudnoće, određene se hemodinamske i biokemijske promjene kod trudnica mogu uočiti i ranije. Istraživanja su pokazala da se i znatno prije pojave hipertenzije javlja hiperkinetska cirkulacija obilježena povišenim minutnim volumenom srca.

Prije simptoma preeklampsije javlja se i povećana osjetljivost na angiotenzin II.

Tri su osnovne hemodinamske promjene koje se javljaju istovremeno s kliničkim simptomima preeklampsije. Hipertenzija kao glavni simptom preeklampsije nastaje primarno zbog povišenja perifernog žilnog otpora koji je rezultat arterijske i venske vazokonstrikcije. Drugo hemodinamsko obilježje je smanjeni minutni volumen u odnosu na normotenzivnu trudnoću. I treće, u preeklampsiji je smanjen ukupni volumen plazme što je rezultat povećane propusnosti endotela i transudacije plazme, stoga je hipovolemija posljedica poremećene raspoloje izvanstanične tekućine. Zbog povećane transudacije dolazi do hemokoncentracije, što može otežati perfuziju tkiva. Osim hemodinamskih promjena u majke jedno od glavnih obilježja preeklampsije je insuficijencija uteroplacentnog krvotoka i posljedični intrauterini zastoj rasta.

4. Klinički znaci

Hipertenzija. Hipertenzijom se smatra povišenje sistoličkog tlaka za 30 mmHg ili više i/ili dijastoličkog za 15 mmHg i više u odnosu prema tlaku prije trudnoće ili u ranoj trudnoći. Za gornju granicu normale smatra se sistolički tlak od 140 mmHg, odnosno dijastolički od 90 mmHg. Povišeni krvni tlak je središnji simptom preeklampsije. S patofiziološke točke gledišta od primarne važnosti je loša perfuzija zbog nastanka vazospazma. Međutim, povišen krvni tlak ne mora korelirati sa smanjenom perfuzijom kroz tkiva i posljedičnim oštećenjem. Eklampsija i smrt majke ili fetusa mogu nastupiti i kod oboljelih trudnica s neznatno povišenim krvnim tlakom. U dva istraživanja, 20 % žena s eklampsijom nikad nije imalo povišen krvni tlak > 140 mmHg.

Proteinurija. Proteinurija se registrira kada iznosi više od 0,3 g/L po Esbacku. Između dijagnostičkih znakova preeklampsije, proteinurija združena s hipertenzijom je najsnažniji pokazatelj fetalne ugroženosti. Istraživanja su pokazala da se perinatalni mortalitet utrostručuje u trudnicama s proteinurijom, a količina proteinurije korelira s perinatalnim mortalitetom i IUGR.

Edem. Katkad edemi mogu predhoditi povišenom krvnom tlaku i proteinuriji. Retencija tekućine može se manifestirati kao brzi porast težine. Porast tjelesne težine više od 500 g tjedno upozoravajući je znak preeklampsije. Međutim, brzi prirast težine može nastati i bez preeklampsije, i samo 10 % žena s eklampsijom prethodno ima ubrzani prekomjerni porast tjelesne težine. Edem u preeklampsiji nastaje zbog retencije natrija. Edemi lica i ruku su združeni s zadržavanjem natrija i dobar su pokazatelj za nastanak preeklampsije, za razliku od pretibijalnih edema koji nastaju zbog hidrostatskog mehanizma. Pretibijalni edem zabilježit će se kao simptom ukoliko ne nestane nakon noćnog odmora. Edemi lica i ruku pojavljuju se u oko 10 do 15 % žena u kojih krvni tlak ostaje normalan za vrijeme trudnoće. Edemi mogu biti i masivni, posebice u teških preeklampsija.

U takvih slučajevima važno je zapamtiti da albuminurija može komplikirati preeklampsiju i pogoršati edeme. Edem je rani i uobičajeni (čest) znak preeklampsije, ali ne i dijagnostički.

Promjene retine. Važan i stalni znak preeklamptičkih trudnica su retinalne vaskularne promjene koje se pronađaju pregledom fundusa oka. Lokalizirane ili generalizirane promjene nastaju u arterioloma retine najmanje u 50 % trudnica s preeklampsijom. Ove retinalne vaskularne promjene su klinički znak koji najbolje korelira s promjenama bubrega kod žena s preeklampsijom. Lokalizirana retinalna vaskularna suženja vide se kao segmentalni spazam, a generalizirana suženja prikazuju se smanjenjem odnosa arteriarno-venoznog promjera od uobičajenog 3:5 do 1:2 ili čak 1:3. Ono može nastati u svim krvnim žilama, u ranim stadijima, ili u pojedinim krvnim žilama. Preeklampsija ne uzrokuje kronične arterijske promjene; dok nazočnost arteriolarne skleroze koja se vidi kao pojačan refleks svjetla, bakrene žice, ili arteriovenske ukazuju na preegzistirajuću vaskularnu bolest. Ovi nalazi su prisutni u mnogih mladih osoba, trudnih ili netrudnih, muškaraca i žena i nisu upotrebljiv znak.

Hiperrefleksija. Hiperrefleksiji je data velika klinička pozornost. Duboki tetivni refleksi pojačani su u mnogih žena prije nastanka konvulzije, ipak mnoge mlade osobe s hiperrefleksijom nemaju preeklampsiju. Promjene ili odsutnost promjena dubokih tetivnih refleksa nisu dio dijagnoze lakših oblika preeklampsije.

Ostali znaci. Ostali znaci preeklampsije su rjeđi pokazatelji uključenja pojedinih organa u preeklamptički proces. Bolesnice s izraženim edemima mogu imati i ascites i hidrotoraks, a one s kongestivnom srčanom bolešću imaju uobičajne znakove kao što su distendirane vene vrata i galopni ritam. Kapsula jetre je distendirana, što se manifestira povećanjem i napetošću jetre, a ukoliko nastane diseminirana intravaskularna koagulacija nastati će petehije i krvarenja.

5. Simptomi preeklampsije

Preeklampsija je bolest zbog nastale vazokonstrikcije i smanjene perfuzije, posebice esencijalnih organa. Napetost u rukama i nogama, parestezije zbog kompresije medijalnog i ulnarnog živca nastaju zbog zadržavanja tekućine. Iako ove promjene zabrinjavaju trudnice, one nemaju prognostičku važnost. Međutim, isti simptomi su pokazatelji težine bolesti. Simptomi širenja jetrene kapsule su rjeđi. Oni dovode do nastanka epigastrične boli i boli koja se širi prema leđima. Glavobolja i mentalna konfuzija ukazuju na slabiju cerebralnu perfuziju i mogu nagovjestiti konvuzije. Smetnje vida, pojava skotoma do nastanka sljepoće, ukazuju na spazam retinalnih arterijola. U procijeni stanja bolesnice s preeklampsijom, znaci loše perfuzije važni su pokazatelji težine bolesti, jer su jednostavnii kvantitativni znaci. Ostali simptomi su nazočni i prikazuju komplikacije preeklampsije, kao što su kongestivna srčana bolest i abrupcija placente.

6. Hellp sindrom

HELLP sindrom javlja se najčešće kao komplikacija preeklampsije, iako može biti i zaseban klinički entitet. HELLP sindrom je akronim u engleskom jeziku koji označava: H = "haemolysis/hemolizu", EL = "elevated liver enzymes"/ povišeni jetreni enzimi te LP = "low platelet count"/niski trombociti.

Učestalost HELLP sindroma je otprilike 0,2-0,6 % svih trudnoća. Istraživanja su pokazala da otprilike 4-12 % svih trudnica s preeklampsijom razvije simptome HELLP sindroma.

Etiologija i rizični faktori. HELLP sindrom je multisistemna bolest čija patogeneza do danas nije u potpunosti razrašnjena. Kod HELLP sindroma dolazi do vaskularnog oštećenja endotelnih stanica što posljedično uzrokuje intravaskularnu aktivaciju trombocita. Aktivacija trombocita uzrokuje otpuštanje vazoaktivnih tvari tromboksana A2 i serotoninu koji dovede do spazma krvnih žila, agregacije trombocita i daljnega endotelnoga oštećenja.

Hemoliza koja se javlja kod HELLP sindroma je mikroangiopska hemolitička anemija do koje dolazi zbog sekvestracije i destrukcije crvenih krvnih stanica prilikom prolaska kroz male oštećene krvne žile s fibrinskim čepovima. Povišeni jetreni enzimi posljedica su opstrukcije hepatičkog protoka na razini jetrenih sinusoida fibrinskim depozitima. Opstrukcija u blažim slučajevima uzrokuje periportalnu nekrozu, dok u težim slučajevima može nastati intrahepatičko krvarenje, supkapsularni hematom pa čak i ruptura jetre.

Od rizičnih faktora treba spomenuti multiparitet, dob majke veća od 25 godina, bijela rasa te loš perinatalni ishod u prethodnim trudnoćama.

Klasifikacija. Danas se koriste dvije klasifikacije. Prva se temelji na broju simptoma koji su prisutni, pa s obzirom na to razlikujemo parcijalni HELLP sindrom (prisutne jedna ili dvije abnormalnosti) te kompletan HELLP sindrom kod kojega su prisutna sva tri poremećaja. Trudnice s kompletnim HELLP sindromom imaju najveći rizik za nastanak komplikacija uključujući i diseminiranu intravaskularnu koagulopatiju (DIK) i stoga su kandidatkinje za hitan porod unutar 48 sati od početka prvih simptoma.

Druga klasifikacija temelji se na broju trombocita te razlikujemo tri stupnja:

Stupanj I: broj trombocita manji je od 50×10^9 stanica/L.

Stupanj II: broj trombocita kreće se između $50-100 \times 10^9$ stanica/L.

Stupanj III: broj trombocita kreće se između $100-150 \times 10^9$ stanica/L.

Klinička slika. HELLP sindrom obično nastaje tijekom trećeg trimestra trudnoće iako može nastati i prije 27. tjedna trudnoće u oko 11 % trudnica. Antepartalnu prezentaciju obično ima 70 % trudnica dok se postpartalno HELLP sindrom javlja u otprilike 30 % trudnica. Kod postpartalnog HELLP sindroma početak je tipično unutar 48 sati od poroda. Simptomatologija HELLP sindroma može biti vrlo raznolika. Od najčešćih simptoma treba spomenuti osjećaj slabosti, bol i nelagodnost u epigastriju, mučninu, povraćanje te glavobolju. Budući da simptomi hipertenzivne bolesti u trudnoći (hipertenzija i proteinurija) mogu biti blagi ili čak i odsutni, HELLP sindrom često biva zamijenjen drugim bolestima kao što su kolecistitis, ezofagitis, gastritis te idiopatska trombocitopenija.

Dijagnostika. Rana dijagnostika HELLP sindroma od presudne je važnosti i stoga svaku trudnicu koja seu trećem trimestru žali na opću slabost te ima simptome nalik gripi treba tretirati kao potencijalni HELLP sindrom i poduzeti odgovarajuće dijagnostičke postupke, prije svega kompletну krvnu sliku te testove jetrene funkcije.

Trombocitopenija je jedan od najkonstantnijih znakova HELLP sindroma. Serumske transaminaze mogu biti vrlo visoke i do 4000 U/L, ali blaža povećanja predstavljaju tipičniji nalaz.

Hematokrit kao pokazatelj hemolize može biti snižen, iako je vrlo često normalan, i kasno će u tijeku razvoja HELLP sindroma ukazati na prisutnost hemolize. Bolji pokazatelj hemolize jest vrijednost serumskog haptoglobina osobito ukoliko su vrijednosti hematokrita normalne.

Koagulacijski testovi (protrombinsko vrijeme, parcijalno tromboplastinsko vrijeme te vrijednosti fibrinogena) su kod HELLP sindroma obično normalni. Pad fibrinogena ispod 3 g/L treba pobuditi sumnju na razvitak diseminirane intravaskularne koagulopatije.

Postupak. Uspješna terapija HELLP sindroma koja je preduvjet za uspješni ishod trudnoće i za majku i za dijete temelji se na ranoj dijagnostici i pravovremenom započinjanju terapije. Današnji pristup u terapiji HELLP sindroma više nije hitan porod kao što je bio slučaj kad je sindrom po prvi put prepoznat, već se smatra da danas terapiju treba prilagoditi individualno stanju majke i djeteta te procijenjenoj gestacijskoj dobi djeteta.

Kod trudnica pogodnih za konzervativni tretman treba postići odgovarajuću kontrolu krvnog tlaka, oligurija treba odgovarati na primjenu tekućine, a povišene vrijednosti jetrenih enzima ne bi trebale biti udružene s bolovima u gornjem dijelu abdomena. Kod takvih trudnica pokazalo se da je moguće produžiti trudnoću do 15 dana ukoliko je osigurana adekvatna skrb u centrima tercijarne razine s pristupom jedinice intezivne neonatalne skrbi.

Trudnice se HELLP sindromom također bi trebale rutinski primati kortikosteroidnu terapiju. Naime, pokazalo se da je antenatalna primjena kortikosteroida u visokim dozama od 10 mg svakih 12 sati, dovodi do značajnih poboljšanja laboratorijskih parametara koji su povezani s HELLP sindromom.

U terapiji HELLP sindroma opravdana je profilaktička primjena magnezijeva sulfata za prevenciju eklamptičkih konvulzija bez obzira na prisustvo hipertenzije.

Komplikacije. Oko 1-25 % trudnica s HELLP sindromom razvije neku od ozbiljnih komplikacija kao što su diseminirana intravaskularna koagulopatija, abrupcija placente, adultni oblik respiratornog distres sindroma, plučni edem, supkapsularni hematom ili čak rupturu jetre. Veliki broj trudnica je također prisiljen primati krvne nadomjeske osobito ukoliko trombocita niži od 50×10^9 /L, a porod se dovršava carskim rezom.

7. Eklampsija

Eklampsija se definira kao pojava konvulzija kod trudnica s znakovima preeklampsije u odsutnosti drugih organskih bolesti središnjega živčanoga sustava i jedan je od vodećih uzroka mortaliteta majki širom svijeta. Učestalost eklampsije varira u različitim djelovima svijeta. U Europi i drugim razvijenim dijelovima svijeta kao što su SAD, učestalost eklampsije kreće se otprilike 1/2000 poroda. Nasuprot tomu, u zemljama u razvoju je učestalost značajno viša i kreće se između 1/100-1/1700 poroda.

Iako rijetka, eklampsija još uvijek značajno uvećava maternalni mortalitet, više od 50 000 žena diljem svijeta umire zbog eklampsije. U nerazvijenim zemljama gdje je antenatalna skrb loša, na vodećem mjestu smrtnosti, u svezi s trudnoćom i porodom su sepsa te krvarenje, a s poboljšanjem skrbi sve veća pažnja usmjerava se na smrtnost povezanu s preeklampsijom odnosno eklampsijom.

Klinička slika. Eklamptički napadaj sastoji se od eklamptičke konvulzije epileptiformnog tipa. Razlikuje se tonička faza generalizirane mišićne kontrakcije za vrijeme koje žena gubi svijest i postaje cijanotična s pjenom na ustima. U toj fazi može biti vidljiv i opistotonus zbog snažne kontrakcije dorzalnih leđnih mišića.

Ta prva faza najčešće traje otprilike pola minute, a nakon nje slijedi klonička faza koja je obilježena naizmjeničnim trazajevima mišića i može trajati i do nekoliko minuta.

Nakon završetka napada, bolesnica može biti kratko vrijeme bez svijesti. Treba spomenuti da za vrijeme samog napadaja može doći do inhalacije želučanog sadržaja, ugriza za jezik, pada s kreveta ili neke druge ozljede. Pravovremeno započetom terapijom obično ne dolazi do ponovljenih konvulzija.

Liječenje i postupak. Terapija eklampsije predstavlja velik izazov za svakog liječnika, a istovremeno je i predmet brojnih rasprava širom svijeta, budući da još uvijek nema jedinstvenog stajališta o lijeku koji bi bio najbolji za liječenje i prevenciju eklampsije. Standardni pristup u terapiji eklampsije je:

- Osigurati adekvatnu funkciju kardiorespiratornog sustava.
- Suzbiti eklamptički napadaj primjenom jednog od antikonvulzivnih lijekova.
- Sprječiti pojavu novih eklamptičkih napadaja.
- Sniziti krvni tlak ukoliko prelazi 160/110 mmHg.
- Stabilizirati bolesnicu i osigurati uvjete za definitivnu terapiju, a to je porod.

Opće mjere. Bolesnicu koja ima eklamptički napadaj treba postaviti u lijevi bočni položaj, osigurati prohodnost dišnih puteva te odgovarajuću oksigenaciju primjenom kisika najčešće putem nosne maske.

Antikonvulzivna terapija. U liječenju eklampsije danas se primjenjuje nekoliko lijekova i njihova djelotvornost se testira u brojnim istraživanjima diljem svijeta. To su magnezijev-sulfat, diazepam i fenitoin.

8. Antihipertenzivna terapija

Cilj antihipertenzivne terapije kod teške preeklampsije i eklampsije je sniziti krvni tlak na onu razinu na kojoj će rizik od nastanka cerebralnog krvarenja biti minimalan, pri tom treba voditi računa da se istovremeno ne ugrozi uteroplacentarni protok krvi i sam fetus. S druge strane, sniženje krvnog tlaka omogućuje produženje trudnoće i u slučajevima teške hipertenzije koja zahtijeva hitan porod. Općeprihvaćeno mišljenje jest da je granična vrijednost krvnog tlaka kod koje treba započeti antihipertenzivnu terapiju vrijednost dijastoličkog tlaka veća od 110 mmHg. Pritom treba voditi računa se krvni tlak ne snizi ispod vrijednosti dijastoličkog tlaka od 90-100 mmHg kako se nebi ugrozio uteroplacentarni protok krvi koji je kod preeklampsije i eklampsije ionako znatno reducirana.

Danas postoji velik broj lijekova koji se koriste za terapiju akutne hipertenzije u trudnoći, ali izbor prije svega ovisi o osobnom izboru samog liječnika te o dostupnosti lijeka. Najčešće primjenjivani lijekovi su: Urapidil, Hidralazin, Diazoksid, Labetalol, α -metildopa, Nifedipin.

9. Nadoknada tekućine i elektrolita

Nadoknada tekućine vrlo je važna u terapiji teške preeklampsije i eklampsije. Za razliku od normalne trudnoće, kod eklamptičkih trudnica intravaskularni volumen je znatno reducirana te postoji nesrazmjer u distribuciji tekućine između intravaskularnog i ekstravaskularnog prostora. Naime, ekstravaskularni prostor povećan je na štetu intravaskularnog. Stoga treba biti oprezan kod primjene tekućine kako se prevelikom infuzijom ne bi potakao nastanak plućnog i moždanog edema. Najčešće se primjenjuje Ringerova otopina u količini od 60-100ml/h.

10. Terapija preeklampsije

Jedina konačna terapija preeklampsije koja zaustavlja patofiziološki proces koji je uzrokovao samu bolest jest porod. Ostali oblici terapije imaju samo palijativni učinak, ne zaustavljaju bolest već dovode do ublažavanja postojećih simptoma i znakova bolesti te produžuju trajanje trudnoće. Prilikom donošenja odluke o dovršavanju trudnoće treba voditi računa o nekoliko faktora: težini bolesti, trajanju trudnoće te stanju fetusa, budući da je cilj bilo kojeg protokola sigurnost majke i rođenje djeteta u dobroj kondiciji s maksimalnom mogućnošću za preživljavanje. U pravilu prihvaćeno je mišljenje da bez obzira na težinu bolesti, u slučaju terminske trudnoće, njezino dovršenje je apsolutno indicirano kako bi se izbjegle moguće opasnosti za majku i dijete.

Blaga preeklampsija. Trudnice s blagom preeklampsijom udaljenom od termina poroda mogu se kontrolirati ambulantno ukoliko je stanje fetusa dobro. Međutim, vrlo je važna redovita kontrola majke (provjeravati treba krvni tlak, tjelesnu težinu, količinu proteina u mokraći te broj trombocita) i fetusa kako bi se na vrijeme uočili simptomi pogoršanja preeklampsije što je indikacija za hospitalizaciju.

Trudnicama se preporučuje mirovanje i što češće ležanje u bočnom položaju kako bi se povećao uteroplacentarni protok krvi. Stvarna učinkovitost mirovanja, bilo u bolnici, bilo kod kuće, kod trudnica s blagom preeklampsijom je dvojbena.

Teška preeklampsija. Puno veću dvojbu predstavljaju trudnoće s teškom preeklampsijom. Ukoliko se teška preeklampsija razvije prije 24. tjedna trudnoće opće prihvaćeno mišljenje je da trudnoću treba dovršiti, jer pokazalo se da konzervativna terapija povećava i perinatalni i maternalni mortalitet i morbiditet.

Trudnice s teškom preeklampsijom nakon 34. tjedna u pravilu imaju povoljan perinatalni ishod i treba ih poroditi. U trudnice između 32.-34. tjedna opravdana je primjena glukokortikoida kako bi se pospješila sazrijevanje fetalnih pluća.

11. Porod

Porod je definitivna terapija preeklampsije i eklampsije. Za porod se odlučuje nakon što je trudnica stabilizirana, kada su prekinute konvulzije, te kada je ostvarena odgovarajuća kontrola krvnog tlaka i korigirana moguća hipoksija. Tijekom samog poroda nastavlja se s primjenom magnezij sulfata kako bi se izbjegla pojava novih eklamptičkih napadaja. Načina poroda prije svega ovisit će o gestacijskoj dobi te stanju majke i fetusa. U načelu prednost treba dati vaginalnom porodu kako bi se izbjegao dodatni, stresni učinak kirurškog zahvata na ionako poremećene fiziološke funkcije organizma. Carski rez treba rezervirati za uobičajene opstričke indikacije. Tijekom poroda stanje majke i fetusa treba intezivno nadzirati, jer veća je vjerojatnost da tijekom poroda fetus bude ugrožen nego li kod normalnih trudnica.

Zaključak

Preeklampsija je mnogo učestalija no što većina ljudi misli, zapravo, to je najčešća ozbiljna komplikacija u trudnoći. Trudnici se dijagnosticira preeklampsija ukoliko ima visok krvni tlak i proteine u urinu nakon 20. tjedana trudnoće. Moguća je preeklampsija i prije 20. tjedana, ali samo u rijetkim slučajevima, poput molarne trudnoće. Preeklampsija se najčešće javlja nakon 37. tjedana trudnoće, ali se može razviti u bilo kojem trenutku tijekom druge polovice trudnoće, tijekom samog poroda, pa čak i nakon poroda - obično unutar prvih 48 sati. Preeklampsija se može javiti u rasponu od blage do teške, a može napredovati sporije ili brže.

Ukoliko je preeklampsija blaga, žena se može osjećati savršeno dobro. Stoga su važni redoviti odlasci na sve kontrolne pregledе kako bi se stanje otkrilo i liječilo što prije. Što je stanje teže i što se ranije javi, čini se da su veći rizici za majku i bebu.



Većina trudnica s preeklampsijom razvije blag oblik blizu poroda, ali uz pravilnu njegu one i njihova djeca su dobro. Ukoliko je riječ o teškoj preeklampsiji, to može utjecati na mnoge organe i izazvati ozbiljne i čak po život opasne probleme. Stoga, ukoliko je stanje teško ili se pogoršava trudnica mora roditi ranije. Osnovni cilj hospitalizacije, odnosno liječenja jest da se suzbiju izraženi simptomi bolesti i poboljša stanje trudnice kojoj se omogućava nastavak trudnoće. Pri obaveznoj hospitalizaciji, kako bi se izbjegao vanjski utjecaj koji može izazvati pojavu eklamptičnog napada, za teže bolesnice najbolje je osigurati zasebnu sobu bez mnogo svjetlosti, izolirana od buke i ostalih vanjskih utjecaja. Bolesnice s lakšim oblicima preeklampsije mogu se smjestiti i u zajedničku sobu, s drugim trudnicama, ali također im treba osigurati što potpuniji mir i tišinu.

Da bi se rodilo živo i za život sposobno novorođenče, bez obzira o kojem je slučaju preeklampsije riječ treba nastojati da se trudnoća iznese sve do termina ili barem do trenutka kada je plod sposoban za vanmaterični život. To je teže sprovesti ukoliko se preeklampsija javi ranije u trudnoći i ukoliko su simptomi bolesti teži.

Literatura

1. Kurjak, A.(2003): *Ginekologija i perinatolgija II.* Tonimir Znastvena biblioteka; Udžbenici sveučilišta u Zagrebu, treće izdanje.
2. <http://www.preeclampsia.org/health-information/signs-and-symptoms>
3. <http://www.cochrane.org/>

Metode indukcije porođaja

Ana Miškov, Natalija Rogić, Jelena Zadravec, Slađana Debelec, Studentice 1. godine stručnog studija primaljstva (seminarski rad, KOLEGIJ: Fiziologija trudnoće i porođaja)

Uvod

U većini slučajeva porođaj počinje i odvija se potpuno prirodno. Najbolje je prepustiti prirodnom procesu da se odvija u svom ritmu, ali ponekad je potreban poticaj samom procesu porođaja. Inducirani porođaj nudi se kao alternativa ukoliko se procijeni da je rizik prolongiranja veći od rizika indukcije.

Programirana indukcija porođaja je opstetrički postupak kojim se trudnoća dovršava vaginalnim putem zbog medicinskih indikacija. Programirani porođaj u određenim uvjetima sprječava prenošenje i smanjuje perinatalni mortalitet. Indukcija porođaja je hotimično izazivanje trudova umjetnim sredstvima. Većina žena radije će izbjegći ovu, neugodnu i prisilnu metodu izazivanja trudova, te započeti porođaj prirodno. Ipak, sigurnost majke i djeteta je najvažnija, stoga je u određenim slučajevima indukcija neizbjegljiva. Učestalost indukcije razlikuje se ovisno o bolnici i liječniku. Žene su često pogrešno informirane o tome što se radi ili što je učinjeno za njih tijekom indukcije i koji je tomu razlog. Žene treba informirati kako bi bile upućene u radnje koje se vrše nad njima te kako bi razumijele opravdanost postupka. Pružanje informacija neophodno je i kako bi se zadovoljili zakonski uvjeti.

Medicinska indukcija porođaja gotovo udvostručuje rizik za nastanak embolije plodnom vodom u majke. Kliničari trebaju biti svjesni tog rizika, iako je pojavnost ove vrste embolije niska. Indukcija porođaja u pravilu bi trebala biti sigurna i ona to jest, ukoliko je ginekolog napravio dobru procjenu uslova za indukciju. U suprotnom mogu nastati problemi, kako za plod, tako i za majku.

Razlozi za indukciju porođaja

- Prenošenje, 42 tjedna trudnoće ili više. Dijete i majka su u velikom riziku od komplikacija, posteljica više nema dovoljno kapaciteta da uspješno hrani dijete.
- Prsnuće vodenjaka. Ukoliko dođe do oticanja plodne vode, terminski porođaj se mora inducirati, jer su plod i majka u velikom riziku od infekcije.
- Visokorizične trudnoće i stanja kao što su preeklampsija, gestacijski dijabetes, krvarenja u drugoj polovini trudnoće, infekcije u trudnoći koje ugrožavaju i majku i plod.
- Stanja koja dovode do zastoja u rastu (IUGR).

Metode indukcije porođaja

- Prokidanje vodenjaka
- Prostaglandin
- Syntocinon

Prokidanje vodenjaka

Cilj umjetnog prokidanja vodenjaka (poznat i pod nazivom amniotomija) je da ubrza i pojača trudove i time skrati dužinu trajanja porođaja. Vodenjak se prokida dugom kukom nalik na iglu za pletenje tijekom vaginalnog pregleda nakon čega plodna voda istječe. Smatra se da probijanje vodenjaka oslobađa kemikalije i hormone koji stimuliraju trudove. Međutim, malo je dokaza da je skraćeni porođaj koristan za majku ili dijete. Postoji niz potencijalno važnih, no rijetkih rizika povezanih s amniotomijom uključujući probleme s pupčanom vrpcom ili djetetovim otkucnjima srca. Ova metoda se sve manje preporučuje u suvremenoj medicini. Najčešće se koristi ukoliko je porođaj započeo prirodno, a potom je došlo do zastoja i ne bilježi se progresija. Prokidanje vodenjaka je najdjelotvornije kada je cerviks već omekšao. Kada se koristi ova metoda, porođaj mora završiti u roku od 24 sata, jer se povećava rizik infekcije. Ukoliko do infekcije ipak dođe, potrebno je prepisati antibiotike.

Prostaglandin

Prostaglandin je bilo koji član grupe lipidnih spojeva koji su izvedeni iz enzimatskih masnih kiselina i imaju važne funkcije u ljudskim organizmima. Svi prostaglandini sadrže 20 atoma ugljika, uključujući i petočlani ugljikov prsten. Služe kao posrednici i imaju različite snažne fiziološke afekte. Prostaglandin je supstanca na bazi hormona koja

pomaže da se stimuliraju kontrakcije maternice. Ordinira se u obliku gela direktno u cerviks. Ukoliko nakon šest sati nema napretka, postupak se u pravilu ponavlja. Ova metoda se najčešće preporučuje, jer podrazumijeva najmanji rizik. Jedan od rizika je da može doći do prevelike stimulacije ili hiperstimulacije maternice. Hiperstimulacija može reducirati dovod kisika do djeteta, tada se koriste metode za usporavanje procesa i smanjuje se učestalost i intenzitet kontrakcija.

Syntocinon

Syntocinon je lijek koji ima iste učinke kao i prirodni hormon oksitocin (hormon zadnjeg režnja hipofize, koji potiče kontrakcije maternice). Ordinira se infuzijom, direktno u krvni sistem u malim dozama (tzv. drip). On ne može prijeći barijeru krvi mozga, dakle djeluje isključivo na maternicu te regulira kontrakcije. Lijek se daje s ciljem izazivanja kontrakcija, odnosno njihovog intenziviranja ukoliko su preslabe. Ova metoda može izazvati izuzetno jake kontrakcije, što može bebu izložiti velikom stresu. Preporučuje se samo ukoliko su se ostale metode pokazale neučinkovitim. Bilježe se iskazi žena koje svjedoče da su kontrakcije potaknute ovom metodom bolnije od kontrakcija kod porođaja s prirodnim tijekom. Činjenica jest da takve kontrakcije započinju mnogo brže i intenzivnije su od onih prirodnih. Dobra vijest je da se doza Syntocinina može regulirati, samim time i smanjiti.

Sažetak

Indukcija porođaja je rješenje koje se nudi ukoliko postoji rizik za majku i dijete, a prirodni porođaj nikako da započne ili jednostavno ne napreduje. To je opstetrički postupak koji dovršava trudnoću vaginalnim putem zbog medicinskih indikacija. Indukcija porođaja podrazumijeva izazivanje trudova umjetnim sredstvima. Trudnice baš i nisu upućene u metode indukcije, stoga ih treba informirati i objasniti im sve što im se čini i zbog čega. Postoje tri metode indukcije porođaja a to su: prokidanje vodenjaka, prostanglandin i syntocinon. Nekada su ove metode prijevo potrebne zbog mogućih komplikacija, iako bi ih većina žena rado izbjegla.

Zaključak

Neovisno o metodi indukcije koju ginekolog preporučuje važno je znati da se indukcija vrši kako bi se sprječile neželjene komplikacije za majku, dijete ili oboje. Inducirani porođaj nije rijetkost, ali treba naglasiti da je najbolje kada porođaj teče prirodno i neometano.

Ipak, ukoliko je indukcija neophodna, buduća majka i nerođena beba bit će pod budnim okom medicinskog osoblja. Ukoliko indukcija ipak ne poluči rezultate ili se pojave komplikacije, pristupit će se carskom rezu. Boluje li trudnica od kroničnih ili akutnih oboljenja poput preeklampsije ili bolesti bubrega preporučuje se inducirani porođaj kako bi se smanjila mogućnost ugrožavanja zdravlja, kako djeteta, tako i majke.



Literatura

1. <http://midwifethinking.com/2011/07/17/induction-a-step-by-step-guide/>
2. <http://summaries.cochrane.org/>

Učinkovite porođajne kontrakcije

Ivana Jakovljević, Leona Palameta, Irena Kristić, Sabina Šakić, Studentice stručnog studija primaljstva
(seminarski rad, KOLEGIJ: Fiziologija trudnoće i porođaja)

Sažetak

Misao o porodu koji treba biti učinkovit ima svoje korjenje u 17. stoljeću, kada se stručna javnost okrenula ka znanosti kako bi redefinirala rođenje. (Donnison 1988).

Tijelo je koncipirano kao stroj i porod je postao proces s fazama, mjerjenjima, rokovima, mehanizmima i sl. To se još uvijek odražava u aktualnim udžbenicima, znanju i praksi.

Trud je elektromehanički fenomen koji dovodi do skraćivanja mišićnih vlakana maternice i izgona djeteta. Na stvaranje kontrakcija utječu razni faktori: hormonski, živčani, mehanički i kombinacijom tih faktora nastaje trud.

Od hormona na rad miometrija utječu:

- Estrogeni - povisuju membranske elektropotencijale.
- Progesteroni - snizuje membranski elektropotencijal.
- Oksitocin - oslobođa se iz neurohipofize nakon poticaja koji započinju u vagini, cervixu i bradavici dojke, povećava frekvenciju i amplitudu trudova.
- Prostaglandini - jaki stimulatori aktivnosti miometrija.
- Serotonin - proizvod posteljice s oksitocičkim učinakom.

U normalnim uvjetima kontrakcije maternice tijekom poroda proizlaze iz autonomnih centara smještenih u gornjim dijelovima maternice, u blizini rogova, one se zatim prenose prema vratu maternice.

Da bi kontrakcije maternice bile pravilne, ravnomjerne i učinkovite, neophodno je da autonomni centri iz kojih impulsi polaze djeluju ujednačeno te da se kontrakcije nesmetano i sinkronizirano prenose na donje dijelove maternice.

Iako su kontrakcije maternice autonomne po svom nastanku, ipak viši centri, u prvom redu kralježnična moždina, imaju izvjestan utjecaj na njihovu kvalitetu, odnosno na njihovu učestalost, ravnomjernost i intenzitet.

Kontrakcije funkcionišu tako da hormon oksitocin, koji se ispušta iz hipotalamusa, regulira trudove. Oksitocin ne prelazi barijeru krvi mozga. Dakle, samo oksitocin proizveden u mozgu ima psihološko/emocionalni učinak. Syntocinon/pitocin primijenjen putem dripa, dospijeva u krvotok i utječe isključivo na maternicu tj. izaziva trudove. Maternica ima oksitocin receptore koji reagiraju na oksitocin pokretanjem kontrakcija. Kontrakcije započinju u fundusu maternice, tu su najsnažnije i najduže traju, zatim se šire u donje dijelove maternice gdje postaju sve slabijima i kraćima.

Vrat maternice mora biti spremjan (tj. zreo) prije nego što će odgovoriti na kontrakcije otvaranjem.

Iz tog razloga indukcija poroda u pravilu uključuje pripremu cerviksa s prostaglandinima prije ubrizgavanja syntocinona (pitocin) dripom koji stvara kontrakcije.

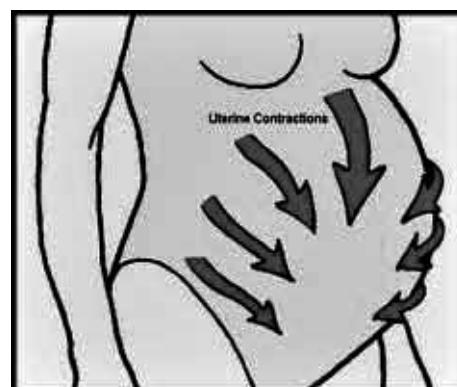
Prostaglandini se prirodno proizvode u tijelu tijekom poroda. Njihova uloga je da pripreme maternicu i pomognu otvaranje vrata maternice.

Ukoliko porod treba inducirati, a vrat maternice nije otvoren, sintetički prostaglandini koriste se za sazrijevanje vrata maternice i daju se prije lijekova koji izazivaju kontrakcije (obično oksitocina).

Prostaglandin se može injicirati u vrat maternice pomoći kanile tijekom vaginalnog pregleda.

Kada se maternica kontrahira, cirkulacija u posteljici se smanjuje, pogotovo ako je prokinut vodenjak i dolazi do smanjene opskrbe djetetu kisikom.

To je razlog zašto postoje pauze između kontrakcija, kako bi se omogućilo djetetu da rebalansira svoju razinu kisika prije sljedeće kontrakcije.



Prekomjerno stezanje i/ili fetalna patnja su uobičajene komplikacije povezane s korištenjem syntocinona/pitocina za trudove.

Važna je uporaba CTG uređaja kojim se pozorno prate djjetetovi otkucaji srca.

Kako porod napreduje, dolazi do odgovarajućih stezanja maternice koje se ocjenjuju na temelju tri mogućnosti:

- Frekvencija – tijekom deset minuta kontrakcije se javljaju tri do pet puta. Trajanje - svaka kontraktacija traje 50 do 60 sekundi.
- Intenzitet trudova - jačina trudova.

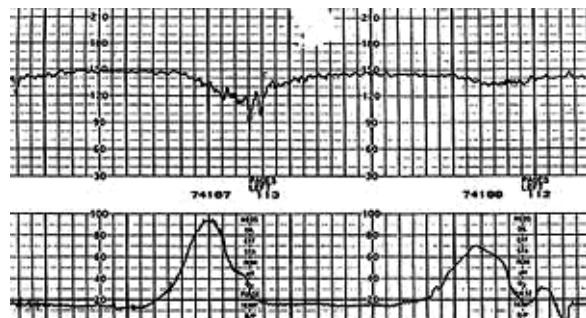
U početku poroda, kontrakcije koje žena osjeća kao porodne bolove su rijetke, slabe, kratkotrajne i javljaju se svakih 20-30 minuta, traju 10-15 sekundi i rodilja ih osjeća kao lagano stezanje matenice, ali kako porod napreduje, kontrakcije maternice postaju sve češćima, jačima i duže traju.

Pred kraj prvog porodnog doba, kontrakcije su vrlo jakog intenziteta, traju 50-60 sekundi, a javljaju se svakih 2-3 minute.

Grafički prikazana kontraktacija ima oblik krivulje na kojoj razlikujemo nagli uspon (stadium incrementi), zatim najviši plato na vrhuncu kontrakcije (stadium acmes) i na kraju postepen pad (stadium decrementi).

Primalje bi također trebale koristiti svoje ruke kako bi ocijenile koliko se često javljaju trudovi i koliko dugo traju, jer CTG strojevi u tome nisu pouzdani.

Snaga kontrakcije maternice može se procijeniti opipavajući ženin trbuš u području fundusa maternice.



Između trudova, kada je maternica opuštena, a mišićni zid mekan, mogu se opipati dijelova fetusa, no kod jakih kontrakcija, fetus se ne osjeća, jer je trbušni zid iznad maternice vrlo napet i vrlo bolan.

Kontrakcije dolaze u dva oblika; Braxton Hicksove kontrakcije i prave kontrakcije.

Braxton Hicksove kontrakcije često mogu biti zamijenjene za prave kontrakcije, jer vrlo su im nalik. One se opisuju kao slabe, nedosljedne i nepravilne, jer im se tijekom vremena ne povećava intenzitet trajanja, učestalost niti bol.

Prave kontrakcije, s druge strane, s vremenom postaju sve učestalijima, bolne su i kako vrijeme odmiče sve duže traju. Njihovo trajanje je moguće izmjeriti, dok to nije izvedivo kod Braxton Hicksovih kontrakcija.

Postoji sedam vrsta trudova (*dolores in graviditate: praeparantes, praesagientes, cum partum sic dicti, conquasantes, cum partum secundinarum, in puerperio*).

Na samom kraju, ne može se ocijeniti učinkovitost ili snaga kontrakcije.

Djelotvorniji način procjene stanja je onaj u kojem se majka i dijete dobro osjećaju te napredak koji se bilježi tijekom vremena.

Umjesto procjene trudova, primalja se treba usredotočiti na stvaranje okruženja koje podržava izlucivanje oksitocina. To može značiti da s vremenom na vrijeme napusti prostoriju te da se pobrine da se žena ne osjeća promatranom. Za vrijeme trajanja kontrakcije također treba izbjegavati razgovor sa ženom, ovu stavku moraju poštivati svi koji su prisutni tijekom poroda.

Literatura

1. <http://midwifethinking.com/2010/08/18/the-effective-labour-contraction/>
2. <http://summaries.cochrane.org/CD006971/intracervical-prostaglandins-for-induction-of-labour>
3. <http://labspace.open.ac.uk/mod/oucontent/view.php?id=452287§ion=1.4.1>
4. <http://www.pregnancycorner.com/giving-birth/labor-delivery/contractions.html>

Aktivno prema prirodnom vođenju 3. porođajnog doba

Ljubica Zadro, Dijana Kralj, Zinka Mirković, Suzana Katalenić, Studentice 1. godine stručnog studija primaljstva (seminarski rad, KOLEGIJ: Fiziologija trudnoće i porođaja)

Uvod

Treće porođajno doba započinje izlaskom ploda i plodove vode iz porođajnog kanala i podrazumjeva proces odljubljivanja i istiskivanja posteljice i plodovih ovoja tj. započinje u trenutku rađanja ploda i okončava porodom posteljice i plodovih ovoja. Nakon djetetova rođenja u maternici zaostaje posteljica s pupkovinom koju je primalja prerezala po porodu djeteta. Kako posteljica više ne vrši svoju funkciju, i nju, doslovce, potrebno poroditi. Maternica se skuplja i smanjuje površinu svog zida na kome je usađena posteljica. Posteljica je organ bez mišićnih elemenata, zato se ne može kontrahirati ni smanjiti. Ona se počinje odizati od stijenke maternice i ljuštit. Stvara se krvni ugrušak između posteljice i maternice - retroplacentarni hematom. Hematom polako raste i sve više odiže posteljicu. Trudovi koji sljede ubrzavaju proces ljuštenja. Trudovi traju stotinjak sekundi, a intenzitet im iznosi 60 mmHg. Nakon nekoliko trudova posteljica se potpuno odljušti od podloge, a dalnjim kontrakcijama maternice izbacuje se u donji segment uterusa ili u rodnici. Odvajanje posteljice od stijenke maternice ubrzavaju i degenerativne promjene koje nastaju potkraj trudnoće u decidui i to pogotovo u spongioznom sloju decidue bazalis, gdje većinom i dolazi do odljuštenja posteljice.



Mehanizmi odljuštenja posteljice

Postoje tri mehanizma uz pomoć kojih kojima se posteljica odljuštuje iz maternice, a to su:

- Središnji, prema Schultzeu (Šulcu)
- Periferni, prema Duncanu (Dankanu)
- Gesnerov mehanizam

Središnji mehanizam prema Schultzeu je najčešći, pojavnost mu iznosi 80 %. Ovim mehanizmom posteljica se počinje ljuštiti u sredini. Budući da se retroplacentarni hematom tim mehanizmom širi od centra prema periferiji, krv ostaje učahurena iza posteljice sve do njezina rađanja. Posteljica se rađa fetalnom stranom, a tek poslije se izlije tekućina i ugrušana krv iz retroplacentarnog hematoma.

Periferni mehanizam prema Duncanu javlja se rijeđe, posteljica se počinje ljuštiti od svog donjeg ruba u smjeru fundusa maternice. U tom slučaju cijelo vrijeme tijekom 3. porođajnog doba krv istjeće iz maternice, a posteljica izlazi iz porodnog kanala materničnom stranom.

Gesnerov mehanizam je kombinacija prethodno spomenuta mehaniza. Posteljica se odljuštuje rubno, a nakon toga se izvrće i izlazi plodovom stranom.

Znakovi odljuštenja posteljice

Navest ćemo neke pokazatelje odljuštenja posteljice koji su vidljivi na uterusu i pupkovini i koji u praksi najčešće služe za orijentaciju:

- Znak uterusa ili Schröderov znak
- Küstnerov (Kistnerov) znak
- Ahlfeldov znak

Znak uterusa ili Schröderov znak – uterus je bridast, tvrd, uzak, smješten gore desno (dekstroponiran ispod desnog rebrenog luka), 2-3 poprečna prsta ili do širine šake iznad pupka.

Küstnerov (Kistnerov) znak – kada skupljenim prstima iza simfize pritisnemo prema promotoriju, pri čemu se uterus pomiče prema gore. Ako se pritom pupkovina, tj. tračica na pupkovini uvlači, posteljica još uvijek nije odljuštena, a ako se tračica na pupkovini ne uvlači, posteljica je odljuštena.

Ahlfeldov znak se temelji na praćenju spuštanja podveza pupkovine. Vraca koja je bila vezana uz vulvu se zajedno s pupkovinom sve niže spušta. Smatra se da je posteljica odljuštena kada se vraca na pupkovini spustila 10 centimetara od vulve.

Visinu fundusa uteri (DNA maternice) određujemo jagodicama prstiju, jer su one najosjetljivije na dodir zbog velike zastupljenosti receptora.

1. Fundus uteri je u visini pupka. Posteljica se nije odljuštila. Uterus je polukuglast i smješten u medijalnoj (središnjoj) liniji trbuha.
2. Posteljica se odljuštila i pala u donji uterini segment. Uterus potisnut posteljicom izdigao se iznad posteljice gore desno (dekstroponiran) i nalazi se 2-3 poprečna prsta iznad pupka.
3. Visina fundusa uteri nakon izbacivanja posteljice smještena je između pupka i simfize u medijalnoj liniji (u prvorotke). U višerotke je fundus uteri malo viši, u visini pupka.
4. Visina fundusa uteri 24 sata nakon poroda iznosi dva poprečna prsta ispod pupka (ili u visini pupka u višerotkinje). Fundus uteri pod jagodicama prstiju osjetimo kao da pipamo lopticu (okrugao je i tvrd).

Istiskivanje posteljice iz donjeg uterinog segmenta. Kada se posteljica spusti u donji segment uterusa ili u rodnicu, pritišće cervikalne ganglike i živčane završetke oko rektuma. Zbog toga žena osjeti reflektorno potrebu za tiskanjem. Povećanjem trbušnog pritiska rodilja obično uspijeva istisnuti posteljicu iz porođajnog kanala. Ne uspije li, najčešće zbog smanjenog tonusa donjeg segmenta uterusa i rodnice, rodilji se može pomoći tako da se s dvije ruke uhvati trbušna stijenka u uzdužnom pravcu, a zatim se stijenka podigne i ženi se kaže da tiska. To je hvat prema Baeru. Zaostanu li plodovi ovoji, posteljicu rotiramo u jednom smjeru da bi se plodovi ovoji do kraja odljuštili od stijenke uterusa. Posteljica je rođena.

Aktivno vođenje trećeg porođajnog doba

Da bi se skratilo vrijeme i komplikacije tijekom poroda primjenjuju se lijekovi, i to oksitocici, spazmolitici i uterotonici. Primjena ovih lijekova naziva se aktivnim vođenjem III. porođajnog doba i tu pripadaju oksitocična i uterotonična sredstva. Aktivnim vođenjem poroda III. porođajno doba vremenski se skraćuje, uterus se ranije isprazni i rodilja manje krvavi. Ukoliko rodilja dobiva drip, pusti se da brže istječe, a ukoliko ga ne dobiva daju se uterotonici (Ergothyl). Posteljica se može poroditi povlačenjem za pupkovinu, i to za vrijeme truda lijevom rukom lagano potisnemo uterus prema gore, pupkovinu ovijemo oko desne šake i u smijeru crte prolaznice posteljicu izvučemo iz porođajnog kanala. Ovaj zahvat nazivamo cord traction, tj. povlačenje za pupkovinu. Za ovaj zahvat potrebna je dobra izvežbanost, jer u suprotnome može nastati inversio uteri tj. cijeli uterus se izvuče van. Izvrnuće maternice teško je stanje za ženu. Primjena uerotonika u III. porođajnom dobu u prvorotkinje može izazvati spazam cerviksa i uklještenje posteljice u cerviku ili uterusu. Tada je potrebno dati spazmolitik da bi se ušće otvorilo i posteljica istisla van. Pri izvođenju ovog zahvata može se dogoditi da pukne pupkovina, a tada je potrebno pričekati znakove odljuštenja, primjeniti Credeov zahvat te posteljicu ručno izluštiti, ako se ne odljušti spontano.

Zadaća primalje u 3. porođajnom dobu:

1. Održavati dobru komunikaciju s rodiljom.
2. Paziti na opće stanje rodilje, a posebno na krvarenje iz porođajnog kanala.
3. Pripremiti sterilnu posudu za prihvat posteljice.
4. Kateterizirati mokraćni mjehur ukoliko je pun.
5. Opstetričaru pokazati posteljicu.
6. Pripremiti pribor za reviziju.
7. Asistirati kod šivanja.
8. Premjestiti babinjaču s kreveta za porod na ležeća kolica.

Pregled posteljice

Posteljica se pregledava odmah po porodu. Prvo se pregledavaju plodovi ovoji tako da se u pripremljenoj sterilnoj posudi ruke uvuku u otvor na plodovim ovojima kako bi se provjerilo jesu li cijeli. Ovoji se zatim pokidaju i pokretima „šišanja“ skinu se koaguli s maternične strane posteljice. Koaguli se ne čupaju da se ne oštete kotiledoni. Posteljica se stavi na obje ruke i pokaže se maternična strana posteljice. Maternična strana posteljice mora biti cijela i prekrivena plavičastom membranom (korionom). Pokažu se rubovi maternične strane posteljice (moraju biti neoštećeni), okrene se na plodovu stranu i gleda se insercija pupkovine koja može biti centralna, paracentralna, marginalna i velamentna, te duljina pupkovine. Gledaju se plodovi ovoji i eventualno krvne žile koje idu iz posteljice na ovoje. Prekinute krvne žile na ovojima mogu potjecati od posteljice - privjeska. Ako se posteljica spontano ne odljušti ili manjka kotiledona većih od zrna graška, tada se u aseptičnim uvjetima rukom uđe u materničnu šupljinu i ručno odljušti zaostali dio posteljice.

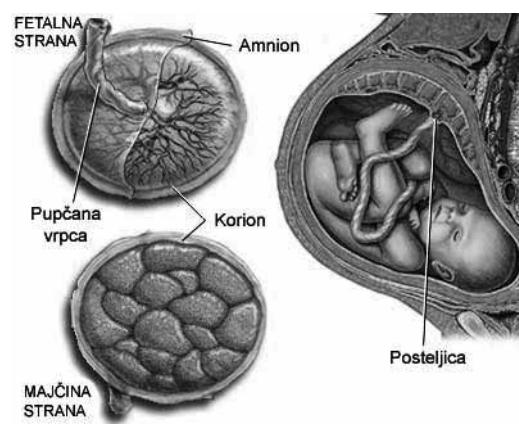
U protivnom, kod rodilje mogu se javiti mnoge komplikacije od kojih su najvažnije:

- atonično krvarenje
- puerperalno krvarenje
- infekcija

Zaključak

Treće porođajno doba odvija se bez pomoći liječnika. Kod prvorotki i višerotki treće porođajno doba traje oko 30 minuta, a dopušteno je najviše 2 sata. Količina izgubljene krvi kreće se obično do 300 ml, čak i ako gubitak krvi u porođaju dosegne 500 ml ne smatra se opasnim. Najvažnije je da se nestrpljenjem i nepotrebnim intervencijama ne poremeti normalan proces odljuštenja posteljice, tako dok posteljica nije odljuštena, ovo doba porođaja treba voditi ekspektativno (čekati posteljicu), tj. ne treba se miješati.

Važno je za 3. doba i kontakt koža-na-kožu, te djetetovo



prihvaćanje bradavice i prvo sisanje od kojeg dolaze jači i učinkovitiji trudovi za rođenje posteljice. Također je vrlo važno ženu utopliti i ne dopustiti da ima „tresavicu“ koja je dugo smatrana normalnom pojmom, ali danas znamo da rememti prirodno 3. doba.

Jedina intervencija je kada se dijete rodi vidjeti dali je mokraćni mjehur prazan i ako nije treba ga isprazniti. Ovo je veoma važno, jer puni mokraćni mjehur usporava i remeti normalan mehanizam odljušćenja posteljice. Dojenje potiče da se maternica nakon poroda steže zato je bitno nakon poroda dijete staviti na prsa majke. Nepotrebne intervencije kao što su potiskivanje uterusa i masaža preko trbušnog zida ili povlačenje za pupkovinu, davanje lijekova (koji su u nekim bolnicama postali rutina) radi ubrzanja odljušćivanja posteljice, može izazvati ozbiljne komplikacije od kojih je nepravilno odljuštenje posteljice popraćeno obilnim krvarenjem, šokom i infekcijom. Zbog toga važno je da se treće porođajno doba ne remeti kad to nije potrebno.

Literatura

1. Katica Pecigoš- Kljuković, *Zdrastvena njega trudnice, roditelje i babinjače*, Školska knjiga, Zagreb, 2005.
 2. www.medicinabih.info/?p=310
 3. www.belimantil.info
 4. www.roda.hr
-

Rano ili kasno podvezivanje pupkovine

Đeni Andrić, Mirjana Cukon, Mihaela Leder, Irena Nosić, Elena Šćulac, studentice
(seminarski rad, KOLEGIJ: Fiziologija trudnoće i porođaja)

Uvod

Tijekom trudnoće djetetova krv teče pupčanom vrpcom opskrbljujući dijete kisikom i hranjivim tvarima iz majčine krvi. Ukoliko se pupčana vrpca ne podreže odmah nakon poroda, dio krvи iz posteljice prelazi u dijete. Time se povećava djetetov volumen krvi i potiče protok krvi do djetetovih organa, uključujući i pluća.

O vremenu podvezivanja pupkovine postoje oprečna stajališta, ali svi su suglasni da transfuzija male količine krvi iz posteljice može biti vrlo korisna.

Funkcija pupkovine

Dijete je u uterusu povezano s majkom s dva životno važna organa - placentom i pupkovinom (funiculus umbilicalis). Pupkova je organ koji spaja posteljicu s plodom i kroz koji prolazi krvotok. Rastom i razvojem ploda raste i pupkova, postaje sve duljom i debljom. Uobičajena duljina iznosi između 50 i 100 cm, a može biti debela poput malog prsta ili debla. Tijekom prenatalnog razvoja ona je fiziološki dio ploda, omotana amnionom, a kroz njezinu sredinu prolaze krvne žile, dvije arterije i jedna vena. Pupkova se sastoji od guste bijele Wartonove sluzi koja obavlja i štiti krvne žile. Umbilikalne vene opskrbljuju fetus kisikom i krvju koja je bogata hranjivim tvarima iz posteljice. Suprotno tome, fetalno srce pumpa deoksigeniranu krv, siromašnu hranjivim tvarima natrag u posteljicu kroz pupčane arterije.

Pupkova se razvija iz žumanjčane vreće, formira se do petog tjedna fetalnog razvoja, a nakon što je formirana zamjenjuje žumanjčanu vreću te postaje izvorom hranjivih tvari. Nepravilnosti pupkovine lako se uočavaju prilikom pregleda posteljice. Ona može biti kratka, kraća od 50 centimetara, što može upućivati na moguće malformacije ploda (ageneza bubrega) ili hipoplaziju fetalnih pluća. Kratka pupkova može dovesti i do trakcije i moguće hipoksije u porodu. Ukazuje na mogućnost aprupcije placente ili rupturu pupkovine. Duga pupkova može predstavljati problem

dode li do njezina prolapsa, odnosno ispadanja iz maternice, jer tada je život fetusa ugrožen. Problem nastaje i ukoliko se dio pupkovine uklješti između ploda i porodnog kanala. U do 1% pupkovina nalazimo i pravi čvor pupkovine - Nodus funiculi umbilicalis. Duga pupkova također može biti omotana oko vrata ili tijela novorođenčeta.

Na fetalnoj strani posteljice nalazi se insercija pupkovine koje može biti centralna (insertio centralis), paracentralna (insertio paracentralis), marginalna (insertio marginalis), a vrlo rijetko na ovojima kada s ovoja krvne žile prelaze na posteljicu (insertio velamentosa).

Tijekom trudnoće pupkova predstavlja vitalnu vezu majke i fetusa.



Opskrbljuje fetus kisikom i hranjivim tvarima, koji su neophodni za rast i razvoj. Nakon rođenja djeteta započinje treće porođajno doba, sve do poroda posteljice kada pupkovina još pulsira te ostaje dovoljno vremena do njenog podvezivanja.

Vrijeme podvezivanja pupkovine

O vremenu podvezivanja pupkovine postoje oprečna stajališta. Ukoliko se pupčana vrpca ne podreže odmah, dio krvi iz posteljice prelazi u dijete i tako se povećava volumen krvi kod novorođenčeta – 15 do 20 ml/kg u vremenu od 3 minute. Transfuzija male količine krvi iz posteljice može biti vrlo korisna, posebno imamo li na umu anemiju novorođenčeta. Također treba naznačiti da dok pupkovina povezuje majku i dijete, ono se nalazi uz majku i dolazi do kontakta „kože na kožu“ koji je jednako značajan.

U zapadnoj kulturi pupkovina se reže između 30 sekundi i 1 minute od rođenja djeteta. U određenim situacijama pupkovina se podvezuje odmah po rođenju, kod izomunizacije, a nekada i kod asfiksije djeteta, međutim prema novoj literaturi, kod asfiksije pupkovina se ne klema odmah, jer putem pupkovine kisik dolazi do djeteta. Preporuka je da se s reanimacijom započne dok je dijete još povezano s pupkovinom. Podvezivanje se vrši tako da se na pupkovinu stavlja klemica 1 do 2 cm od djetetove kože i škarama se reže mjesto iznad klemice. Nakon što je pupkovina prerezana dijete je potpuno odvojeno od majke. Podrezivanje pupkovine odmah po rođenju je još jedan primjer vrlo stresne radnje koja se vrši nad novorođenčetom. Neposredno nakon poroda djetetovo srce i pluća prolaze promjene prilagodbe i to brzo.

Iz vodene sredine u kojoj ga je majka hrnila putem pupkovine, dijete prelazi u zračni okoliš gdje se pluća moraju proširiti i tako započeti proces disanja. Dok se to događa pupkovina i dalje pulsira, čak i nakon poroda, pa beba još ima stari sustav oksigenacije koji obavlja dio posla dok se novi sustav polako uspostavlja. Prekidom pulsacije na pupkovini tjeramo bebu da vrlo brzo mora prijeći na sustav izvanmateričnog života. Mnoge majke vjeruju da bebe osjećaju paniku zbog nedostatka kisika. U najvećem broju poroda bebe se polože majci na trbuš i čeka se da pupkovina spontano prestane pulsirati. U pravilu su bebe često mirne, nježno dišu i ne plaču. Majčino tijelo predstavlja izvor topline i taj postupak poznat je kao „klokanska skrb“. Tu ujedno počiva i temelj inicijative UNICEF-a i SZO „Bolnica prijatelj djece“ čiji je neupitan i dokazan povoljan utjecaj na smanjenje smrtnosti i ubrzanje rasta dojenčadi.

Dugi niz godina standardizirani postupak je podvezivanje pupkovine odmah po rođenju, ali danas su u tijeku brojna istraživanja o ranom podvezivanju u odnosu na odgođeno podvezivanje („Cochrane biblioteka“). Danas se smatra da pupkovinu ne treba rezati odmah po porodu, već treba pričekati barem tri minute nakon rođenja. Čekamo li s podvezivanjem pupkovine bebi osiguravamo višu razinu željeza u krvi u narednim mjesecima života te tako možemo spriječiti anemiju. Manja je vjerojatnost da će novorođenče biti anemično odgodimo li podvezivanje, utvrdilo je istraživanje sveučilišta Umea provedeno na 400 djece. Bebe kod kojih se odgodili rezanje pupkovine imale su mjesecima nakon rođenja višu razinu željeza spram onih kojima su pupkovinu odmah prerezali, otkrivaju švedski znanstvenici. Taj učinak traje i do šestog mjeseca starosti što se preklapa s razdobljem kada je većina beba spremna za unos željeza putem hrane.

Najčešće pitanje koje se postavlja pri odgodi presijecanja pupkovine je povezano s žuticom. Velik broj liječnika žuticu navodi kao osnovan razlog za presijecanje pupkovine odmah po porodu. Međutim, studije pokazuju da iako je žutica u blagom porastu, taj broj nije značajan. Također se potvrđuje da nije svaka žutica štetna, odnosno, žutica je uobičajena pojava. Nije zabilježen porast broja djece koja su trebala fototerapiju ili neko drugo medicinsko rješenje povezana s žuticom.

KELLIE CROSIER
photographyKELLIE CROSIER
photography

„Druga razmatrana intervencija je tzv. milking pupkovine (postupak u kojem zdravstveni djelatnik istiskuje krv niz pupčanu vrpcu u dijete). U ovaj Cochrane sustavnom preglednom članaku je uključeno 15 randomiziranih kontroliranih pokusa provedenih na 738 djece rođenih prijevremeno, između 24. i 36. tjedna trudnoće carskim rezom ili vaginalno. Ove studije su uspoređivale novorođenčad kod kojih je pupkovina podvezana unutar nekoliko sekundi nakon rođenja s onima čije su pupkovine podvezane s odgodom od najmanje 30 sekundi. Maksimalna odgoda u podvezivanju iznosila je 180 sekundi. Prema analiziranim istraživanjima, davanje dodatne krvi djetetu kroz odgođeno podvezivanje pupkovine ili istiskivanje krvi u dijete prije podvezivanja pomaže novorođenčetu da se prilagodi na novo okruženje.“

Mnogi tvrde da postoji dovoljno dokaza za odgodu rezanja pupkovine s minimalnim rizikom za zdravlje majke i djeteta.

Doniranje krvi iz pupkovine

Je li etički pitati roditelje da daruju krv iz pupkovine? Čija je ta krv? Možemo li doniranjem krvi spasiti život oboljelima od teških bolesti?

Donirana krv iz pupkovine bogata je krvotvornim matičnim stanicama koje se već godinama uspješno koriste prilikom transplantacije, u liječenju raznih bolesti. Nakon djetetova poroda u krvnim žilama posteljice i pupkovine ostaje krv (od 80 -100 ml) koja sadrži veliki broj krvotvornih matičnih stanica, sličnih stanicama iz koštane srži. Iz tih se stanica mogu razviti sve vrste krvnih stanica (eritrociti, leukociti, trombociti). Te stanice mogu obraniti koštanu srž i mogu se transplantirati umjesto stanica koštane srži u liječenju hematoloških bolesti i drugih poremećaja imunosnog sustava. S obzirom na biološke mogućnosti krvи koja u njoj ostaje, posljednjih desetak godina krv iz posteljice se prikuplja i dugotrajno pohranjuje na vrlo niskim temperaturama. Banka krvi iz pupkovine „Ana Rukavina“ je javna banka koja prikuplja krv iz pupkovine po načelu dobrovoljnosti, anonimnosti i besplatnosti. Osim banke „Ana Rukavina“ postoje i banke koje prikupljaju, obrađuju i pohranjuju krv iz pupkovine za osobne potrebe obitelji. Ta se usluga naplaćuje. Inače banka organizira dostavu seta za prikupljanje i transport prikupljene krvи u KBC Zagreb iz rodilišta koja su na popisu educiranih rodilišta za prikupljanje krvи u RH. Krv iz pupkovine prikuplja se nakon nekomplikiranih poroda (vaginalni i carski rez) jednostavnim postupkom koji zahtjeva angažiranost još jedne primalje na porodu.

Postoje stanja kada nije moguće prikupljati krv::

- porod prije 37. tjedna,
- višeplodne trudnoće,
- mekonijalna plodna voda,
- infekcija u trudnoći,
- otjecanje plodne vode više od 24 sata.

Krv se ne može pohraniti ako je prikupljen premalen volumen, nalazi li se u krvi malen broj stanica ili ako se javi tehnički problem tijekom obrade i pohrane. Majke moraju potpisati obaviješteni pristanak za doniranje krvi iz pupkovine u tri primjeraka, mora se ispuniti zdravstveni upitnik o stanju majke i ostalih članova obitelji. Upitnik bilježi naslijedne i zarazne bolesti, kao i rizična ponašanja. Svakim danom ima sve više roditelja koji žele donirati krv iz pupkovine (vidimo to i u pulskom rodilištu).

Izvještaj za 2011.god o dozama krvi iz pupkovina za OB pula:

- Zaprimljena je 181 doza.
- Za banku krvi: 166.
- Za osobne potrebe:15.
- Od darovnih doza 54 je pohranjeno u javnu banku.
- U razdoblju od rujna do prosinca 2011. godine iz našeg rodilišta je prijavljena u Svjetski registar iskorištena za liječenje bolesnika.
NEPOTPUNA REČENICA!

Izvještaj za 2012.god o dozama krvi iz pupkovina za ob pula:

- Zaprimljeno je 236 doza.
- Za banku krvi: 153
- Za osobne potrebe : 7 doza i 1 doza koja pohranjena u Belgiji.
- Od darovanih doza 55 je pohranjeno u javnu banku, a jedna doza morala je biti uništena, jer djetetu je utvrđen Down Syndrom.

Zaključak

O ranom ili kasnom podvezivanju pupkovine istraživanja još traju. Oprečna su mišljenja o odgođenom vremenu podvezivanja pupkovine. Mi, primalje u rađaoni, odgađamo podvezivanje pupkovine, jer dijete se polaze majci na trbuhi i s podvezivanjem se čeka. Primijetili smo da je u našem rodilištu sve veći broj roditelja koji žele donirati krv iz pupkovine zakladi „Ana Rukavina“. Roditelji su, naime, sve informirani. Pohađaju trudničke tečajeve, a naš je zadatak i obveza da im damo prave informacije. Odluka je naravno njihova.

Lliteratura:

1. <http://summaries.cochrane.org/>:
2. <http://summaries.cochrane.org/hr/CD003248/rano-podvezivanje-u-odnosu-na-odgodeno-podvezivanje-pupkovine-ili-istiskivanje-kvri-iz-pupkovine-eng-cord-milking-u-prerano-rodene-djece>
3. McDonald SJ, Middleton P. - Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub2;December 31, 2007
4. Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T. - Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No.: CD003248. DOI: 10.1002/14651858.CD003248.pub3;November 1, 2011
5. <http://birthwithoutfeablog.com/2013/02/15/cord-clampind-give-me-all-my-blood/>
6. Northrup C. Žensko tijelo, ženska mudrost, 2008.
7. Kuvačić I, Kurjak A, Đelmiš J, - Porodništvo, Medicinska naklada, Zagreb 2009.



Nedonoščad

Martina Ivezović, učenica, Škola za primalje, Zagreb,
martina.ivekovi115@gmail.com

Nedonošče je novorođenče nošeno manje od 37. tjedana trudnoće. Tjelesna težina nedonoščadi u pravilu je manja od 2500 grama, iako istu tjelesnu težinu mogu imati i hipotrofična djeca rođena u terminu. Uzroci prijevremenog porođaja različiti su; mogu biti povezani s plodom (gemini, malformacije uterusa, insuficijencijacerviksa), ometanjima tijekom trudnoće (teže bolesti majke, infekcije ploda i gestoze) te prijevremenog odljuštenja posteljice i prijevremene kontrakcije uterusa. U Hrvatskoj se godišnje prijevremeno rodi oko 2500 djece, a svijest javnosti o problemima i posljedicama s kojima se nedonoščad i njihovi roditelji susreću je izuzetno niska. Stoga i ne čudi studija Hrvatskog perinatološkog društva iz 2010. godine koja ukazuje je da medicinska oprema nadležnih medicinskih institucija nedostatna ili zastarjela.

Svaki roditelj očekuje rođenje zdravog djeteta, stoga kada se rodi dijete sa zdravstvenim poteškoćama, roditelji na to uglavnom nisu pripravljeni, što je i prirodno. Prijevremeno rođena djeca osobito su osjetljiva u razdoblju neposredno nakon rođenja i u ranom razvoju, zbog čega se njihovi roditelji, kao i zdravstveni djelatnici, nalaze pred brojnim izazovima. Smrtnost djece s intrauterinim zaostatkom u rastu i prijevremenim porođajem ovisi o gestacijskoj dobi i dosegnutoj zrelosti novorođenčeta te o uzrocima koji su do takvog stanja doveli. Smatra se da je granica sposobnosti za ekstrauterini život nedonoščeta 22 – 23 tjedna gestacije i rodna težina 500 – 600 grama. Učestalost novorođenačkih smetnji uvelike ovisi o gestacijskoj dobi i porođajnoj težini. Simptomi funkcionalne i anatomske nezrelosti pojavljuju se obično s pojavom neonatalne žutice.

Kako njegovati nedonošeno dijete? Nakon rođenja nedonošenoga djeteta pupkovina se odmah ne podvezuje, nego tek kada prestane pulsirati. Na taj način novorođenče dobije još oko 40 cm³ krvi bogate željezom. Dijete zatim treba odmah osušiti sterilnim, ugrijanim ručnikom kako bi se smanjio gubitak tjelesne temperature. Nakon toga potreban je orientacijski pregled djeteta zbog određivanja djetetove vitalnosti i eventualne potreba za određenim zahvatima (poput reanimacije). Nedonošeno dijete se ne preporučuje kupati prvih dana po rođenju, zbog mogućnosti od infekcije, bebu je dovoljno prebrisati sterilnom vatom umočenom u toplo, sterilno parafinsko ulje. Preventivno se daje vitamin K jednokratno i.m. kako bi se spriječila krvarenja kojima je nedonošeno dijete vrlo sklonilo. Nedonošena se djeca smještaju u specijalizirane ustanove ili odjele, gdje se njega provodi u posebnim sobama s krevetićima ili inkubatorima. U prostorijama u kojima borave nedonošena djeca treba održavati stalnu temperaturu od 24 do 27 °C. Nedonošeno dijete otpušta se s odjela kada dosegne određenu tjelesnu težinu, a ona u pravilu iznosi 2500 grama. Novorođenčad male tjelesne težine, najmanje od 1800 grama, danas se uglavnom njeguje u posebnim uređajima za njegu nedonošene djece. To su inkubatori. Postoje zatvoreni i otvoreni inkubatori. Kod zatvorenih inkubatora sve se regulira automatski, a kontrola vitalnih funkcija provodi se preko monitora (disanje, bilo, temperatura, tlak, koncentracija kisika i ugljikova dioksida). Dijete se njeguje kroz posebne otvorene čistim rukama. Na taj se način obavlja toaleta, vaganje i prehrana djeteta. U inkubatoru postoje i standardni uvjeti: optimalna temperatura koja je jednaka tjelesnoj temperaturi (od 36.5 do 37.5 °C). Nedonošče leži u zatvorenom inkubatoru golo ili zamotano samo u pelenu, pa se promatra boja kože, ritam disanja i druge pojave. U takve se inkubatore smještaju djeca do 1500 grama.

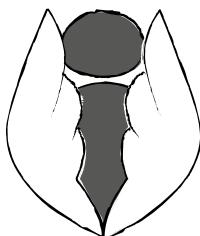
Roditelji prerano rođene djece treba informirati o prehrani kao i o važnosti majčinog mlijeka i dojenja.

Što Vi kao roditelj možete učiniti za svoju bebu? Kao roditelj osjećat ćete se vrlo bespomoćno i nećete znati kako ispravno predati toliku ljubav svojoj „mrvici“. Sami sebi činite se beskorisnim u roditeljskoj ulozi, jer je Vaša beba okružena aparativima i čini Vam se nedodirljiva. Bojite se da ćete napraviti krivi potez i dodatno pogoršati njezino stanje. Nemojte se bojati, nedonoščad je veoma otporna i izdržljiva. Ono što beba od Vas treba je Vaša prisutnost i Vaš dodir. S kontaktom „koža na kožu“ ili „skin to skin“ treba započeti odmah ili što prije nakon poroda, ovisno o zdravstvenom stanju djeteta, jer za tako malenu djecu važno je da osjete svoju majku. Samim time dijete se smiruje što predstavlja nemalu psihološku prednost za dijete, a tako se dijete i grije. Osim toga, tijekom šivanja epiziotomije majka osjeća manju bol, a potiče se i stvaranje mlijeka. Nemojte se ustročavati i zatražite da Vam je čim prije daju bebu u ruke kako bi je pomazili, ljudiškali, pjevušili, stisnuli uz svoje srce tako da prepozna otkucaje koje je slušala mjesecima. Nema veze na koliko je aparata prikopčana – bebi trebate Vi, Vaš njezni dodir po gojlo koži koji će stimulirati njezine neurone. Prvi dodiri vrlo su važni za budući razvoj djeteta. Kod nedonoščadi čije su majke primjenjivale kontakt „koža na kožu“ ili „skin to skin“ svakodnevno se smanjivala smrtnost sa 70 % na 30 % .

Medicinski je dokazano da bebe koje su osjetile dodir roditeljskih ruku na svom tijelu bolje spavaju i bolje napreduju.

Jedna od stvari koje obilježavaju majčinstvo je dojenje. Majke nedonoščadi još snažnije će poželjeti dojiti svoje dijete, jer je to jedna od malobrojnih stvari koje one mogu učiniti za svoju bebu. Većina se roditelja boji da će smetati medicinskim sestrama i ostalom osoblju u jedinici intenzivnog liječenja. Kako roditelji, tako i osoblje uvijek moraju imati na umu da dijete pripada roditeljima te da oni imaju posebna prava i odnos s djetetom. Dijete će iz bolnice otići u roditeljski dom, a jedinica intenzivnog liječenja mjesto je koje će mu omogućiti da taj trenutak sreće za roditelje, dijete i osoblje dođe što prije. Katkada je roditeljima posve dovoljno da budu uza svoje dijete, a osoblje u jedinici intenzivnog liječenja pomoći će im da se osjećaju korisno i slobodno. Roditelji se moraju zanimati za svoje dijete, trebaju pitati medicinske sestre kada i kako se dijete hrani, kada je budno, a kada pospano te je li imalo stolicu i kako se mijenjaju pelene. Znajte da je jedinica intenzivnog liječenja mjesto na kome vaše prijevremeno rođeno dijete dobiva skrb koja mu je potrebna kako bi se proces njegovog dozrijevanja nastavio izvan maternice. Jedinica intenzivnog liječenja opremljena je brojnim uređajima koji omogućuju uspješno liječenje djeteta sve dok ono ne postane sposobno za samostalan život i razvoj. Osim toga, brojno osoblje i skrb 24 sata na dan omogućuju da se što lakše prebrodi ovo vrlo teško i osjetljivo razdoblje. Kada prođe intenzivno liječenje i ovisnost o aparatima, dijete se premješta u jedinicu postintenzivne skrbi, gdje teku pripreme za otpust. U tome ćete razdoblju Vi i Vaše dijete biti stari znanci i znat ćete uživati u zajedničkom druženju nakon dugog razdoblja tjeskobe i neizvjesnosti. S obzirom da su prošli oni najkritičniji dani liječenja u jedinici intenzivnog liječenja, počinje se polako razmišljati o odlasku kući. Taj dan s nestrpljenjem očekujete i i čini se tako dalek, ali s liječnicima i sestrama koji skrbe za Vaše dijete o tome sve češće razgovarate. Roditelje često ispuni nestrpljenje i želja da dijete što prije stigne kući, pa otuda proizlazi strah i nesigurnost. To je posve razumljivo, jer roditelji se oni pitaju kako će se skrbiti za svoje dijete koje je bilo toliko bolesno da je trebalo stručnu pomoć. Tjeskobni su, jer ne znaju kakvi se novi zdravstveni problemi mogu pojaviti i hoće li prepoznati ih i riješiti na vrijeme. U svakom slučaju ne treba paničariti, već valja pristupiti detaljnim pripremama za dolazak djeteta kući. Nakon što ste podijelili svoju radost zbog dolaska kući s djetetom s Vašim najbližima, potrebno je pronaći mir i vrijeme za sebe, trebate se uskladiti kao roditelji, kao supružnici i naravno kao obitelj. Umijeće zajedničkog življenja nije nimalo lako i treba ga savladati kao i sve u životu. Nakon razdoblja prilagodbe ne odugovlačite s izlaskom, otiđite s prijateljicom na kavu ili u zajedničku šetnju. Možda ćete poželjeti povesti i dijete. Sitna zadovoljstva poput ovoga zasigurno će Vam mnogo značiti i olakšat će Vam odgovornu ulogu koju ste preuzeli nakon dolaska djeteta kući.

Prehrana nedonoščadi – pravilna prehrana nedonoščeta preduvjet je za njegovo preživljavanje. Dnevne energetske potrebe po kg/TT kod nedonoščadi su znatno veće nego kod donošene djece. Nedonoščad ima mali kapacitet želuca, a primitivni refleksi (traženje, sisanje, gutanje) su mu oslabljeni, pa nerijetko ne mogu sami jesti. Tehnika hranjenja ovisi o gestacijskoj dobi djeteta i o njegovoj tjelesnoj težini. U pravilu se djeca veća od 1800 grama hrane na bočicu, a manja djeca putem nazogastrične sonde. Dnevne energetske potrebe nedonoščeta iznose između 126 i 168 kJ/kg (30 i 40 kcal/kg) u prva 24 sata, a već u dobi od 10 do 14 dana čak 420 do 504 kJ/kg (100 do 120 kcal/kg) u 24 sata. Zbog malog kapaciteta želuca nedonoščad treba hraniti češće, čak 8 do 12 puta tijekom 24 sata u količinski malim obrocima. Bljuckanje hrane u nedonošenog djeteta najočitiji je znak da je djetetov želudac preopterećen hranom. Nedonošče teže od 2000 grama može se staviti na dojku u vremenskim razmacima od dva do dva i pol sata. U slabije nedonošene djece takav način hranjenja nije moguć, jer ne postoji refleks sisanja i gutanja pa se mora primjenjivati sondom.



KLUB RODITELJA NEDONOŠČADI PALČIĆI

U Hrvatskoj postoji **Klub roditelja nedonoščadi „Palčići“**. Klub roditelja prerađene djece pokrenuo je humanitarnu akciju „Palčić gore!“ koja prikuplja sredstva za inkubatore i dodatnu medicinsku opremu za zbrinjavanje najmlađih građana Hrvatske koji već u prvim daniма svog života započinju nepravednu životnu borbu. Kupnjom inkubatora i ostale potrebne opreme olakšat ćemo prve dane života ne samo bebama, već i njihovim obiteljima te im omogućiti veće šanse za normalan i zdrav život. Isto tako, svima onima koji se upravo susreću s ovim teškim problemom, ili će se tek susresti, dat ćemo nadu i svjetlo u tami, jer roditeljska skrb jedan je od najtežih i najvažnijih



životnih zadataka.

Pomožimo zajedno našim najmanjim borcima i pružimo im mogućnost za život!

Web stranica kluba roditelja nedonoščadi:
www.palcici.hr

Izvori:

1. <http://www.palcici.hr/>
2. http://www.mamino.net/nedonoscad_i_dojencad_niske_porodajne_te%C5%BEine.html
3. Jeanette Zaichkin. *Newborn Intensive Care: What Every Parent Needs to Know*, 3rd Edition (Copyright © 2009 American Academy of Pediatrics)
4. *Pedijatrija sa zdravstvenom djeteta: Ivan Malčić, Ružica Ilić*; školska knjiga, Zagreb 2009.

Probir novorođenčeta i uloga primalje

Danijela Markovec, primalja,

Opća bolnica Varaždin – odjel za ginekologiju i porodništvo, danijela.vz@hotmail.com

Novorođenački skrining ili probir je sustavno pretraživanje cjelokupne populacije novorođenčadi određene regije ili cijele države na bolesti koje se liječe, a koje se klinički ne mogu dovoljno rano prepoznati. Programi novorođenačkog skrininga su primjer sekundarne prevencije, što znači ranog otkrivanja bolesti u njezinoj pretkliničkoj fazi ili u vrlo ranoj fazi njezina razvoja. Pojava programa novorođenačkog skrininga šezdesetih godina prošlog stoljeća uzrokovala je pravu malu revoluciju u preventivnoj medicini. Danas su takvi programi prihvaćeni širom svijeta. Da bi se neka bolest uvrstila u program sistemskog traganja, a da za to postoji i javno zdravstveno opravданje potrebni su određeni uvjeti.

To je razumno visoka incidencija, dostupnost liječenja, nemogućnost rane kliničke dijagnoze, prikladan labaratorijski test, povoljan odnos troškova programa spram ekonomске koristi od ranog otkrivanja i liječenja, kao i prikladni organizacijski uvjeti određene sredini. Posljednjih godina, u bogatijim zemljama svijeta, probir na metaboličke bolesti znatno je unaprijeđen primjenom novih labaratorijskih testova. Tomu je pridonjela nova labaratorijska tehnika tandemske spektometrije masa u kojoj se u kapi krvi mogu identificirati metaboliti specifični za gotovo tridesetak naslijednih metaboličkih bolesti. Radi se uglavnom o poremećajima razgradnje aminokiselina, masti, ugljikohidrata i nekim endokrinopatijama. Kako su ove tehnike i metode ne samo skupe, već i tehnički vrlo zahtjevne, treba čekati na definitivnu procjenu njihove primjene u praksi. Uz standardno prihvaćene probire na fenilketonuriju i hipotireozu, postoje zemlje koje su uvele probire za galaktozemiju, cističnu fibrozu, kongenitalnu adrenalnu hiperplaziju, hemoglobinopatije, Duchennovu mišićnu distrofiju i brojne druge. Bolesti koje nisu etiološki vezane za metaboličke i genetske uzroke, a javljaju se tijekom ranog djetinjstva, otkrivaju se drugim metodama probira, jer i te bolesti su progostički ovisne o što ranijem prepoznavanju kako bi se što ranije započelo s prevencijom i ranim liječenjem.

Fenilketonurija

Fenilketonurija je autosomni recesivni poremećaj hidrosilacije fenilalanina u tirozinu koji neliječen dovodi do nagomilanja fenilalanina i njegovih metabolita u tjelesnim tekućinama s posljedično teškom mentalnom retardacijom, epilepsijom i drugim neurološkim poremećajima. Fenilalanin je esencijalna aminokiselina.

Nakon resorpcije u crijevima manja količina fenilalanina se ugrađuje u tjelesne proteine, a veći dio u jetri, posredstvom enzima, oksidira u tirozin. Uzrok fenilketonurije je mutacija gena koji kodira jetreni enzim za razgradnju fenilalanina. Posljedica toga je insuficijencija enzima i nemogućnost oksidacije fenilalanina u tirozin te povećanje koncentracije fenilalanina i njegovih nenormalnih metabolita u stanicama i tjelesnim tekućinama – fenilpiruvična kiselina.

Mogućnost kliničke dijagnoze prije navršenih 6 mjeseci, kada psihomotorna retardacija postupno postaje vidljiva je vrlo mala. Uz pravovremenu dijagnozu i pravilno lijeчењe prognoza je odlična, tj; djeca se normalno somatski i psihomotorno razvijaju. Incidencija bolesti znatno varira. Prosječna je oko 1:11000, a seže od oko 1:3500 do 1:5000 u Turskoj i Irskoj, do oko 1:6000 u Japanu i Kini. U Hrvatskoj je incidencija svih hiperfenilalaninemija oko 1: 8200. Najviša je u Hr. Zagorju, a najniža u Dalmaciji. Gen koji kodira enzim fenilalanina hidroksilazu (PAH) nalazi se na drugom katu 12 kromosoma. Do danas je poznato preko petsto mutacija PAH gena. Većina bolesnika su dvostruki heterozigoti. Postoji dosta dobra korelacija fenotipa i genotipa. U bolesnika s neklasničnim oblicima bolesti nalaze se niže koncentracije fenilalanina. Postoje i tzv. maligne hiperfenilalaninemije zbog poremećaja u sintezi kofaktora za PAH – tetrahidrobiopterina. U zahvaćenim obiteljima moguća je prenatalna dijagoza analizom DNA. Djeca majki sa fenilketonurijom mogu imati mikrocefaliju, mentalnu retardaciju i srčane greške, ukoliko se majke ne liječe tijekom trudnoće.

Testovi za skrining na fenilketonuriju

U upotrebi su test inhibicije bakterijskog rasta po Guthrieu te fluorometrijsko i enzimatsko-kolorimetrijsko (Quantase) određivanje koncentracije fenilalanina. U novije vrijeme koristi se i tandemska spektrometrija masa. Granična normalna vrijednost iznosi 4 (Guthrie test) odnosno 2mg/dL. Kod uzimanju uzorka dijete treba biti starije od 48 sata (primjenjuje li se Guthrie test bolje 72 sata), a po mogućnosti mlađe od 7 dana. Bitno je da dijete prethodno jede barem 48 sati. Pouzdanost testa (senzitivnost i specifičnost) je odlična.



Broj lažno negativnih rezultata zavisi od doba djeteta i normalnoj graničnoj vrednosti. Nakon 48 sati uz graničnu vrijednost 4 mg/dL je oko 0.15 %.

Ako se fenilketonurija otkrije dovoljno rano kod novorođenčeta, dolazi do potpuno normalnog razvoja mozga, ali samo uz pomoć posebne dijete (koja sadrži vrlo malo fenilalanina) do kraja života. Sva novorođena djeca se testiraju na bolest uz pomoć posebnog testa (Guthrie test - Gatrijev test). Skrining testa na fenilketonuriju se radi u cilju ranog otkrivanja oboljenja, a u cilju što ranijeg početka terapije. Rano dijagnosticiranje i rana primjena terapije sprečavaju oblik mentalne zaostalosti koji moraju biti identificirani i za koje pravilan tretman mora biti u prvih nekoliko dana života. Znaci usporenog psihomotornog razvoja se uočavaju prekasno da bi se moglo pomoći. Djeca ne nauče sjediti, stajati i hodati na vrijeme, a četvrtina ih ima i epileptične napadaje. Slijedi povećanje mišićnog tonusa, poremećaj ponašanja, poremećaj u razvoju zubne desni i zastoj u tjelesnom rastu te obujmu glave. Oko 25 % djece ima dojenački ekcem, smanjenu pigmentaciju kože. Koeficijent inteligencije kod neliječene djece pada sa početnih 100 u prvim tjednima života na oko 40 i niže u uzrastu od dve-tri godine, i dalje se održava na tom nivou.

Guthrijev test

Budući da se novorođeno dijete s PKU po ničemu ne razlikuje od zdravog novorođenčeta, svakom se novorođenom djetetu u Republici Hrvatskoj prije napuštanja rodilišta uzme kap krvi na filter papirić. Krv se šalje u laboratorij gdje se mjeri koncentracija fenilalanina (novorođenački skrining). Kod djece koja boluju od fenilketonurije koncentracije u tom uzorku su vrlo velike, pa će porast Bacillus subtilusa oko uzorka te krvi biti puno veći.

Djeca s povišenom koncentracijom fenilalanina odmah se pozivaju u Ambulantu za metaboličke bolesti Klinike za pedijatriju na Rebru, uvodi se stroga dijeta i djeca se redovito prate, nekoliko puta godišnje.

Hipotireoza

Stanje nedovoljnog stvaranja horomna štitanjače naziva se hipotireoza. Uzroci su brojni i nenasljedni. Najčešći uzrok hipotireoze je kronična autoimuna upala štitnjače (Hashimotov tiroiditis), te u odgovarajućim zemljopisnim područjima nedostatna količina joda u prehrani. Ostali uzroci obuhvaćaju liječenje hipertireoze kirurškim putem ili radioaktivnim jodom. U rodilištima se radi skrining novorođenčadi na kongenitalnu hipotireozu, kako bi se pravovremeno spriječio razvoj teške mentalne retardacije te zastoj u razvoju i rastu. Skrining na konatalnu hipotirezu posljednja dva desetljeća organiziran je u svim zemljama, pa i u većini zemalja u razvoju. Incidencija varira. U bijele rase u Europi od 1:3000 do 1:7300. Bolest je znatno manje učestala u crnačkoj populaciji, a izražena je kod američkih Indijanaca. Bolest nastaje zbog nedovoljnog stvaranja tiroidnih hormona. Vrijeme uzimanja uzorka za skrining također je važno. Za određivanje T4 dijete treba biti starije od 12 sati, a za određivanje TSH starije od 48 sati, jer su koncentracije hormona u ranoj novorođenačkoj dobi fiziološki više nego kasnije. Kod nedonoščadi je koncentracija TSH u prvim danima i tjednima života niska, pa se preporučuje testiranje između trećeg i četvrtog tjedna života. Kod dishormonogeneze TSH prvih nekoliko dana također je nizak pa neki preporučuju smanjivanje granične normalne vrijednosti na 10 uU/ml. Pravih biološko lažno negativnih rezultata skrininga je oko 10 % bez obzira na metodu. Kombinacija različitih metoda smanjuje ovaj postotak. Lažno pozitivnih rezultata kod određivanja T4 je oko 0,3 %, a kod određivanja TSH ovisno o graničnoj normalnoj koncentraciji pojedinog labaratorija 0,04 % do 2 %. Niska granična vrijednost TSH povećava broj ponovno traženih uzoraka krvi, ali znatno povećava mogućnost otkrivanja bolesnika. Prema patogenezi hipotireozu možemo podijeliti i na primarnu, sekundarnu i tercijarnu. U slučaju primarne hipotireoze poremećaj je samoj štitnoj žlijezdi, u sekundarnoj postoji nedostatak TSH, a u tercijarnoj nedostaje TRH.

Upute za vađenje krvi za novorođenački skrining

Uzorak treba izvaditi svakom novorođenčetu, bilo ono zdravo ili bolesno, donošeno ili nedonošeno. Novorođenački skrining od 1986. godine pripada u obavezne mjere zdravstvene zaštite novorođenčeta. U načelu krv treba izvaditi neposredno prije otpusta djeteta iz rodilišta, ne prije kraja trećeg dana života – jer do tada dijete nije primilo dovoljno mlijeka da bi mu koncentracija fenilalanina u krvi narasla na patološku razinu, i po mogućnosti ne nakon sedmog dana života. Budući da antibiotska terapija test na fenilketonuriju može učiniti lažno negativnim uzorak se u načelu uzima nakon završetka antibiotske terapije. Najsigurnije i naprkladnije mjesto za uzimanje uzorka krvi je dorzolateralna strana pete novorođenčeta. Označeni krug mora biti u potpunosti ispunjen krvljom, a krv može prijeći preko ruba kruga. Redovito treba slati sva tri kruga ispunjena krvljom. Prije uboda treba pričekati da se dezinfekcijsko sredstvo kojim je koža obrisana potpuno osuši. U protivnom, dezinfekcijsko sredstvo pomiješa se s krvljom, pa je takav uzorak neupotrebljiv. Jod i sredstva koja sadrže jod (poput Povidona) se ne upotrebljavaju, jer ometaju određivanje tiretropina za dijagnozu konatalne hipotireoze. Na poleđini filter papirića poželjno je napisati dobiva li dijete antibiotike i je li teško bolesno. Uzorke krvi treba čuvati na suhom i slati u koverti barem tri puta tjedno. Dulje zadržavanje uzorka krvi može biti uzrok prekasno postavljanju dijagnozi i prekasno započetom liječenju. Otpusti li se dijete ranije (prije navršenog trećeg dana života) iz rodilišta, svejedno se vadi krv za novorođenački skrining, ali se pri otpustu roditeljima uruči filter papirić i omotnica s tiskanom adresom te upute o vađenju krvi, s napomenom da se pretraga za skrining učini do kraja drugog tjedna života u nadležnoj pedijatrskoj ambulanti, u ambulanti opće medicine ili da je učini patronažna sestra.

Probir sluha

Oštećenje sluha je jedno od najčešćih, velikih oštećenja novorođenčeta koje se manifestira već pri porodu, a ostane li neprepoznato u pravilu dovodi do poteškoća u govoru, jeziku i kognitivnom razvoju djeteta. Stoga je probir sluha u novorođenačkoj populaciji sasvim opravдан. Razmatrajući pitanje skrininga sluha u novorođenčadi treba uzeti u obzir da se na 1000 novorođenčadi u općoj populaciji rađa najmanje jedno do troje s prirođenim oštećenjem sluha, a da na 100 ugrožene novorođenčadi koja su bila na intenzivnoj skrbi u prosjeku ima 2 do 4 djeteta s teško oštećenim sluhom. Klinička sumnja na oštećenje sluha bez organiziranog skrininga postavlja se u najboljem slučaju u dobi oko osam mjeseci, dok je prosječna dob kad se definitivno potvrđuje dijagnoza i započne liječenje nagluhosti oko 18 mjeseci, što je definitivno prekasno za postizanje optimalnih rezultata liječenja.

Rano otkrivanje nagluhe djece omogućuje pravodoban početak liječenja i ranu primjenu odgovarajućih pomagala što značajno unapređuje komunikativne sposobnosti i razvoj govora u te djece u usporedbi s kasnim početkom liječenja. Jedinstveno pretraživanje sve novorođenčadi na oštećenje sluha smanjilo bi mogućnost neprepoznatih slučajeva, jer pretraživanjem isključivo visoko rizične novorođenčadi otkrilo bi se svega 50 % svih kongentialnih oštećenja. Danas postoje dva labaratorijska testa koja su jednako prihvatljiva za skrining sluha u novorođenčadi. Prvi se temelji na bilježenju akcijskih potencijala moždanog debla koji se izaziva zvučnim podražajima. Drugim se testom registrira zvuk koji nastaje u pužnici kao odgovor na zvučni podražaj (otoakustički odgovor pužnice). Oba testa u načelu zadovoljavaju uvjetima za primjenu kao probirnoga testa. Drugi test je malo jeftiniji i jednostavniji u primjeni, stoga i šire prihvaćen. Od 2002. godine i u Hrvatskoj je uveden probir na oštećenje sluha. Najčešći uzrok obično privremenog gubitka sluha koji se može pojavit u malog djeteta jest upala srednjeg uha. Upala srednjeg uha jedna je od najčešćih bolesti u dječjoj dobi: svako treće dijete do treće godine života preboli najmanje tri upale uha, odnosno većina barem jednu upalu uha u prvoj godini života. U pravilu su te upale vezane sa nosnim smetnjama (prehlada, sekrecija iz nosa, otežano disanje na nos). Postoje dva oblika upale srednjeg uha koji mogu zahvatiti samo jedno ili oba uha: akutna upala (otitis media acuta) – znakovi su bol i povisena temperatura, dijete je plačljivo i nervozno, nemirno spava, a česte su i probavne smetnje. U srednjem uhu postoji tekućina, a ako bubenjič pukne pojavljuje se iscijedak ih uha. Druga jest sekretorna upala (otitis media secretoria) – stanje u srednjem uhu pri kojem u šupljini srednjeg uha postoji tekući sadržaj različite gustoće koji nije upaljen, stoga obično izostane bol te opći znakovi bolesti. Ta dva osnovna oblika mogu prelaziti jedan u drugi. Često, nakon smirenja akutne upale u šupljini srednjeg uha umjesto zraka zaostane tekućina. U toj tekućini može se povremeno razviti upala, pa ponovno nastaje akutna upala s bolovima.

Savjeti primalje: mjere predostrožnosti za smanjivanje upale uha

Obavezno prati svoje i djetetove ruke uvijek nakon ispuhivanja nosa, koristiti se jednokratnim rupčićima, povremeno, po potrebi, prije spavanja isprati nosić fiziološkom otopinom u polu-ležećem položaju, pa čak i onda kada je dijete zdravo, te ukoliko je ikako moguće dojiti dijete barem četiri do šest mjeseci, pri hranjenju ili pijenju iz boćice uspraviti dijete – nikako ostavljati dijete s boćicom u krevetu u ležećem položaju. Također je dokazano da boravak u zadimljenim prostorijama povećava učestalost upale uha, stoga treba smjestiti dijete u manju skupinu djece – boravak djeteta u većim grupama povećava rizik od predhlade, a samim time i upale uha. Cilj je upoznati roditelje s važnošću provjere sluha, postupcima provjere, kao i praćenjem razvoja slušanja i govora i u kasnijoj dobi, kako bi se na vrijeme otkrila eventualna retrokohlearna centralna oštećenja, te oštećenja koja se javljaju kasnije.

Kako se ispituje sluh – dužnost primalje:

Ispitivanje se zasniva na činjenici da zdrava pužnica na podražaj zvukom odgovara ehom koji se može zabilježiti osjetljivim mikrofonom. Taj eho se zove otoakustička emisija (OAE). Pretraga je potpuno bezbolna, brza i objektivna, a provodi je primalja. Dok dijete spava u zvukovod se postavlja mala sonda, nakon čega se pušta niz tihih zvukova, a aparat automatski, nakon kraćeg vremena (10-16 sekundi), pokazuje rezultat. Ukoliko je odgovor prisutan na oba uha, ispitivanje je završeno. Ukoliko izostane ispitivanje se ponavlja nešto kasnije ili drugi dan. Djeca smještena na intenzivnoj njezi ispituju se neposredno prije otpusta iz bolnice. Rezultat prve provjere sluha roditelji doznaju od pedijatrija-neonatologa pri otpustu iz rodilišta i taj se podatak upisuje u otpusno pismo djeteta. Ukoliko je odgovor prisutan na oba uha, sluh je uredan. Unatoč tome, preporučuje se i dalje praćenje razvoja sluha i govora. U tome roditeljima pomaže druga knjižica koju također dobivaju kod otpusta. U slučaju da odgovor izostane, na jednom ili na oba uha (pozitivan rezultat), potreban je drugi stupanj provjere sluha. Smetnja u zvukovodu ili srednjem uhu koji puta potraje nekoliko dana pa je otoakustička emisija odsutna i pri otpustu iz rodilišta. Upravo se u toj skupini djece „skriva“ i dijete u kojega postoji trajno i značajno oštećenje sluha. U prosjeku od deset pozitivnih, jedno dijete ima trajno oštećenje sluha. Stoga je naknadna provjera sluha tj. drugi stupanj provjere jako važan. Drugi stupanj provjere provodi se u djece koja su pozitvana na jedno ili oba uha, najbolje tijekom prvog mjeseca života. U toj dobi dijete puno spava, što je glavni preduvjet za uspješno provođenje ispitivanja. Ispitivanje se može provesti na dva načina: istom metodom kao u rodilištu ili drugom metodom kojom se ispituju bioelektrični odgovori većeg dijela slušnog puta – ne samo pužnice nego i slušnog živca i moždanog debla. Pretraga je nešto složenija, ali zato i pouzdanija i manje osjetljiva na stanje vanjskog i srednjeg uha. Kako bi se ispitivanje uspješno provedlo, dijete mora biti mirno ili u snu tijekom cijelog postupka. Stoga, dijete treba podojiti neposredno prije dogovorenog termina (ili ponijeti njegovu bočicu i dudicu). Ovisno o tome koliko je dijete mirno, vrijeme ispitivanja može potrajati od 10 minuta do jednog sata. Rezultat ispitivanja dostupni su odmah.

Zaključak

Uvođenje neonatalnog skrininga u svjetskim razmjerima predstavlja značajan napredak u preventivnoj medicini. Spriječena je somatska i psihomotorna retardacija, teška invalidnost, pa čak i smrt kod stotine tisuća djece. Neonatalni skrining sluha provodi se s ciljem otkrivanja oštećenja sluha kod novorođenčeta. Zahvaljujući njegovim prednostima moguće je testiranje cijele populacije novorođene djece. Idealno bi bilo kada bi pedijatrijski slušni aparat posjedovali i koristili pedijatri u pedijatrijskim bolnicama, posebno na intenzivnoj njezi gdje se hospitalizira mnogo djece s rizičnim faktorima. Premda su neke bolesti za koje je uveden novorođenački skrining neizlijecive ili izuzetno rijetke, a neke labaratorijske metode preskupe, napredak je očigledan iz dana u dan, a novorođenačkom skriningu predstoji još svjetlijia budućnost.

Literatura

1. <https://hr.wikipedia.org/wiki/Fenilketonurija>
2. ultrazvuk-tarle.hr/dijagnostika/zagreb/smanjeni_rad_stitnjace_hipotireoza
3. www.hcjz.hr/old

Zadaci i uloga primalje kod njege rodilje s rupturom sfinktera

Ivana Vlašica, primalja, Opća bolnica Dubrovnik,
vany_dubrovnik@yahoo.com



Uvod

Kada novorođenče dolazi na ovaj svijet, na izlazu iz porođajnog kanala može se dogoditi da pukne područje između anusa i vagine - međica (perineum). Razdor međice nastane ukoliko glavica, naglo deflektirana, izleti iz porođajnog kanala, te ako se međica ne čuva dovoljno čvrsto i pravilno. Rupture su češće kod prvorotki i mogu biti tek male napukline ili abrazije do dubokih laceracija koje mogu zahvatiti i mišiće dna zdjelice. Da ne bi došlo do rupture međice, primalja u drugom porodnom dobu posebnim hvatom čuva međicu, ali ako dođe do znakova razdora radi se epiziotomija. Moguće je da do puknuće međice dođe i uz epiziotomiju, a ponekad epiziotomija može i povećati rizik od još ozbiljnijih oblika rascjepa poput rupture sfinktera.

Razrada

1. Ruptura perinea

Prsnuće kraće od 2 centimetra nazivamo naprsnućem (laceratio), a dulje od 2 centimetra razdorom (ruptura). Razdor medice najčešće nastaje zbog narazmjera djetetove glavice i mekih dijelova porođajnog kanala te ubrzanog prolaska predležećeg dijela kroz porođajni kanal. Rezultat svega je rana nepravilnih rubova pa je stoga opsežnost komplikacija znatno veća.

Površinska puknuća uključuju kožu perineuma i tkiva oko otvora vagine, ali ne uključuje mišiće. To su puknuća prvog stupnja, i često su vrlo malena da zahtijevaju tek nekoliko šavova. U većini slučajeva brzo zacijeljuju i ne stvaraju velike probleme. Puknuća drugog stupnja idu dublje, u mišiće. Takve se razderotine moraju dobro zaštititi. Uzrokovat će nešto neugode i bit će potrebni i tjedni za zaraštanje. Šavovi se sami razgrađuju nakon nekog vremena.

Puknuće trećeg stupnja je puknuće vaginalnog tkiva, perinealne kože i perinealnog mišića koje se proteže do analnog sfinktera, dok ono četvrtog stupnja uz analni sfinkter zahvaća i tkivo ispod njega. Moguće je puknuti i na drugim mjestima. Neke žene puknu i na gornjem dijelu vagine, blizu uretre. Ovakva puknuća u uglavnom malena, i ponekad čak niti ne zahtijevaju šivanje. Puknuća gornjeg dijela vagine brže cijele i manje su bolna nego puknuća perinealnog prostora. Glavni „nedostatak“ im je: osjećaj pečenja kod mokrenja. Manje je uobičajeno da dođe do razdrerotine cerviksa ili usana, ili da dođe do dubokih pukotina u vagini.

2. **Ruptura analnog sfinktera**

Ozljeda analnog sfinktera i crijeva se može pojaviti zajedno s laceracijom perineuma ili uz epiziotomiju, ali se češće javlja ukoliko se ne ureže epiziotomija, a postoji medicinska indikacija za to. Ozljeda, u pravilu, cijeli brzo nakon liječenja, bez popratnih komplikacija. Može se pojaviti nemogućnost zadržavanja stolice ili stvaranje fistule između crijeva i rodnice. Tada je potrebno daljnje operativno zbrinjavanje ozljede.

Razdor analnog sfinktera i stijenke rektuma je komplikacija epiziotomije ili rupture međice, a naziva se još i ruptura III. stupnja međice, II. stupnja (prsnutje sfinktera, ali uz održani kontinuitet rektuma) te I. stupnja (bez zahvaćanja sfinktera). Pojedinačne šavove rektuma treba postaviti tako da slobodni rubovi budu okrenuti prema šupljini debelog crijeva (izbjegava se nastanak rektovaginalne infekcije i posljedične fistule). Pri zbrinjavanju prsnutog analnog sfinktera hvataljkom treba pronaći najčešće retrahirane okrajke sfinktera i jednim ih povratnim ili dvama pojedinačnim šavovima dovesti u kontakt. Potom se nastavlja uobičajeno šivanje po slojevima: sluznica vagine, mišićje, potkožje i koža. Kod šivanog rektuma i sfinktera potrebno je tijekom pet dana babinja ordinirati antibiotičku profilaksu i osigurati tekuću prehranu i laksative da bismo sprječili tvrdnu stolicu i mogućnost pucanja šavova.

3. **Zadaća primalje u prevenciji ruptura**

- Istraživanja o korisnosti čuvanja međice vrlo su kontroverzna, nije dokazano da doista pomažu.
- Znati ocijeniti potrebu urezivanja epiziotomije.
- Kod nastalih ruptura sve pripremiti za njihovu sanaciju.
- Njega babinjače s razdorom međice trećeg i četvrtog stupnja, te primjena propisane terapije.

U drugom porodnom dobu, bez obzira na način na koji žena rađa, primalja joj na međicu stavlja tople obloge. Topli oblozi povećavaju lokalnu temperaturu, smanjuju spazam mišića i samim time ženu rastezanje međice manje boli. Ukoliko je potrebno, međicu neposredno prije poroda mažemo uljem. Porod na leđima povećava mogućnost razdora međice.

Međici je potrebno dati dovoljno vremena za širenje. Koža je prirodno elastična i može se izvrsno rastezati, ali se ne može rastegnuti za jednu ili dvije sekunde. Do rastezanja mora doći postupno. Jedna od najvažnijih stvari koje primalja čini za očuvanje međice jest da ženi daje vremena, a ne da je stalno potiče na tiskanje. Kad se pojavi djetetova glavica ne treba požurivati porod, već nježno masirati međicu dok se prevlači preko djetetove glavice. U takvim situacijama se koža dovoljno proširi da bi se prilagodila glavici uz, u najgorem slučaju neznatno površinsko pucanje, a često nikakvo. Ako primalja i liječnik primjete znakove pucanja međice i rodnice ili znakove patnje djeteta na izlasku iz porođajnog kanala, radi se epiziotomija.



4. Epiziotomija

Epiziotomija (urez međice) je opstetrička operacija kojom se reže međica u središnjoj liniji ili postranično. Obavlja se u svrhu širenja krajnjeg izlaznog dijela mekog porođajnog kanala pri kraju drugog porođajnog doba.

Indikacije

Presjecanjem perineuma sprečava se njegov nepravilni rascjep (ruptura perinei) te se time izbjegava oštećenje dna zdjelice, spuštanje i prolaps urogenitalnih organa, inkontinencija, kao i nastanak vezikovaginalnih i rektovaginalnih fistula.

U prošlosti je literatura navodila da se epiziotomijom ubrzava drugo porođajno doba, a time se prevenira mogućnost produljenje fetalne patnje ploda. Epiziotomija se izvodi pri porođaju nedonešenog djeteta, makrosomnog djeteta, kao i pri prenošenju. Danas kao jedini pravi razlog epiziotomiji moderna literatura navodi samo asfiksiju ploda.

Tehnika rada

Urez epiziotomije izvodi se tijekom izgona, u vrhuncu napona, pri ukazivanju glavice na izlazu u vulvi i narinjanju međice, tim urezom se nastoji spriječiti nekontroliran i nagli razdor tkiva. Prema mjestu gdje se radi urez međice razlikujemo: medijalnu, medio-lateralnu i lateralnu epiziotomiju. Medijalna epiziotomija ima prednost, jer se ne režu mišići već samo medijalna vezivna ploča, a nedostatak joj je što se može lakše produžiti u rascjep sfinktera anusa i rektuma. Lateralna se urezuje 2 centimetra od medijane linije u smjeru tuber osis ischii i većinom se primjenjuje. Kod lateralne ne postoji opasnost njenog proširenja u rascjep rektuma. Izvodi se češće sa desne strane.

Reže se sterilnim škarama, zasijeca koža, potkožno tkivo i mišići perineuma (*m.bulbocavernosum, m.transversus perinei profundus, m.transversus perinei superficialis, a može biti presječen i m.levator ani*). Prije pravljenja ureza međica se može anestezirati lokalnim anestetikom, koji se ubrizgva u kožu i mišićno tkivo. Nakon porođaja djeteta i posteljice odmah se pristupa zbrinjavanju epiziotomije. Epiziotomija se šiva u tri sloja: 1.rodnica, 2. mišići zdjeličnog dna – okruglom iglom, 3.potkožno masno tkivo i koža trobridom iglom.

Komplikacije

Komplikacije epiziotomije su hematomi koji nastaju ako se ne podvežu krvne žile i infekcije rane. Hematomi se moraju naknadno zbrinuti, evakuirati, postaviti resuture uz eventualnu drenažu i obaveznu antibiotičku terapiju. Inficiranu ranu treba otvoriti, te liječiti antibioticima i lokalno oblozima. Rana u ovom slučaju može zarasti spontano (per secundam) ili se rana naknadno ponovo šije nakon liječenja infekcije (resutura).

Kod vakuum ekstrakcije epiziotomija je indicirana jer se povećava mogućnost da dođe do puknuća vagine, perineuma i analnog sfinktera.

5. Puknuti prirodno ili epiziotomija

Opstetričari su radili epiziotomiju rutinski kako bi ubrzali porod i spriječili pucanje vagine tijekom prvog vaginalnog poroda. Vjerovali su kako čisti rez epiziotomije cijeli lakše nego spontano puknuće. Mnogi su vjerovali kako epiziotomija može spriječiti kasnije komplikacije poput inkontinencije. Mnoge studije u zadnjih 20-ak godina su



pokazale kako to nije slučaj. Nema čvrstog dokaza kako epiziotomija daje vaginalnom tkivu i mišićima zdjeličnog dna pruža stvarnu zaštitu.

„Rodnica (vagina) predstavlja svojevrstan kulturni simbol, koji izjednačava uzvišenu prirodnost, snažnu seksualnost, stvaralaštvo, i zbog toga mušku prijetnju u odnosu na položaj žene. Sjetimo se samo dugo poštovanog mita o zubatoj vagini koja prijeti da će kastrirati impotentnog muškarca. Kroz epiziotomiju liječnici, kao predstavnici društva, mogu uništiti vaginu, a potom je rekonstruirati, sukladno s kulturnim vjerovanjima i sistemom vrijednosti. To djelomično objašnjava zašto se epiziotomija naviše preispitivala u Europskim zemljama, gdje je normalni porod pratila babica, također žena, za razliku od SAD-a.“



„Istraživanja su pokazala kako su se žene koje su imale spontano puknuće oporavile u istom ili manjem vremenu uz manje komplikacija od onih koje su imale epiziotomiju. Žene uz epiziotomiju imaju tendenciju gubitka više krvi u vrijeme poroda, imaju veće bolove tijekom oporavka i dulje čekaju na seksualne odnose bez neugode. Epiziotomija povećava rizik infekcije, a jedno je istraživanje pokazalo kako epiziotomija tijekom prvog poroda povećava rizik od spontanog puknuća tijekom drugog poroda.

Što je još gore, kod žena s epiziotomijom veća je šansa puknuća analnog sfinktera ili cijelog rektuma, u usporedbi sa ženama koje imaju porod bez epiziotomije. Ovakve ozljede zahtijevaju dulji oporavak i veća je šansa da će smanjiti jačinu mišića zdjeličnog dna. „

Najveći argument za epiziotomiju jest da štiti međicu od ozljeda, a takva zaštita se postiže rezanjem medice, vezivnog tkiva i mišića. Jedna grupa opstetričara drži da spontane rasjekotine čine veću štetu, ali nova istraživanja dokazuju da su duboka napuknuća skoro isključivo nastavak, tj. posljedica epiziotomije. To ima i smisla.

Navedeno, Harrison opisuje na slikovit način: „Pokušajte razmišljati o epiziotomiji ovako: ako držite komad tkanine i rastežete ga, s namjerom da ga potrgate na dva dijela, znate i sami koliki otpor stvara sama tkanina, i rijetko će puknuti. Ali ako napravite mali rez u sredini, rastezanjem ćete lako postići cilj. Vršenje epiziotomije je jednako tome, tako da ponekad dolazi čak i do rascjepa rektuma.

Liječnici još uvijek raspravljaju o tome da li je taj jasan kirurški rez lakše tretirati, nasuprot puknuću koje nastaje bez rezanja. Moje iskustvo jest da je ta mala napuknuća koja se događaju bez epiziotomije lakše zaštićeni i manje su bolna za ženu.

Epiziotomija, jednom napravljena i zakrpana, mnogo je lošija i izvor je mnogo veće boli u razdoblju poslije poroda.“ (Harrison 1982:97)

Poznate su izjave i mnogih drugih opstetričara koji potvrđuju da „nisu nikad imali napuknuća 3. i 4. stupnja kroz sfinkter ili rektum ukoliko nisu radili epiziotomiju.“ To je potvrđeno i u paralelnom istraživanju o bolničkim i kućnim porodima, gdje se epiziotomija izvodila devet puta više u bolničkim porodima, praćena sa devet puta

učestalijim i ozbilnjim povredama međice (3. i 4. stupnja).

Drugo istraživanje, provedeno na 241 prvorotki koje su rađale u bolnici, pokazuje da je omjer dubokih napuknuća bio najniži (0.9 %) kod žena bez epiziotomije, kao i onih koje nisu bile ograničene na ležeći položaj; najveći postotak dubokih napuknuća (27.9 %) bio je kod žena koje su rađale u stremenu i s epiziotomijom. (Borgatta et al. 1989:295) To dokazuje da i položaj u kojem žene rađaju ima velikog utjecaja na učestalost spontanih puknuća.

„Istina jest da je epiziotomija rijetko kada potrebna kada žena rađa u poduprtom čučećem položaju. Taj položaj osigurava maksimalan pelvični pritisak, optimalnu opuštenost mišića, veliko širenje perineuma i minimalno mišićno naprezanje. On je također najbolja prevencija protiv ozbiljnih razdiranja perineuma. Kada žena leži na leđima, s nogama u stremenu i pokušava istiskivati protiv sile teže, vjerojatnije je da će početi razdiranje u dubokom tkivu ispod površine kože. Međutim, u poduprtom čučećem položaju, bilo kakvo razdiranje će obično biti površinsko i brzo će zacijeliti.“ (Michel Odent)

„Ako žena nema epiziotomiju, vjerojatno će imati mala napuknuća. Vrlo će rijetko ta napuknuća, čak i ona najveća, biti gora od epiziotomije. Niti jedno istraživanje nije uspjelo dokazati da epiziotomija smanjuje učestalost napuknuća 3. i 4. stupnja, ali mnoga su dokazala da je medijalna (središnja) epiziotomija usko povezana s dubokim rasjekotinama. (Am J Obstet Gynecol 1989;160:1027-1030.)“

6. Preporuke

Aktivan život, redovito bavljenje tjelovježbom, odnosno dobra kondicija preduvjet su za lakši vaginalni porođaj, kao i uravnotežena prehrana, jer zdrava koža se rasteže puno lakše. Da bi mišići zdjelice postali čvršći i elastičniji, trudnica može izvoditi vježbe za zdjelicu, odnosno Kegelove vježbe, tijekom cijele trudnoće, a u zadnjim tjednima i perinealnu masažu.

Izvođenje vježbi za zdjelicu

Mišići dna zdjelice tvore figuru u obliku broja osam kao da su kružno omotani oko vaginalnog i mokraćnog otvora naprijed i analnog otvora straga. Mišići zdjelice rade kao cjelina. Kegelove vježbe ili vježbe mišića donjeg dijela zdjelice, odnose se na mišiće kao na cjelinu, iako je glavni cilj vježbi na prednjem aspektu dva kružna stezna mišića (sfinktera) koji kontroliraju prolaz urina i stezanje vagine. Ove vježbe uključuju povlačenje i uvlačenje mišića.

- *Vježba broj 1 - osnove stezanja i opuštanja - lezite na leđa, postrance ili na trbuh, s razmaknutim nogama i opuštenim prsima. Uvucite donji dio zdjelice, stisnite. Trebali biste osjetiti kako se mišići sa strane stišću, a unutrašnji prolazi postaju napeti. Koncentrirajte se na prednje mišiće oko mjeđura i vagine. Stavite ruku iznad stidne kosti i podignite se prema ruci kao da stišćete porođajni kanal. Zadržite taj položaj 2-3 sekunde, a onda se potpuno opustite.*

- *Vježba broj 2 - lift - smjestite se u bilo koji udoban položaj. Zamislite da se vozite u liftu. Kako se podižete gore i približavate svakom sljedećem katu tako sve više stišćite mišiće, ali tako da ne gubite ni malo napetosti koju progresivno skupljate. Učinite to laganom vožnjom gore i laganim spuštanjem dolje, potpuno se opustivši na kraju.*

Vježbanje mišića donjeg dijela zdjelice uvijek završite stezanjem tako da se vratite u prvobitni položaj. Kvalitetno izvođenje vježbi bitnije je nego broj koliko puta ih ponovite. Učinite ih barem 50 dnevno za vrijeme trudnoće i nakon poroda, a i dalje tijekom čitavog života.

Kegelove vježbe

Kegelove vježbe nazvane su prema čovjeku koji ih je osmislio, liječniku Arthuru Kegelu. Te je vježbe savjetovao svojim pacijenticama još 1940. godine. Vježbe su osmišljene kako bi jačale sve mišiće uro-genitalnog trakta.

Vježbe sprječavaju ili tretiraju inkontinenciju u trudnoći i nakon poroda te također učvršćuju mišiće koji će poboljšati seksualne odnose nakon poroda. Vježbe također smanjuju mogućnost pojave hemeroida, jer zahvaćaju i rektalno područje.

Vezano uz sam porod - vježbajući mišiće zdjeličnog dna, trudnica će znati opustiti ih u porodu, a opuštanje ne samo da porod čini ugodnijim, već i sprječava pucanje tkiva međice. Osim toga, jači mišići pomažu ženi pri porodu da tiska jače i lakše istisne dijete. Upute za kegelove vježbe su vrlo jednostavne:

- stegnite mišiće zdjelice tokom mokrenja kao da pokušavate zaustaviti mlaz,
- zadržite stegnuto dok nabrojite do 3,
- polako popuštajte stezanje i opustite se.

Najbolje kod Kegelovih vježbi je što se mogu raditi bilo gdje i bilo kada. Gledajući televiziju, čekajući red na blagajni, vozeći auto... Samo stisnite mišiće zdjeličnog dna i zadržite ih stisnute dok nabrojite do pet, tada ih opustite i ponavljajte vježbu desetak puta, te postupno povećavajte vrijeme izvođenja. Kada se uvježbate, pokušajte tokom dana raditi 3 do 4 seta od 25 ponavljanja. U početku zadržite stezanje nekoliko sekundi, a nakon što ojačate mišiće te osjetite da su snažniji povećajte stezanje na 10 sekundi. Kada postanete vješti u izvođenju Kegelovih vježbi, pokušajte ih raditi u različitim položajima: ležeći, sjedeći, čučeći, sjedeći prekriženih nogu (na „turski“), na sve četiri.

Kada stežete zdjelične mišiće nemojte stezati mišiće stražnjice, bedara ili trbuha, jer oni ne trebaju biti uključeni u Kegelove vježbe. Možete primjetiti da prilikom stiskanja mišića zdjelice stiščete i rektalne mišiće. Što više vježbate bit ćeće usredotočeniji na mišiće zdjelice.

Perinealna masaža (tj. masaža međice)

Kako bi trudnica poboljšala elastičnost međice, preporučljivo je da u zadnjim tjednima trudnoće, otprilike nakon 34. tjedna, da radi perinealnu masažu. Masažom se smanjuje mogućnost pucanja međice i potreba za epiziotomijom. Novija svjetska istraživanja pokazuju da se broj epiziotomija smanjuje, jer masaža međice postaje dio pripreme trudnice za porodaj, a i liječnici porodničari i babice sve više primjenjuju ovu tehniku masaže i tijekom poroda.

Nedavna istraživanja o perinealnoj masaži tijekom zadnjih tjedana trudnoće dovela su do zaključka da ova tehniku može pomoći u spriječavanju pucanja međice kod prvorotkinja, a ujedno smanjuje potrebu za epiziotomijom tijekom vaginalnog poroda. Upute:

- Masažu možete izvoditi sami ili vam može pomoći partner. Radite li ju sami bilo bi dobro da se smjestite ispred ogledala kako bi vidjeli što točno radite. Ne zaboravite oprati ruke i skratiti nokte.
- Smjestite se u udoban sjedeći položaj s raširenim nogama, slično položaju pred porod. Stavite malo biljnog ulja ili vodenog lubrikanta na vrhove prstiju i na područje međice (prostor između vagine i anusa).
- Stavite palčeve u vaginu do dužine prvog članka. Ispružite noge i stisnite prema prostoru međice. Istovremeno pritišćite prema dolje i sa strane te lagano rastežite to područje dok ne osjetite lagano peckanje i gorući osjećaj. Budite nježni!
- Nastavite s rastezanjem dok ne mine osjećaj peckanja. To bi se trebalo dogoditi nakon nekoliko minuta.
- Nakon što peckanje nestane masirajte donji dio vaginalnog kanala laganim neprijed-nazad pokretima. Imitirajte izlazak djetetove glavice lagano povlačeći vaginalno tkivo prema naprijed i zadržite tu poziciju nekoliko minuta.
- Završite laganom masažom cijelog tkiva. Masirajte u naprijed-nazad pokretima u trajanju oko jedne minute
- Treba zapamtiti da je važno masirati se nježnim dodirima i pokretima, jer grubim pokretima lako se mogu napraviti ogrebotine te uzrokovati oticanje tkiva. Također treba izbjegavati pritisak na mokračni kanal, jer može se uzrokovati iritacija ili infekciju.

7. Položaj u porodu

Žene koje rađaju u ležećem položaju s nogama u stremenima, najizloženije su spontanim puknućima 2. i 3. stupnja. Također je vjerojatnije da će biti podvrgnute epiziotomiji. Prvorotke će zasigurno imati epiziotomiju, a to je povezano s položajem u kojem rađaju, jer one se većinom odlučuju za porod na ledima, što je najvjerojatnije povezano s (ne)iskustvom i okolnostima. Navedene činjenice dokazane su istraživanjem u kojem je sudjelovalo 275 žena rađajući spontano, tj. vaginalno. Žene koje nisu koristile lijekove protiv bolova imale su najveći postotak neoštećene međice (34.1 %), dok su žene s epiduralnom imale najveći postotak epiziotomije (65.2 %). Učestalost potpuno neoštećenog perineuma u odnosu na položaj iznosi: 31.6 % u polusjedećem položaju, 15 % ležeći i 12 % ležeći na ledima s nogama u stremenima. (*J. Roberts: Factors associated with perineal outcome during childbirth. „Nurse Midwifery“ 1987 May-June*).

U drugom istraživanju dokazano je da su duboka napuknuća, 3. i 4. stupnja, bila najmanja (0.9 %) kod žena bez epiziotomije, te onih koje nisu rađale u ležećem položaju s nogama u stremenima; nasuprot najvišem postotku (27.9 posto) kod žena s epiziotomijom i u gore opisanom ležećem položaju. Jedino moguće objašnjenje za povezanost između položaja u stremenima i dubokim napuknućima je da je u tom položaju međica prerastegnuta. U istraživanju je sudjelovalo 241 roditelja. (Borgatta, Piening, Cohen: Association of episiotomy and delivery position with deep perineal laceration during spontaneous delivery in nulliparous women. „Obstet Gynecol“ 1989)

Položaj koji žena zauzima u trenucima izgona najznačajniji je čimbenik u sprečavanju oštećenja međice. Može se izabrati nekoliko položaja.

1. Ležanje na boku s jednom nogom podignutom preporučljivo je ukoliko žena ima problema s krvnim tlakom i ako je umorna.
2. Klečeći položaj npr. uz krevet, podupirući gornji dio tijela, oslobađa od bolova u leđima.
3. Kada je žena „na sve četiri“ trbuh joj je okrenut prema dolje, kleći na koljenima i oslanja se rukama o pod. Taj položaj ima prednost zbog sile teže i također olakšava bol u leđima.
4. Čučeći položaj također ima svojih prednosti jer omogućava maksimalan pritisak s unutarnje strane zdjelice, dok istovremeno dovodi do najmanjeg mišićnog naprezanja koji je potreban da se novorođenče „progura“ kroz porođajni kanal. U čučećem položaju otvor zdjelice se povećava za 30 % i stvara se više prostora za prolaz novorođenčeta. Međica ostaje opuštena, pa je mogućnost oštećenja svedena na najmanju moguću mjeru. U čučećem položaju žena je najotvorenija, sposobnost njezina tijela da tiska je maksimalna, potaknuta je pravilna rotacija glave djeteta te izgon, a trtična kost ne стоји na putu. Najlakši i najudobniji način da se trudnica postavi u taj položaj je uz pomoć partnera. Partner, sjedeći na stolcu raširi noge i pomogne ženi da čučne između njih. Ona se naslanja nadlakticama na njegove noge, a može se i leđima u potpunosti osloniti na njega. Također se može osloniti i na krevet, ukoliko joj je tako udobnije. Planira li isprobati ovaj položaj s partnerom, bilo bi dobro da ga predhodno uvježbaju kako bi se navikli na taj osjećaj.

Po mišljenju Marsden Wagnera, najbolji položaji za prevenciju napuknuća su: klečeći položaj i položaj „na sve četiri“. Ležeći položaj na boku povoljniji je nego ležeći na leđima koji se izbjegava ukoliko nije neophodan. U klečećem položaju koljena bi trebala biti u raskoraku u širini s ramenima, nikako više. Trebaju biti usmjerena prema naprijed. Istraživanja pokazuju značajno smanjenje napuknuća kod žena koje su rađale ili klečeći ili „na sve četiri“. U ovim položajima beba je bolje opskrbljena kisikom, rodilji je ugodnije, napuknuća su minimalna i najveći je promjer otvora zdjelice i opuštenost međice. (M. Wagner; „Pursuing the Birth Machine:The Search for Appropriate Birth Technology“; Australia 1994)

8. Njega babinjače

Kod razdora međice 1. i 2. stupnja provodi se ista njega kao i kod epiziotomije; primalja treba podučiti babinjaču kako da se podiže uz pomoć desnog boka te savjetovati joj da izbjegava sjedenje tri tjedna (može koristiti kolutove na napuhavanje). Također treba objasniti babinjači da se šavovi „rastope“ (tj. razgrade fagocitom) nakon 7 dana. Tada nastane ožiljak kojem je potrebno još 2 tjedna da očvsne, tek tada babinjača može sjesti bez straha da će joj se šav raspasti. Primalja treba pravodobno uočiti nastanak edema ili hematoma na rani te stavljati rivanolske obloge.

Babinjača sa sašivenim sfinkterom i rektumom prvih pet dana puerperija ne smije imati tvrdu stolicu, što se regulira laksativima i kašastom prehranom. Uobičajena je i antibiotička profilaksa. Babinjača nikako ne smije nikako dobiti klizmu. Kasnije komplikacije uključuju mogućnost nastanka inkontinencije, stenoze anusa i retrovaginalnih fistula. Preporučuju se oblozi od ricinusovog ulja – ujutro i navečer. Babinjačama treba objasniti važnost osobne higijene (obavezne nakon svake defekacije) te održavanja čiste i suhe rane.

9. Oporavak

S obzirom da se šavovi nalaze u vrlo osjetljivom području nakon epiziotomije ili puknuća potrebovat će neko vrijeme za cijeljenje. U većini slučajeva ne postoji potreba za skidanjem šavova, već se oni sami resorbiraju nakon nekoliko tjedana. Neke žene osjećaju bol tjedan ili dva, dok druge osjećaju neugodu narednih mjesec dana ili više, posebice ako je došlo do puknuća trećeg ili četvrtog stupnja. U slučaju porasta temperature, jake, dugotrajne bolnosti ili krvarenja, svakako treba konzultirati liječnika koji će pregledom potvrditi ili isključiti povezanost tegoba s prethodnim šivanjem epiziotomije ili ruptura.

Odmah nakon poroda na ranu se mogu staviti hladni oblozi. Za vrijeme oporavka preporučuje se što češće sušenje rane na zraku, Kegelove vježbe te šetnja koja pospješuje cirkulaciju. Prilikom pranja i brisanja rana se ne smije strugati, već blago tupkati. Ukoliko može, preporučuje se sjedenje na jednoj strani stražnjice, jer tako se smanjuje pritisak. Kada ležiti, rodilja bi trebala ležati na suprotnom boku kako se iscijedak ne bi slijevao po rani.

Osobna higijena održava se tuširanjem s topлом vodom više puta dnevno, ali treba izbjegavati direktnog mlaza na samu ranu, te svakako valja izbjegavati ležanje u kadi, ne samo zbog moguće infekcije mesta epiziotomije ili rupture, već i ostalih dijelova porodnog kanala (rodnica, maternica). Nakon tuširanja ranu treba u potpunosti osušite.

Ne preporučuje se aplikacija antibiotskih masti ili sprejeva. Epiziotomija zarasta tijekom sedam do deset dana, a šavovi (konci) se resorbiraju spontano. Ne preporučuje se ni pretjerana tjelesna aktivnost tijekom zarastanja, zbog mogućeg rašivanja šavova. Nakon zarastanja ostaje jedva vidljivi ožiljak. Svakako treba izbjegavati zatvor te paziti na unos tekućine i primjerenu prehranu. Seksualni odnosi izbjegavaju se 6 tjedana nakon poroda ili dok liječnik ne odobri.

- Neuromuskularna električna stimulacija (engl. neuromuscular electrical stimulation, NMES): Električna stimulacija živaca u mišićima dna male zdjelice (npr. lat. n. pudendus) omogućava stezanje (kontrakciju) mišića dna male zdjelice te sfinktera uretre i rektuma i zadržavanje u takvom stanju od 5 do 10 sekundi. Potom slijedi relaksacija, a seansu je potrebno ponavljati od 20 do 30 minuta. (U nas ova metoda nije u primjeni.)

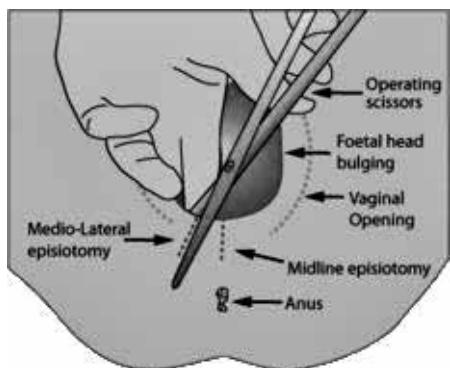
Zaključak

„Sfinkter je sramežljiv mišić - biste li mogli obaviti veliku nuždu u naopakom položaju, na zahtjev druge osobe, dok vas nepoznate osobe promatraju? Ne? Pa ipak, upravo u takvoj situaciji nalazi se većina žena dok rađa. Za normalno napredovanje poroda potrebna je privatnost, neuznemirenost, što manje nepoznatih ljudi i osjećaj sigurnosti i zaštićenosti,“ riječi su Ine May Gaskin, jedne od najpoznatijih svjetskih primalja. Ina je samostalna primalja koja u praksi ima jedan carski rez na 1500 poroda. Slažem se s njom, za uredan porod bez komplikacija potrebna je privatnost, strpljenje i usredotočenost na rodilju.

Postoje li načini da se spriječi ruptura sfinktera, promjenom položaja, toplim oblozima na međicu te da se ne izvodi rutinska epiziotomija i Kristellerov hvat, moje je mišljenje da mi, primalje, to moramo omogućiti.

Mnoge žene se nadaju da tijekom poroda neće potrebovati epiziotomiju, a to je i cilj babica koje brigu o međici doživljavaju ključem profesionalnog umijeća. Naravno da svi porodi neće završiti bez pucanja, bez obzira koliko je truda i njege uloženo. Neke bebe odluče doći s rukom iznad glave, druge pak žure van, ostavljajući malo vremena da se tkivo rastegne.

Primaljin zadatak je da čini sve što je u njezinoj moći i savjetuje trudnice, rodilje i babinjače, jer u središtu našeg zanimanja je zdravlje majke i dijeteta.



Literatura

1. Kurjak, A.(2003): *Ginekologija i perinatolgijska II*. Tonimir Znastvena biblioteka; Udžbenici sveučilišta u Zagrebu, treće izdanje.

Reference:

1. <http://www.roda.hr/article/read/kada-je-epiziotomija-opravdana>
 2. <http://trudnoca-beba.blogspot.com/2012/01/epiziotomija.html>
 3. <http://www.roda.hr/article/category/mitovi-i-istine>
 4. <http://www.e-beba.com/trudnoca/tjelovjezba-i-opustanje/120.html?task=view>
 5. <http://www.e-beba.com/trudnoca/tjelovjezba-i-opustanje/111.html?task=view>
 6. <http://www.e-beba.com/porod/112.html?task=view>
 7. <http://caskalice.forumhr.com/t208-kako-ne-popucati>
 8. http://www.zdrav-zivot.com.hr/index.php?cat=kada_su_urogenitalni_organi_u_zene_spusteni
- WEB stranicama pristupljeno 7.6.'12.g.

Kontroverze o dojenju i pretilosti

Melissa Bartick, MD, MSc, internistica na „Cambridge Health Alliance“ i docentica na „Harvard Medical School“. Nathan Nickel, MPH, PhD, postdoktorski znanstveni novak na „Manitoba Centre for Health Policy“ (MCHP).

Prevela: Tea Ciglar

Činjenica ili zabluda: je li dojenje doista povezano s nižim rizikom od pretilosti u dječjoj dobi? Posljednjih nekoliko godina uvriježeno mišljenje glasi: „da“. Spomenuta tvrdnja temelji se na opsežnim analizama američke „Agenzije za istraživanja i kvalitetu zdravstvene skrbi“ te „Svjetske zdravstvene organizacije“. Međutim, dva, nedavno objavljenia članka, osporavaju ovaj zaključak. Velika medijska pozornost pridana je novim podacima proizišlim iz PROBIT-a („Promotion of Breastfeeding Intervention Trial“), objavljenih u časopisu „Američke medicinske udruge“ (JAMA) 13. travnja ove godine, dok članak u medicinskom časopisu „The New England Journal of Medicine“ (NEJM) objavljen 31. siječnja donosi predrasude o pretilosti, a potpisuju ga Cassazza i drugi. Raspravljali smo o zaključcima iznesenim u oba članka i pokušali razumijeti sukobljene navode.

U studiji PROBIT-a bolnice u Bjelorusiji bile su podijeljene na one koje su provodile „baby – friendly“ tip materinstva, te one s uobičajenom njegom. Istraživači su pregledali više od 17.000 zdrave, dojene djece i zaključili su da dojenje nije povezano s pretilošću u djetinjstvu ili ranoj adolescenciji.

Međutim, iako ovo istraživanje nije pronašlo povezanost, ne znači da ne postoji veza između dojenja i smanjenog rizika od pretilosti. To je stoga, što je studija PROBIT osmišljena tako da podržava otkrivanje samo iznimno velike razlike u stopi pretilosti koja se pripisuje isključivom dojenju. Studija jednostavno nije osmišljena za razotkrivanje umjerenih ili malih razlika. Nadalje, studija nije uspoređivala dojenčad s djecom koja hranjenom isključivo adaptiranim mlijekom, dodatno smanjujući šanse za utvrđivanjem razlika u zdravstvenim ishodima. Zbog toga što djeca hranjena adaptiranim mlijekom nisu ni uključena u PROBIT, nitko ne može donijeti zaključke o sigurnosti formule za hranjenje te mogućem riziku od pretilosti.

Snaga PROBIT-a jest da je slučajno odabran, kontroliran pokus, uzimajući u obzir zlatni standard u znanstvenim istraživanjima. Osmišljen je tako da su istraživači minimalizirali mogućnost kojim bi se zdravstveno stanje pripisalo drugim, zdravim navikama prodojećih obitelji, više nego li samom dojenju. Međutim, PROBIT ima i druga ograničenja, a posebno se ističe činjenica da su stope dojenja u obje studije prilično niske. Bolnice u intervencijskim odjelima uvelike su povećale svoje stope dojenja: isključivo dojenje nakon 3 mjeseca u grupi uobičajene njege iznosi 6 %, a 43% u intervencijskoj grupi, dok je isključivo dojenje nakon 6 mjeseci zastupljeno 0.6% u grupi uobičajene njege, te 7.9 % u intervencijskoj grupi. Dojenje nakon 12 mjeseci u grupi uobičajene njege bilježi 11.4%, a u intervencijskoj grupi samo 19.7%.

Drugim riječima, nekoliko dojenčadi u obje skupine dojeno je i nakon godinu dana. To znači da bi zdravstveni učinci morali biti ogromni da bi se uopće pokazali. Prethodna studija PROBIT-a ukazala je da se populacija pretile djece nije mijenjala u intervencijskoj grupi. Nova studija PROBIT-a koristi se istim populacijama kao i izvorna publikacija, stoga je očekivano da ni ona neće ukazati na svezu dojenja i dječje pretilosti.

Doista, analiza PROBIT-a iz 2011. godine utvrđuje da je PROBIT studija bila premala da bi otkrila značajnu povezanost. Drugim riječima, zato što je studija temeljena na populaciji s vrlo niskim stopama dojenja, PROBIT nema dovoljno velik uzorak koji pokazuje razinu zaštite prikazane u ostalim studijama.

Većina studija koje pokazuju učinak dojenja na pretilost odnose se na duže trajanje dojenja, staž od najmanje 6 mjeseci. Tu je odnos „doziranog odgovora“ koji podrazumijeva da više dojenja znači manje pretilosti, a to je jedan od dokaza koji ukazuje da dojenje zapravo stoji na strani niže stope pretilosti. Ugledna meta – analiza iz 2007. godine koju je provela američka „Agenzija za istraživanje i kvalitetu zdravstvene skrbi“ pronašla je značajne dokaze koji povezuju dojenje u trajanju od najmanje 3 mjeseca i pretilost u kasnijem životu, pri tom su uzeli u obzir više čimbenika. Meta – analiza WHO – a (Svjetske zdravstvene organizacije) iz 2007. godine, također je pronašla značajne dokaze koji povezuju duže razdoblje dojenja s nižom stopom pretilosti. Autori su se bavili pitanjem objave pristranosti, uz napomenu da su samo studije koje pokazuju utjecaj objavljenje, dok se one koje ne pokazuju učinak niti ne objavljuju. Unatoč tome, zaključili su da je još uvijek uvjerljiv učinak dojenja na pretilost, uzimajući u obzir i objavljivanje pristranosti, socio-ekonomski nalaze i pretilost roditelja. U mnogim od 33 ispitanih studija, vidljivi su učinci kod dojenja koje je trajalo od 3 do 9 mjeseci. Iako je sestrinska komparativna studija iz 2010. godine pronašla značajnu povezanost usporedivši dojenu djecu s braćom i sestrama koji u istoj obiteljskoj jedinici nisu dojeni, analizom tih podataka, ali i analizom podataka drugih autora pronađena je samo „trivijalna, mala“ veza.

Članak iz časopisa „The New England Journal of Medicine“ navodi kratki ulomak o dojenju i pretilosti u svojoj raspravi o „mitovima“ o pretilosti, a naširoko je citiran u medijima u kontekstu pobijanja bilo kakve povezanosti dojenja i nižeg rizika pretilosti u kasnijoj dobi. Međutim, autorov pogled na pretilost je prilično površan i zapravo ne isključuje mogućnost da se dojenjem može smanjiti djietetov rizik za pretilost.

Autori spomenutog časopisa navode ranije objavljene radove iz PROBIT-a kao dokaz nepovezanosti dojenja i pretilosti. Članak ističe publikacijsku pristranost studije Svjetske zdravstvene organizacije, što znači da će studije koje pokazuju učinak dojenja biti objavljivane češće od onih koje to ne pokazuju. Autori NEJM-a ne žele komentirati AHRQ analize. Oni ističu da Eggerov test pristranosti stanovništva pokazuje da su manje studije u analizi Svjetske zdravstvene organizacije sklone najvećem utjecaju. Međutim, Eggerov test je samo jedan test publikacijske pristranosti, alternativni Begg test je imao p – vrijednost od 0.96, što ukazuje da publikacijska pristranost nije bila značajan problem. Owen i suradnici su istaknuli da iako je učinak bio veći u manjim studijama, povezanost je još uvijek bila prisutna u većim studijama i statistički je značajna. Čak je i članak iz 2008. godine, kritičar studije WHO-a, pronašao učinak dojenja na pretilost, ali je bila manja od zaključka WHO -a.

Autori časopisa „The New England Journal of Medicine“ uzeli su jedan podatak koji podržava njihov zaključak i zanemarili druge podatke objavljene u svojim drugim „mitovima“ o pretilosti u istom članku. Znakovito, autori otkrivaju finansijska sredstva iz mnogih skupina u sukobu interesa, uključujući i „Mead Johnson Nutrition“ (kretori „Enfamil“ formule za dojenčad), „Global Dairy Platform“ i druga mlijecna udruženja (najviše formula za dojenčad sastoji se od mlijecnih proizvoda). Autori su, također, dobili sredstva od Kraft Foods – a, Coca – Cole, McDonald's – a, PepsiCo i Jenny Craig, što je znatno umanjilo vjerodostojnost bilo kojih znanstvenih istraživanja o pretilosti. Nejasno je zašto je ugledni „The New England Journal of Medicine“ uopće odlučio objaviti članak s takvim letimičnim pregledom i toliko očitih sukoba interesa.



Konačno, mehanizam prema kojem dojenje može biti povezano s nižim stopama pretilosti može biti uvjetovan nizom čimbenika. Osim samog mlijeka, postoje dokazi koji ukazuju da konzumiranje mlijeka iz boćice može biti povezano sa željom skravnika da se boca isprazni, što može pridonijeti prekomjernom hranjenju, a samim time i pretilosti. Djeca hranjena isključivo na prsima moraju se osloniti na unutarnje signale kako bi utvrdila jesu li sita. (Zamislite da jedete zatvorenih očiju – vaš želudac vam sam govori kada je dosta.) Istraživanja o prehrani dojenčadi trebaju uzeti u obzir i vrstu hrane (mlijeko vs. formula) te isporuku (hranjenje na bocu u odnosu hranjenja na dojku) i tek onda procjenjivati povezanost s pretilnošću u dječjoj dobi.

Dakle, nakon svih ovih rasprava, mediji se još uvijek pitaju: „Je li dojenje doista povezano s nižim rizikom od pretilosti u dječjoj dobi?“. Naš odgovor je sljedeći: prerano je zaključiti da dojenje i dječja pretilost nisu uzročno posjedični. Međutim, možda se postavlja krivo pitanje. Umjesto toga, trebamo se pitati: „Je li isključiva/ prevladavajuća formula za hranjenje povezana s povećanim rizikom od pretilosti u dječjoj dobi?“ Od trenutno dostupnih podataka, bilo kakvi učinci dojenja na dječju pretilost vjerojatno nisu veliki, a najzapaženiji su kada se formula za hranjenje uspoređuje s dužim dojilačkim stažom.

Povijest medicine u Dubrovniku

Ivana Vlašica, primalja, Opća bolnica Dubrovnik, vany_dubrovnik@yahoo.com

Uvod

Grad Dubrovnik je poznat u cijelome svijetu po svojoj arhitekturi i ljepoti. Osnovan je u prvoj polovini 7. stoljeća. Njime su vladale bizantske i mletačke vlasti, a od 1526. godine, pa sve do 1808. djeluje kao nezavisna republika. Daleki srednji vijek u kojem se baš i nisu poštivale higijenske norme, u gradu Dubrovniku bio je atipičan.

Dubrovnik je bio svojevrsni kulturni centar među hrvatskim zemljama i nije slučajno da su u njemu rođeni velikani poput renesansnog književnika Marina Držića, znanstvenika i filozofa Ruđera Boškovića ili poznatog liječnika Đure Armina Baglivija. Dubrovnik je oduvijek bio grad koji je nastojao prihvatiti svjetska strujanja. Njegov jedinstveni geografski položaj na razmeđu istočnog i zapadnog Mediterana učinio ga je prijemčljivim za različite kulturne tradicije te znanstvena i društvena postignuća. Dubrovnik i njegovi stanovnici uvek su brinuli o boljitu svog grada i željeli su biti povezani sa svijetom. Stoga su često odlazili u strane krajeve kako bi se školovali ili trgovali, a po povratku svoj su grad nastojali oplemeniti novinama i ljudima koje su s njima stizali, ali uvek su vodili računa o vlastitoj kulturnoj posebnosti. Tako je i nastala dubrovačka kulturna tradicija koja je rezultat svojevrsne prilagodbe različitih kulturnih utjecaja. Dubrovnik je tako postao i ostao svojevrstan svijet u malome, na dubrovački način, koji i danas opetovanje iznenađuje sve one koji se bave njegovom prošlošću i sadašnjosti.

Cilj ovog rada je kratki prikaz prošlosti socijalne i zdravstvene politike Dubrovnika. Postoji mnoštvo knjiga, članaka i bogat dubrovački arhiv s brojnim dokumentima koji svjedoče o prošlosti ovog prekrasnog grada i regije, od srednjeg vijeka, pa sve do danas. Iz tekstova je vidljivo da je Dubrovnik posjedovao visoku razinu organizacije zdravstvene i socijalne zaštite (nahodište, starački dom, razni zdravstveni propisi). Jedinstvenost i naprednost dubrovačkoga socijalnog i medicinskog sustava očituje se i u činjenici da je baš u Dubrovniku prvi put u povijesti uvedena karantena.

Razrada

1. Počeci medicine u Dubrovniku; povijesne crtice

Dubrovnik je već od svog osnutka povezan s medicinom. U 6. st.pr.Kr. grčki kolonisti iz Epidaura na Peloponezu donose kult grčkoga boga zdravlja – Eskulapa (lat. Asklepija) u dalmatinski Epidaur (današnji Cavtat). Tako Asklepije postaje zaštitnik Epidaura. Naselje Epidaur uskoro je romanizirano, pa je i ime boga promijenjeno u Eskulap. Nakon što su Avari i njima podložni Slaveni opustošili i razrušili Epidaurum, izbjeglice su potražile zaklon u okolici, a dio njih naseljava mali, hridinasti otok (Ragusium) u neposrednoj blizini planine Srđ. Tijekom stoljeća Slaveni koji su živjeli na padinama Srđa i Romani na otočiću, stopili su se u jedan narod. U 10. i 11. stoljeću nasuli su uski morski tjesnac (današnji Stradun) koji ih je dijelio, a krajem 12. stoljeća oba naselja su spojena, utvrđena i opkoljena zidinama. Tako je nastao Dubrovnik. Ime je dobio po gusto šumi „dubravi“ podno Srđa.

Štovanje božanstva prenijelo se i u Dubrovnik gdje je u doba renesanse isklesan Eskulapov lik na najljepšem kapitelu Kneževa dvora koji je u to vrijeme bio veoma važna zgrada. Kapitel predstavlja liječnika (Eskulapa) s tipičnom kapom i dugom bradom, koji očekuje svoje bolesnike u svome alkemičarsko-liječničkom laboratoriju, a seljak kojemu građanin (sluga Eskulapov) pokazuje put, donosi mu darove, među kojima je i kokoš, tradicionalni liječnikov honorar. Uz stup se nalaze i humanistički stihovi na latinskom jeziku s izmišljenom pričom o Eskulapovu podrijetlu iz obližnjeg Epidaura, čijim su se potomcima smatrali i stari Dubrovčani. Taj likovni prikaz jedan je od rijetkih u svijetu. Evo prijevoda teksta:

“Eskulap tu je isklesan domaja mu Dubrovnik stari mi se dičimo njime jer liječnička oča svoga a taj je bio apolon stoljećima ostala skrita i još nas pouči u tom koja su svojstva trava i koja je poraba njina vidjevši da su njemu malene sve pohvale ljudske mudro ga odrede predi za hvalu međ bogove surstat nitko zaciјelo svijetu od njega korisniji ne bje.”

(doslovan prijevod prof. Mladen Kristić, Dbk.)





2. Pučka i religijska medicinska tradicija u Dubrovniku; crkva Sv. Vlaha

Pučka medicina na ovim prostorima vezana je prije svega uz tradiciju liječenja ljekovitim biljem. Već su Rimljani znali da ovdje raste *Mandragora officinalis* (alrauna), koju narod zove mandrača, a i danas se bere i nalazi na planini Sniježnici (1.234 metara nadmorske visine) koja tvori sjeverni dio Konavala. Znanje pučke medicine prenosilo se s koljena na koljeno, a kasnije se to znanje počelo prikupljati i objavljivati u raznim ljekarušama, od kojih je poznata ona iz 1705. godine Ignacija Aquilinija (1642.–1715.) – *Kućni liječnik bez spenze*. To djelo, pisano u stihovima, ujedno je i prvo medicinsko djelo na hrvatskom jeziku u Dubrovniku. Prvi zakonici Dubrovačke Republike iz 13. stoljeća zabranjuju trovanje i upotrebu otrovnog bilja, pa je iz toga moguće zaključiti da je herbalizam bio raširen u starome Dubrovniku.

Na ovom je području stanovništvo često, osim od liječnika-travara, pomoć pri ozdravljenju tražilo i od svetaca-zaštitnika. O tome svjedoče i brojni motivi koje nalazimo u dubrovačkoj katedrali, kao i kult Sv.Vlaha. Najznačajniji svetac, zaštitnik staroga Dubrovnika, bio je Sv. Vlaho. Njemu je posvećena i istoimena crkva (izgrađena u 14. st., ali oštećena u potresu i uništena u kasnjem požaru, na tom mjestu sagrađena je sadašnja crkva koja datira iz 18. stoljeća). Sv. Vlaho (Sv. Blaž) bio je biskup Sebaste u Armeniji u trećem stoljeću. Po zanimanju je bio liječnik. Potaknut božanskim nadahnućem povukao se u planine, u pećinu i ondje je živio u razmišljanju, okružen divljim životinjama. Divlje životinje ga nisu napadale, već su ga ljubazno sretale i dolazile k njemu po pomoć kad bi se razboljele ili bile ranjene. Osudili su ga da je враč i pogubili. Sv. Vlaho smatra se zaštitnikom divljih životinja. Zaziva se i protiv bolesti grla jer je, prema legendi, jednom spasio neko dijete od gušenja, nakon što je ono bilo progutalo riblju kost. Svakoga 3. veljače, na dan Sv. Vlaha, prieđuje se veliko slavlje i slavi ovaj svetac, uz obvezni blagoslov grla, tzv. „grličanje”: svećenik prilazi onome koga se blagoslivlja s dvije isprepletene svijeće i izgovara blagoslov. Građani Dubrovnika proglašili su Sv.Vlahu 972. godine svojim zaštitnikom.

3. Epidemiološka slika staroga Dubrovnika i protuepidemijske mjere

3.1. Leprozorij

Za vrijeme križarskih ratova čitava Europa bila je puna gubavaca, a sama bolest poprimila je epidemijsko-pandemijski karakter. U to vrijeme, najviše gubavaca bilo je u Dalmaciji kao jednom od pomorskih putova povratka europskih križara iz Svetе zemlje. Za Dubrovnik to je bilo iznimno važno i pribjeglo se ranom sprječavanju širenja bolesti. Stoga, ne začuđuje činjenica da je prvi hrvatski spomen o izolaciji gubavaca nastao u Dubrovniku 1272. godine: „Određujemo da se kuće što su ih štavitelji koža sebi podigli ili će ih podići izvan grada, na mjestu gdje se obično zadržavaju gubavci, njima ne osporavaju i da ih zbog njih, ni Općina ni bilo koja druga osoba, ne smije uznemiravati. Gubavci se ne smiju ovdje zadržavati, nego neka odu stanovati dalje od grada.“ (De domibus factis

in loco leprosum – Liber Stat. VI, cap. LVI). Prema dostupnim podacima čini se da je bilo čak i više lazareta, na različitim mjestima, uvijek izvan grada, kako istočno, tako i zapadno. Tako se 1335. spominje smještaj gubavaca na padinama Brgata (Krstac), zatim 1320. u blizini crkve Sv. Andrije i Tome (Pile), potom 1435. kod Sv. Mihajla (vrata od Ploča), 1430. u Konavlima (Pločica), 1532. kod crkve Sv. Lazara na morskoj obali.

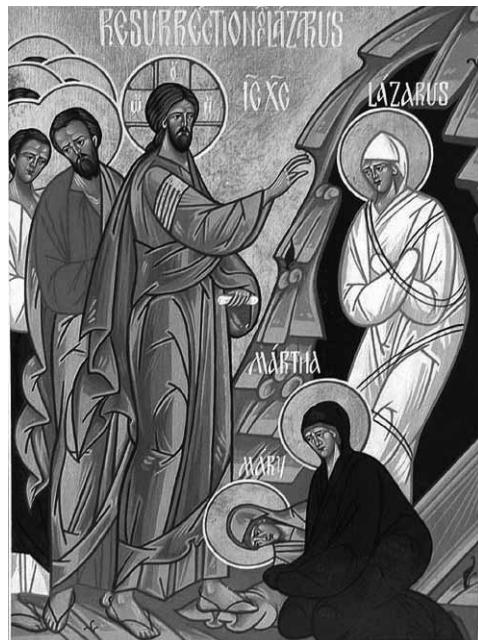
Kako je ova bolest i njena zaraznost poznata još od biblijskih vremena, kao mjera za njeno sprječavanje određuje se potpuna izolacija bolesnika, što je praktički bila i jedina mjera do konačne smrti oboljelog.

U leprozorijima se nije provodilo nikakvo liječenje, a same institucije nisu ni imale karakter bolnica, već skloništa, stoga su služile isključivo za izolaciju. Uzdržavanje i gradba ovih institucija ovisila je o javnoj dobrotvornosti i milostinji. Bolesnicima su bila oduzeta sva građanska prava, brakovi su se poništavali, a veoma često i same osobe su proglašene mrtvima. Kako je prema Evanđelju Lazar bolovao od lepre, proglašava se zaštitnikom gubavaca, a leprozoriji se po njemu nazivaju još i lazaretima.

3.2. Lazareti – Karantena

Neposredno iza istočnih gradskih vrata, zvanih Vrata od Ploča, nalazi se građevina koja najbolje govori o naslijeđu medicine staroga Dubrovnika. Kompleks pod nazivom Lazareti predstavlja posljednje mjesto gdje se nalazila dubrovačka karantena.

Svaka bolest koja se pojavila u teškom obliku, sa velikim postotkom smrtnosti i koja bi zahvatila veliki broj ljudi, nazivala se pestitisom odnosno kugom. Na narodnim slikama kuga se pojavljuje u liku žene koja dodirom ruke raznosi bolest. Naziva se još i božji bič, crna smrt. Kuga kao europska lučko-trgovinska pandemija pojavila se u Europi 1348., pobivši 1/5 cjelokupnog pučanstva. Ni grad Dubrovnik nije bio pošteđen - prema bilješci iz 15. stoljeća od godine 1348. do 1374. na području Dubrovačke Republike pomrlo je 25.000 ljudi. Rješenje je bilo ili obustaviti trgovinu s drugim krajevima, posebice s istokom, od kuda je kuga najčešće i dolazila, što bi za razvoj samoga grada bilo pogubno, ili uvesti određen način zaštite od epidemije koji bi istovremeno omogućavao slobodnu trgovinu. Tako je 27. 7. 1377. u Dubrovniku uvedena karantena. Došljaci su, prije ulaska u grad, morali boraviti 30, a potom i 40 dana (po tom je broju karantena i dobila ime quaranta, lat. = četrdeset), na za to određenim mjestima, kako bi se vidjelo hoće li razviti bolest. Karantena se isprva nalazila u Cavatu, na obližnjem otoku Mrkanu. Tako je veoma skučeni prostor benediktinskog samostana Sv. Marije na Mrkanu, uz dograđene daščare, šatore, a katkad pod vedrim nebom služio kao karantena (smještaj sumnjivih, raskuživanju roba i liječenju bolesnika). Prednost daščara bila je u tome što su se mogle lako spaliti što se provodilo kao mjera raskuživanja. Da bi se poboljšao život osoba u karanteni, ali



i postrožile epidemiološke mjere, 1397. godine donosi se odluka o mogućnosti izbora karantene - na Mrkanu ili u benediktinskom samostanu Sv. Marije na Mljetu. To je ujedno i prvi dubrovački komforni lazaret, u predivnoj prirodi, sa sigurnim sidrištem za brodove Lazaret na Mljetu funkcionirao je uz određene prekide punih 130 godina (1397.-1527.).

Dubrovačka Republika, vodeći posebnu skrb o lazaretima, ali i trgovini, o smještaju putnika, kako onih iz prekomorskih zemalja, tako i karavanskih, te o nepraktičnosti udaljenih lazareta, kao i o njihovoj strategijskoj obrani, razmišljala je o novim, prikladnijim mjestima bliže gradu. Uz mljetski lazaret, 1429. godine dubrovačka vlada donosi odluku o gradnji prvog dubrovačkog lazareta, prve dubrovačke karantene na otoku Supetru. Dvije godine kasnije na tom otočiću izgrađena je prva kamena kuća za smještaj bolesnih i sumnjivih na kužnu bolest. Strategijski neprihvatljiva karantena na Mrkanu, na Bobari i Supetru dovodi do promjene strategije smještaja koji je sve bliži gradu. Godine 1430. na Dančama i 1436. u parku Gradac, u neposrednoj blizini grada, prema zapadu, određene su kuće za izolaciju sumnjivih i bolesnih. U vrijeme epidemija većih razmjera, na Dančama nije dostajalo mesta za sve bolesne, pa se područje, gdje su oni živjeli, izoliralo kao privremeni kontumac (lazaret). Tako se dubrovačka vlada prilagođavala epidemiološkoj situaciji osnivajući privremene lazarete, što odgovara i današnjim suvremenim principima izolacije i liječenja na mjestu epidemije.

Za pokop umrlih određuju se muškarci, u narodu nazvani kopci. Zanimljiva je praktična odluka Gradskega magistrata iz 1462. da se u lazaretu zaposli 20 žena koje su preboljele kugu, jer za njih nema opasnosti od zaraze – što upućuje na rano razumijevanje stečenog imuniteta.

Godine 1465. započela je gradnja lazareta na Dančama, koji je služio i kao kužna bolnica. Uz glavnu kuću, sagrađeno je i nekoliko manjih kućica za smještaj članova obitelji okuženih, odnosno onih koji su preboljeli zarazu, te cisterna za vodu. Podignut je i dugi zid, koji je lazaret odvajao (izolirao) od glavnog puta prema gradu. Lazaret na Dančama bio je izgrađen u skladu sa svim propisima i bio je glavni dubrovački kontumac u drugoj polovici 15. st. Uz njega je sagrađena i kapelica Gospe od Danača, sačuvana do današnjih dana. Izgradnjom lazareta na Dančama (1482.) ukidaju se svi drugi lazareti i mesta kontumacije (otoci, Cavtat).

U svrhu zaštite pučanstva od zaraznih (kužnih) bolesti vlada Dubrovačke Republike donosila je i odredbe o protuepidemijskim mjerama na brodovima. Godine 1486. naredila je da svaki brod, koji želi ući u Dubrovačku Republiku, mora imati zdravstveni karton ili patent. To je posebna isprava kojom su lučke vlasti izvješćivale kapetana broda o zdravstvenom stanju grada iz kojeg se isplovjavalo. Svaki brod, prije pristajanja u luke Dub. Republike, morao je pokazati zdravstvenu ispravu polazne luke i potvrdu dubrovačkog konzula. Bez njih se nije dozvoljavalo ostajanje i vezivanje uz gat (obalu). Svaki brod s okuženim bolesnikom, morao je istaknuti žutu zastavu. Dubrovačko državno tajništvo je izdavalо potvrde i zdravstvene listove o zdravstvenom stanju u gradu brodovima koji su odlazili iz Dubrovnika.

U Dubrovačkoj Republici postoje su četiri vrste zdravstvenih listova:

1. patente libera – u luci odavno nema epidemije;
2. patente netta – u luci je nema zadnjih tjedana;
3. patente sospetta – u luci ima sumnjivih bolesnika;
4. patente brutta – epidemija u luci je u tijeku.

Dubrovački Senat je 1590. godine odlučio sagraditi veliki lazaret na Pločama, u neposrednoj blizini gradskih zidina, kod istočnog ulaza u grad, gdje su se sastajali glavni kopneni i morski trgovački putovi. Gradnja je započeta tek krajem 1627. godine, jer su Dubrovčani dugo okljevali o gradnji lazareta u blizini grada. Gradnja je okončana 1642. Lazaret na Pločama sastojao se od osam zgrada za stanovanje i pet velikih duguljastih i međusobno odvojenih dvorišta. U svako se dvorište ulazio posebnim ulaz, osiguranim rešetkama i bravama. S obje strane svakog dvorišta bili su trjemovi i prostorije s drvenim policama za „čišćenje“ robe. Turski putopisac Evlija Čelebija došao je u Dubrovnik 1664. godine, te je, poput ostalih putnika iz turskih krajeva, morao provesti neko vrijeme u lazaretu. On je opisao lazaret kao lijepu četverokutnu zgradu sa zračnim sobama, kuhinjama i dvorištima. Putnici su tamo morali boraviti 40 dana, a u povoljnijim slučajevima najmanje deset ili sedam dana. Stalna vojnička straža pazila je da stanovnici lazareta ne dolaze u doticaj s osobama izvan lazareta.

Godine 1784. izgrađen je poseban zid, koji je s kopnene strane zatvorio kompleks lazareta. Uprava cijele protuepidemijske službe, pa tako i lazareta, bila je u rukama zdravstvenog magistrata, sastavljenog od pet plemića. Lazaret nije imao svog liječnika. Preglede sumnjivih osoba povremeno je vršio jedan od dvojice stalnih državnih kirurga. Troškovi zdravstvene zaštite podmirivali su se iz državne blagajne, koji su bili pokriveni carinskim doprinosima putnika.

Razvojem kopnenih trgovačkih putova, Dubrovačka vlada je uvidjela kako je epidemiološka opasnost prešla s morske strane na kopnenu granicu Republike. Stoga su se u lazaret na Pločama tijekom 17. i 18. stoljeća znatno više smještali kopnene karavane, nego li pomorci, koji su, kao i roba sa sumnjivih brodova, zadržavani u karanteni na samom brodu, usidreni ispred lazareta ili uz otok Lokrum ili Mljet.

4. Ljekarništvo u Dubrovniku

Priprava lijekova u Dubrovniku, kao i na Orijentu, počivala je u rukama ljekarnika, a ne liječnika, kao što je bilo uvriježeno u Europi. Ljekarna „Male Braće“ jedna je od najstarijih u Europi, a nedvojbeno je najstarija po neprekidnosti djelovanja, jer je još i danas u službi. Godina njezina osnutka godina je osnutka samog Franjevačkog samostana, 1317. Iako ima i onih koji tvrde da je postojala još u 13. stoljeću, kada su franjevci boravili u samostanu Sv. Tome na Pilama. Isprva je bila ljekarna koja se bavila prodajom ljekovitih trava, a kasnije je prodavala i lijekove. Povijesni podaci o njoj, od osnutka, pa do sudbonosnog potresa i požara 1667. godine su oskudni. Zapisi koji su postojali izgorjeli su s arhivom i knjižnicom, tako da prve zabilješke o ljekarni potječu od čovjeka koji je preživio potres, fra Vitala Andrijaševića, ljetopisca, koji je na početak svoje kronike umetnuo i neke bilješke iz ranijih vremena. Tu, između ostalog, nalazimo i podatak da se u prizemlju samostana do 1681. godine nalazila apoteka koja se potom premješta u skrovitije samostanske prostore u gornjem klastru, u neposrednu blizinu samostanske bolnice. Tu je ostala sve do pada Dubrovačke republike. Njezin mir pomutila je tek naredba pape Benedikta XIV. kojom 1741. godine zabranjuje javni karakter samostanskih ljekarni. No,, tradicija ljekarništva u „Male Braće“ bila je jača, tako da papa Pio VI., godine 1794., posebnim dekretom dopustio daljnje djelovanje ljekarne otvorene i za javnost. Padom Republike, u vrijeme austrijske okupacije, u pitanje se ponovo dovodi opstojnost ljekarne. Prema Instrukciji, vlasnik ili provizor ljekarne mogli su biti samo oni koji su položili ispit na jednoj carskoj univerzi i stekli diplomu. Tada, prvi put u povijesti, državna vlast postavila je „Maloj Braći“ uvjete za rad ljekarne. Dok novi ljekarnik nije završio taj studij, sam car Franjo Josip I., na molbu uprave samostana, dopustio je daljnji rad ljekarne. Prvi diplomirani ljekarnik bio je fra Ivan Evanđelista Kuzmić. Franjevci su slali na studije pojedinu braću kako bi se osposobili za ljekarničku službu o čemu svjedoče ljekarničke knjige, tzv. farmakopeje iz raznih krajeva Europe.

Osim ljekarne „Male Braće“ postojale su još brojne privatne i državne ljekarne (Domus Christi), kao i ljekarne u sklopu samostana (dominikanski samostan). Od ljekarnika su poznati franjevački ljekarnici i liječnici Julijan iz Komolca, Pelegrin iz Stona, Ignacije Šišić. Također se ističe Antun Drobac (1810–1882) koji je sakupljao raritetnu floru i faunu, te je 1868. godine osnovao Prirodoslovni muzej u Dubrovniku. Također je sudjelovao kod prve eterske narkoze u Dubrovniku, a prvi je upoznao insekticidna svojstva buhača (Chrisatnthemu, folium).

5. Organizacija socijalne skrbi u Dubrovniku

5.1. Bolnica, starački dom

Riječ hospital – označavala je i ubožnice i bolnice, odnosno uboške hospitale, gdje je hospital istovjetan skloništu. Ubožnice i bolnice imaju dosta sličnosti, stoga se iz samog naziva ne može ustanoviti je li hospital djelovao kao ubožnica ili bolnica. To možemo zaključiti tek ispitivanjem arhivske građe o hospitalima. Od 14. do 17. stoljeća u Dubrovniku se spominje 17 ubožnica, ali uzmemu li u obzir da ih je nekoliko nestalo ili su nastale kasnije, zaključujemo da ih je bilo desetak. Kapacitet pojedinih ubožnica iznosio je 10 do 30 kreveta, a brinuli su o starima, siromašnima, iznemoglima i bespomoćnima. Posebno je značajan Hospitale magnum communis, zametak dubrovačke bolnice, osnovan je 1347. godine odlukom Velikog vijeća. Godine 1540. pretvoren je u pravu javnu bolnicu sa stalnom liječničkom službom i nazivao se Domus Christi. Bolnica je bila opskrbljena krevetima, madracima, plahtama, pokrivačima i drugim manjim potrepštinama. Gradski liječnici, fizičari ???(NE RAZUMIJEM, FIZICI? JESU LI TO FIZIČARI?) i kirurzi bili su dužni besplatno i iz ljubavi dva puta dnevno obići bolesne dubrovačke Podanike. Na čelu bolnice bio je upravitelj, morao je stanovati u blizini bolnice i brinuo je o knjigama u kojima je bilježio točne podatke o bolesnicima. Takve su knjige morali voditi i protukatori odnosno članovi odbora koji su svakog dana, mijenjajući se iz tjedna u tjedan obilazili bolnicu. Uz bolnicu je djelovala i ljekarna Domus Christi koja je kasnije premještena na Stradun gdje se i danas nalazi. I bolnica i ljekarna su se nalazile iza samostana Sv. Klare.

Hospital je imao upravu, nadglednike i bolničare, te svoju ljekarnu koja je bila i bolnička i javna ljekarna. Krajem Republike u njemu je radilo šest liječnika i briača. Dana 20. 4. 1847. liječnici Niko Pinelli i Frane Lopišić u tom su hospitalu operirali, godinu nakon što je otkrivena eterska narkоза, rak dojke uz njezinu primjenu Godine 1888. ravnatelj i primarius Roko Mišetić sjedinio je sve dubrovačke bolnice u veliku, modernu bolnicu koja je na predjelu

grada zvanome Boninovo dobila novu zgradu. Kasnije je Domus Christi pretvoren u starački dom, što je i danas, i tako se vratio svojoj prvobitnoj funkciji – brizi za stare i nemoćne. Na ulazu u Domus Christi stoji slijedeći natpis na latinskom: „Tolli crucem tuam et sequere me“ („Uzmi svoj križ i slijedi me“).

5.2. Nahodište

Prvo nahodište smjestilo se u samostanu Sv. Klare, odmah po njegovu osnutku 1290. godine. Samostan je odgajao dubrovačku žensku aristokraciju, ali skrbio je i o napuštenim ženama, staricama, sirotinji i neželjenoj djeci. Razvijenost socijalne skrbi za stanovništvo grada očituje se i u zapisima povezanim s osnivanjem nahodišta 1432. godine. Brojni dokumenti svjedoče o brizi i pažnji s kojom se vlast staroga Dubrovnika odnosila prema nezbrinutoj djeci. Nasuprot franjevačkog samostana, u ulici Dominika Zlatarića, iznad kućnih vrata stoji natpis: *Cochalvit cor meu itra me et ditatione mea exeardescet igni.* („U meni srce je gorjelo na samu pomisao buknuo bi oganj.“) (psalam Davidov 39, 4. Biblija , Zagreb, 1968., 499., prijevod Filibert Gass).

Natpis se nalazi na ulazu u nahodište ili Ospidale della misericordia, koje je ovdje smješteno sve od 1432. godine kada je donesena odluka da se neželjena djeca ne smiju „bacati po gradu“. Iz toga proizlazi da infanticid nije bio rijekost u starome Dubrovniku. Vjerojatno je nahodište, osim što je prihvaćalo neželjenu djecu, bilo i rodilište nezakonite djece, iako o tome nisu pronađeni nikakvi podaci. S lijeve strane vrata nahodišta nalazio se prozor na kome je bila ruota, kotač na koji bi majke, pod okriljem noći, stavile dijete, a zatim bi okrenule kotač i ono bi se našlo u nahodištu. Diskrecija majke bila je zajamčena, a u propisima stoji da nitko ne smije sprječiti, ometati ili uhoditi ženu. Dijete je u nahodištu boravilo do svoje šeste godine. Prve tri godine bilo je povjereni na čuvanje dadiljama po gradu, a druge tri godine boravilo je u nahodištu. Sa šest godina dijete se davalo na usvajanje čestitim roditeljima, većinom bez djece. Pravi roditelji su mogli preuzeti dijete, ali su pritom morali imati dokaz da je dijete njihovo.

Nakon potresa 1667. godine nahodište je smješteno na Pile, a tu je bilo i rodilište nezakonite djece. To rodilište se može smatrati najstarijom takvom ustanovom u Hrvatskoj. Rodilje su prvih 15 dana dobivale po 4 groša dnevno (neka vrsta porodiljskog doplatka). Gradnjom nove bolnice na Boninovu 1888. godine nahodište postaje dječji odjel bolnice i to je jedan od prvih dječjih dispanzera kod nas.

6. Zaključak

Dubrovnik je na malom prostoru stopivši se iz dva etnosa (romanskog i slavenskog), dva jezika, dvije kulture, iznjedrio klasične spoznaje iz higijensko-sanitarne, zakonodavne te sukladno tome i zdravstvene kulture, ugradivši pri tome u njih povijesne stečevine mediteranskog kulturnog okruženja.

Dubrovačka medicina nikada nije bila isključivo lokalnog karaktera, niti izdvojena od svjetskih događanja. Ona je, zahvaljujući otvorenosti svoga stanovništva i jedinstvenosti geografskog položaja, uvijek nastojala u vlastitu medicinsku praksu oplemeniti najnovijim dostignućima i idejama. Mnogi poznati liječnici boravili su u Dubrovniku i svojim su znanjem obogatili njegovu medicinsku tradiciju koja će kasnije izrobiti niz velikana hrvatske i svjetske medicinske povijesti. Građani Dubrovnika osjetili su potrebu za razvojem i unapređenjem javno-zdravstvenih prilika svoga grada, kao osnove vlastite egzistencije, vodeći pritom računa o medicinsko-etičkim problemima te nastojeći poštovati ljudska prava. Dostaje samo ukratko nabrojiti najvažnije medicinske tekovine ovoga jedinstvenoga grada-države i njegove okolice, poput karantene, dobro organizirane liječničke i ljekarničke službe, da bi nam bilo jasno zašto se baš na ovim prostorima razvila medicinska tradicija koja je u mnogočemu nadmašila ostale hrvatske krajeve.

Literatura

1. Bačić, J., Nekad u Dubrovniku, *Higijensko epidemiološke prilike u Dubrovniku u XV stoljeću*. 1000 kom. Tiskara „Ivo Čubelić“ – Dbk., 1990
2. Zdravstvene i socijalne institucije staroga Dubrovnika, [Internet], <raspoloživo na: <http://www.rsp.hr/ojs2/index.php/rsp/article/view/201/205>>, [pristupljeno 14.07.2013]
3. Dubrovnik - grad najvrjednije higijensko sanitарne hrvatske i svjetske baštine, [Internet], <raspoloživo na: <http://www.hcjz.hr/clanak.php?id=12918>>, [pristupljeno 14.07.2013]
4. Nekad u Dubrovniku, [Internet], <raspoloživo na: http://www.zzzdnz.hr/dobrodosli/nekad_u_dubrovniku/0-ch-2>, [pristupljeno 07.04.2011]

Seksizam u zdravstvenom sustavu

Povijest žena iscjeliteljica, vještice, primalja i medicinskih sestara

Prevela i prilagodila Marina Tkalčić

Uvod

Žene su oduvijek bile iscjeliteljice. Obavljale su pobačaje, bile su medicinske sestre i savjetnice; bile su farmaceutkinje, kultivirale su ljekovito bilje te razmjenjivale tajne njihove uporabe. Bile su i primalje, putujući od kuće do kuće, od sela do sela. Stoljećima su žene bile liječnice bez diploma, učeći jedna od druge te prenoseći vlastita iskustva i znanja sa susjedima na susjedu, s majke na kći. Ljudi su ih nazivali ‘mudrim ženama’, a vlasti vješticama i šarlatankama. Danas je, pak, zdravstvo vlasništvo muških profesionalaca. Devedeset i tri posto liječnika u SAD-u su muškarci, kao i gotovo svi glavni direktori i upravitelji zdravstvenih institucija. Žene su, ipak, i dalje u većini – 70 posto zdravstvenih radnika su žene – ali smo uključene kao radnice u poslu u kojem su šefovi muškarci. Više nismo neovisne liječnice, poznate po vlastitim imenima i vlastitom radu. Uglavnom smo institucionalne radnice, koje obavljaju bezlične poslove poput službenica, zdravstvenih pomoćnica, tehničarka, spremaćica.

Kada nam je omogućeno sudjelovanje u liječenju, omogućeno je uglavnom u ulozi medicinskih sestara. Medicinske sestre svih razina, od asistentica na više, su samo ‘pomoćne radnice’ u usporedbi s liječnicima. Naša podložnost je osnažena našom ignorancijom, a naša ignoranca i neznanje se sustavno provode. Medicinske sestre su naučene ne propitivati, ne izazivati. “Doktor zna najbolje.” On je šaman, u dodiru sa zabranjenim, mistično kompleksnim svijetom. Zdravstvene radnice su otuđene od znanstvenoga dijela njihova posla, ograničene na ‘ženski’ posao njegovanja i održavanja – pasivna i tiha većina. Ipak, povijest nam pokazuje kako su žene bile neovisne liječnice, često i jedine liječnice za žene i siromašne.

U ovom kratkom pregledu povijesti zdravstvenih radnika/ica, pažnja je usmjerenja na dva bitna događaja u muškom preuzimanju zdravstvene njege: supresiju vještice u srednjovjekovnoj Europi i uspon medicinske profesije u 19. stoljeću u Americi.

Vještičarstvo i medicina u srednjem vijeku

Vještice su živjele i bile spaljivane mnogo prije razvoja moderne medicinske tehnologije. Većina vještica su bile iscjeliteljice, liječeći seosko stanovništvo. Njihova supresija označava početne borbe u povijesti zabrane djelovanja iscjeliteljica. Druga strana spomenute supresije vještice kao iscjeliteljica jest nastanak nove muške medicinske profesije, pod zaštitom i pokroviteljstvom vladajuće klase. Ta nova europska medicinska profesija odigrala je bitnu ulogu u progonima vještica, podržavajući progonitelje ‘medicinskim’ opravdavanjem.

Progoni vještica ostavili su trajnu posljedicu: aspekt femininosti je od toga razdoblja poistovjećivan s vještičjim.

Vještičje ludilo

Razdoblje progona vještica trajalo je više od četiri stoljeća (od 14. – 17. stoljeća), protežući se od Njemačke do Engleske. Započelo je u feudalizmu, a trajalo je sve do prosvjetiteljstva (‘age of reason’). Vještice su predstavljale političku, religijsku i seksualnu prijetnju protestantskoj i katoličkoj Crkvi, kao i državi.

Krajem 15. i početkom 16. stoljeća provedene su na tisuće smaknuća – obično spaljivanje žive osobe na lomači – u Njemačkoj, Italiji i drugim zemljama. U Toulouseu je, primjerice, spaljivano 400 vještica u jednome danu. Nastavljujući sa zazornim statistikama – u episkopiji u Trieru, 1585. godine, u dva sela na životu su ostale samo dvije stanovnice! Mnogi istraživači su procijenili da se sveukupan broj pogubljenih kreće oko milijun ljudi. Žene su činile 85 posto ubijenih.

Najokrutniji vještičji progoni povezani su s periodima velikih društvenih promjena koje su potresle same korijene feudalizma – masovni seoski ustanci i pobune, počeci kapitalizma, te uspon protestantizma. Također, postoje i fragmentarni dokazi o vještičarstvu kao postojanju pobune seoskoga stanovništva predvođenoga ženama, na nekim područjima.

Dvije temeljne teorije o vještičjim progonima su medicinske interpretacije koje vještičje ludilo poistovjećuju s neobjasnivim izljevima masovne hysterije. Jedna verzija govori kako je seljaštvo izgubilo razum. Prema toj verziji, vještičje ludilo bila je epidemija masovne mržnje i panike koja je pokretala mase. Druga psihijatrijska interpretacija vjerovala je da su vještice te koje su poludjele.

No, vještičje ludilo nije bilo niti linčovanje, niti masovna samoubojstva histeričnih žena. Bilo je ono rezultat dobro organizirane, legalne procedure. Vještičji progoni su bile, dakle, dobro organizirane kampanje, inicirane, financirane i provođene od strane Crkve i države. Katoličkim i protestantskim progoniteljima glavni autoritet predstavlja je Malleus Maleficarumili Vještičji Malj (Hammer of Witches), djelo koje su napisali svećenici Kramer i Sprenger ('Ijubljeni sinovi' pape Inocenta VIII.), 1484.g. Tri stoljeća je ova sadistička knjiga bila zakonom svake presude, svakog vještičnjeg progona.

Kramer i Spranger dali su detaljne instrukcije o korištenju raznih tehnika mučenja kako bi se iznudilo priznanje. Optuženi/e bi bili/e razodjeveni/e do gola, odstranile bi im se sve tjelesne dlake te bili/e stavljani/e na vijke i raznolike zupčanike, šiljke, sprave za lomljenje kostiju, bili/e bi izglađnjivani/e i pretučeni/e.

Zločini vještice

Tko su, dakle, bile vještice te kakvi su njihovi 'zločini' koji su ponukali tako okrutnu supresiju vladajuće klase? Nesumnjivo, tijekom stoljeća vještičnjih progona, tri centralne optužbe, u povijesti vještičarstva, opetovano su se ponavljale diljem sjeverne Europe. Prva, vještice su optuživane za svaki zamisliv seksualni zločin protiv čovjeka. Jednostavnije, optuživane su zbog svoje ženske seksualnosti. Druga, optuživane su jer su bile organizirane. Treća, optuživane su radi posjedovanja magičnih moći koje su utjecale na zdravlje – čineći zlo, ali i dobro – odnosno liječeći. Prva optužba za seksualne zločine. Srednjovjekovna Katolička crkva uzdigla je seksizam do nemjerljivih granica. U Vještičjem malju stoji: "Kada žena misli samostalno, misli zlo." Mizoginija Crkve je, između ostalog, u tome periodu demonstrirana i fantazijom pojedinih srednjovjekovnih religijskih mislilaca prema kojoj su svi ljudi uskrsnućem nanovo rođeni kao muškarci!

Crkva je žene poistovjećivala sa seksom, a sav užitak tijekom seksa je bio osuđen jer je mogao poteći jedino od vraga. Smatralo se da vještice opće s vragom, te seksualnim činom inficiraju čovjeka. Požuda, bilo kod muškarca ili žene, je prema tome bila krivnjom žene. S druge strane, vještice su optuživane za impotenciju muškaraca, te jer su uzrokovale nestanak penisa. Što se tiče ženske seksualnosti, optuživane su za davanje kontracepcije i izvođenje pobačaja.

U očima Crkve, sve vještičje moći proizašle su iz njezine seksualnosti. Njezina karijera započinje općenjem s vragom. Svaka vještica takvom postaje sudjelovanjem na velikim okupljanjima, ili Sabbatima, na kojima predsjeda vrag, najčešće u liku jarca koji spolno opći s neofitima (početnicima). Vještica svoje moći dobiva obećanjem o vjernom služenju vragu. Kako to Vještičji malj ističe, zlo uvijek djeluje kroz ženu, kao što je i u Rajskom vrtu.

Već je spomenuto postojanje fragmentarnih dokaza o organiziranju vještice u skupine, koje su dosezale brojku od tisuću sudionica za festivalskih dana. Pojedini istraživači smatraju da su ta okupljanja bila u svrhu poganskog religijskog štovanja božanstava. Okupljanja su ujedno bile i prilike za razmjenu znanja o biljkama, te prenošenje bitnih vijesti. Također, može se pretpostaviti i društveni i politički značaj tih okupljanja, koja su u velikoj mogućnosti mogla biti povezana s pobunama seoskog stanovništva.

Vještice kao iscjeliteljice

Jedna od najfascinantnijih optužbi bila je svakako ona za, ne samo ubojstva i trovanja, seksualne zločine i zavjere, već i za pomaganje i liječenje. Vještice iscjeliteljice bile su jedine medicinske praktičarke koje su pomagale siromašnima bez doktora i bolnica, a bile su usko povezane uz primalje. "Nitko ne čini više štete Katoličkoj crkvi nego li primalje", zapisali su Kramer i Sprenger.

Suočena s mizerijom siromašnih, Crkva im je često okretala leđa. No, osim toga, gajila je dvostrukе standarde kada je u pitanju liječenje koje je višoj klasi bilo omogućeno i dopušteno – liječenje od strane muškoga stručnjaka i pod pokroviteljstvom Crkve bilo je dozvoljeno. Žensko liječenje kao dio seoske supkulture nije. Razlog tomu je taj što je Crkva napad na liječenje seoskoga stanovništva vidjela kao napad na magiju, ne na medicinu.

Metode liječenja vještica iscjeliteljica, kao i njihovi rezultati, za Crkvu su predstavljale prijetnju, jer je vještica polazila od empirijskih metoda: oslanjala se na vlastita osjetila, ne na doktrinu ili vjeru, vjerovala je u proces i pogrešku, uzrok i posljedicu. Crkva je, s druge strane, bila anti-empijski usmjerena, zanemarivala je prirodne zakone koji su upravljali fizičkim fenomenima, s obzirom na njezino stajalište o Bogu kao stvoritelju svega svijeta.

Vještica je, u svakom slučaju, predstavljala trostruku prijetnju Crkvi. Bila je žena i nije se toga sramila. Bila je dio organizirane grupe seoskih žena, te je bila iscjeliteljica čija se praksa temeljila na empirijskim proučavanjima – zbog navedenoga predstavljala je nadu za promjenu u svijetu.

Uspon europske medicinske profesije

Dok su vještice prakticirale među narodom, vladajuća klasa je osposobljavala vlastite sekularne iscjelitelje: sveučilišno obrazovane liječnike. Još u 13. st. Europska medicina čvrsto je oformljena kao sekularna znanost i profesija koja se aktivno zauzimala za eliminaciju žena iscjeliteljica – kao što je njihovo isključenje iz obrazovnih krugova. Crkva je nametnula stroge kontrole novoj profesiji, te je dopustila njezin razvoj jedino pod uvjetima katoličke doktrine. Fakultetski obrazovanim liječnicima nije bilo dozvoljeno liječenje bez savjeta svećenika, a liječiti se nije smio onaj tko bi odbio isповijed.

U kasnosrednjovjekovnoj medicinskoj obuci nije bilo ništa što bi se kršilo s crkvenom doktrinom, a malo toga se moglo prepoznati kao 'znanost'. Studenti medicine bili su ograničeni na učenja antičkog rimskega liječnika, Galena, koji je iznio teoriju ličnosti čovjeka (kolerik, sangvinik, melankolik itd.). Studenti, kao i doktori rijetko su bili u kontaktu s pacijentima, a eksperimentiranje nije bilo provođeno; operacije su bile nepoznat pojam. S obzirom na to, ispuštanje krvi je bila uobičajena praksa, kao i liječenje pijavicama. Medicinske teorije temeljene su češće na logici nego li na promatranju.

Supresija žena iscjeliteljica

Osim ponekih iznimki, sveučilišta su bila zatvorena za žene, a licencirani zakoni ustanovljeni su kako bi zabranili djelovanje svih liječnika, osim onih fakultetski obrazovanih. Prva meta nisu bili seoski iscjelitelji/ice, već učene žene koje su liječile istu urbanu klijentelu kao i obrazovani liječnici.

Do 14. st. Profesionalna medicinska kampanja usmjerena protiv urbanih, obrazovanih žena proširila se čitavom Europom. Liječnici su smatrani medicinskim ekspertima, te su prosuđivali je li određena žena vještica. Crkva je legitimizirala liječnički profesionalizam, opovrgavajući neprofesionalno liječenje, te izjednačavajući ga s herezom: „Ako se žena usudi liječiti bez prethodnog obrazovanja, vještica je i treba umrijeti.“ (lako, nije bilo načina na koji bi se žena mogla obrazovati). Naposljetku, euforija oko vještica postala je pogodna izluka za liječničke neuspjehe: sve što nije uspio izliječiti bio je rezultati čarobnjaštva.

Žene i uspon američke medicinske profesije

Danas vjerojatno ne postoji industrijalizirana država s nižim postotkom (sedam posto) žena liječnica nego li je SAD. Ono što je ženama u SAD-u preostalo jest posao medicinskih sestara, što ni u kojem slučaju nije zamjena za autonomne uloge koje su žene uživale kao primalje i iscjeliteljice.

Odgovor na pitanje kako su žene izdvojene iz medicinarske/liječničke struke, te postale medicinske sestre nalazi se u dugoj povijesti klasnih i rodnih borbi za moć u svim dijelovima života. Naime, kada su žene posjedovale mjesto u medicini, bila je to narodna medicina. Kada je narodna medicina uništena, nije preostalo niti mesta za žene – osim u podređenim ulogama medicinskih sestara. Uskoro je medicinska struka postala usko povezana s raznim američkim poslovnim organizacijama – uz dužno poštovanje Pasteuru, Kochu i drugim sjajnim europskim medicinskim istraživačima 19. stoljeća. Carnegie i Rockefelleri su ti koji su osigurali finalnu pobjedu američke medicinske profesije.

1800-tih godina u Americi obrazovali su se regularni liječnici koji su liječili srednju i visoku klasu, a čije je obrazovanje bilo veoma siromašno – medicinski programi trajali su od nekoliko mjeseci do dvije godine; mnoge medicinske škole nisu imale klinička postrojenja; nije postojala praksa na samome ljudskom tijelu. Ovi liječnici su učeni liječenju pomoći obilnog ispuštanja krvi, velikih doza laksativa, te kasnije opijuma i sličnih narkotika, što je često bilo štetnije i smrtonosnije od same 'liječene' bolesti. Nelicencirani liječnici, iscjelitelji bili su uvelike sigurniji i efektivniji, koristeći blage biljne preparate, promjene u prehrani i suzdržavanje od spomenutih nasilnih metoda.

Moderno zdravstveni pokret

Ovaj pokret javio se 1830/40-ih godina, a pokrenuli su ga feministički i pokreti radničke klase. Ženska liječnička udruženja (Ladies Physiological Societies) proširila su se svugdje, omogućavajući jednostavne instrukcije u anatomiji i osobnoj higijeni. Naglasak je bio na preventivnoj njezi kao kontradikciji ubitačnim 'lijekovima' koje su prakticirali obrazovani liječnici s početka stoljeća. Pojedini elementi pokreta zagovarali su upotrebu kontracepcije.

Pokret je bio radikalni napad na medicinski elitizam, te afirmacija tradicionalne narodne medicine. „Svaki je čovjek svoj vlastiti liječnik“, bio je slogan jednoga krila pokreta. Obrazovani elitni liječnici uskoro su postali brojčano nadmašeni.

Moderni zdravstveni pokret poklopio se s počecima organiziranoga feminističkog pokreta s kojim je bio neraskidivo povezan. Borbe za žensko zdravlje bile su povezane s borbom za ženska prava uopće. Nove medicinske sekte i škole širom su otvorile vrata ženama.

Bitno je spomenuti i seksističke oponicije prema ženama u američkoj medicini. Rijetke žene koje su uspjеле upisati regularnu školu medicine, bile su izložene raznim seksističkim preprekama i uvredama. Posebice je bilo izraženo stalno uznemiravanje od strane muških kolega, pojedini profesori nisu htjeli predavati anatomiju ako su bile prisutne žene, postojali su udžbenici, poput poznatoga opstetričkoga teksta iz 1848. u kojem stoji: „Ona (Žena) ima glavu skoro pa premalu za intelekt, ali dovoljno veliku za ljubav.“ Postojale su i ginekološke teorije o štetnim posljedicama intelektualnih aktivnosti na ženske reproduktivne organe.

Zabrana primaljstva

Novi, okrutni zakoni o licencama zapečatili su liječnički monopol nad medicinskom praksom. Jedino su preostale primalje. Godine 1910. oko 50 posto sve novorođene djece, porođeno je uz pomoć primalja – većina su bile crnkinje i imigrantkinje iz radničke klase. To je bilo neprihvatljivo za novorastuću porodiljnu (opstetričku) praksu – svaka siromašna žena koja bi otišla k primalji, bila je jedan izgubljeni izvor za akademsko poučavanje i istraživanje. Opstetričari su, dakle, krenuli u napad na primalje u ime znanosti i reforme.

Primalje su bile ismijavane kao prljave, neuke i nekompetentne, te su bile optuživane za razne maternične infekcije. Jedini izlaz bio je obučavanje primalja kako bi njihovo zanimanje postalo afirmirano i nezavisno. No, problem je bio što su američki opstetričari bili manje kompetentni nego primalje. Stoga je, uskoro, primaljska praksa diljem SAD-a zabranjena, a porodilska praksa ograničena je samo na liječnike, što je za siromašne žene i žene radničke klase bilo lošije – odnosno neimanje opstetričke njegе uopće.

Žena sa svjetiljkom

Jedino preostalo zanimanje za žene u medicini bilo je u službi medicinske sestre i njegovanja. To zanimanje nije oduvijek bilo plaćeno. U ranom 19. stoljeću bolnice su zapošljavale medicinske sestre, no bolnice su tada prvenstveno služile kao utočišta za bolesne i umiruće siromahe, bez pružanja konkretnе medicinske njegе. Medicinske sestre bile su na lošemu glasu – podložne pijanstvu, prostituciji i krađi. Uvjeti u bolnicama često su bili skandalozni, bez osnovnih higijenskih uvjeta, čak bez sapuna.

Kako bi se reformiralo bolničku njegu i uvjete, trebalo je reformirati sestrinstvo, te ga učiniti pristupačnim liječnicima i ženama ‘dobroga karaktera’. Florence Nightingale je svoju šansu dobila u bolnicama na ratnim frontama za vrijeme Krimskog rata, za koju je osposobila mnoštvo discipliniranih, savjesnih, sredovječnih žena. Bila je to nova generacija medicinskih sestara – ‘žena sa svjetiljkom’.

Uskoro je došlo do povećane potrebe za bolnicama u kojima će novi liječnici, kao i nove medicinske sestre stjecati praksu. U Americi su otvorene i škole za obrazovanje medicinskih sestara, u kojima su se uglavnom školovale pripadnice visoke klase. Florence Nightingale i Louisa Schuyler bile su aristokratskoga podrijetla, no odbjegle su od sustavno provođene ženske dokolice viktorijanske klase. Florence Nightingale i Dorothea Dix (nasljednica znatnoga bogatstva) nisu krenule oblikovati svoje karijere dok nisu zašle u tridesete, kada su postale svjesne beskorisnosti dokoličarstva.

No, Nightingale i njezine učenice pokrenule su sestrinstvo s neizbrisivim tragom vlastitih klasnih predrasuda. Trenirao se karakter, a ne vještine. Krajnji produkt bila je idealna Dama, premještena iz kuće u bolnicu, te oslobođena reproduktivnih sposobnosti. Dok su medicinske sestre bile pripadnice radničke klase, koje su obavljale slabo plaćen i težak posao, edukatorice su bile žene srednje i visoke klase, koje su zahtijevale razvijanje ‘damskoga’ karaktera te socijalizaciju medicinskih sestara.

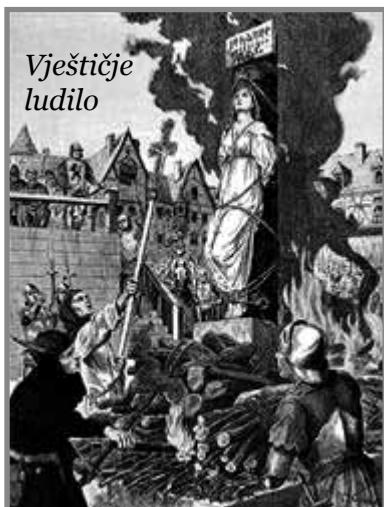
Sestrinstvo je uskoro postalo ženska domena, dok je lječništvo postalo intrinzično maskulino. Njezina nježnost i duhovnost nisu bile primjerene u okrutnom, linearном svijetu znanosti. Njegova odlučnost i znatiželja učinile su ga nepodobnjim za posvećivanje dugog perioda za njegovanje pacijenta. Ukorijenjenost ovih seksističkih stereotipa pokazala se gotovo neslomljivom.

Zaključak

Seksizam zdravstvenog sustava nije slučajan, nije samo refleksija društvenoga seksizma u cjelini ili seksizma pojedinačnih liječnika. Taj seksizam je povjesno stariji nego li je medicinska znanost; to je duboko ukorijenjen, institucionalni seksizam. Također, ne postoji povjesno konzistentno opravdanje za isključivanje žena iz područja iscjeliteljstva.

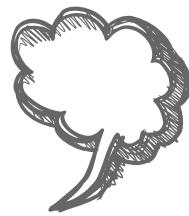
Vještice su napadane zbog pragmatičnosti, empiričnosti i moralnosti, dok su s druge strane, žene u 19. st. Postale neznanstvene, delikatne i sentimentalne. Stereotipizacija se mijenjala kako bi odgovarala muškoj komfornosti.

Naša opresija kao medicinskih radnica danas je neodvojivo vezana uz opresiju nas kao žena. Njegovanje, naša predominantna uloga u zdravstvenome sustavu, jest produžetak naših uloga kao majki i žena. Medicinska sestra je odgajana da vjeruje kako pobuna ugrožava, ne samo njezin ‘profesionalizam’, već i njezinu femininost. To znači da medicinska elita ima značajne interese u održavanju seksizma u čitavome društvu: liječnici su šefovi u industriji u kojoj su radnice prvenstveno žene. Seksizam u društvu kao cjelini osigurava da ženska radnička većina u zdravstvu bude ‘dobro’ radništvo – poslušno i pasivno. Stoga, uklonite seksizam i uklonili ste jedan od glavnih oslonaca zdravstvene hijerarhije.



Izvor: Libela, portal o rodu, spolu i demokraciji, <http://www.libela.org/sa-stavom/4065-povijest-zena-iscjetiteljica-vjestica-primalja-i-medicinskih-sestara/>

INTERVJU – Nada Matanović, primalja u „Porodnoj hiši“ u Postojni



1. Hrvatica ste po nacionalnosti, ali živite i radite u Sloveniji. Gdje ste i kada završili srednju školu?

Rođena sam u Rijeci. Tamo sam i završila, 1995. godine, srednju Medicinsku školu, primaljski smjer.

2. Za nastavak školovanja u primaljskoj struci odlučili ste se puno kasnije. Koji su Vaši razlozi za nastavak obrazovanja na studiju primaljstva u Hrvatskoj?

U to doba nije postojala mogućnost daljnog školovanja u tom smjeru, bila je samo viša škola za medicinske sestre, a mene je „vukla“ isključivo rađaona. Kako u Sloveniji nema izvanrednog studija za primalje, upisala sam ga u Hrvatskoj. U Sloveniji trenutno postoji samo redovni studij za „diplomiranu babicu“.

3. Jeste li se odlučili za studij primaljstva na zahtjev poslodavca ili je to bila Vaša samostalna odluka?

To je, nekako, bio dogovor. Posao u mom rodilištu, u rađaoni, nije ovisio o činjenici hoću li upisati studij ili ne, iako u slučaju da tražim posao u nekom drugom rodilištu ne znam bi li me zaposlili. U svakom slučaju imam veliku podršku poslodavca, koji je nakon što sam upisala studij primaljstva odlučio sufincirati moje školovanje.

4. Kada ste se zaposlili u Sloveniji, tada su još postojale slovenske primalje sa srednjom stručnom spremom.

Kako je riješena njihova situacija s obzirom da je trenutno potreban studij primaljstva da bi netko bio primalja?

Kada sam se zaposlila u Sloveniji sve smo bile babice sa srednjom stručnom spremom. Oko 2000. godine pojavila se prva generacija diplomiranih babica. Sve smo radile na istom radnom mjestu, za istu plaću. Čini mi se da se 2008. ili 2009. godine počelo govoriti o „reformi u plaćilnim razredima“ i o babicama sa srednjoškolskim obrazovanjem te onima koje su diplomirale. To mi je bio najgori dio života. Osjećala sam se manje vrijednom, jer sam samo babica, bez onog „diplomirana“, tim više što sam nekim diplomiranim kolegicama bila mentorica kada su počele raditi. Da skratim, sve babice srednje stručne spreme ostale su na svojim radnim mjestima, zbog godina radnog staža, jedino s „nižim platnim razredom“.

5. Kada ste otišli u Sloveniju i kako ste se zapravo odlučili na taj korak?

Postoji li konkretan razlog odlaska ili se radilo o želji za odlaskom ili iz Hrvatske?

Iz moje generacije nas pet, čini mi se, bilo je zainteresirano za posao u Ljubljani. Da budem iskrena, u Sloveniji sam mislila odraditi samo staž koji je trajao kraće nego u Hrvatskoj, a plaća je iznosila 70 % cijele plaće, dok se u Rijeci u to doba pričalo o volonterskom stažu. No, nakon prvog razgovora za posao i posjeta rađaoni kolegice su odustale, dok je mene baš privukao način rada u rađaoni. Došle smo u rađaonu, a u tijeku je bio porod kojem su prisustvovale samo dvije babice i ginekolog. S prakse, iz srednje škole, pamtila sam puno više prisutnih; pedijatre, ginekologe, babice... Sjećam se koliko se babica nećkala bi li prezvala međicu ili ne. Zbilja se potrudila spontano poroditi. Ta njena sloboda tijekom poroda bila je presudna u donošenju moje odluke. Tad sam definitivno odlučila da ostajem. Ni u kojem slučaju nije bila moja odluka po svaku cijenu oticij iz Hrvatske. Nisam o tome uopće razmišljala na taj način.

6. Gdje ste sve radili? Imate li iskustva u hrvatskoj primaljskoj praksi?

U Hrvatskoj nikada nisam radila. Pripravnštvo i stručni ispit sam odradila u ljubljanskom rodilištu. Tamo sam radila 4 godine. Zatim sam prešla u Postojnu, gdje radim nešto više od 13 godina.

7. Koliko Vam je trebalo da savladate jezik i prilagodite se životu u Sloveniji?

U ono vrijeme nije bilo nikakvog tečaja slovenskog jezika. Godinu dana prije odlaska u Sloveniju odlazila sam u Osnovnu školu „Bazovica“ gdje sam sa Slovincima iz Rijeke učila o Slovenskim običajima.

Ne znam što bih vam rekla, jezik sam savladala relativno brzo jer sam jednostavno moralna. Mada sam na početku znala samo tri riječi: „ja“, „ne“ i „seveda“. Moram reći da su mi kolegice, koje nisu bile Slovenke, pomagale tako što nisu sa mnom govorile po „našem“, već samo slovenski. Tada mi se to činilo kruto i zločesto, ali brzo sam shvatila da mi rade uslugu. Moralna sam brzo savladati jezik, jer ipak radim s ljudima.

8. Jeste li dobili slovensko državljanstvo i koji su uvjeti dobivanja državljanstva?

Trenutno sam u procesu dobivanja državljanstva i nadam se da će proces biti okončan za dva mjeseca.

Uvjeti za dobivanje slovenskog državljanstva su sljedeći: stalno prebivalište u Sloveniji 10 godina i stalni posao 10 godina (bez prekida), te položen slovenski jezik.

9. Jeste li morali nostrificirati diplomu i možete li ukratko opisati proces nostrifikacije? Ima li poteškoća kod priznavanja diplome u Sloveniji?

Da, svjedodžbu srednje škole morala sam nostrificirati ljubljanskom sveučilištu. Nakon što je diploma prevedena na slovenski jezik morala sam priložiti program svog srednjoškolskog obrazovanja i fond sati za sve stručne predmete. Tada je ustanovljeno da je riječ o istom programu.

10. Što su vam konkretno ponudili kada ste dolazili raditi u Sloveniju?

Ništa više nego li drugim novozaposlenim osobama. Jedino su mi u početku osigurali smještaj u „samskom domu“. Tam su bili smješteni svi zaposlenici iz Kliničkog centra Ljubljana koji nisu živjeli u Ljubljani.

11. Koje su najveće razlike između primaljstva u Hrvatskoj i primaljstva u Sloveniji?

Najveća razlika je u samostalnosti babica u rađaoni. Kod nas babica vodi porod, dok god je on fiziološkog karaktera, tek ako se pojavi patologija nastupaju liječnici. Patronažna služba organizirana je kao i u Hrvatskoj, još uvijek nije vraćena babicama.

12. Možete li malo opisati svoje radno mjesto u „porodnoj hiši“?

Naša „babuška hiša“ nalazi se u sklopu rodilišta. To nije kuća, već malo veći apartman u prizemlju bolnice. Tam rađaju trudnice koje žele prirodan porod, bez lijekova. Pošto mi radimo po ruskom turnusu 12-24-12-48, kako je teško organizirat babice koje uz redovan posao mogu biti 24 sata na raspolaganju. Zato taj apartman pripada nadstandardu i trudnice moraju nadoplatiti što li roditi u njemu. Čini se da je zbog cijene apartmana u posljednje vrijeme malo takvih poroda. Babica koja skrbi o trudnici koja treba roditi u „babuškoj hiši“ u pripravnosti je tri tjedna, uz to ima i redovne smjene. Nakon što porod započne babica ostaje s trudnicom tijekom cijelog poroda, bez obzira na njegovo trajanje. To je idealan način rada 1:1, koji u našim prenatrpanim rađaonama nije ostvariv.

13. Jeste li u Sloveniji počeli raditi prije ulaska u EU? Ako jeste, kakve promjene su se dogodile u primaljstvu nakon ulaska Slovenije u EU?

Prvo što se dogodilo je da su se uskladile plaće u velikim centrima s plaćama na periferiji. Bilo je velikih razlika u plaćama. Što se tiče posla u rađaoni mislim da je sve

ostalo isto.

14. Kakav je proces obrazovanja primalja u Sloveniji trenutno? Koje su mogućnosti dodatnog usavršavanja? Možete li usporediti proces obrazovanja primalja u Sloveniji i u Hrvatskoj?

Teško mi je usporediti proces obrazovanja, jer je u Sloveniji studij redovit, znači da studenti rađaonu nikada nisu vidjeli. Mi izvanredni studenti u Hrvatskoj, većinom smo zaposleni. Tako da studenti u Sloveniji imaju puno više praktičnog dijela nastave, jer tek uče, a mi izvanredni samo nadopunjujemo znanje.

Uvjet za upis na Zdravstveni fakultet u Ljubljani za diplomiranu babicu je završena bilo koja srednja škola. Traži se samo određeni broj bodova. Nakon fakulteta ne postoji nastavak školovanja. Od 2010. godine se govori o magisteriju, ali sve je ostalo samo na riječima. Svega par kolegica iz Slovenije je završilo magisterij, ali izvan Slovenije.

15. Mogu li hrvatske primalje doći raditi u Sloveniju? Koje ih poteškoće pritom očekuju? Koje su prednosti rada u primaljstvu u Sloveniji?

Ja mogu govoriti o rađaoni, jer tamo radim. U Sloveniji, u rađaonama, babice su samostalne. Primjerice, kod prijema ginekolog vaginalno pregleda trudnicu i odredi terapiju. Sve sljedeće preglede vrši babica u rađaoni. Za vrijeme poroda babica sama odlučuje hoće li i koliku epiziotomiju napraviti te u kakvom položaju će rodilja roditi. Ginekolog vodi porode na zadak i vakumske porode, a babica mu asistira.

Mogu li primalje iz Hrvatske doći u Sloveniju – ne znam. Ne znam kakvi su sada uvjeti za zapošljavanje stranaca. Iako čujem da u iduće dvije godine Slovenija neće zapošljavati nikoga iz zemalja novih članica EU, jer i sama ima problema s velikim brojem nezaposlenih.

16. Iza kraj, ono što možda zanima mnoge trudnice je pitanje mogu li trudnice iz Hrvatske doći na porod u Sloveniju? Koliko košta jedan porod u Sloveniji?

Nakon ulaska Hrvatske u EU, kod nas je rađala trudnica iz Zagreba i nije platila - ništa. Hrvaticama je uvijek bio veliki problem financirati porod u Sloveniji, jer porod bez većih komplikacija za strankinju koja nema zdravstveno osiguranje u Sloveniji iznosi oko 1500 eura. Trudnica iz Zagreba kojoj usluga nije naplaćena, prije dolaska u Sloveniju sredila je europsko osiguranje, tj. europsku zdravstvenu iskaznicu. To je važna informacija za sve trudnice koje žele doći roditi u Sloveniju, a problem im predstavljaju financije.

Zanimljivosti iz svijeta: Muškarci se moraju bolje pripremiti za „krvave“ porode

Milli Hill, osnivačica pokreta „The Positive Birth Movement“ / Prevela: Tea Ciglar

Novija istraživanja dokazuju da određen broj muškaraca, nakon što su svjedočili strahotama porođaja, započinje roditeljski život s posttraumatskim stresnim poremećajem. No, porođaj ne mora biti strašan, tvrdi Milli Hill, osnivačica pokreta za pozitivno rođenje - „Positive Birth Movement“. Evo što muškarci trebaju učiniti.

Čini se da ne možemo odoljeti pričama o strahotama porođaja. Činjenica da muškarci započinju roditeljski život s posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP), novost koju donose istraživači s Oxforda, doživjela je podvojenu, u usporedbi s obimom istraživanja, nesrazmjerne veliku reakciju. Niz članaka i medijskih rasprava o provedenoj studiji uvelike nadmašuje nevelik broj muževa i partnera koji su u njoj sudjelovali – samo njih 11.

Ograničena brojnost kontrolne skupine i činjenica da je istraživanje bilo usmjereni isključivo na porode s komplikacijama opasnim po život, umanjuje znanstveni kredibilitet istraživanja. „Porod nije bolan samo za žene,“ istaknuto je u jednom izvješću, dok drugo nadodaje: „Porod, čini se, može biti stresan i stravičan i za oca, kao što je i za majku.“

Uopće ne začuđuje da je muška populacija traumatizirana porodom, jer taj krvavi, jezivi šou prikazuje kako žene moraju patiti same. Moraš li baš biti тамо, najbolje je isključiti se i zabiti glavu u pjesak, prijatelju. Porod je krvav, porod je stravičan, porod je opasan – sve uobičajene sumnje i zablude su potaknute i ubaćene, i evo nas, nema dalje, ništa nije naučeno, uvijek očekujemo ono najgore.

Predlagana su besmislena rješenja. Držite muškarce dalje od rađaone, tako da ne moraju svjedočiti strašnoj patnji i krv! Neka „nabubaju“ što sve može poći po zlu, pa će biti pripremni na traumu. A, cijelo vrijeme, u toj istoj sobi stoji i trudna žena koju nitko ne primjećuje i ne spominje. Ona šapće: „Mora li uopće to biti tako?“ Moramo li prihvati da je porođaj traumatičan i pronaći načine kako se suočiti s time, ili možemo učiniti nešto bolje?

Iako PTSP neće biti dijagnosticiran svim muškarcima, unatoč izostanku dijagnoze, mnogi ostaju ranjeni, uz krivnju i neuspjeh osjećaju da su iznevjerili svoju partnericu. Žene pak ne mogu izraziti tugu, jer imaju zdravu bebu i na tome moraju biti zahvalne. Bebe, kao i obično, nemaju pravo glasa, a njihovo traumatično iskustvo tek trebamo u potpunosti razumijeti. Svakako, bolje bi trebalo biti.



Porođajna trauma i za muškarce i žene, unatoč podsmjehu od strane nekih, vrlo je stvarna. Muškarci u prethodno spomenutoj istraživačkoj studiji svjedočili su iznimno komplikiranim porođajima, ali čak i ono rođenje koje mnogi od nas prihvataju kao „način na koji se to radi“ može šokirati, pa i povrijediti oba roditelja. Prošle godine u Engleskoj samo 34 % majki prvorotki imalo je „normalan“ porod, drugim riječima porod bez indukcije, epiduralne, epiziotomije, instrumentalne isporuke ili carskog reza. Te riječi mogu se lako izlistati, no kada se dogode vama ili nekome koga volite, vjerujte mi, teško ih je zaboraviti.

Otprilike sedam od deset očeva u rađaoni koji svjedoče prolasku svojih partnerica kroz takve postupke, osjećaju da su iznevjerili svoju partnericu ili da je nisu uspjeli zaštiti. Osjećaju se izvan kontrole ili nemoćnima – što je zajednički nazivnik za sve oblike traume. Ove interventne stope i dalje rastu – stopa normalnog rođenja 1990. godine iznosila je – 60 % bez usporednih poboljšanja u rezultatima za mame i bebe. Razlozi su kompleksni: nalaženje rješenja je izazov i to može potrajati. Ipak s očevima koji pridodaju svoj glas rastućem zboru neodobravanja, postoji veća potražnja i svijest o potrebi za promjenom. U takozvanoj porođajnoj revoluciji postoje stvari, praktični načini kako muškarci mogu pomoći.

Muškarci često pristupaju porođaju nakon što su pročitali članak ili dva, prisustvovali nekolicini tečajeva ili čuli nekoliko priča od prijatelja. Zapravo, dolaze na porođaj spremni za ulogu „svjedoka“ i ukoliko sve teče po planu, to može biti veliki trenutak u njihovom životu. No, u trenutnoj klimi, svjedoci često zaostaju za zahtjevima i bolja priprema mogla bi biti od vitalnog značaja za osnaživanje muškaraca, ne samo kod suočavanja s porođajem, oni bi tada mogli pridonijeti i promjenama.

Dvije stvari koje muškarci trebaju imati na pameti prije porođaja

Muškarci moraju shvatiti dvije stvari – osnovnu mehaniku porođaja i sustav u kojem se porođaj odvija. To, zapravo, i nije tako teško zahtijevano: porođaj je osjetljiv proces koji zahtijeva da žena ima visoke razine oksitocina (hormon ljubavi – mislite na prigušena svjetla, mislite na romantiku, mislite na seks!) i minimum adrenalina (hormon stresa – mislite na zabrinute tonove, mislite na prekide, mislite na zvečkanje čelika!). To je, u biti, to.

A sustav? Pa, to je, također, jednostavno – cilj NHS – je izbjegći parnicu, tako da se pribjegava području manjeg rizika. To ne znači da je taj put uvijek ispravan ili jedini i to sigurno ne znači da očevi ne mogu, smireno i odlučno, propitivati odluke koje nisu hitne.

Važno je da očevi shvate da mogu preuzeti ulogu koja je daleko značajnija od uloge pukog „svjedoka“. Dean Beaumont, osnivač tečajeva koji priprema muškarce na porođaj, „DaddyNatal“ i autor „The Expectant Dads Handbook“, objašnjava: „Muškarci naginju fix – itrefleksu, što može biti vrlo štetno na porođaju. Dajući im jasnu svrhu taj se problem lakše rješava. Oni mogu biti zagovornici svojih partnerica, mogu se pobrinuti da se njihove želje čuju, također mogu zaštiti okoliš od suvremenog grizli medvjeda koji uvodi adrenalin i ugrožava oksitocin – bogatu državu u kojoj ona treba roditi slobodno.“

Natalie Meddings, osnivačica „Tell Me A Good Birth Story“, podupire navedeno, ali ide dalje ukazujući da muškarci bez prave pripreme, mogu izazvati određene probleme koji vode do traume: „Može biti stvarno teško gledati proces produženih trudova, a prečesto muškarci osjećaju da moraju nešto učiniti. Kao osnivačica aktivnog porođajnog pokreta, Janet Balaskas, očevima na svojim tečajevima govori: „Kada izgleda jako loše, onda je jako dobro.“ „Ukoliko muškarac ne zna što ga očekuje, sasvim je razumljivo da će se zabrinuti vidi li partnericu da se ponaša posve drugačije; da se ljudi na sve četiri, diše, oplakuje... I neizbjegno želi da netko nešto poduzme. Možda zvuči šokantno, ali mnogi porođaji završe s komplikacijama, jer se žene oslanjaju na muškarce. To je kao da odvezete auto na popravak nekome tko ne zna ni voziti.“

Ukoliko muškarci nisu spremni na učenje novih vještina kako bi postali zagovornici i zaštitnici te ukoliko zvuče stresno najvjerojatnije će podići razinu adrenalina. U tom slučaju parovi trebaju razmislići o zapošljavanja doula – osobu iskusnu i u vožnji i popravljanju vozila. Ona će osloboditi očeve i omogućiti im da se koncentriraju na tradicionalno stiskanje ruke i trljanje ramena. Što god odlučili, važno je kako žene, tako i za muškarce da shvate da oni doista mogu preuzeti kontrolu pri porodu i utjecati na ono što im se događa. Takva vrsta osjećaja može spriječiti traumu samim svojim postojanjem.

Bez obzira na sve naše pokušaje, uvijek će postojati određen broj poroda, vrlo mali, koji će zbog komplikacija zahtijevati liječničku intervenciju. Oxford istraživanje naglašava koliko teško to može biti za očeve i kako stručnjaci mogu pomoći priznavanjem muške prisutnosti i njihovih osjećaja. To je iznimno važno, ali istovremeno moramo posvetiti jednaku pozornost poboljšanju porođaja i smanjenju traumatskih iskustava za muškarce, žene i bebe, kako bi izazvali naše kulturne stavove prema porođaju i osnažili, ne samo očeve, nego sve uključene, da osjete da je promjena u njihovim rukama.

Testovi probira i amniocenteza

Milkica Nižić, primalja

Trudnoća je najznačajnije razdoblje u životu žene, ali i članova njezine obitelji. Ona nije bolest i u većine žena je vrlo jednostavna i ne veže se uz komplikacije. To je stoga što je trudnoća fiziološki proces i što žene u životnoj dobi fertiliteta, kada ostaju trudne, u pravilu posjeduju maksimum psihofizičkih mogućnosti.

U današnje vrijeme trudnoća se uglavnom povezuje sa sretnim završetkom čiji je vrhunac rođenje zdravog djeteta. Nažalost, postoje i određena patološka stanja koja se ne mogu dijagnosticirati redovnim, rutinskim pregledima u trudnoći. Na sreću, ona su iznimno rijetka, ali ukoliko se pojave mogu rezultirati trajnim, ozbiljnim oštećenjima ploda, smrti ploda ili vrlo kratkim životnim vjekom novorođenog djeteta.

Zahvaljujući prenatalnim dijagnostičkim metodama mogu se dokazati ili isključiti kromosomske anomalije, urođeni metabolički poremećaji i nasljedne bolesti vezane uz X-kromosom, rascjepi kralježnice (spina bifida) i niz drugih morfoloških abnormalnosti fetusa. Prenatalna dijagnostika, omogućuje nam da upoznamo zdravstveno stanje nerođenog djeteta kako bi se pravovremeno poduzelo sve što omogućuje normalnu trudnoću i porod.

Testiranje hormona povezanih s plodom i posteljicom danas je najčešća metoda kojom se vrši odabir trudnica, one se, tada, upućuju na daljnja testiranja kako bi se otkrile kromosomske anomalije. Kromosomopatije i malformacije ploda jedan su od glavnih uzroka perinatalne smrtnosti i morbiditeta. Za što ranije otkrivanje fetalne kromosomopatije, uz invazivne metode (biopsije korionskih resica i amniocenteze) danas raspolažemo i s neinvazivnim metodama: biokemijskim testovima probira prvog i drugog tromjesječja te UZV markerima. Navedeni testovi zasnivaju se na mjerenu hormona koji se nalaze u majčinoj krvi u trudnoći.

Neinvazivni testovi

Svaka trudnica, bilo koje životne dobi, ima pravo znati, ukoliko to želi, kolika je mogućnost da je začeto dijete s Downovim sindromom ili nekim drugim kromosomopatijama. Normalan broj kromosoma u stanici čovjeka iznosi 46 (odnosno 23 para). Osobe s Downovim sindromom imaju 47 kromosoma u stanicama, jer kromosom broj 21 nije u paru, već ih ima tri, pa ovaj poremećaj nazivamo još i trisomija 21. Osim Downovog sindroma (trisomija 21) imamo trisomiju 18 (Edwardaov sindrom), trisomiju 13 (Patau sindrom), te Turnerov i Klinefelterov sindrom. S obzirom da je nemoguće sve trudnice testirati na potencijalne kromosomske anomalije koje se mogu javiti kod njihove nerođene dijece, provodi se odabir ili probir rizičnih skupina. Testovi probira (engl. screening) procjenit će vjerojatnost da dijete ima Downov sindrom ili neku drugu trisomiju.

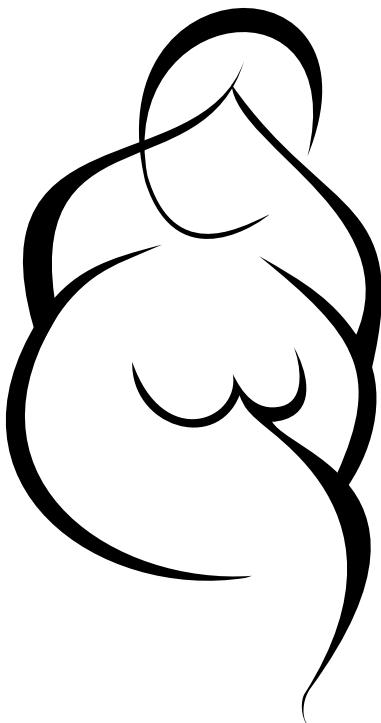
Kombinirani probir

Najznačajniji neinvazivni test prenatalne dijagnostike je kombinirani probir. Radi se u prvom tromjesečju, između 11. i 14. tjedna trudnoće. Ovaj test podrazumijeva kombiniranu procjenu ultrazvučnim mjeranjem nuhalnog nabora između 11. i 14. tjedna trudnoće, uz istodobni biokemijski probir – određivanje serumskih biljega PAPP-A i free β hCG, temeljem čega se procjenjuje rizik Downovog sindroma u aktualnoj trudnoći. Svaka žena ima određeni rizik da rodi dijete s Down sindromom ili nekom drugom kromosomskom greškom, ali rizik je povećan kod trudnica starije životne dobi. Sukladno rezultatima kombiniranog probira trudnice se svrstavaju u skupinu s niskim, umjerenim i visokim rizikom. Rezultat kombiniranog probira nije konačna dijagnoza, on samo ukazuje na rizik postojanja Downovog sindroma. Test neće u potpunosti potvrditi niti isključiti postojanje određenih promjena. Jedini siguran način dokazivanja Downovog sindroma kod ploda jest genetsko testiranje. Treba naglasiti da kombinirani probir nije obavezan, već sloboden odabir trudnice, a može se provesti samo nakon informiranog pristanka trudnice/pacijentice.

Biokemijski probir

Trudnice koje nisu stigle obaviti kombinirani probir u prvom tromjesečju ili rezultati nisu bili jednoznačni mogu se podvrgnuti biokemijskom testu probira u drugom tromjesečju. Test se u pravilu izvodi između 15. i 18. tjedna trudnoće. Treba naglasiti da je preciznost procjene rizika za Downov sindrom značajno manja u odnosu na kombinirani probir. Ovi testovi obuhvaćaju dvostruki probir (double test), trostruki test (triple test) i četverostruki test (quadruple test), ali posljedni nije moguće obaviti u našoj zemlji. Testovi se uzimaju samo iz venske krvi trudnica, a određuje se razina serumskih biljega, PAPP -A i free β hCG i alfa - fetoproteina (AFP) kod triple testa. Usporedimo

li je s normalnom trudnoćom, trudnoća s Dawnovim sindromom, u prosjeku ima nižu razinu alfa-fetoproteina, a višu razinu humanog korionskog gonadotropina (hCG). Testovima probira u trudnoći ne možemo u potpunosti isključiti druge malformacije i stanja djeteta koja nisu vezana uz kromosomske greške. Dobiveni rezultati testa izražavaju se brojčano i opisuju koliki je rizik da određena trudnica rodi dijete s Dawnovim sindromom. Drugim riječima, prema nalazu testa trudnice se svrstavaju u skupinu s niskim, umjerjenim i visokim rizikom. Trudnicama koje pripadaju skupini s visokim rizikom savjetuje se invazivna pretraga biopsija korionskih resica (CVS) ili punkcija plodove vode (amniocenteza).



Invazivni zahvat

ANIOCENTEZA - je vrlo jednostavan zahvat kratkog trajanja. Zahvat je invazivan i nije predviđen za sve trudnice, već samo za rizičnu skupinu koje imaju indikaciju za ovu pretragu.

Indikacije za amniocentezu su:

- starost majke > 35 (odnosno 37) godina
- starost oca > 42 (odnosno 45) godina
- kromosomopatije u obitelji
- abnormalnosti kromosoma kod prethodno rođenog djeteta ili kod roditelja
- abnormalnosti otkrivene ultrazvukom
- pozitivan rezultat kombiniranog probira
- druge indikacije

Amniocenteza je transabdominalna punkcija plodove vode, koja se izvodi između 16. i 18. tjedna trudnoće. Nakon detaljne dezinfekcije kože trbuha, pod kontrolom ultrazvučne sonde, u prazan prostor pokraj fetusa (ne dodirujući ga), iglom se kroz trbuh majke ulazi u maternicu i aspirira se 20 ml. plodove vode za daljnju analizu. Prije zahvata vrši se detaljan ultrazvučni pregled prilikom kojeg određujemo dob fetusa, položaj, smještaj posteljice i količinu plodove vode. Najznačajniji rizici invazivnih pretraga, amniocenteze i biopsije korionskih resica, su spontani pobačaji uslijed zahvata, čiji se rizik procjenjuje na 1 %, kako kod biopsije korionskih resica, tako i kod amniocenteze. Povrede embrija, odnosno fetusa kod ovih zahvata praktički se više ne viđaju. Odluku o podvrgavanju amniocentezi donosi trudnica i njezin partner uz savjetovanje s liječnikom i stručnjakom fetalne medicine.

Biopsija korionskih resica (CVS)

Ova se metoda naziva se i biopsija placente ili placentocenteza. Također se izvodi transabdominalno, a primjenjuje se između 11. i 14. tjedna trudnoće. Prvo se lokalnim anestetikom umrtvi malo područje trbuha, a onda se kroz kožu uvodi igla u maternicu sve do početka posteljice. Put igle prati se na ekranu ultrazvuka. Kroz vanjsku iglu uvodi se još jedna, tanja igla i aspirira se mali komadić posteljičnog tkiva (korion). Rezultati testa su poznati 6 do 7 tjedana ranije nego li kod amniocenteze. Ovom metodom mogu se dijagnosticirati i nasljedne metaboličke greške – nedostatak ili nedovoljna funkcija nekih enzima, ali primarni cilj biopsije korionskih resica ostaje određivanje kariotipa i prepoznavanje kromosomske abnormalnosti u vrlo ranoj trudnoći.

Mnogobrojna su pitanja, strahovi, srepnje i nedoumice koje se nameću tijekom ovog istovremeno dugog i kratkog razdoblja trudnoće. Ipak, umiruje činjenica da se trudnoća nikada prije nije pratila ovako kao što se to čini danas. Stoga treba potražiti odgovore koji će umiriti bojazni budućih roditelja. Cilj svih postupaka u trudnoći je osiguravanje urednog napredovanja i tijeka trudnoće koja će okončati rođenjem živog i zdravog djeteta.

Poziv za sudjelovanje u radu konferencije
Rodina mliječna konferencija 2014. - Dojenje najosjetljivijih skupina djece
Hotel International Zagreb, 3. travnja 2014.

Pozivamo zdravstvene djelatnike koji rade s prijevremeno rođenom, visokorizičnom ili bolesnom novorođenčadi i djecom – neonatologe, pedijatre, primalje, medicinske sestre, te znanstvenike, psihologe, logopede i stručnjake iz područja javnog zdravstva, državne službenike, studente, roditelje – sve koji se bave područjem razvoja i njege osjetljivih skupina djece, te pružaju podršku njima i njihovim obiteljima, da se svojim sudjelovanjem uključe u rad Rodine mliječne konferencije 2014. koja će se u organizaciji udruge Roda održati 3. travnja 2014. godine u hotelu „International“ u Zagrebu.

Poziv za sudjelovanjem podrazumijeva prijavu i slanje sažetaka za usmeno izlaganje u trajanju od 15 do 20 minutna (uz dodatnih 5 minuta predviđenih za raspravu) i postera koji će biti izloženi tijekom konferencije.

Moguće teme uključuju:

- Značaj „sirovog“ majčinog mlijeka i obrađenog doniranog humanog mlijeka za razvoj visokorizičnih skupina djece
- Banke mlijeka
- Izdajanje
- Zakonska regulativa, stručne preporuke te praksa rukovanja majčinim i doniranim humanim mlijekom
- Dojenje i drugi načini hranjenja u jedinicama intenzivne neonatalne skrbi
- Pozicija majke u jedinicama intenzivne neonatalne skrbi
- Klokan majčina njega
- Prilagođavanje inicijative Rodilišta prijatelji djece (BFHI) „Deset koraka do uspješnog dojenja“ za intenzivnu neonatalnu skrb
- Budućnost inicijative Rodilišta prijatelja djece u Hrvatskoj i mogućnosti provođenja inicijative Jedinica intenzivne neonatalne skrbi prijatelja djece
- Dojenje djece s posebnim potrebama i bolesne djece
- Podrška roditeljima najosjetljivijih skupina djece
- Dojenje nedonoščadi nakon izlaska iz bolnice

U obzir dolaze i sve druge teme koje su na bilo koji način povezane s temom konferencije. U obzir NE dolaze sponzorirana predavanja od strane predstavnika proizvođača ili distributera nadomjestaka za majčino mlijeko niti sponzorirana predavanja farmaceutskih kuća.

Želite li održati usmeno izlaganje ili izložiti poster, molimo Vas pošaljite nam sažetak od 300 riječi na hrvatskom ili engleskom jeziku i kratku biografiju od 50-ak riječi u formatu MS Word najkasnije do 30. studenog 2013. na adresu e-pošte: dojenje@roda.hr. Obavezno označite za koju se vrstu rada se prijavljujete (usmeno izlaganje ili poster), a programski odbor zadržava pravo da predloži promjenu vrste rada, o čemu ćete biti pravovremeno obaviješteni.

Poziv za sudjelovanje u radu konferencije
prePOROD 2014. / Hotel International Zagreb, 4. travnja 2014.

Pozivamo znanstvenike, akademike, zdravstvene djelatnike, pravne stručnjake, stručnjake iz područja javnog zdravstva, studente, roditelje i sve druge koji provode istraživanja u području maternalne skrbi da se svojim sudjelovanjem uključe u rad konferencije prePOROD 2014. o izazovima i trendovima u maternalnoj skrbi koja će se u organizaciji udruge Roda održati 4. travnja 2014. godine u hotelu International u Zagrebu.

Poziv za sudjelovanjem podrazumijeva slanje sažetaka za usmeno izlaganje u trajanju od 15 do 20 minutna (uz dodatnih 5 minuta predviđenih za raspravu) i postera koji će biti izloženi tijekom konferencije.

Moguće teme uključuju:

- Porod na zadak
- Mala rodilišta i tzv. „skrb u zajednici“
- Financijska održivost sustava maternalne skrbi
- Samostalno primaljstvo
- Ishodi povezani sa znanstvenim / tehničkim intervencijama u trudnoći i porodu
- Skrb u trudnoći i porodu za žene koje žive više od 50 km od najbližeg rodilišta, žene s otoka i iz brdsko-planinskih područja
- Državna politika u maternalnoj skrbi, posebice u vidu najavljene zdravstvene reforme
- Pravna pitanja vezana uz trudnoću, porod i zaštitu prava korisnika/ka zdravstvene skrbi.

U obzir dolaze i sve druge teme koje su na bilo koji način povezane s temom konferencije. U obzir NE dolaze sponzorirana predavanja od strane predstavnika proizvođača ili distributera nadomjestaka za majčino mlijeko niti sponzorirana predavanja farmaceutskih kuća.

Pozvani predavači:

- Anke Reitter, dr. med., spec. ginekologije i porodništva, Goethe-Universität Frankfurt am Main, Njemačka
- Melody Weig, dipl. primalja, samostalna praksa, London, Velika Britanija

Želite li održati usmeno izlaganje ili izložiti poster, molimo Vas da nam pošaljete svoj sažetak od 300 riječi na hrvatskom ili engleskom jeziku i kratku biografiju od 50-ak riječi u formatu MS Word najkasnije do 30. studenog 2013. na adresu e-pošte: daniela@roda.hr. Obavezno označite za koju se vrstu rada prijavljujete (usmeno izlaganje ili poster), a programski odbor zadržava pravo da predloži promjenu vrste rada, o čemu ćete biti pravovremeno obaviješteni.



Certitudo d.o.o. za zastupanje u osiguranju
A: Zagreb, Hruševačka 1; T: 01 5802 532; E: info@certitudo.hr



OBAVIJEŠT

ČLANOVIMA HRVATSKE KOMORE PRIMALJA

Poštovani,

Vaša Komora omogućila Vam je posebnu ponudu

DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA,

kod Basler osiguranja Zagreb d.d.

kojom je svim članovima Komore i članovima Vaših obitelji

omogućeno ugovaranje

POLICE DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

s neograničenim osiguranim iznosom pokrića participacija

po jedinstvenoj cijeni od:

= 58,00 kn mjesечно po osobi ili članu obitelji,

odnosno **= 696,00 kn godišnje.**

Police se ugovaraju na trajanju od dvije (2) i pokrivaju sve troškove participacija uključujući i bolničke troškove, troškove lijekova sa „A“ i „B“ liste lijekova, troškove participacija u domovima zdravlja i kod obiteljskog liječnika.

→ potrebne obrasce možete zatražiti:

📞 putem telefona na: 01/5802 - 532

✉️ putem e-pošte na: info@certitudo.hr

→ poštomićemo Vam poslati Ponudu i ostalu dokumentaciju potrebnu za realizaciju Vaše police po ovim uvjetima.



Osjećaj sigurnosti potiče unutarnji mir i zadovoljstvo svakog čovjeka

24.10.2013.

Prijedlog suradnje za sve članice i zaposlenike Hrvatske komore primalja

Sa zadovoljstvom Vas obavještavamo o prijedlogu suradnje između MIBO Lens optike i Hrvatske komore primalja, u sklopu koje svim članicama/zaposlenicima Komore nudimo povoljnije uvjete kupnje u poslovnicama MIBO Lens optika. Ovu ponudu možete ostvariti od primitka ove obavijesti.

Članice/Zaposlenici ostvaruju sljedeće pogodnosti:

- ✓ Besplatni redovni pregled u optici
 - Potrebna je rezervacija termina
 - Pregled ne obavezuje na kupnju
- ✓ Besplatna ugradnja stakala
- ✓ Besplatne popravke na okvire kupljene u MIBO Lens optici
- ✓ 15% popusta na cijelokupni assortiman
 - popust se ne obračunava na promotivne akcije i sniženja
- ✓ Promotivne akcije tokom godine o kojima će biti obaviješteni

Obitelji članova/zaposlenika ostvaruju sljedeće pogodnosti:

- ✓ Besplatni redovni pregled
- ✓ Besplatna ugradnja
- ✓ 10% popusta na cijelokupni assortiman
- ✓ Promotivne akcije tokom godine o kojima će biti obaviješteni

Za sve upite i rezervacije obratite se u naše poslovnice se nalaze na sljedećim lokacijama:

Zagreb

V. Poljanice 4, Zagreb
01/2922-756, 091/494-9015
poljanice@mibo-lens.hr
Radno vrijeme: 8:00 - 19:00
Subota: 09:00 - 13:00

Bjelovar

Andrije Kačića Miošića 22, Bjelovar
043/245-173, 091/494-9014
bjelovar@mibo-lens.hr
Radno vrijeme: 8:00 - 20:00
Subota: 08:00 - 13:00

Saznajte više o nama:

WEB: www.mibo-lens.hr
FB: www.facebook.com/mibolens

Varaždin

Zagrebačka 59, Varaždin
042/321-614, 099/2709-424
varaždin@mibo-lens.hr
Radno vrijeme: 8:00 - 20:00
Subota: 08:00 - 13:00

Zadar

Polačišće 1, Zadar
023/312-026, 099/2709-427
zadar@mibo-lens.hr
ponedjeljak - petak: 09:00 - 20:00,
Subota: 09:00 - 13:00

Novi Marof

Kralja Tomislava 8, Novi Marof
042/555-702, 099/2709-453
novimarof@mibo-lens.hr
Radno vrijeme: 9:00 - 17:00

Vaša MIBO Lens optika