

# Primaljski vjesnik

Broj 18 ▶ Svibanj 2015. ▶ ISSN 1848-5863

MEĐUNARODNI DAN  
**PRIMALJA**  
5. SVIBNJA 2015.



International  
Confederation  
of Midwives

Strengthening Midwifery Globally



HRVATSKA UDRUGA ZA  
PROMICANJE PRIMALJSTVA  
CROATIAN ASSOCIATION FOR  
PROMOTION OF MIDWIFERY



HRVATSKA KOMORA  
**PRIMALJA**  
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES



HRVATSKA UDRUGA ZA PROMICANJE PRIMALJSTVA  
CROATIAN ASSOCIATION FOR PROMOTION OF MIDWIFERY



HRVATSKA KOMORA  
**PRIMALJA**  
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES

# Sadržaj

RIJEČI UREDNIŠTVA.....	4
Cochrane sustavni pregled: KONTRACEPTIVI.....	5
STEROIDNI KONTRACEPTIVI: UČINAK NA METABOLIZAM UGLJIKOHIDRATA U ŽENA KOJE NEMAJU DIABETES MELLITUS (ŠEĆERNU BOLEST).....	8
KOMBINIRANI KONTRACEPTIVI: UČINAK NA TJELESNU TEŽINU.....	9
MUŠKA KONTRACEPCIJA STEROIDNIM HORMONIMA.....	10
ORALNI KONTRACEPTIVI ZA LIJEČENJE FUNKCIONALNIH CISTA JAJNIKA.....	11
TRUD U TRUDNOĆI.....	17
ULOGA PRIMALJE KOD PORODA MRTVOG DJETETA.....	20
POREMEĆAJI DOJENJA.....	30
POREMEĆAJI MOKRAĆNIH PUTOVA U PUPERIJI (izuzev urinarnih infekcija).....	33
POSTPORODAJNA DEPRESIJA.....	36
SINDROM TUŽNOG RASPOLOŽENJA ILI BABY BLUES.....	42
PUERPERALNA PSIHOZA.....	46
SEKUNDARNA POSTPARTALNA HEMORAGIJA.....	49
PUERPERALNE INFEKCIJE.....	52
KOMPLEMENTARNE METODE U TRETIRANJU PUPERALNIH KOMPLIKACIJA.....	56
DOJENJE DJECE S DOWNOVIM SINDROMOM KAO KULTUROLOŠKA I CIVILIZACIJSKA NORMA.....	60
ORALNO ZDRAVLJE TRUDNICA .....	62
UPUTE AUTORIMA.....	63

# Riječi uredništva

## **Sretan Međunarodni dan primalja!**

I ovaj put nastojali smo da naši tekstovi budu što zanimljiviji i da vam ponudimo sadržaje koji će nam svima koristiti u usavršavanju znanja.

I dalje pozivamo na suradnju sve kolegice da se javi uredništvu Vjesnika sa svojim tekstovima, konstruktivnim prijedlozima i opažanjima te da na taj način još više populariziramo Primaljski vjesnik kao jedino glasilo Hrvatske komore primalja i Hrvatske udruge primalja.

Radovi koji se objave u Primaljskom vjesniku buduju se prema pravilniku Hrvatske komore primalja. Tekstovi se dostavljaju u elektroničkom obliku na adresu: primaljski-vjesnik@komora-primalja.hr

Zahvaljujemo svima koji su oplemenili naš stručni časopis svojim radovima te tako pomogli promicanju primaljstva.

Također nas pratite na Facebook stranici:

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



*Andrea Oštrić, mag. admin. sanit.*

Ukida se i proglašava nevažećom licenca Patricije Klobučar, izdana pod ur. brojem: 340-1-13-2333-02 na osobni zahtjev zbog gubitke iste.

Ukida se i proglašava nevažećom licenca Višnje Ivanšić, izdana pod ur. brojem: 340-1-11-2031-02 na osobni zahtjev zbog gubitka iste.

## **Impresum:**

### **Izdavač:**

Hrvatska komora primalja, Kutnjački put 2a, Vrbani, 10000 Zagreb, [www.komora-primalja.hr](http://www.komora-primalja.hr)

Žiro-račun: 2402006-110549055 Erste Banka

Hrvatska udruga za promicanje primaljstva, Kutnjački put 2a, Vrbani, 10000 Zagreb, [www.hupp.hr](http://www.hupp.hr)

Žiro-račun: 2360000-1101743245 Zagrebačka banka

**Radove slati na:** [info@komora-primalja.hr](mailto:info@komora-primalja.hr) / [primaljski-vjesnik@komora-primalja.hr](mailto:primaljski-vjesnik@komora-primalja.hr)

Priprema i tisk: Alfacommerce d.o.o.

Naklada: 700 primjeraka

**Tekstovi su lektoriirani i autori odgovaraju za istinitost sadržaja.**

**List je besplatan.**

# *Uvodna riječ predsjednice Komore primalja*

**Primalje – za bolju budućnost** je slogan pod kojim ove godine obilježavamo naš dan – Međunarodni dan primalja. Ovom kratkom, ali važnom porukom ističemo da su primalje neizostavni čimbenik u ostvarivanju boljšitva za svaku majku, dijete i obitelj u Hrvatskoj. Važno je da mi primalje idemo s tom mišljiju svaki dan na posao k našim pacijenticama, kao što je i važno da te činjenice budu svjesni i svi društveni dionici odgovorni za poboljšanje uvjeta u rodilištima, rađaonama i ginekološkim ambulantama i drugim primaljskim radnim mjestima. Hrvatska komora primalja stoga neumorno naglašava da su dobro obrazovane primalje, s kompetencijama koje se prepoznaju – osim u Zakonu – i u praksi u svakodnevnom radu, zalog za bolju budućnost.

Primalstvo u Hrvatskoj također dovršava jednu važnu etapu u svojoj novijoj povijesti; bližimo se kraju prvog licencnog razdoblja i krećemo s obnovom Odobrenja za samostalan rad. Uvjeti koji su postavljeni za obnovu Odobrenja za samostalan rad pokazuju da je za održavanje i unapređenje primaljskih znanja i vještina potrebno i mnogo osobnog odricanja. No, odgovornost koju svaka primalja ima na svojem radnom mjestu je velika, i sve mi znamo da je primalstvo poziv a ne samo posao, te da je cjeloživotno obrazovanje od velike važnosti i za struku, i za zdravstveni sustav, ali i za društvo u cijelini. Nije bilo lako prikupiti potrebne bodove kroz ovih šest godina, no i taj posao svi zajedno privodimo kraju. Kako bismo vam olakšali ovaj višegodišnji proces, Komora je organizirala praćenje onih najpotrebnijih predavanja preko interneta kroz model tzv. e-learninga. Tako da se uskoro možete pripremiti za pažljivo slušanje edukacija koje vam možda nedostaju i iz svojeg doma, ili s bilo kojeg drugog mesta na kojem imate mogućnost spojiti se na internet. Za više informacija pratite službenu stranicu Komore ili nas nazovite u ured Komore.

*Drage kolegice, koristim priliku da vam od srca čestitam Međunarodni dan primalja!*



*Barbara Finderle*

MEĐUNARODNI DAN  
**PRIMALJA**  
5. SVIBNJA 2015.



*Primalje  
za bolju  
budućnost!*

Poštovane kolegice,

Uoči Međunarodnog dana primalja koji se obilježava 5. svibnja ovu smo godinu posebno posvetili edukaciji kako bismo dodatno osnažili naš slogan ***Svijet treba primalje više nego ikad.*** U cilju poboljšavanja procesa edukacije pokrenuli smo portal za e-učenje kako biste jednostavnije mogli razvijati svoja znanja i vještine, ali kako biste i lakše prikupljale bodove za proces re-licenciranja.

Uz klasičnu edukaciju, koju ćemo i dalje sustavno njegovati, portalom za e-učenje želimo vam osigurati da vam nova znanja budu znatno dostupnija jer na portal možete pristupiti kad god to poželite i s bilo kojeg mjesta. Na portalu smo već pripremili e-tečajeve na web stranici [www.komora-primalja.hr](http://www.komora-primalja.hr) gdje ćete pronaći link na portal za e-učenje i slijediti detaljnije upute.

Na zajedničkim forumima i chat opcijama koje su vam na raspolaganju na portalu, uz mogućnost pristupanja različitim tečajevima, možete se i kvalitetnije upoznati sa širom primaljskom zajednicom u Hrvatskoj. Ovime se postiže snažnija interaktivnost s našom jedinstvenom primaljskom skupinom kako bismo jednostavnije savladavale svakodnevne prepreke s kojima se susrećemo, ali i zajednički razvijale nove projekte koji nam mogu biti podrška u razvoju struke.

Ovim putem vas želimo pozvati da se i same uključite u kreiranje edukacijskih sadržaja kroz sugestije edukativnih cjelina koje vas zanimaju, a slobodno se prijavite i kao autori određenih edukativnih cjelina. Detaljne upute za autore dostupne se na samom portalu.

E-učenje je danas neizostavan dio u procesu edukacije i sve se češće primjenjuje i u međunarodnoj primaljskoj zajednici. Na portalu za e-učenje sami odabirete tečajeve koje želite poslušati i virtualno polagati, a oni vam nose minimalno 4 boda za re-licenciranje. Trenutno su raspoloživi tečajevi uz minimalnu finansijsku naknadu, ali u procesu smo da vam se određene edukacijske cjeline omoguće i bez naknade o čemu ćemo vas dodatno obavijestiti.

Sigurni smo da će portal za e-učenje postati mjesto za kvalitetnu komunikaciju i edukaciju naše primaljske zajednice. Danas primjećujemo da je svaka primalja ili manja grupa primalja poput malih otoka, na neki način izolirana, i upravo stoga nastojimo da se snažno povežemo kako bismo mogli kvalitetnije i sustavnije mijenjati okružje u kojem djelujemo.

Detaljne informacije o portalu za e-učenje potražite na web stranicama komore ili nas jednostavno nazovite.

Vaše Vijeće HKP



## *Steroidni kontraceptivi: učinak na metabolizam ugljikohidrata u žena koje nemaju diabetes mellitus (šećernu bolest)*



Hormonski kontraceptivi mogu imati učinak na metabolizam ugljikohidrata (šećer i škrob). To znači da mogu djelovati na smanjenu sposobnost iskorištavanja šećera iz hrane i lošiji učinak inzulina. Inzulin je hormon koji omogućuje tijelu korištenje šećera. Povišene koncentracije šećera (glukoze) u krvotoku povećavaju rizik nastanka dijabetesa i bolesti srca. Ova problematika se do sada uglavnom povezivala s učinkom kontraceptiva koji sadrže hormon estrogen.

U travnju 2014. godine pretražena su randomizirana klinička istraživanja o učinku hormonskih lijekova za sprečavanje nastanka neželjene trudnoće na metabolizam ugljikohidrata. Analizirani su rezultati koncentracije šećera (glukoze) ili inzulina u krvi. Metode sprečavanja nastanka neželjene trudnoće mogu sadržavati estrogene i progestine ili samo progestin. Mogu biti u obliku tableta, injekcija, subdermalnih implantata (štapići veličine šibice koji se umetnu pod kožu), vaginalnih prstena ili materničnih uložaka (tzv. spirala). Istraživanja su usporedila dva različita oblika kontracepcije ili jedan oblik u odnosu na placebo ili lažni pripravak.

Analizirani su rezultati iz 31 kliničkog istraživanja. Ni u jednom se nije koristio placebo. Od ukupno 34 parova načina kontracepcije, za 8 je nađena razlika između ispitivanih skupina. U 12 kliničkih istraživanja su korištene tablete s dezogestrelom. Nađeno je nekoliko razlika, ali nisu bile dosljedne (sustavne). Tri klinička istraživanja su pratila učinak etonogestrelskega prstena. U jednom

istraživanju je nađeno da je u skupini žena koje su koristile vaginalni prsten inzulin u krvi bio niži nego u skupini žena koje su uzimale tablete.

U 8 kliničkih istraživanja je ispitivan učinak progestin noretisterona. U skupini koja je koristila tablete s noretisteronom je uočena manja promjena glukoze u krvi nego u skupini koja je koristila drugu vrstu tableta. U istraživanju u kojem je ispitivan učinak potkožnog depo-preparata (medroksiprogesteron acetat) koncentracije glukoze i inzulina su bile veće nego u skupini koja je koristila neku drugu vrstu preparata koji se primjenjuje injekcijom.

Od 5 novijih kliničkih istraživanja, u dvama su korišteni drugi oblici estrogena. U studiji u kojoj su ispitivane tablete s etinil-valeratom je koncentracija glukoze bila niža nego u onih žena koje su koristile standardne tablete. U dvjema studijama je proučavan učinak produženog uzimanja tableta (tj. bez prekida) u odnosu na uobičajeni režim. Produceno uzimanje dienogest tableta je imalo više učinaka na glukozu. Tablete s levonogestrelom su u pretlijih ispitnicama i onih s normalnom tjelesnom težinom imale podudaran učinak.

U žena bez dijabetesa hormonska kontracepcija ima mali učinak na korištenje ugljikohidrata. Mali broj kliničkih istraživanja je usporedio isti oblik prevencije neželjene trudnoće. Zaključno nije moguće ustanoviti nedvojbeni učinak ovih preparata na metabolizam ugljikohidrata. U više istraživanja je broj ispitnicama bio malen i mnogo ih je odustalo tijekom istraživanja. U istraživanjima starijeg datuma nisu navedene istraživačke metode, a također mnoga istraživanja nisu uključila pretile žene.

Cochrane sustavni pregled: <http://www.cochrane.org/hr/CD006133/steroidni-kontraceptivi-ucinak-na-metabolizam-ugljikohidrata-u-zena-koje-nemaju-diabetes-mellitus-secernu-bolest>; <http://goo.gl/u9VPC7>

## *Kombinirani kontraceptivi: učinak na tjelesnu težinu*

Povećanje tjelesne težine se smatra nuspojavom sredstava za sprečavanje neželjene trudnoće. Mnoge žene i zdravstveno osoblje smatraju da tablete (pilule) i flasteri uzrokuju povećanje tjelesne težine. Zabrinutost zbog debljanja može biti razlogom neprihvaćanja ove učinkovite metode sprečavanja neželjene trudnoće. Strah od pretilosti odbija neke žene uopće od započinjanja korištenja tableta ili flastera. Žene čak prestaju uzimati tablete budući da smatraju da se zbog njih debljuju. U ovom Cochrane sustavnom pregledu su analizirana istraživanja o primjeni tableta za sprečavanje neželjene trudnoće ili flastera uz mjerjenje tjelesne težine.

U studenom 2013. godine autori su pretražili elektroničke baze da bi pronašli studije tableta ili flastera koji sadrže dva tipa hormona. Za početni pregled, kontaktirani su istraživači i proizvođači radi pronalaženja dodatnih istraživanja. Uključena su randomizirana istraživanja objavljena na engleskom jeziku koja su trajala najmanje tri ciklusa uzimanja lijekova. Također je uvjet bio da je provedena usporedba dvaju oblika sredstava sprečavanja neželjene trudnoće ili jedno sredstvo u odnosu na placebo (lažni pripravak).

Pronađeno je 49 istraživanja. Uspoređena su 52 različita para sredstava sprečavanja neželjene trudnoće ili jedno sredstvo s placeboom. Četiri istraživanja koja su uključila placebo ili nikakva sredstva nisu pokazala da ove tablete ili flaster uzrokuju promjenu tjelesne težine. U većini studija različitih sredstava sprečavanja neželjene trudnoće nije nađena velika razlika tjelesne mase ispitnice. Također, žene nisu prestale koristiti tablete ili flaster zbog eventualnog debljanja. Dokaz nije dovoljno pouzdan da bi se moglo sa sigurnošću tvrditi da ova sredstva uzrokuju nagomilavanje kilograma. Unatoč tome, nije nađen znatni učinak na povećanje mase. Ispitivanje povezanosti između ovih sredstava sprečavanja neželjene trudnoće i promjene kilaže, mora biti tako zamišljeno da uključi placebo ili skupinu koja ne koristi hormonske pripravke. Uključivanje ovakvog oblika kontrolne skupine omogućuje isključivanje čimbenika kao što je promjena tjelesne težine tijekom vremena.

Cochrane sustavni pregled: <http://www.cochrane.org/hr/CD003987/kombinirani-kontraceptivi-ucinak-na-tjelesnu-tezinu>; <http://goo.gl/7WOhFS>

## *Muška kontracepcija steroidnim hormonima*

Istraživači pokušavaju razviti kontracepciju za muškarce koja bi bila slična kontraceptivnim tabletama u žena. Međutim, osmišljavanje učinkovite hormonske kontracepcije u muškaraca pokazalo se kao težak zadatak. Primjena spolnih hormona u muškaraca može uzrokovati smanjenu kvalitetu sperme. Također utječe na sniženje muškog spolnog hormona testosterona, koji se onda mora malo popraviti. U ovom Cochrane sustavnom pregledu su obuhvaćeni rezultati o primjeni hormona u muškaraca u svrhu sprečavanja neželjene trudnoće.

U siječnju i veljači 2012. godine provedeno je elektroničko pretraživanje studija koje su ispitivale hormone u muškoj kontracepciji. Također je pretražena i literatura korištена u tim studijama. U razmatranje su uzete sve kontrolirane studije bez obzira na jezik na kojem su napisane. Kontaktirani su autori u vezi ostalih studija koje nisu nađene pretraživanjem.

Pronađene su 33 studije čiji je cilj bio postizanje sperme bez spermija. Postotak muškaraca kod kojih nisu nađeni spermiji je bio različit. Pronađeno je nekoliko glavnih razlika: 1) implant i injekcija testosterona su pokazali bolji učinak nego tablete i testosteronski flaster; 2) hormonske tablete su poboljšale učinak testosteronskih injekcija kod tjedne primjene; 3) hormonske tablete su također poboljšale učinak testosteronskih injekcija s više injekcija u 6. i 12. tjednu; 4) tablete s nižim dozama nisu imale učinak kao tablete s višim dozama uz primjenu testosteronskih implantata; 5) niže doze testosteronskih injekcija uz implantate su omogućile spermu bez spermija učestalije nego visoke doze testosterona; 6) injekcija hormona i injekcija testosterona su češće imali učinak ostvarivanja sperme bez spermija kod primjene svakih 8 u odnosu na 12 tjedana; 7) četiri implantata muških spolnih hormona su imali bolji učinak od dvaju implantata.

Nekoliko istraživanja pokazalo je dobar rezultat postizanja postotka bez spermija. Pet studija je istraživalo testosteron i druge hormone (dezogestrel, etonogestrel i levonogestrel).

Zaključno, hormonski kontraceptivi u muškaraca nisu još spremni za opću primjenu. Većina istraživanja su male pilot studije (početne studije) koje ispituju različite oblike hormonskih kontraceptiva. Potrebna su veća istraživanja s boljim metodama za pouzdane rezultate u ovom području.

Ovaj sustavni pregled literature sadrži dokaze objavljene do veljače 2012. godine.

Cochrane sustavni pregled: <http://www.cochrane.org/hr/CD004316/muska-kontracepcija-hormonima>; <http://goo.gl/n5vW9z>

## *Oralni kontraceptivi za liječenje funkcionalnih cista jajnika*

Žene u reproduktivnoj dobi obično otpuštaju jajnu stanicu iz jajnika otprilike jednom mjesечно. Jajnik oslobodi jajašće iz unutrašnjosti jajnika na svoju površinu stvarajući mjeđurić ili tekućinom ispunjen prostor oko jajašca u razvoju. Kada mjeđurić (ili cista) dođe na površinu jajnika, pukne i otpusti jajašće u trbušnu šupljinu. Nakon što se to dogodi, mjeđurić se može razviti u drugu vrstu ciste, čime se omogućuje stvaranje hormona (progesteron) koji potpomaže napredak trudnoće. Većina tih cista dolazi i odlaze bez problema. Ponekad, međutim, ciste narastu ili postanu bolne; druge mogu trajati mjesecima. Prije nekoliko desetljeća zdravstveni djelatnici su uočili da žene koje uzimaju kontracepcijske pilule rjeđe imaju ciste, jer pilule obično sprečavaju otpuštanje jajašca. Na temelju ove činjenice mnogi liječnici su počeli liječiti te ciste kontracepcijskim pilulama kako bi brže nestale.

U ožujku 2014. pretražene su računalne baze podataka kako bi se pronašla sva randomizirana kontrolirana ispitivanja koja su proučavala korištenje kontracepcijskih pilula za liječenje benigne (tzv. funkcionalne) ciste. Kako bi se pronašla dodatna ispitivanja, autori su kontaktirali i istraživače iz ovog područja. Pronađeno je osam ispitivanja koja su provedena u četirima zemljama i koja su uključivala ukupno 686 žena. Tri ispitivanja su uključivala žene koje su uzimale lijekove za potpomaganje začeća. Ostalih pet je obuhvaćalo žene kod kojih su se razvile ciste, a da nisu bile liječene zbog neplodnosti. Ni u jednom od ovih ispitivanja oralni kontraceptivi nisu pospješili brže nestajanje cista. Dakle, kontracepcijske pilule ne bi trebalo koristiti za liječenje funkcionalnih cista. Bolji pristup je pričekati dva ili tri mjeseca da funkcionalne ciste spontano nestanu.

Cochrane sustavni pregled: <http://www.cochrane.org/hr/CD006134/oralni-kontraceptivi-za-lijecenje-cista-jajnika>; <http://goo.gl/mzElMK>

### **Što je Cochrane kolaboracija?**

Cochrane kolaboracija je svjetska neprofitna organizacija koja pomaže ljudima u korištenju dokaza pri donošenju odluka o zdravstvenoj skrbi kroz izradu i promicanje korištenja Cochrane sustavnih preglednih članaka koji se objavljaju u Cochrane knjižnici. Ovi pregledni članci daju uvid u najnovija i najpouzdanija istraživanja u zdravstvu na temelju kojih osobe mogu donositi informirane odluke vezane za vlastito zdravlje i zdravstvenu politiku. Cochrane sustavni pregledi se smatraju zlatnim standardom informacija utemeljenih na dokazima.

### **Odakle dolazi naziv Cochrane?**

Cochrane kolaboracija je svoje ime dobila po Archiju Cochraneu (1909-1988), britanskom medicinskom znanstveniku čije su ideje postale izuzetno utjecajne u korištenju medicine utemeljene na dokazima. On je predložio da koristimo pravilno dizajnirane metode za procjenu liječenja u zdravstvu te da primjenjujemo samo ona liječenja koja su dokazano učinkovita. Također je istaknuo randomizirane kontrolirane pokuse kao najpouzdaniji izvor dokaza. Na temelju Cochraneovih inovacija i poticaja javnosti, prvi Cochrane centar je otvoren 1992. (Oxford, UK), što je dovelo do osnivanja Cochrane kolaboracije 1993. godine.

### **Tko je uključen u Cochrane?**

Gotovo 27 tisuća pojedinaca iz 120 zemalja je doprinijelo radu Cochrane kolaboracije. Kolaboracija zapošljava gotovo 500 ljudi od kojih polovica radi skraćeno radno vrijeme. Preostali suradnici su volonteri koji vjeruju u rad Cochrane kolaboracije, a uključuju stručnjake iz različitih zdravstvenih područja, statističare, znanstvenike, političare i korisnike zdravstvenih usluga.

### **Na koji način funkcionira?**

Cochrane kolaboracija je sastavljena od grupa koje se nazivaju entitetima, a nalaze se svuda po svijetu. Svaki entitet djeluje kao mini-organizacija s vlastitim odgovornostima i izvorima financiranja. Entiteti zajednički nastoje uvesti korištenje dokaza u zdravstvenu praksu i politiku.

## *Trud u trudnoći*

*Jadranka Janković*

*Trudnoća (nošenje, bremenitost, drugo stanje, gravidnost, graviditas, gestatio) stanje žene kad u sebi nosi novo biće, zametak ili plod.* Medicinski leksikon, Lesikografski zavod, Zagreb, 1992. Ova definicija nam donosi i narodne nazive za trudnoću koji govore da, iako trudnoća nije bolest, ipak se tijekom trudnoće javljaju specifične promjene koje su uzrokovane fiziološkim stanjem žene, ali i promjene koje nastaju kao posljedice tog fiziološkog stanja.

Tako pojam *drugo stanje* upućuje da se sa ženom događaju stanja koja nisu tipična za njezin redoviti život. Pojam nošenje ili bremenitost upućuju da je to stanje za ženu teže nego ono izvan trudnoće. Pa i sam naziv trudnoća upućuje da je to stanje posebnog napora i truda za ženu tijekom tog, drugog stanja.



Promjene koje su uzrokovane trudnoćom, normalne su, višestruke i raznorodne i žena u trudnoći se mora saživiti s njima. Jedna od njih je promjena vanjskog izgleda, odnosno promjena samog tijela. Žena koja je do trudnoće bila vitka i lijepa sada postaje sve punašnija, a promjene doživjava čak i fizionomija.

Također su česte promjene raspoloženja uzrokovane snažnom promjenom hormonskog stanja žene. Nadalje, žena, kao i njezin partner, pa i cijela obitelj moraju se priviknuti da će na svijet doći novo biće koje će se u potpunosti oslanjati na njih.

Dolasku novog člana obitelj se mora prilagoditi stambeno, finansijski i organizacijski (radno). Budući da u današnje vrijeme žene najčešće rađaju jedno ili dvoje djece, za pretpostaviti je da trudnice koje rađaju prvi puta nemaju dovoljno iskustva iz obitelji ili iz neposredne okoline koje bi im pomoglo pri rješavanju ovakvih problema.

Stoga se s pravom postavlja pitanje na koji će se način par koji očekuje dijete pripremiti za novog člana obitelji?

Trudnica s liječnikom komunicira o tijeku trudnoće, o mogućim zdravstvenim poteškoćama, o razvitku ploda, a često i o pitanjima koja se nameću tijekom bremenitosti. Postavlja se pitanje može li žena baš o svemu razgovarati sa svojim liječnikom ili postoji potreba da o svojim problemima, nedoumicama i strahovima, razgovara i s nekim drugim osobama.

Neminovna je činjenica da svaka trudnica, najviše zbog opterećenosti liječnika, a jednako tako i zbog vlastitih stavova ili društvenih predrasuda o pitanjima vezanim uz trudnoću i planiranje prihvatanja novog člana obitelji razgovara s mnogim drugim osobama koje nisu zdravstveno educirane.

Kakva je uloga primalje u tom procesu? Je li ona pozvana da odgovara na te upite i što uopće muči ženu tijekom trudnoće? Postoji li razlika u pitanjima između prvorotki i žena koje su već rađale?

Da bi se moglo odgovoriti na ova pitanja anketirali smo trudnice s ciljem da otkrijemo poteškoće koje nisu zdravstvene naravi, a na koje one neizbjegno žele odgovore. U anketu su uključene žene iz trudničke ambulante Kliničke bolnice Osijek i to prvorotke, drugorotke i višerotke.

Pitanja su podijeljena u četiri kategorije: osobni stavovi, stavovi partnera, stavovi obitelji i stavovi prijatelja. Pitanja su otvorenog tipa kako bi se dobilo što više različitih odgovora koji identificiraju moguće strahove, odnosno područja u kojima žene tijekom trudnoće trebaju potporu. Odgovori će se klasificirati u pet kategorija kako bi se moglo uspoređivati trudnice s obzirom na broj rođene djece.

## **Provedba ispitivanja**

### **Anketni upitnik**

1. Koja vam je ovo trudnoća po redu?
2. Što ste prvo pomislili kada ste spoznali da ste trudni?
3. Što Vam je partner rekao kada ste mu priopćili da ste trudni?
4. Kako je Vaša obitelj primila vijest o Vašoj trudnoći?
5. S kojim osobama (osim zdravstvenim timom) najčešće razgovarate o trudnoći?
6. Kakvog ste najčešće raspoloženja tijekom trudnoće?
7. Kako se osjećate (ne samo zdravstveno) dok u trudnoći obavljate poslove?
8. Kako zamišljate svoj porod?
9. Računate li na pomoć obitelji nakon poroda?
10. Kako će, po Vašem sudu, rođenje djeteta utjecati na organizaciju obiteljskog života?
11. Kakva je Vaša predodžba o Vašim mogućnostima obavljanja poslova uz dijete?
12. Koliko Vaših prijatelja ima djece (i koliko)?

Anketa ima četiri grupe pitanja:

1. osobni stavovi: pitanja 2, 5, 6, 7, 8, 10, 11.
2. stavovi partnera: pitanja 3, 7, 10, 11.
3. stavovi obitelji: pitanja 4, 9, 10, 11.
4. stavovi prijatelja: pitanje 12.

Ukupno je ispitano 58 trudnica od kojih je prvorotki bilo 23, drugorotki 21 i višerotki 14.

Nakon analize i sažimanja ankete, odgovori su smješteni na skali od 1 do 5 gdje 1 predstavlja zbumjenost ili blago odbijanje, a 5 potpuno prihvatanje ili ostvarenje planova. Kako bi se odgovori trudnica mogli uspoređivati broj trudnica koje su smještene u određenu kategoriju izražen je u postocima. Na taj način su dobiveni sljedeći rezultati.

Pitanje broj 1 je anamnestičke prirode.

## **Obrada podataka**

### *PITANJE br. 2 - prva misao*

<b>KATEGORIJA</b>	<b>PRVO ROTKE</b>		<b>DRUGO ROTKE</b>		<b>VIŠE ROTKE</b>	
	<b>BROJ</b>	<b>%</b>	<b>BROJ</b>	<b>%</b>	<b>BROJ</b>	<b>%</b>
Nedoumica	4	22	9	43	2	14
Blago prihvaćanje	4	17	2	9	1	8
Sreća i zabrinutost	2	9	1	5	2	14
Sreća i oduševljenje	9	39	8	38	7	50
Sreća i olakšanje	3	13	1	5	2	14
	23	100	21	100	14	100

### *PITANJE br. 3 - reakcija partnera*

<b>KATEGORIJA</b>	<b>PRVO ROTKE</b>		<b>DRUGO ROTKE</b>		<b>VIŠE ROTKE</b>	
	<b>BROJ</b>	<b>%</b>	<b>BROJ</b>	<b>%</b>	<b>BROJ</b>	<b>%</b>
Zbunjenost	4	17	2	9,52	0	0
Smireno prihvaćanje	4	17	2	9,52	1	7
Sreća	2	9	2	9,52	8	57
Oduševljenje	9	40	7	33,33	3	22
Sreća i olakšanje	4	17	8	38,09	2	14
	23	100	21	100	14	100

### *PITANJE br. 4 - reakcija obitelji*

<b>KATEGORIJA</b>	<b>PRVO ROTKE</b>		<b>DRUGO ROTKE</b>		<b>VIŠE ROTKE</b>	
	<b>BROJ</b>	<b>%</b>	<b>BROJ</b>	<b>%</b>	<b>BROJ</b>	<b>%</b>
Izbezumljeni	1	4	0	0	0	0
Prihvaćanje	1	4	1	5	3	21
Sreća	9	39	3	14	2	14
Presretni	4	18	7	33	5	36
Oduševljeni	8	5	10	48	4	29
	23	100	21	100	14	100

**Obrada podataka****PITANJE br. 5 - osoba od povjerenja (razgovor o trudnoći)**

KATEGORIJA	PRVO ROTKE		DRUGO ROTKE		VIŠE ROTKE	
	BROJ	%	BROJ	%	BROJ	%
Svi/chat	0	0	3	14	2	14
Prijateljice	7	30	6	29	4	29
Kuma/Majka	5	22	3	14	2	14
Obitelj	5	22	4	19	2	14
Partner	6	26	5	29	4	29
	23	100	21	100	14	100

**PITANJE br. 6 - raspoloženje tijekom trudnoće**

KATEGORIJA	PRVO ROTKE		DRUGO ROTKE		VIŠE ROTKE	
	BROJ	%	BROJ	%	BROJ	%
Nervozno	2	9	4	19	1	7
Promjenjivo	2	9	4	19	4	29
Uobičajeno	8	35	3	14	6	43
Veselo	6	26	5	24	1	7
Ushićeno	5	21	5	24	2	14
	23	100	21	100	14	100

**PITANJE br. 7 - radni elan**

KATEGORIJA	PRVO ROTKE		DRUGO ROTKE		VIŠE ROTKE	
	BROJ	%	BROJ	%	BROJ	%
Ponekad teško	3	13	2	9	1	7
Ponekad se umorim	3	13	9	43	3	22
Nije baš idealno	2	9	0	0	1	7
Bez problema	10	44	10	48	7	50
Odlično, sretno	5	21	0	0	2	14
	23	100	21	100	14	100

## **Obrada podataka**

### *PITANJE br. 8 - akceptiranje poroda*

<b>KATEGORIJA</b>	<b>PRVO ROTKE</b>		<b>DRUGO ROTKE</b>		<b>VIŠE ROTKE</b>	
	<b>BROJ</b>	<b>%</b>	<b>BROJ</b>	<b>%</b>	<b>BROJ</b>	<b>%</b>
Računam na veliku pomoć	1	4	2	10	2	14
Bolno i teško	5	22	4	19	0	0
Bez komplikacija	3	13	5	23	2	14
Brzo i bezbolno	13	57	8	38	8	58
Ne razmišljam	1	4	2	10	2	14
	23	100	21	100	14	100

### *PITANJE br. 9 - usmjerenost na pomoć obitelji*

<b>KATEGORIJA</b>	<b>PRVO ROTKE</b>		<b>DRUGO ROTKE</b>		<b>VIŠE ROTKE</b>	
	<b>BROJ</b>	<b>%</b>	<b>BROJ</b>	<b>%</b>	<b>BROJ</b>	<b>%</b>
Ne računam	0	0	1	5	0	0
Da	14	61	17	81	12	86
Naravno	8	35	2	9	2	14
Pomoć supruga	1	4	1	5	0	0
	23	100	21	100	14	100

### *PITANJE br. 10 - percepcija utjecaja novorođenčeta na život obitelji*

<b>KATEGORIJA</b>	<b>PRVO ROTKE</b>		<b>DRUGO ROTKE</b>		<b>VIŠE ROTKE</b>	
	<b>BROJ</b>	<b>%</b>	<b>BROJ</b>	<b>%</b>	<b>BROJ</b>	<b>%</b>
Više obveza	2	9	1	5	2	14
Bit će promjena	6	27	6	29	1	7
Spremni smo	7	32	3	14	6	43
Dobra organizacija	2	9	9	43	4	29
Usmjereni na dijete	5	23	2	9	1	7
	23	100	21	100	14	100

## **Obrada podataka**

### *PITANJE br. 11 - percepcija mogućnosti obavljanja poslova uz dijete*

<b>KATEGORIJA</b>	<b>PRVO ROTKE</b>		<b>DRUGO ROTKE</b>		<b>VIŠE ROTKE</b>	
	<b>BROJ</b>	<b>%</b>	<b>BROJ</b>	<b>%</b>	<b>BROJ</b>	<b>%</b>
Ne znam	1	4	1	5	3	21,5
Sve se može	7	32	2	10	3	21,5
Kao i do sada	2	9	7	33	6	43
Dobra organizacija	7	32	7	33	1	7
Pomoći obitelji	5	23	4	19	1	7
	22	100	21	100	14	100

### *PITANJE br. 12 - broj djece kod neodređenog broja prijatelja*

<b>KATEGORIJA</b>	<b>PRVO ROTKE</b>		<b>DRUGO ROTKE</b>		<b>VIŠE ROTKE</b>	
	<b>BROJ</b>	<b>%</b>	<b>BROJ</b>	<b>%</b>	<b>BROJ</b>	<b>%</b>
Ja prva	1	4	1	2,5	1	5
Jedno	7	25	4	10	6	27
Dvoje	2	7	16	40	4	18
Jedno do troje	18	64	18	45	5	23
Troje i više	0	0	1	2,5	6	27
	28	100	40	100	22	100

## **Diskusija rezultata**

Ovih 58 ispitanih trudnica mogu ukazati na neke trendove u društvu. Sve trudnice su iskazale sreću pri saznanju da su trudne. Neke od njih i olakšanje stoga jer je trudnoća bila planirana ili je došlo do graviditeta nakon liječenja. Kod najmanjeg broja žena javlja se uz sreću i zabrinutost, a kod višerotki se kao najslabije izraženi osjećaj iskazuje blago prihvaćanje.

Kod ispitanih trudnica nema negativnih osjećaja vezanih uz drugo stanje osim zabrinutosti ili iznenađenja. Ove žene o svojoj trudnoći razgovaraju s prijateljicama, drugorotke i višerotke razgovaraju i s partnerom.

Najmanje njih ne bira s kime će razgovarati o trudnoći, a drugorotke i višerotke se uključuju u rasprave i na društvenim mrežama.

Raspoloženje žena tijekom bremenitosti najčešće se mijenja kod drugorotki. Mali broj prvorotki osjeća se nerovno ili su promjenjivog raspoloženja. To je očekivano s obzirom na oduševljeno prihvaćanje trudnoće.

Najveći broj trudnica bez problema obavlja uobičajene poslove, a tek malom broju drugorotki i višerotki je ponekad teško. Većina trudnica računaju na brzi i bezbolan porod osim nekoliko prvorotki koje računaju na veliku pomoći ili nekoliko njih koje radi prethodnog poroda znaju da će porod biti završen carskim rezom.

Što se tiče života obitelji nakon poroda većina se pouzdaje u dobru organizaciju ili pomoći partnera odnosno obitelji.

Partneri najvećeg broja trudnica su bili sretni ili oduševljeni viještu o trudnoći. Tek mali broj ih je iskazao zbumjenost, no svi su radosno prihvatali trudnoću partnerice, što se može pozitivno protumačiti.

U uobičajenim poslovima trudnice se ne oslanjaju na pomoći partnera dok u organizaciji života nakon rođenja djeteta prvorotke i drugorotke računaju na partnerov angažman u domaćinstvu. Višerotke ne računaju na pomoći partnera, čini se da su dobro organizirane, s obzirom na broj djece.

## Zaključak

Članovi obitelji su u svakom slučaju bili oduševljeni ili presretni viješću o prinovi. Sve buduće majke računaju na pomoć partnera i obitelji osim malog broja višerotki. Ukupno pet žena ne zna kako će izgledati organizacija života obitelji nakon poroda (8,8%) što je relativno malen postotak.

Gotovo svi prijatelji ispitanih trudnica imaju djece, pa bi se moglo zaključiti da društvena sredina povoljno utječe na prihvatanje trudnoće.

# *Uloga primalje kod poroda mrtvog djeteta*

*Dženi Andrić*

## **Uvod**

Prema definiciji SZO-a smrt je fetalna ako nastupi prije potpune ekspulzije ili ekstrakcije produkta koncepcije iz majke bez obzira na trajanje trudnoće, te ako u tom trenutku fetus ne diše i ne pokazuje ikakve znakove života.

Odabir zvanja zdravstvenog profesionalca, prepostavlja želju da pacijentici maksimalno pomognemo u svakoj situaciji i stavlja nas visokoprofesionalno ispred svih izazova, gdje primaljska etičnost u različitim situacijama dolazi do punog izražaja. Svakako je rođenje djeteta najvažniji događaj u obitelji, a sam porod čin koji i dan danas predstavlja posebnu emocionalnu situaciju u kojoj dolazi do izražaja strah, sreća, neizvjesnost, ali i ispunjenje velikih očekivanja. Emocionalna veza s djetetom nastaje i prije rođenja. Sama spoznaja da u ženi raste novo biće, da joj je povjerena tako važna zadaća, trudnoću čini jedinstvenim i nezaboravnim dijelom života. Trenuci rađanja novog života za svaku primalju su svakako najljepši, a zadovoljstvo i radost iz svakog poroda ne može nadomjestiti niti jedan drugi osjećaj u tom trenutku osim neizmjerne sreće, ponosa i olakšanja zbog živog i zdravog tek porođenog djeteta. Nažalost, ponekad ne možemo izbjegći žalosne i teške situacije prilikom rođenja mrtvog djeteta, koje prate mučne emocije koje se ne mogu nikada uskladiti ni izbalansirati. To je jedinstveni doživljaj žalosti, proces u kojem se gubi temeljna roditeljska funkcija i prkos zakonima prirode. Roditeljska bol zbog gubitka djeteta bezvremenska je i bezgranična.

*Žena koja je pretrpjela gubitak djeteta,  
ničeg se više ne plaši.*

(Kethuboth, 62 a, židovska poslovica)

## **Uloga primalje – psihologija tugovanja**

Svaka primalja ima osjetljivu zadaću, od prijema do obrade roditelje s mrtvim plodom pa do njenog smještaja u rađaonski blok. Tijekom smještaja počinju reakcije pacijentice, odnosno faza sukoba i neorganiziranosti u vremenu, kada je majčina bol po saznanju o smrti djeteta najintenzivnija, a reakcije na gubitak su najčešće akutne jer pacijentice postaju svjesne konačnosti onoga što se dogodilo. Izbjegavanje ili prosvjed obuhvaća razdoblje tijekom kojeg je majka vijest o djetetovoj smrti primila neposredno nakon toga. Ljutnja i neprijateljstvo često bude prisutno tijekom početne faze, a pacijentice je mogu usmjeriti i prema zdravstvenim radnicima ili prema sebi, posebno zbog toga što misle kako nisu ništa učinile kako bi izbjegle nenadoknadiv gubitak. Krivnja, šok, nevjericu, mučna pitanja bez odgovora i osjećaj besmisla preplavljenog mislima o djetetu kojeg više nema, samopredbacivanje – sve to do izražaja dolazi kasnije. Međutim, u pravilu se reakcije pojavljuju odmah nakon gubitka djeteta, ali neke se mogu reflektirati i nakon nekoliko tjedana ili mjeseci. Smrt djeteta, odnosno konačni rastanak od djeteta koje svoj život još nije pravo ni živjelo, majka doživjava kao osjetan gubitak vrijednosti, nalik duševnoj amputaciji. Poseban je problem jer od trenutka potvrđene trudnoće roditelji najčešće isplaniraju cijeli život za svoje dijete, a sada su sva njihova nadanja i vizije odjednom nestale. Naime, činjenica je da se identitet roditelja počinje stvarati još u trudnoći. Tako perinatalna smrt predstavlja gubitak roditeljstva, lišavanje određenog osobnog aspekta (statura majčinstva, slike o sebi kao dobroj majci i dobroj ženi), trajnog nestanka jedne faze života, sna i procesa stvaranja, oštećenje samopoštovanja koje ruši psihološke temelje. Smrt djeteta uvijek izaziva u majkama bijes, od-

bijanje da se shvati što se dogodilo, psihičku skršenost, očajavanje nad životom, bespomoćnost te neizmjernu bol s privaćanjem činjenica.

Poznavajući osnovne temelje tih emocionalnih kriza i psihičkih faza svaka primalja mora svjesno doprijeti svojim intuitivnim i dobro isplaniranim fizičkim prisustvom obradi pacijentice, koja sada ulazi u sasvim drugi, u konačnici veoma mučan i neprihvatajući proces rođenja mrtvog djeteta. Jer, kako piše U. G. Posch: Kod ožalošćenog se čovjeka posjeće harmonija u njegovom unutrašnjem svijetu i brže se ublažavaju njegovi strahovi i bol, ako ima oko sebe ljudе koji dijele njegov jad, i kad može primati njihovo suosjećanje.

Svakako da je bitan i postupak samog smještaja žene u toj fazi što ovisi i o liječničkom nalazu koji nas upućuje kako i gdje smjestiti rodilju (predrađaona, rađaonski blok), hoćemo li joj omogućiti pristup partnera, odnosno hoćemo li osigurati njezinu odvojenost od kontakta s ostalim rodiljama. Ne smijemo inzistirati na razgovoru ako ga pacijentica izričito odbija, no trebamo je pokušati empatijom potaknuti na komunikaciju kako bismo joj umanjili osamljenost i omogućili da ispolji svoje bolne emocije. Trebamo biti uz nju, da osjeti zajedništvo u podršci i da prihvati našu pomoć u svojoj tuzi. Ne smijemo samo umirivati njezine strahove i bol, već joj moramo pomoći da prevlada svoju nutarnju nijemost i postane sposobna da primi pomoć koja joj je sada nužna, opravdana i, nadasve, potrebna.

## **Što se može poduzeti kako bi se olakšala komunikacija?**

U profesionalnom smislu komunikacija je alat. Kako bi komunikacija bila učinkovita moramo razumjeti da je ona aktivnost s dvama aspektima – sadržajnim i odnosnim. Ovisno o tome kako su riječi izgovorene, kakav je bio govor tijela i drugi neverbalni znakovi koji nam otkrivaju izražava li naš sugovornik tim riječima prigorov, srdžbu, naklonost ili samo neutralni odgovor. Stoga treba poznavati važnost neverbalne komunikacije i razvijati sposobnost komunikacijskih vještina. Ona je neizbjegljiva i važna sastavnica i ima kritičnu ulogu za sigurnu i učinkovitu medicinsku praksu.

### **KAKO POMOĆI?**

- Opažati reakcije roditelja i uzimati ih u obzir tijekom razgovora.
- Osigurati dovoljno vremena, potaknuti na konverzaciju.
- Ne sažaljevati, ono znači da ne vjerujete u snagu da će znati prebroditi situaciju koja stoji pred njima ili će se tek pojaviti.

- Na početku pitati što ih najviše zabrinjava.
- Slušajući o njihovoj boli i tuzi te mislima o krivici, logično ih osporiti i negirati kako bi prevladale vlastitu bespomoćnost.
- Slobodno pokazati svoje osjećaje.
- Svi znamo da je tuga usamljena. Ona se ne može zaobići, niti ubrzati. Tu je zakon naše duše, tok koji je kod svakog čovjeka drugačije predodređen. I sva ta bol u trenutku gubitka djeteta i njegovog rađanja, dolazi i odlazi, ali teško je prihvatićti činjenice i nadomjestiti ih vanjskom stvarnosti. Smrt djeteta toliko je neprirodan događaj da ruši sve psihološke temelje. Zato, budimo tim majkama blizu, slušajmo ih, pokažimo da prihvaćamo i poštujemo njihove osjećaje, misli i potrebe.
- O dolasku i prijemu rodilje s mrtvim djetetom kontaktira se psiholog koji će u postpartalnom razdoblju za potrebu žene i obitelji omogućiti psihološku pomoć, savjetovanje, ovisno o samoj slici ponašanja tada i nakon poroda.

## **Smještaj u rađaonici**

Važnost primalje se ne može dovoljno istaknuti. Neovisno o opstetricijskoj praksi, primalje imaju značajnu ulogu u porodu. Veoma je važan taj kontakt pri porodu, a posebno u ovakvim ranjivim fizičkim i emotivnim stanjima. Uz bitnu kvalitetu rada, primalja mora imati sposobnost pomaganja ženi da se osjeća sigurno i zbrinuto. Kod intrauterine smrti ploda zahtijeva se pozorno i pažljivo vođenje poroda. Najčešće se porod započinje prostaglandinima i okcitocinom.

Osnovna uloga primalje je pratiti stanje rodilje. To znači da mora osigurati postupak koji jamči sigurnost majke, a prijeko je potrebno da izgradi povjerenje i psihičku podršku koja će olakšati osjećaj boli i napuštenosti već ionako preplašene i zabrinute rodilje. Bol je jedan od temeljnih znakova započetog poroda (kontrakcije) i reakcija organizma na nju. To je individualno, multidimenzionalno iskustvo koje rezultira kompleksnom interakcijom fizioloških i neurokemijskih učinaka s psihosocijalnim faktorima. Naime, sigurno da je osjet boli, odnosno prag tolerancije puno niži jer u takvim slučajevima postoji psihološki, emocionalni i motivacijski čimbenici koji utječu na porodnu bol. Normalno, osjet boli u ljudi je različit jednako kao i spremnost da se proživi i izdrži bol. Ako rodilja misli da bol ne može podnijeti, i pretpostavljamo da je mogućnost medicinske analgezije dobar odabir, na zahtjev pacijentice i u dogоворu ginekologa i anestezijologa napravi se epiduralna analgezija. Ako je to preporučljivo, primalja će svojim razumijevanjem poticati

rodilju u ohrabrvanju i strpljivosti kako bi to porodno doba za nju bilo što bezbolnije, uz ublažavanje psihičkog i fizičkog stresa koji su neminovni u ovakvim situacijama. Sam čin poroda zahtjeva sva primaljska umijeća i pozorno obraćanje rodilji u procesu izgona, jer je u cilju poroditi dijete sa što manje mogućih potencijalnih komplikacija te pokušati izbjegći epiziotomiju koja može utjecati na daljnji oporavak pacijentice i na njezino prisjećanje na porod.

### **Nakon poroda**

Dostojanstveni rastanak od djeteta jako utječe na roditelje i njihovo kasnije življenje s tugom. Ako rodilja iskaže želju da vidi i dodirne mrtvorođenče primalja joj ga prinese omotano u pelenu i osigura joj dovoljno vremena da se oprosti s bebom. Tuga za izgubljenim djetetom je posebno stanje svijesti. Dijalog u takvima momentima s ožalošćenim osobama nije moguć, teško ga je pratiti, iracionalan je i hermetički zatvoren. Oni tada ne žele ništa, i žele sve – bez boli, tuge, očaja. Bez obzira na to, budimo strpljivi, treba pustiti da se oslanjaju na svoje želje i potrebe. Dopustite im da slušaju sebe, da vjeruju sebi i svojim osjećajima, i omogućite im da se u potpunosti predaju tim emocijama jer su izgubili sve nade, očekivanja, zamišljanja i planove. A naša uloga je pružiti djelotvornu podršku, osigurati psihološku pomoć ili savjetovanje nakon perinatalne smrти kao prevencija patološkog tugovanja ili dugoročnog stanja neprihvaćanja stvarnosti smrти. Gubitak djeteta je visokorizična varijabila u procesu razvoja komplikiranog tugovanja. A procesu oporavka od gubitka djeteta treba vremena. Sasvim sigurno da u trenucima oprštanja ne postoji granica gdje se može povući crta i stati, kao da se može zaboraviti i izbjegći navalu emocija koje dolaze. Majkama moramo pustiti da provedu neko vrijeme uz tijelo djeteta, da se oproste na njima najprihvatljiviji način. Sasvim sigurno da je za primalje koje rade u prvim minutama nakon poroda mrtvog djeteta to jedna od najstrašnijih i najtamnijih strana ovog zvanja.

### **Postpartalna opservacija**

Moramo imati na umu da je sada najvažnije i najosjetljivije vrijeme nakon poroda, kada su prisutni osjećaji intenzivni i dugotrajni, a i sam tijek oporavka ovisi o daljnjoj skrbi i mogućnosti da se nađe odgovarajući put suočavanja majke s gubitkom djeteta i postupnom smanjenju simptoma akutne tuge. Dva sata iza poroda, žena se smješta na odjel, priprema se cijela liječnička dokumentacija i nakon primitka obavijesti o postojećem stanju, tijeku i završetku poroda omogućuje se kontakt i dolazak partnera i obitelji prema želji i potrebi same rodilje. Nužna je daljnja kontrola, a svakako je potrebna komunikacija koja nam omogućuje pravovremeno reagiranje na poremećaj ponašanja i raspoloženja koja su očekivana

u takvim trenucima. Početak socijalnog i emocionalnog prilagođavanja i reinvestiranja u svakodnevnicu je dug, treba dovoljno vremena i načina da se nauči živjeti s tim gubitkom i njegovim implikacijama, a da se ne isključuje zdrav, afirmiran život te da se opet započne gledati prema budućnosti.

### **Zaključak**

Svaki je gubitak teško i neugodno iskustvo. Svatko je od nas jedinstveno biće s posebnim doživljajem svijeta. Ljudi se tijekom života suočavaju s različitim vrstama gubitka, a ponekad i s onim najtežim – gubitkom djeteta. Dugi proces tugovanja mnogih majki potvrđuje, što naglašavaju mnogi stručnjaci, da gubitak djeteta ostavlja trajne praznine u životu roditelja, naročito majki.

Uloga svake primalje kod poroda mrtvog djeteta je omogućiti rodilji maksimalnu profesionalnu skrb, ocijeniti psihološku skalu pacijentičinog emocionalnog stanja i pravovremeno reagirati te joj pružiti razumijevanje i podršku. Također je prijeko potrebno rodilju hrabriti tijekom poroda i komunicirati s njom kako bismo joj olakšali i ublažili neminovni stres u takvima situacijama. Ne postoji apsolutno sistematičan, jedinstven obrazac ili uzorak reakcije na smrt novorođenčeta jer unutrašnje stanje je za svakoga istinski različito, kao i suočavanje s gubitkom i postepeno usvajanje njegovog značenja. Nadziranje i vođenje poroda kod rodilje s mrtvim djetetom mora biti zasnovano na pacijentičinom osjećaju povjerenja i sigurnosti kroz povjerljiv odnos, unutar kojeg poštujemo njezine stavove, osjećaje, a neprekidna podrška, omogućit će u tim trenucima da rodilja objedini svoju fizičku i emocionalnu snagu kako bi stvorila ravnotežu između misli i tijeka rađanja. Takav način primaljske skrbi mora biti temelj našeg rada za svaku rodilju, prolazeći od pretpostavke da ono o čemu pacijentice i primalje razmišljaju, ono što osjećaju ima uistinu fiziološki efekt. Svestrana potpora ženi omogućuje nesmetani, optimalni tijek prirodnog poroda gdje će se s takvim pristupom zasigurno osigurati da rodilja osjeti objedinjenu snagu misli, emocija i pokreta pa će se tako usredotočiti na svoje tijelo i proces rađanja.

### **Literatura:**

1. Arambašić L., *Gubitak, tugovanje, podrška*, Jastrebarsko, Naklada Slap, 2008.
2. Goldamann Posh U., *Kad majke žaluju*, Zagreb, Prosvjeta, 1996.
3. Grubić M., Ljubičić M. i Filipović-Grčić B., *Kako reći neželjenu vijest*, Zagreb, Medicinska naklada, 2013.
4. Rando TA., *Risks and therapeutic implications associated with death of a child and AIDS - related death*. In Rando TA ed. Treatment of Complicated Mourning Champaign: Research PRESS, 1993:611-50.

# Poremećaji dojenja

Željka Živković, Suzana Haramina

## Sažetak

Trudnoća i dojenje predstavljaju jedinstvena fiziološka stanja koja izazivaju značajne promjene u mlijecnim žlijezdama kao odgovor na hormonsku stimulaciju. Tijekom dojenja, vodeći problem je bol u dojkama i/ili bradavici, a javlja se kao dio spektra upalnih i infektivnih komplikacija kao što su mastitis i apses dojke. Međutim, osim prethodno navedenih poremećaja dojenja, vrlo često kao prvu barijeru prema uspješnom dojenju treba navesti zastojnu dojku, začepljenje kanaliča, traume bradavica i vazospazam bradavica. Neka druga benigna stanja jedinstvena za trudnoću i dojenje, kao i bilo koji drugi problemi dojke koji se javljaju kod žena van trudnoće mogu se pronaći i tijekom trudnoće ili dojenja. No dijagnosticiranje bolesti dojke predstavlja izazov s obzirom na anatomske i fiziološke promjene koje se događaju u dojkama tijekom trudnoće i dojenja. Iako je većina poremećaja povezanih s trudnoćom i dojenjem benigna i lako rješiva, tzv. PABC (Pregnancy associated breast cancer) predstavlja čak 3% karcinoma dojke i drugi je po redu, nakon raka vrata maternice, najčešći zločudni tumor koji se javlja tijekom trudnoće. Dobro razumijevanje jedinstvenih promjena i stanja dojke u periodu trudnoće i dojenja od krucijalne su važnosti u procjeni i planiranju intervencija u rješavanju problema vezanih uz dojke u trudnica i dojilja, a prije svega u uspostavi i održavanju dojenja kao najveće dobrobiti za dijete i majku. Ovim seminarским radom dan je pregled nekih od češćih problema vezanih uz dojenje, njihova prevencija kao i kratak osvrt na dijagnostiku i tretman malignih promjena dojke u periodu puerperija i dojenja.

**KLJUČNE RIJEĆI:** dojenje, zastojna dojka, apses dojke, traume bradavica, vazospazam bradavica, galaktokela, karcinom dojke u puerperiju, dermatitisi dojke, kandidaza dojke.

## Uvod

Laktacija je fiziološki proces pod utjecajem neuroendokrine kontrole. Dojenje je tehnika kojom se transportira mlijeko iz dojke majke do novorođenčeta. Uspjeh ovisi o zdravlju majke, adekvatnoj mamogenezi, neometanoj laktogenezi, učinkovitoj galaktopoezi, djelotvornom prijenosu mlijeka, kvantiteti i kvaliteti dnevne produkcije mlijeka. Svaka od faza laktacije i dojenja pod utjecajem je

višestrukih predisponirajućih faktora: pubertet, trudnoća, porod, stimulacija i pražnjenje dojki, refleks opuštanja mlijeka, tehnike dojenja, učestalost i trajanje podoja i stanju dojki. Svi ovi faktori su pod utjecajem nekih drugih faktora kao educiranost majke, njeni stavovi, motivacija, raspoloženje, zdravstveno stanje majke i novorođenčeta, podrška obitelji, prijatelja i zdravstvenih djelatnika. Uzrok većini poremećaja laktacije je jatrogen zbog ometane uspostave laktacije ili neučinkovite stimulacije i pražnjenja dojke. Većina poremećaja dojenja nastaje zbog nedostatnog znanja, nepravilnih tehnika dojenja i nedostatne potpore. Gotovo svi problemi su reverzibilni. Prevencija, pravovremena detekcija i menadžment trebali bi biti ciljani, svakodnevni dio skrbi majke i novorođenčeta.

(Verity H. Livingstone, 2002)

Dojenje je prirodan proces koji započinje neposredno nakon rođenja djeteta. Osvještenost žena, zdravstvenih djelatnika i šire javnosti, te prihvatanje spoznaja o vrijednosti i potrebi dojenja kao najveće dobrobiti za majku i dijete unatrag nekoliko desetljeća doveo je do značajne promjene prakse u rodilištima diljem svijeta, pa tako i na ovim prostorima. Unatoč toj činjenici, ipak otprilike trećina majki iskusi probleme s dojenjem. Stoga im je nadasve potrebna pomoć zdravstvenih djelatnika u periodu boravka u rodilištima, a obitelji i okoline nakon odlaska kući. Vrlo je važno znati kako je većina problema koji se javljaju s dojenjem privremena i rješiva, no najvažnije je spoznaja da su gotovo svi problemi preventabilni. Pravilnom i kvalitetnom edukacijom majke, cjeloživotnim učenjem i praćenjem najnovijih spoznaja zdravstvenih djelatnika, može se uvelike smanjiti broj komplikacija koje se javljaju u ranoj laktaciji. Primalja je profesionalni zdravstveni djelatnik koji je u najblišnjem kontaktu s majkom od samog rođenja djeteta pa do odlaska kući. Zbog toga je ključno važno da primalje posjeduju znanja i vještine za pomoći majci i djetetu, ali i nadasve pozitivan stav prema dojenju općenito. Ponekad, upravo o zdravstvenim djelatnicima ovisi majčina uspješnost u dojenju, kao i njena odluka hoće li uopće dojiti. Pravilnim pristupom, prevencijom, pravovremenim uočavanjem te ranom intervencijom kod pojave problema, većina komplikacija u prvim danima nakon poroda može se svesti na minimum, a majci pružiti dobar temelj za nastavak uspješnog dojenja.

## Zastojna dojka

Uslijed sekretorne aktivacije, oko 2 do 5 dana nakon poroda, premda se može pojaviti i kasnije, dolazi do naglog povećanja produkcije mlijeka. Tri osnovne komponente uzroka takvog stanja dojke su: pojačana vaskularizacija, nakupljanje mlijeka i edem uzrokovani opstrukcijom limfne drenaža. S obzirom na pojavu različitih simptoma koji karakteriziraju zastojnu dojku, oni se javljaju kod 20% puerpera u prvom tjednu nakon poroda, 46% između drugog i četvrtog tjedna, 23% nakon četvrtog tjedna, a samo kod 11% puerpera ne dolazi do njihove pojave. Zastojnu dojku karakterizira prekomjerna distenzija tkiva, posljedično naglo povećanje dojke, uz prisustvo boli, lokalne hiperemije i edema. Bradavice su obično spljoštene što ometa pravilan lach-on, a mlijeko ponekad niti ne istječe iz dojke. Žene mogu osjećati uznemirenost, tresavicu i mučninu. Zastojna dojka, ako se ne poduzmu adekvatne intervencije, može dovesti do mastitisa, akutne infekcije mliječne žljezde, s kliničkim ishodima kao što su upale, povišena tjelesna temperatura, zimica, uznemirenost, slabost, iscrpljenost, apsces dojke i septikemija.

### RIZIK OD ZASTOJA JE VEĆI AKO MAJKA:

- ✓ kasno započinje dojenje, rijetko doji
- ✓ ograničava trajanje i učestalost podoja
- ✓ nerедovito ili nepotpuno prazni dojke
- ✓ ima male dojke – smanjen kapacitet skladištenja mlijeka
- ✓ ima hiperlaktaciju – izlučuje više od 60 ml mlijeka na sat.

U tom periodu kada su majke suočene sa zahtjevima svog novorođenčeta takvo iznenadno stanje može za njih biti posebno uznemirujuće. Zastojna dojka znak je da žene ne uspijevaju uspješno započeti dojenje, što često uzrokuje odustajanje od dojenja ili pojavnost ozbiljnijeg stanja koje uključuje infekcije dojke.

### SLJEDEĆE PREPORUKE KORISTE SE U PREVENCIJI ZASTOJNE DOJKE:

- ✓ rano uspostavljanje dojenja
- ✓ optimalna tehnika dojenja
- ✓ česti podoji
- ✓ dojenje na zahtjev
- ✓ isprazniti prvu dojku prije no što se ponudi druga
- ✓ izbjegavati nadohranu adaptiranim mlijekom.

### LIJEČENJE ZASTOJNE DOJKE:

- ✓ omekšavanje areole; osigurava optimalan prihvatanje dojke i izdajanje
- ✓ ako je prisutan edem oko areole; reverse pressure softening/areolarna kompresija
- ✓ dojiti na zahtjev na redovnoj osnovi
- ✓ izdajanje; ako je moguće kako bi se olakšala bol. Ujedno se smanjuje mehanički stres na alveolama, poboljšava se cirkulacija krvi i limfe, smanjuje se nakupljanje FIL-a, smanjuje rizik od mastitisa i smanjene proizvodnje mlijeka
- ✓ nježna masaža dojki; fluidnost viskoznog mlijeka i poticanje let-down refleksa



- ✓ korištenje sustavnih analgetika/anti-upalnih lijekova
- ✓ toplina; oblozi, tuširanje – prije podoja
- ✓ hladni oblozi 9 do 16 minuta, ne duže. Vazokonstrikcija poboljšava drenažu limfe, smanjuje edem, nakon toga slijedi vazodilatacija 4 do 6 minuta kao zaštitna mjera od termalnog oštećenja tkiva.
- ✓ nije opravданo savjetovati majci da se ne izdaja pod izlikom da će joj se zbog toga samo stvoriti još više mlijeka.

Cilj sistematskog pregleda literature autora Mangesi i Dowswella odnosio se na identificiranje najefikasnijih načina ublažavanja simptoma zastojne dojke. Pregledom je obuhvaćeno osam randomiziranih kontroliranih studija koje su uključile 744 žena. Studije su istraživale različite načine tretiranja simptoma zastojne dojke: uključujući akupunkturu (dvije studije), primjenu listova kupusa na zahvaćene dojke (dvije studije), hladne gel obloge (jedna studija), primjenu farmakoloških tretmana (dvije studije) i primjenu ultrazvuka (jedna studija). Za neke od navedenih metoda ublažavanja simptoma (ultrazvuk, kupus i primjena sintetičkog oksitocina) ne postoje statističko značajni dokazi da je primjena navedenih intervencija dovela do bržeg i uspješnijeg rješavanja simptoma.

U navedenim studijama kod žena je tijekom vremena došlo do povlačenja simptoma zastojne dojke, bez obzira na pripadnost kontroliranoj skupini. Pronađeni su dokazi iz jedne studije da je primjena akupunkture, u usporedbi sa ženama kod kojih je provedena standardna skrb, dovela do

značajnijeg poboljšanja simptoma u danima neposredno nakon tretmana. Međutim, ne postoje dokazi o razlici između skupina šestog dana od početka primjene akupunkture. Osim toga studija nije bila dovoljno velika kako bi mogla otkriti značajnije razlike za neke druge moguće ishode (apsces dojke). Nadalje, studija o korištenju hladnih obloga sugerira da njihova primjena ne uzrokuje nikakvu štetu, a može biti povezana s povlačenjem simptoma, premda razlika između kontrolne i intervencijske grupe prije početka tretmana govori u prilog otežanom tumačenju rezultata. Ukupni zaključci pregleda ukazuju da su neke intervencije obećavajuće, međutim ne postoje dovoljno čvrsti dokazi iz randomiziranih studija o opravданoj širokoj primjeni bilo koje od njih. Stoga su potrebna daljnja istraživanja i pronalaženje najprimjerenijih intervencija za ovo bolno i uznemirujuće stanje.

Tradicionalno, intervencije kod zastojne dojke treba temeljiti na uspostavi, podržavanju i održavanju dojenja i sustavnom ručnom izdajanju koje mora biti u ravnoteži s ponudom i potražnjom mlijeka za novorođenče. Ostali postupci, sami ili u kombinaciji, su uobičajna svakodnevna, rutinska, ponekad i protokolarna praksa zdravstvenih djelatnika, koja je često kontroverzna i bez znanstvenih dokaza o njihovoj učinkovitosti.

## Začepjeni mliječni kanalići

Kod većine dojilja nikada neće doći do začapljenja mliječnih kanalića, dok će se kod nekih javljati rekurentne epizode. Manifestira se kao bolna krvica ili više njih istodobno, koje se javljaju uslijed nedostatne drenaže mliječnog kanalića. Zahvaćeno područje je toplo na dodir, crveno, a ako je lokacija začapljenog kanalića blizu površine kože može se vrlo lako palpirati i prstima.

Tjelesna temperatura gotovo nikada nije povišena.

Do začapljenja kanalića češće dolazi kod žena s hiperprodukcijom mlijeka, a učestalije je tijekom prvih tjedana dojenja i u zimskim mjesecima.

Sve što pridonosi neadekvatnoj drenaži mlijeka povećat će rizik nastanka i učestalost začapljenja kanalića.



*Primalja je profesionalni zdravstveni djelatnik koji je u najblišnjem kontaktu s majkom od samog rođenja djeteta pa do odlaska kući.*

### ČIMBENICI RIZIKA:

- ✓ Vanjski pritisak na dojku – tijesan grudnjak, nosiljka za dijete, majčini prsti, djetetova šačica, spavanje na trbuhi.
- ✓ Neučinkovito pražnjenje dijela dojke – nedjelotvorno sisanje, nepravilno prihvaćanje dojke, preskakanje podoja i hiperlaktacija.
- ✓ Corpora amylacia – začepljenost uzrokovana stvaranjem bijelih kristalića uslijed agregacije micela kazeina u alveolama koji dodatkom nekih drugih tvari otvrdu - rijetko! Nije poznat ni uzrok, pa tako ni liječenje.
- ✓ Hiperlipidemija – kod nekih majki je prilikom izdajanja pronađeno zgrudano mlijeko poput bijele niti masnog sadržaja – rijetko! Nakon uvođenja prehrane s nezasićenim masnim kiselinama stanje se poboljšalo.

Primjenom adekvatnih intervencija većina začepljenih kanaliča će nestati u roku od nekoliko dana, bez da se iz takvog stanja razviju daljnje komplikacije. Međutim, mlijeko koje stagnira u mliječnim kanaličima savršeno je hranište za razvoj bakterija. Zato je prvi korak u liječenju začepljenih kanaliča često i potpuno pražnjenje dojki. Mnogi razlozi dovode do ove vrste problema, ali liječenje je u biti isto bez obzira na uzrok.

### OSTALE INTERVENCIJE UKLJUČUJU:

- ✓ Primjena vlažnih i toplih obloga prije dojenja (komprese, topli tuš, položaj iznad posude ispunjene topлом vodom). Toplina pojačava cirkulaciju zahvaćenog područja.
- ✓ Masaža zahvaćenog područja – nježna cirkularna masaža područja krvžice.
- ✓ Lagani pritisak iza mjesta začepljenja tijekom podoja poboljšava protok mlijeka.
- ✓ Optimalan položaj djeteta na dojci – NAJAVAŽNIJE.
- ✓ Polaganje djeteta s bradom prema začepljenom području.
- ✓ Poticati novorođenče na učestale podoje, svaka dva sata, uz primjenu različitih tehnika dojenja kako bi pritisak bio pravilno raspoređen na mliječne kanaliče. Vrlo neobična, ali efektivna tehnika dojenja je položaj na sve četiri. Novorođenče se stavi na krevet ili polegne na pokrivač položen na pod, a majka se postavi u položaj na sve četiri iznad novorođenčeta. Dojkama treba dopustiti da slobodno padaju prema djetetu. Ovakav položaj će potaknuti drenažu mliječnih kanaliča puno učinkovitije od bilo koje druge tehnike dojenja.
- ✓ Na početku podoja ponuditi novorođenčetu prvo bolnu dojku.

- ✓ Spavanje na leđima ili postrance kako ne bi došlo do pritiska na zahvaćeno i bolno područje.
- ✓ Primjena analgetika ako je potrebno.
- ✓ Rehidracija.

### Začepljen odvod mliječnog kanaliča

Osim prije navedenih mliječnih kanala, može doći i do začepljenja odvoda mliječnog kanaliča u bradavici, poznatog kao mliječni blister. Očituje se kao mala bijela točkica na površini bradavice, sjajne i glatke površine, a uzrokuje oštru bol na mjestu začepljenja pogotovo tijekom podoja. Mlijeko nadolazi iz dojke, međutim ne može se drenirati jer je izvod presvučen tankim slojem kože, čime se ujedno blokira pražnjenje cijelog režnja, posljedično dolazi do zastoja mlijeka koje je podloga za nastanak mastitisa. Mliječni blister je bijele ili žučkaste boje. Liječenje mliječnog blistera bradavice slično je intervencijama kod začepljenih kanala. Korištenje toplih obloga omekšat će blister prije dojenja koje treba primjenjivati što češće je moguće. Između obroka mogu se koristiti hladni oblozi za ublažavanje боли. Obično će novorođenče sisanjem izvući mlijeko iz začepljenog odvoda. Nakon podoja se preporuča stavljanje toplih obloga i ručno izdajanje. Ako ne dođe do odčepljenja nakon ovih intervencija, preporuka je da se upotrebom sterilne igle skine pokrov začepljenog odvoda, a potom nježno izdoji. Ovakvo stanje ima tendenciju ponavljanja pa dojilje treba educirati kako da same riješe problem.

### Apsces dojke

Nastanak apsesa dojke uzročno je povezan s mastitismom. Akutni bakterijski mastitis ili će se razriješiti antibiotskom terapijom ili se razvije u apses dojke, ako je liječenje odgođeno ili neprimjereno uslijed nepravilnog uzimanja antibiotske terapije ili rezistencije uzročnika na ordinirani antibiotik. Oko 4,8 do 11% mastitisa u razdoblju dojenja komplicira se u apses dojke. Faktori rizika uključuju prethodne epizode mastitisa, neučinkovito pražnjenje dojki, izbjegavanje dojenja na zahvaćenoj dojci i ablaktaciju. Apsces dojke definiran je kao lokalizirana upala s razaranjem tkiva dojke i stvaranjem apsesne šupljine ispunjene gnojem. Apses dojke prema lokalizaciji dijelimo na: subareolarni (23%), intramamarni unilokularni (12%) ili submamarni multilokularni (65%). Najčešći uzročnik je S. aureus, s povećanjem broja gdje su izolirani meticilin-rezistentnih S. aureus MRSA i Streptococcus. Opće stanje majke vrlo često je narušeno. Javlja se povišena tjelesna temperatura s tresavicom, povraćanje i malaksalost. Lokalno na zahvaćenoj dojci uočljiv je otok, crvenilo, toplina i bolnost dojke. U samom početku apses se palpira kao tvrda tvorba različite veličine koja kasnije

omekša i fluktuiru na palpaciju. Ako se apses dojke ne liječi može doći do pucanja kože i pražnjenja gnoja iz apsesne šupljine prema van. Ako pak dođe do pražnjenja apsesa u mlijecne izvodne kanaliće u mlijeku nalazimo gnoj. Dijagnoza se postavlja na temelju anamneze, kliničke slike i ultrazvučnog pregleda. UTZ pregledom potvrđuje se dijagnoza, a istodobno se utvrđuje najbolje mjesto za rez ili aspiraciju. Ultrazvuk je modalitet izbora i obično otkriva složene hipoehogene cistične tvorbe raznovrsnog oblika, najčešće multilokularne s nejasnim marginama i perifernom vaskularizacijom. Apsesi manji od 3 cm mogu se liječiti aspiracijskom drenažom. Perkutana aspiracijska drenaža u kombinaciji s antibiotskom terapijom daje učinkovit tretman. U nekim slučajevima potrebno je provesti višestruke aspiracijske drenaže. Takav oblik kirurškog liječenja manje je invazivan od klasičnoga zahvata i nije potrebna hospitalizacija. Neuspjeh u liječenju aspiracijskom drenažom ili kod apsesa dojke  $> 5$  cm radi se klasičan kirurški rez, incizija uz drenažu, ali treba napomenuti da mnoge žene nisu zadovoljne takvim oblikom kirurškog liječenja zbog narušenoga kozmetičkog izgleda (10). Treba napomenuti da privremeni prekid dojenja otežava brzo povlačenje apsesa i treba ga nastaviti osim u slučajevima kada kirurška rana ometa dijete tijekom podoja. Unatoč prisutnosti bakterija u mlijeku, dojenje treba održavati jer ne predstavlja nikakav rizik za zdravo terminsko novorođenče. Ako postoji potreba da se prekine dojenja na zahvaćenoj dojci, potrebno ju je redovito prazniti, a dojenje održavati na zdravoj dojci. No, neka djeca ne žele sisati iz zahvaćene dojke zbog promijenjenog okusa mlijeka.

U preglednoj studiji Denera i suradnika procijenjivani su faktori rizika nastanka puerperalnog apsesa dojke i procjena mogućnosti liječenja. Tijekom razdoblja od 4 godine praćeno je 128 dojila s infekcijom dojke. Od ukupnog broja, 102 su imale mastitis (80%) i njih 26 apses dojke (20%).

UTZ dijagnostika je provedena u svim slučajevima. Dob bolesnica, paritet, lokalizacija infekcija, ragade, trajanje laktacije, trajanje simptoma, rezultati kultura mlijeka, infekcije dojke tijekom prethodnog laktacijskog razdoblja, mogućnosti liječenja, vrijeme ozdravljenja, a nove infekcije dojki zabilježene su prospektivno. Sve pacijentice oboljele od mastitisa liječene su antibioticima i nijedna od njih nije razvila apses. Deset apsesa su tretirani aspiracijom, a 16 incizijom i drenažom. Vrijeme ozdravljenja je bilo slično. Nije bilo značajne razlike između pacijentica s mastitism i onima s apsesom dojke, s obzirom na dob, paritet, lokalizaciju infekcije dojke, ragada, pozitivne kulture mlijeka, odnosno prosječnog vremena dojenja. Dužina trajanja simptoma i ozdravljenja bili su veći u slučajevima apsesa. Multivariatna analiza je pokazala da je trajanje simptoma jedina nezavisna varijabla u razvoju apsesa.

Rekurentni mastitis razvio se u 13 bolesnica (10,2%) u prosjeku unutar 24 tjedna nakon početka praćenja. Stoga, odgođeno liječenje mastitisa može dovesti do stvaranja apsesa, a može se sprječiti ranom antibiotskom terapijom. Ultrazvuk je korisna dijagnostička metoda u otkrivanju stvaranja apsesa. U nekim slučajevima apses se može isprazniti aspiracijom s izvrsnim kozmetičkim ishodima.



## Kandidijaza bradavice i dojke

Dijagnostika i liječenje kandidijaze bradavica i dojke ponekad predstavlja složeni proces zbog čitavog spektra subjektivnih znakova i simptoma koje navode dojilje. Diferencijalna dijagnoza uključuje kandidijazu bradavica, kandidijazu dojki, bakterijske infekcije bradavice i/ili dojke i druge manje uobičajene probleme kao što je Raynaud sindrom. Dijagnoza i liječenje se temelji na anamnezi, fizikalnom pregledu dojki i prisutnim simptomima. U medicinskoj literaturi postoje mnogi objavljeni članci o kandidijazi bradavica i/ili dojki, a nekim istraživanjima pokušala se potvrditi dijagnoza mikrobiološkim testiranjem.

Samo jedna studija je kvantificirala znakove i simptome uz osjetljivost, specifičnost i s pozitivnim prediktivnim vrijednostima. Preglednom studijom autor Francis-Morrill i suradnici mikrobiološkim testiranjem obradili su obriske bradavica i majčinog mlijeka na uzorku od 100 puerperalnih dojila u periodu od dva tjedna nakon poroda. Osim toga, kod sudionica studije fizikalnim pregledom trebalo je isključiti ili potvrditi postoji li sjajna koža bradavice ili se koža bradavice/areole ljušti, te intervuom ispitati postojanje četiriju simptoma kandidate (žareća bol bradavice/areole, osjetljive bradavice, probadajući bol u prsim, bol u prsim). Nakon 9 tjedana istovjetno testiranje je ponovljeno. Znakovi i simptomi su bili u korelaciji s rezultatima mikrobiološke analize čime su određene osjetljivost, specifičnost, negativne i pozitivne prediktivne vrijednosti za svaki simptom. Pozitivna prediktivna vrijednost bila je najviša kod žena kod kojih su bila zastupljena tri ili više znakova i simptoma istodobno ili kod kojih je viđena sjajna koža bradavica/areole uz prisustvo boli u dojkama.

*Tablica 1. Pozitivne prediktivne vrijednosti znakova i simptoma kandidijaze dojke od 2 do 9 tjedna postpartalno*

Preuzeto: Francis-Morrill i sur.

Sore - osjetljivost bradavica, ponekad svrbež

Burning - žareća bol bradavice/areole

Pain - bol u dojci

Stabbing - žareća/probadajući bol u dojci

Skin changes - sjajna koža, ljuskasta koža bradavice/areole

Simptomi i znakovi koji prevladavaju u kliničkoj slici i ukazuju na površnu i duboku kandidijazu su sljedeći:

- ✓ Osjetljivost, pečenje, žarenje, ponekad i svrbež bradavice koji traje i nakon podoja i koji se ne mijenja s položajem djeteta.
- ✓ Promjene kože bradavice (crvena, ljuskasta, sjajna, s bijelim točkicama u udubinama ili lagano ružičasta, areola mjestimično sjajna).
- ✓ Žareća bol koja se širi kroz dojku prema leđima tijekom podoja.
- ✓ Bol u dojci.
- ✓ Istodobno pregledom novorođenčeta možemo primijetiti:
  - ✓ pelenski osip, crven s točkicama uz vanjski rub
  - ✓ u ustima bijele naslage koje lagano krvare kada se odstrane.

Anamnestički kod dojilje treba ispitati postojanje i prirodu boli, sve podatke o porodu i dojenju, koji uključuju i eventualnu primjenu antibiotske terapije u porodu ili postpartalno, ranja oštećenja bradavica, korištenje bočica i dudica varalica kod novorođenčeta. Nekoliko studija ukazuje da su vaginalna kandida u trenutku poroda, antibiotska terapija, korištenje dudica, bočica i pumpica za izdajanje povezani s kandidijazom dojki. Međutim, u studiji u kojoj je potvrđena dijagnoza s laboratorijskim nalazima, samo upotreba bočica u prva 2 tjedna nakon poroda značajno je povezana s kasnjim razvojem kandidijaze dojke.

Farmakološko liječenje kandidijaze bradavica i dojke smatra se kompleksnim s obzirom na nedostatna klinička istraživanja. Liječenje majke i novorođenčeta provodi se istodobno. Najčešći farmakološki tretman lokalizirane kandidate bradavice provodi se antimikotičnim kremama ili mastima poput nistatina. Međutim, 40% glijivica otporno je na nistatin, pa se koriste mikonazol ili klotrimazol kreme za liječenje majke. Perzistentna kandidijaza bradavice ili vjerojatna kandidijaza dojke tretira se oralnom terapijom fluconazola. Preporuka je da se prvo uzme udarna doza 200 do 400 mg, a potom 100 do 200 mg jednom dnevno sljedećih 14 do 21 dan. Uz farmakološku terapiju potrebno je uzimati i probiotike. Kod novorođenčeta se primjenjuju

ZNAKOVI/SIMPTOMI	POZITIVNE PREDIKTIVNE VRIJEDNOSTI (%)
Sore + Burning + Pain + Stabbing + Skin changes	100
Burning + Pain + Stabbing + Skin changes	100
Pain + Stabbing + Skin changes	100
Sore + Burning + Pain + Skin changes	80-91
Burning + Pain + Skin changes	80-85
Sore + Burning + Pain + Stabbing	74
Burning + Pain + Stabbing	63
Pain + Stabbing	57

fluconazol kapi, a terapiju treba nastaviti još tjedan dana nakon nestanka simptoma kako bismo prevenirali povratak kandidijaze. Osim toga, treba se izbjegavati korištenje duda varalica, hranjenje na boćicu, a nužno je prokuhavati sve predmete koje novorođenče stavlja u usta, kao i izdajalice. Primjena flukonazola smatra se sigurnim za novorođenčad. Kandida bradavica i/ili dojke izaziva nelagodu i bol. Bol tijekom dojenja je jedan od najčešćih razloga prestanka dojenja. Stoga je imperativ da zdravstveni djelatnici, a prije svega primalje, rano prepoznaju i dijagnosticiraju kandidijazu kako bi se spriječile komplikacije početne kandidijaze bradavica. Odgovarajuće liječenje i podrška dojilji ključan je faktor uspješnosti dugoročnog dojenja.

### **Diferencijalna dijagnoza bolnih bradavica**

Bol u bradavicama najčešći je problem prilikom dojenja u prvim danima nakon poroda. Većinom je prolazna i prestaje kada se novorođenče pravilno namjesti na dojku i adekvatno obuhvati bradavicu i areolu. No, bol koja perzistira bez znakova ikakvog poboljšanja treba evaluirati. Osjetljivost, pečenje, oticanje bradavica spadaju u simptome nekoliko problema prilikom dojenja, a uključujući ekzem bradavica/areola i Raynaud sindrom bradavica. Ekzem areole i bradavice prepoznaje se nastankom vezikularnih erupcija i krasta. Ponekad se manifestira u obliku suhog dermatitisa lokaliziranog na areoli, podalje od baze bradavice. Postoje različiti oblici dermatitisa koji mogu zahvatiti dojku u laktaciji kao: alergijski kod atopičara, kontaktni nakon dodira s alergenom, seborovični najčešće lokaliziran ispod dojke, psorijatični gdje anamnistički dobivamo podatak o postojanju obiteljske ljudskavice. Predio bradavica, areole i dojke izuzetno rijetko mogu biti zahvaćeni kožnim promjenama koje izazivaju infektivni uzročnici, kao što su HSV i VZV. Treba napomenuti da dojenje u tim slučajevima nije kontraindicirano, već se preporuča dojiti iz nezahvaćene dojke na kojoj lezije nisu u predjelu bradavice i areole, a tako dugo dok se lezije ne osuše. U međuvremenu dojke treba izdajati.

Raynaudov sindrom bradavica također je jedan od uzroka boli u njima. Usljed vazospazma krvnih žila nedostatan je dotok krvi u bradavice. U stvari kao uzrok boli puno je češći, nego što se općenito vjeruje. Vazospazam se može pojavitи zajedno s nekim drugim uzrokom boli u bradavicama, pa je u stvari vjerojatno posljedica nekog od oštećenja bradavice, ali isto tako se može javiti kao izolirani uzrok boli. Vrlo često ga izaziva hladnoća, stres, mehanički nadražaj (ugrizi, trljanje robe, nepravilan položaj). Do vazospazma tipično dolazi nakon podoja, kada novorođenče ispusti dojku. S promjenom temperature boja bradavice se, u okviru nekoliko minuta ili čak i sekundi, mijenja i postaje bijela. Ova promjena je vjerojatno

i posljedica sušenja bradavice. Majke tada obično opisuju jaku, žareću bol i trnce u bradavicama. Kako postepeno dolazi do vazodilatacije, bradavica ponovno poprima svoju normalnu boju, a majka će primijetiti pulsirajući bol. Bradavice mogu mijenjati boju u nekoliko navrata i takvo stanje može varirati od nekoliko minuta ili čak do dva sata. Dakle radi se o trifazičnoj promjeni boje bradavice: bijela boja prilikom vazospazma, plavo uslijed cijanoze i naposljetku ružičasta kao posljedica refleksne vazodilatacije. Promjene boje bradavice žene ponekad neće ni zamijetiti, već je bol bradavice vodeći simptom.

### **PREPORUKE ZA UBLAŽAVANJA BOLI PRI RAYNAUDOVOM FENOMENU:**

- ✓ Prepoznati izvorni uzrok boli (nepravilan lach-on, ragade, kandidijaza bradavica).
- ✓ Izbjegavati sušenje bradavica strujanjem zraka sobne temperature (nakon podoja prekriti bradavicu toplim rukom dok se ne stavi grudnjak. Nakon tuširanja odmah prekriti bradavice suhim toplim ručnikom).
- ✓ Nekoliko kapljica maslinovog ulja ugrijati među prstima i nježno umasirati u bradavicu u trenutku žarenja.
- ✓ Izazvati refleks otpuštanja mlijeka, prvo ponuditi manje bolnu dojku, pravilan položaj kod dojenja, topli suhi oblozi, dojenje u toploj prostoriji.
- ✓ Izbjegavati nikotin i kofein.
- ✓ Lagana tjelovježba poboljšava cirkulaciju.
- ✓ Vitamin B6, riblje ulje, ulje noćurka.
- ✓ Primjena toplo suhih obloga (učinkovito u zaustavljanju vazospazma, kao i ublažavanju boli).
- ✓ Suplementi magnezija s dodatkom.
- ✓ Masaža torakalnih mišića (učinkovita kao sve prije navedeno može biti masaža mišića ispod ključnih kostiju neposredno nakon podoja. Masaža bi trebala biti vrlo snažna, također se mogu masirati pektoralni mišići i pazušne jame, ali puno nježnije).
- ✓ Nifedipin (antihipertenziv) jedna tableta dnevno pomaže kod vazospazma, čime nestaje i bol. Terapiju treba prekinuti nakon dvaju tjedana, nuspojave su rijetke, ali se može pojavitи glavobolja. Farmakološko liječenje se provodi uz sve prethodno navedene mjere.

## **Galaktokela**

Galaktokela je najčešće benigna promjena dojke koja se može detektirati već u trećem trimestru trudnoće, nakon poroda ili čak i nakon prestanka dojenja. Galaktokele se obično javljaju kao rezultat začepljenja mlijecnog kanala što dovodi do proširenje u proksimalnim lobuliranim segmentima. Unutar benigne ciste mlijecnog kanaliča u samom početku se nalazi mlijeko koje se kasnije mijenja u masnu zgusnutu tvar poput kremastog sira. Palpatorno se radi o glatkoj i okrugloj masi, ali konačna dijagnoza se definira nakon aspiracije sadržaja ili ultrazvukom. Treba istaknuti da je postavljanje dijagnoze galaktokela često izazovno, s obzirom na fiziološke promjene dojke u trudnoći i dojenju, pa je stoga osim UTZ diagnostike patocitološka dijagnostika često opravdana. Isto tako, pritiskom prstiju na galaktokelu iz bradavice može istjecati mlijeko. Ako je asimptomatska, a UTZ pokazuje tipičnu sliku cistične tvorbe ispunjene masnom tekućinom – mlijekom, tretman je konzervativan. Međutim, neke ciste moraju se kirurški odstraniti jer se nakon aspiracije ponovno pune. Zahvat se radi pod lokalnom anestezijom. Unatoč dijagnozi dojenje ne treba prekidati.

## **Intraduktalni papilom**

Sukrvavi i kravvi iscјedak iz bradavica, osobito među prvorotkama, tijekom trudnoće i dojenja je česta pojava. Najčešći uzrok je povećana prokrvljenost dojke ili traume bradavica tijekom dojenja. Ako iscјedak spontano nestane, najvjerojatnije se radi o benignim promjenama. U slučaju da iscјedak perzistira, duktogramom se može otkriti papilom. Međutim, kod svakog krvarenja iz dojke uz prisutnost tumorske mase treba isključiti malignitet. Papilomi su benigni tumori bradavičastog izgleda unutar lumena mlijecnog kanala, a češće su zamijećeni kod žena starijih od 35 godina. U nekim slučajevima više papiloma je grupirano zajedno. Papilom mlijecnog kanala osim sukrvavog ili kravavog iscjetka iz bradavice, tijekom dojenja često može prouzročiti i bol. Papilomi su obično lokalizirani u području mlijecnih kanala u blizini bradavice. Palpiraju se poput malih, bezbolnih kvržica ispod areole, a mogu se javiti i na obje dojke istodobno. Više papiloma grupiranih zajedno mogu napraviti opstrukciju mlijecnog kanala. U tom slučaju javljaju se i prateći simptomi začepljenja. Nakon što se isključi mogućnost maligniteta dojenje se nastavlja. Za pretpostaviti je da će novorođenče pljuckati kravvo mlijeko, a izdijeno će biti ružičaste boje. Ako se ne može sa sigurnošću reći odakle krv u mlijeku može se napraviti Apt-test kojim se određuje porijeklo hemoglobina. Perzistirajući kravvi iscјedak nakon prestanka dojenja ili pogoršanje kliničke slike u puerperiju, a nakon postavljanja dijagnoze iziskuje daljnje intervencije u smislu kirurškog zahvata. Papilomi se mogu ukloniti pomoću biopsije ili



Foto: Mano!/Aurimas Mikalauskas/Flickr



malо većeg zahvata microdochectomijom (Tennis Racket Incision) ili subareolarnom ekszizijom mlječnog kanala, dakle zahvaćeni mlječni kanal također se uklanja. Kirurško uklanjanje papilomane ugrožava dojenja. Čak i ako je mlječni kanal uklonjen, žena može i dalje isključivo dojiti i proizvoditi dostatne zalihe mlijeka.

### Rak dojke

Općenito, većina palpiranih krvica u periodu dojenja vezane su uz privremeno začepljene mlječne kanaliće ili mastitis. Takve krvice se palpiraju u okrugle, glatke i pomične tvorbe, a kao simptomi uz odgovarajuće intervencije nestaju u razdoblju od nekoliko dana. Znak upozorenja su fiksirane mase, krepitacije kože dojke prilikom palpacije mase i tvorba koja ne nestaje nakon liječenja začepljenih kanala, mastitisa ili apscesa. Krvavi iscjadak iz bradavice, a da pritom ne postoji oštećenja na njoj također treba uzeti u obzir kao znak upozorenja. Ponovljena epizoda mastitisa u istom području dojke može biti značajan podatak, jer temeljni problem (kao što je tumor) može biti uzrok ponavljanju mastitisa. Otprikljike 1 do 3% tumorskih tvorbi pronađenih u trudnoći ili tijekom dojenja je maligno. Rijedak oblik raka, upalni rak dojke (IBC) javlja se uz simptome gotovo identične mastitisu. Iako su izgledi da žena koja doji razvije ovaj oblik raka dojke vrlo niski, uvjek je bitno prepoznati razliku između infekcije dojke i IBC.

Navodimo neke razlike:

- IBC iznenadna oteklina dojke koja je znatno veća od druge.
- IBC crvenilo, pruritični osip, prekriva cijelu dojku ili samo njen dio.
- IBC cijela je dojka topla na dodir, isto kao i kod mastitisa, izgleda inficirano.
- IBC dojka je bolna, probadajuća bol.

*...najčešći problemi s dojenjem su preventabilni i trebali bismo djelovanje usmjeriti na prevenciju, a ne samo rješavanje već nastalih problema.*

- IBC natečeni limfni čvorovi u aksili ili samo na jednoj strani vrata.
- IBC promjene u bradavici ili areoli, kao što su inverzije, promjena boje bradavice.
- IBC koža na dojkama mijenja teksturu, zadebljana je narančina kora.
- IBC područje na dojci može izgledati kao modrica koja ne prolazi.

Duktalni karcinom najčešće se manifestira krvavim iscjetkom iz dojke, dok se Pagetova bolest očituje kao jednostrana, crvena, jasno ograničena, ljuškasta promjena kože bradavice ili areole. Može izazvati sukrvavi iscjadak, bol, svrbež, žarenje, crvenilo, zadebljanje, ulceraciju i inverziju bradavica. Ova vrsta karcinoma može se prikriti kao klinička slika uporne gljivične infekcije ili ekcema bradavice. Mamografija se smije izvoditi kod trudnica i dojilja. Očitanje mamografije bit će puno lakše za protumačiti ako je neposredno prije dijagnostičke pretrage izdodata dojka. Osim mamografije metoda dijagnostike je UTZ, a ponekad se pod njegovom kontrolom izvodi dijagnostička aspiracija. No kako bi se dobila konačna dijagnoza potrebno je napraviti biopsiju radi PH verifikacije tumora. Kako bi se smanjili ožiljci tkiva koje mogu komplikirati dojenje, kirurg može napraviti radikalni rez koji je manje štetan za dojke.

Ako je u periodu laktacije dijagnosticiran rak dojke, žene se odlučuju za hitnu ablaktaciju. Potom, operativni zahvat, kemoterapije i/ili zračenja. Radioterapija obično uništava tkivo dojke i mlječne žlijezde, međutim poznato je nekoliko slučajeva djelomične proizvodnje mlijeka u žena koje su

rodile nakon liječenja karcinoma dojke radioterapijom. Mnoge žene danas zatrudne i doje nakon liječenja raka dojke. Dojenje na jednoj dojci nakon mastektomije može biti osebujno životno iskustvo. Ne smatra se da dojenje povećava rizik ponovnog pojavljivanja raka dojke. Dijagnoza raka dojke poražavajuća je za svaku ženu, a posebno je stresna za ženu u laktaciji i njeno dijete. Menadžment raka dojke u dojilja zahtjeva multidisciplinarni pristup, a veliku ulogu imaju medicinske sestre i/ili savjetnice za dojenje koje su u mogućnosti pružiti im podršku, točne informacije o strategiji prestanka dojenja. Samo 3% žena razvije rak dojke u periodu laktacije. Zbog agresivne prirode raka dojke u ovoj dobnoj skupini i promjena dojke koje se javljaju tijekom trudnoće i dojenja otkrivanje svih suspektnih tvorbi predstavlja veliki izazov. Medicinske sestre/savjetnice za dojenje pružaju skrb ženama u razdoblju nakon poroda, a takva skrb zahtjeva poznavanje i razumijevanje fizioloških i patoloških promjena na dojkama. Na takav način će se pravovremeno isključiti ili dijagnosticirati maligna bolest dojke, implikacija bolesti na dojenje te razvoj strategije odvikavanja od dojenja. I na kraju treba naglasiti da se relativni rizik za rak dojke smanjuje za 4,3% za svakih 12 mjeseci dojenja.

## Zaključak

Većina poteškoća koje se javljaju tijekom dojenja u prvim danima nakon poroda pa i kasnije, kada se pravovremeno dijagnosticiraju i liječe lako su rješive i dovode do zadovoljavajućih iskustava za ženu i novorođenče. No, najčešći problemi s dojenjem su preventibilni i trebali bismo djelovanje usmjeriti na prevenciju, a ne samo rješavanje već nastalih problema. Ključna je uloga primalje, ali i svih ostalih zdravstvenih djelatnika u uspostavljanju dojenja. Rano prepoznavanje znakova i simptoma poteškoća dojenja, od strane primalje, imaju važnu ulogu u njihovom pravilnom dijagnosticiranju. Osim toga primalje imaju spoznaje o relevantnim intervencijama temeljenim na dokazima o načinu rješavanja poteškoća vezanih uz dojenje s ciljem njihovog rješavanja i nastavka dojenja. Upravo iz tog razloga, naša znanja i vještine moraju biti rezultat cjeloživotnog učenja. Stoga zadaća je sviju nas koji participiramo u maternalnoj skrbi kontinuirano usvajanje novih spoznaja o laktaciji i dojenju. Osim toga, nije dovoljno samo znanje, već osobni profesionalni angažman, partnerski odnos s pacijenticama, prihvatanje svake od njih kao individualnog i holističkog bića. Takav pristup iziskuje dobro vladanje komunikacijskim vještinama, aktivno slušanje i izražavanje empatije. Važno je da žene znaju kako je većina problema s dojenjem rješiva, te da prekidanje ili odustajanje od dojenja nije način rješavanja problema, imajući pritom u vidu i ženinu percepciju nastalih problema, njena prijašnja osobna iskustva, moralne, kulturne i vjerske vrijednosti.

## Literatura

1. Amir L. H., Forster D., McLachlan H., Lumley J. Incidence of breast abscess in lactating women: report from an Australian cohort. *Br J Obstet Gynaecol* 2004;111(12):1378-1381.
2. American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases. Red Book 2000. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2000.
3. Arora S., Vatsa M., Dadhwal. A comparison of cabbage leaves vs. hot and cold compresses in the treatment of breast engorgement. *Indian J Community Med.* 2008;33(3):160-2.
4. Benson E. A., Goodman M. A., Incision with primary suture in the treatment of acute puerperal breast abscess. *Br J Surg* 1970;57:55.
5. Brent N. B., Thrush in the breastfeeding dyad: Results of a survey on diagnosis and treatment. *Clin Pediatr* 2001;503-6.
6. Christensen A. F., Al-Suliman N., Nielsen K.R. i sur., Ultrasound-guided drainage of breast abscesses: results in 151 patients. *Br J Radiol* 2005; 78:186-188.
7. De Sousa L., Haddad M. L., Nakano A. M., Gomes F. A., A non-pharmacologic treatment to relieve breast-engorgement during lactation: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP.* 2012 Apr;46(2):472-9.
8. Dener C., Inan A., Breast abscesses in lactating women. *World J Surg.* 2003.Feb;27(2):130-3.
9. Eryilmaz R., Sahin M., Hakan Tekelioglu M., Daldal E., Management of lactational abscesses. *Breast* 2005;14(5):375-379.
10. Force R.W., Fluconazole concentrations in breast milk. *Pediatr Infect Dis* 1995;14:235.

# Poremećaji mokraćnih putova u puerperiju (izuzev urinarnih infekcija)

Jasna Vukelić, Jadranka Škorić

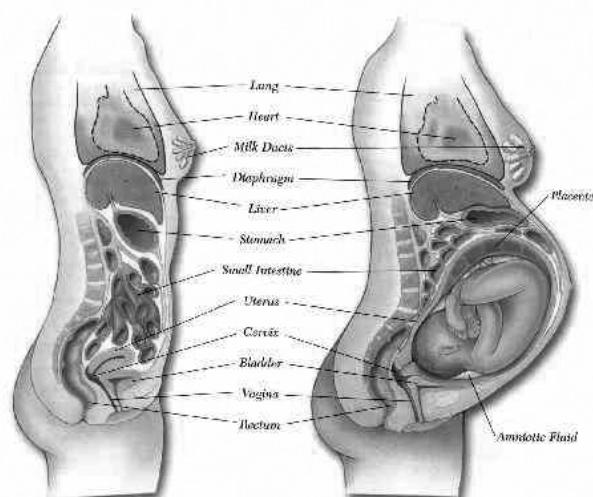
## Uvod

Puerperij ili babinje počinje svršetkom poroda i traje šest tjedana. Kroz to se vrijeme organizam babinjače postepeno vraća u normalno stanje. Mokraćni sustav je tijekom trudnoće pod utjecajem rasta maternice i mehanički je ometan u svojoj regulatornoj dinamici, stoga su poremećaji mokraćnih putova jedna od komplikacija koje se javljaju u puerperiju. Hormonske, vaskularne i inervacijske promjene djeluju na bazalni tonus mišića mokraćnog mjehura (m. detrusor). Prošireni i hipotonični mokraćovodi i sniženi bazalni tonus mokraćnog mjehura utječu na tromost ukupne dinamike punjenja i pražnjenja mokraćnog mjehura (slika 1). Zbog toga, u razdoblju nakon poroda nadzor nad funkcijom mokraćnog mjehura je važan aspekt skrbi.

U poremećaje mokraćnog sustava u puerperiju ubrajamo:

- retencija mokraće
- inkontinencija mokraće
- infekcije

INCLUDEPICTURE [http://www.csh.org.tw/dr.tcj/N\\_teaching/Body\\_Changes\\_from\\_Non-pregnant\\_to\\_Pregnant1.jpg](http://www.csh.org.tw/dr.tcj/N_teaching/Body_Changes_from_Non-pregnant_to_Pregnant1.jpg) \\* MERGEFORMATINET



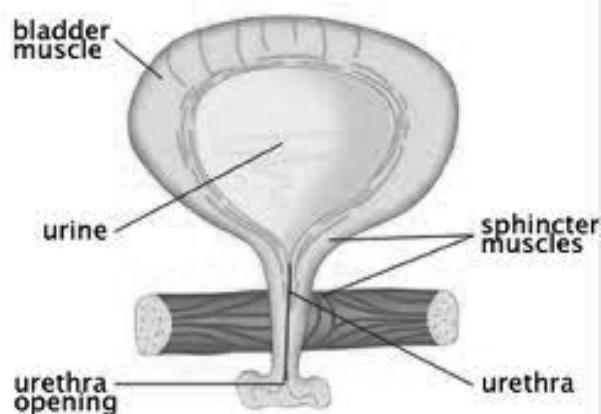
Slika 1: Usporedba položaja i veličine mokraćnog mjehura prije trudnoće i u trudnoći

## Retencija mokraće

Retencija mokraće je zastoj urina u mokraćnom mjeđuhru unatoč prisutnom nagonu za mokrenje. Najčešće nastaje nakon instrumentalno dovršenih poroda, ali se može javiti i nakon normalnog poroda. Oštećenje mišića u stijenci mokraćnog mjehura i receptora unutar njega, kao i spuštanje baze mjehura, izazivaju zastoj mokraće (slika 2). U drugom porodnom dobu, osobito ako mokraćni mjehur nije bio prazan, nastaje rastezanje njegove baze. Posljedice ovise o stupnju oštećenja, a najčešće rezultiraju sputenošću baze mokraćnog mjehura ispod razine unutrašnjeg ušća uretre. Kod jačih oštećenja podražaj za kontrakciju m. detrusora nastaje već na količinu od 400 do 500 ml mokraće i tada oslabljena motorika mišića mokraćnog mjehura nije u mogućnosti izbaciti toliki tekući sadržaj. Povećani otpor pražnjenju mokraćnog mjehura nastaje i zbog edema mokraćnog mjehura. Iako retencija mokraće može nastati i nakon normalnog poroda, češće se javlja nakon instrumentalno dovršenih poroda – vakuum ekstraktorom i forcepsom te kod ozljede rektuma zbog refleksnog grča sfinkterskog mehanizma uretre.

INCLUDEPICTURE <https://encrypted-tbn1.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQo0hIAp2YXK69fWeqLvDsKImCtK1sY8ha3p3epAljCLYjjfrOM> \\* MERGEFORMATINET

## Bladder and Sphincter Muscles



Slika 2: Mokraćni mjehur i sfinkterski mehanizam uretre

Razlikuje se akutna i kronična retencija mokraće. Akutna retencija mokraće je stanje nemogućnosti mokrenja uz prisutnu značajnu količinu rezidualnog urina (40 do 200 ml) u mokraćnom mjehuru. Prepoznaje se po jakoj boli iznad simfize, intenzivnom znojenju, mučnini te bolovima u križima, izbočenom mokraćnom mjehuru koji može sezati i do pupka. Kronična retencija urina se definira kao *bezbolni mokraćni mjehur* gdje je prisutna kronično visoka količina rezidualnog urina nakon mokrenja. Postpartalna kronična retencija se smatra kada je količina rezidualnog urina iznad 150 ml. To je najčešće samoograničavajuće stanje i izljeći se kroz nekoliko tjedana.

Incidencija retencije mokraćnog mjehura u puerperiju izrazito varira u literaturi i iznosi od 0.05 do 37%, iako bi razumno bilo misliti da se retencija urina različitog stupnja javlja u 10 do 15% babinjača (podaci u USA).

#### **FAKTOVI KOJI MOGU POVEĆATI UČESTALOST JAVLJANJA RETENCIJE U PUEPERIJU (RIZIK FAKTORI) SU:**

- prvorotkinje
- produljeni porod, pogotovo produljeno drugo porodno doba
- potpomognuti, instrumentalni porod
- perinealna ozljeda
- carski rez
- regionalna anestazija.

#### **Liječenje**

Da bi se na vrijeme otkrila moguća retencija mokraće, važno je da puerpera bude pod intenzivnim nadzorom. Prepoznavanje količinskih velikih retencija sastoji se od praćenja diureze, izjave puerpere o izostanku mokrenja kroz 8 do 12 sati nakon poroda te prisutnih znakova i simptoma retencije. Kod prepoznate retencije mokraće, da bi puerpera spontano promokrila, najprije se poduzimaju konzervativne mjere koje uključuju:

- Vulva se ispire topлом tekućinom uz podražavanje šumom tekuće vode.
- Puerper treba izolirati radi smanjivanja psihičkog utjecaja.
- Povišenje tonusa m. detrusora pokušava se davanjem parasympatomimetika uz istodobnu primjenu spazmolitika u svrhu relaksacije sfinkterskog mehanizma uretre.
- Prevencija opstipacije.

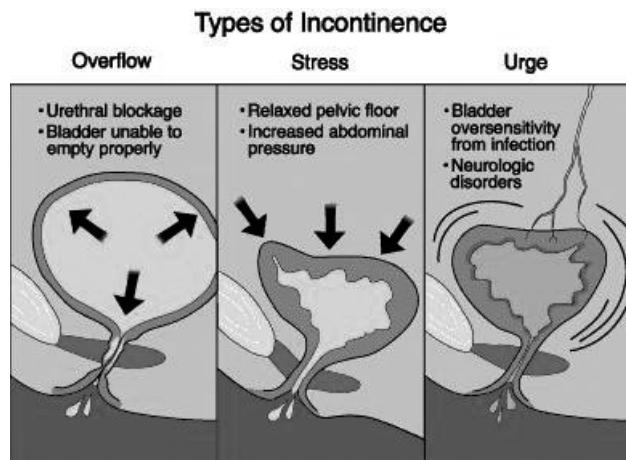
Ako uz navedena mjere rodilja ne promokri kroz 12 sati od poroda, mora se kateterizirati mokraćni mjehur. U prazni mjehur može se instilirati Prostaglandin E2. Otopina ostaje u mokraćnom mjehuru oko 4 sata, a pozitivni učinak opaža se prema količini izmokrene tekućine.

Ako je razlika minimalna, preporuča se staviti trajni kateter tijekom 3 do 4 dana, jer se time smanjuje unošenje infekcije čestim kateterizacijama. Trajno pražnjenje mokraćnog mjehura je sigurnije i pogoduje bržem toniziranju m. detrusora.

#### **Inkontinencijska mokraća**

Porod se često smatra kao glavni uzrok inkontinenčije mokraće u žena. Inkontinencijska mokraća ili ischuria paradoxa je stanje nehotimičnog ventilnog istjecanja manje količine urina zbog porasta hidrostatskog tlaka u mokraćnom mjehuru koji nadvlađa otpor ušća uretre. Iako postoji više vrsta inkontinencija, po porodu se može razviti stresna inkontinencijska, inkontinencijska hitnosti te inkontinencijska nastala traumom (slika 3). S obzirom na to da težina inkontinencije varira i sama prevalencija inkontinencije varira od 0.7 do 44%

INCLUDEPICTURE [http://www.carolinawomensphysicaltherapy.com/Urinary\\_Incontinence.gif](http://www.carolinawomensphysicaltherapy.com/Urinary_Incontinence.gif) \\* MERGEFORMATINET



Slika 3. Vrste inkontinencije

Stresna inkontinencijska zbog slabosti mišića mokraćne cijevi, dovodi do nevoljnog ispuštanja urina, a do bijega urina dolazi prilikom fizičkog napora, kašljanja, kihanja, smijanja ili trčanja koji povećavaju hidrostatski tlak u mokraćnom mjehuru. Ova se inkontinencijska pojavljuje u 10 do 15% žena. Uzroci su joj teža oštećenja dijafragme pelvis i dijafragme urogenitalis u porodu, infekcije u puerperiju i teži fizički napor. S obzirom na to da je glavni uzrok inkontinencije u puerperiju slabost mišića dna zdjeličnog poda, jačanjem same muskulature i pravilnim vježbanjem (Kegelove vježbe) dolazi do regresije smetnji. Ako su uzrok inkontinencije trajne topografske promjene kao sruštenost maternice, rodnice, te baze i vrata mokraćnog mjehura, potreban je kiruški zahvat.

## FAKTORI KOJI UTJEĆU NA MOGUĆU POJAVU

### INKONTINENCIJE SU:

- godine života
- ginekološke ili urološke bolesti
- operativni zahvati
- broj poroda
- uzimanje lijekova
- pretilost
- druge bolesti (šećerna bolest, depresije, psihote).

**INKONTINENCIJA HITNOSTI** je vrsta inkontinencije koju karakterizira potreba za mokrenjem iako mokračni mjeđuhur nije u potpunosti pun. Nastaje zbog oštećenja živčanih vlakana za vrijeme trudnoće ili poroda te zbog bolesti središnjeg živčanog sustav (multipla skleroza, Morbus Parkinson, demencija).

**TRAUMATSKE INKONTINENCIJE** nastaju zbog ozljede uretre, mokračnog mjeđuhura ili mokračovoda kojim se uspostavlja komunikacija s rodnicom. Tada se radi o svježim, traumatskim nastalim fistulama. Sveže traumatske fistule treba razlikovati od kasnih koje se javljaju od 10 do 14 dana po porodu i uzrok im je nekroza tkiva. U obama slučajevima mokraća pasivno teče kroz nastali otvor u rodnici. Sveže, traumatski uzrokovane fistule mokračnog mjeđuhura i uretre, koje su promjera do 2 mm mogu i spontano zacijeliti ako se trajni kateter zadrži najmanje 14 dana. Sve ostale fistule zatvaraju se kiruški, ali tek 3 mjeseca nakon poroda.

### Literatura:

1. Habek D., Ginekologija i porodnišvo za visoke zdravstvene studije, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.
2. Đelmiš J., Orešković S. i sur., Fetalna medicina i opstetricija, Medicinska naklada, Zagreb, 2014.
3. Draženčić A. i sur., Ginekologija, Školska knjiga. Zagreb, 1999.
4. Carley M. E., Carley J. M., Vasdev G., Lesnick T. G., Webb M. J., Ramin K. D., et al. Factors that are associated with clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery. American journal of obstetrics and gynecology. 2002;187(2):430-3. Epub 2002/08/24.
5. <http://www.ogpnews.com/2011/12/post-partum-bladder-care-background-practice-and-complications/444> /pristupljeno 5. 12. 2014/
6. Findik R. B., Nurcan Unluer A., Şahin E., Bozkurt Ö. F. et al. Urinary Incontinence in Women and Its Relation with Pregnancy, Mode of Delivery, Connective Tissue Disease and Other Factors. Adv Clin Exp Med 2012, 21, 2, 207-213
7. Viktrup L., Lose G., Rolf M., Barfoed K., The frequency of urinary symptoms during pregnancy and puerperium in the primipara. Int Urogynecol J 1993; 4: 27-30.
8. Siv Mørkved, MSc, PT1,3, and Kari Bø, PhD, PT, PE2. Prevalence and treatment of post partum urinary incontinence. Norsk Epidemiologi 1997; 7 (1): 123-127.

### Zaključak

Učestalost bolesti mokračnih putova u puerperiju varira, te ju je zbog različitog definiranja simptoma i težine samog stanja teško odrediti. Zbog toga je važno uvijek sumnjati na mogućnost pojave smetnji u puerperiju, te misliti na potencijalni problem za vrijeme trudnoće i samog poroda. Potrebno je naglasiti da je nadzor nad urinarnim traktom i samim mokračnim mjeđuhrom za vrijeme trudnoće, tijekom poroda, te prevencija i liječenje postpartalnih komplikacija mokračnog sustava od velike važnosti u skrbi trudnice i babinjače. Na taj način onemogućujemo razvoj ireverzibilnih oštećenja i osiguravamo dobru kvalitetu oporavka babinjača.

# Postporođajna depresija

Dženi Andrić

## **Uvod**

Svaka žena ima posve individualna iščekivanja od poroda i majčinstva. Ulogu majke treba smatrati izazovom za koji ne treba biti potpuno spremna i kojem se ne mora brzo i prirodno prilagoditi. Trudnoća utječe na promjenu dosadašnjeg života žene, ali i mijenja njezin budući život kada postane majka. Zavisno od psihofizičkog stanja, uvjeta življenja i rada, adaptacija na ove promjene je individualna i specifična, a činjenica je da veliki broj različitih faktora može utjecati na zdravstveno stanje i kvalitetu života trudnice, a i nakon trudnoće. Tradicionalno mišljenje je da su trudnoća i porodiljstvo vrijeme radosti i dobrog raspoloženja, ali stavovi pojedinih kultura nose sa sobom povećani rizik od oboljevanja, dok druge imaju protektivne običaje. Zanimljivi su podaci jednog indijskog istraživanja koji ukazuju da je rizik od pojave depresije u patrijahnim društвima veći kod majki koje su rađale žensku djecu, što se tumači većim socijalnim pritiskom i favoriziranjem muške djece. Također, u zemljama Latinoamerike, pokazalo se da je običaj da porodilja prvih 40 dana bude pošteđena svih obaveza, izuzev njege djeteta, što ima zaštitni utjecaj za opće raspoloženje majke.

## **Postporođajna depresija**

Većina žena nakon poroda doživljava različite promjene raspoloženja. Na trenutak su sretne i zadovoljne, a već sljedeće minute počinju plakati. Istraživanja su pokazala da oko 10 do 15% majki pati od postporođajne depresije. Postporođajna depresija ima niz ozbiljnih simptoma koji su, uglavnom slični znakovima prave depresije.

## **UZROK POSTPOROĐAJNE DEPRESIJE**

Odgovor možda trebamo potražiti i u samoj prirodi poremećaja.

*U različitim fazama ženina života, hormoni imaju golemi utjecaj na oblikovanje njezinih želja, stajališta, pa i samog načina na koji doživljava stvarnost.*

*L. Brizendine: Ženski mozak*

Mnoge hormonalne promjene koje se događaju u vrijeme porođaja, a i nakon, odnosno nagli pad razine hormona čija vrijednost od deseterostruko povećanih u trudnoći,

uz bol, psihološki stres, strah, moguće probleme zdravlja majke ili djeteta, ali i umor, neispavanost, preplavljenost osjećajem odgovornosti, strepnje, zbumjenosti, uveliko djeluju na različita psihička, odnosno emocionalna stanja roditelja. Pokazala se ispravnom tvrdnja mnogih stručnjaka da su ove promjene vezane uz endokrinološke promjene u postpartalnom razdoblju. To ukazuje da promjene estrogena i progesterona u većim količinama mogu djelovati kao depresori središnjeg živčanog sustava, koji se manifestiraju kroz pojavu simptoma naglog pada raspoloženja kod žena s postporođajnom depresijom. Ispitivanja roditelja psihološkim testovima, kojima je moguće utvrditi intenzitet potištenosti i uspoređivanje tih rezultata s rezultatima biokemijskih testova za utvrđivanje razine određenih hormona u krvi, pokazala su da postoje visoke korelacije između broja bodova testa potištenosti i razine tih hormona. U korelaciji tih tvrdnji, odgovor kao psihološka reakcija na normalan porođaj je depresija. Naime, bilo bi za očekivati da nakon poroda kod majke koja je rodila zdravo dijete bez većih komplikacija, prevladaju upravo pozitivne emocije, zadovoljstvo i sreća. Često se međutim javljaju upravo suprotna raspoloženja s karakterističnim simptomima. Smatra se da jedna od deset roditelja postaje deprimirana u prvoj godini nakon porođaja iz više razloga. Prijelaz u roditeljstvo često je popraćeno depresijom i stresom. To je posve novi život i nova stvarnost stoga je i razumljivo da su zbog toga žene uznemirene. Prema konvencijskoj definiciji, postpartum predstavlja period koji započinje četvrtim porođajnim dobom i traje narednih 4 do 6 tjedana. Međutim, opći zaključak koji je proistekao iz kliničke prakse, ukazuje da pod postpartalnim periodom u psihološkom smislu treba podrazumijevati prvih šest mjeseci, pa čak i godinu dana iza porođaja.

## **Vrste postporođajne depresije**

Ne postoji za sada niti jedna zvanična i općeprihvatljiva klasifikacija perinatalnih psihijatrijskih poremećaja. Većina psihijatara koji se bave ovim problemom u Americi opisuju tri oblika postpartalnih poremećaja: postporođajna tuga, posporođajna depresija i postporođajna psihoza.

Blaži oblik depresivnog raspoloženja povremeno osjeća otprilike 60 do 80% majki nakon rođenja djeteta,



traje kratko i naziva se postporođajnom tugom (paradoks majčine tuge) ili majčinskom melankolijom (Baby blues), sindrom trećeg dana. S druge strane zbog svoje evolucije i jasnog kontinuiteta s postporođajnom depresijom izdvojena je i kao stanje koje zaslužuje kliničku pažnju. Mnoge majke o tome ne govore jer su njihove emocije u suprotnosti s uvriježenim stavom i očekivanjem okoline da žene nakon poroda moraju biti sretne, pa majke potiskuju osjećaje i krivnju, slijedom suprotnog stanja koje se od njih očekuje. Karakteristična obilježja blagog oblika depresije je da se javljaju kao dio fiziološkog procesa, a ne psihopatologije. Emocionalna, labilna i izražena plačljiva stanja bez ikakvog značajnog razloga i osjećaja nemoći, umora i konfuznosti, gdje je etiologija nepoznata, nezavisna od kulturnih i demografskih utjecaja. Sam poremećaj raspoloženja ne predstavlja ozbiljnu opasnost, to je prolazni fenomen koji ne može imati trajan utjecaj na psihički status i zdravlje žene, moglo bi se reći da je čak koristan kao propusni ventil napetosti kod roditelja. Veći značaj ima u diferencijalnoj dijagnozi u odnosu na druge afektivne poremećaje. Prognoza je dobra, stanje se spontano poboljšava za manje od 10 dana. Najvažniji lijek za ovo stanje je podrška i pomoć okoline, razumijevanje, davanje emocionalne potpore tijekom prilagođavanja na novonastalu situaciju.

Postporođajna psihoza je vrlo ozbiljno i kritično stanje koje se javlja u prva 4 tjedna nakon poroda. Do izražaja dolaze nagle promjene raspoloženja, paranoja, zatim ha-

lucinacije koje su usmjerene prema ideji da je dijete zlo, demonsko i slično. Potrebna je hitna medicinska pomoć i hospitalizacija. Uglavnom se javlja kod žena koje i inače pate od težih psihičkih bolesti.

### ***Postporođajna depresija i simptomi***

Kratko stanje privremene tuge, ponekad se povećava u vrlo izraženu potištenost koja je rezultat nemogućnost prilagodbe na nagle hormonske promjene iza porođaja. Uz pojavu dodatna stanja tjeskobe, osjećaja depersonalizacije i opće emocionalne nestabilnosti od uobičajenih simptoma, javlja se postporođajna depresija kao jači odgovor na hormonsku neravnotežu. Prema teoriji kontinuiteta psihološki problemi tijekom i nakon trudnoće vezani su uz ranije sklonosti depresivnom reagiranju. Kod nekih žena taj osjećaj stresa doseže vrhunac tek dvanaest mjeseci iza porođaja. Naime, mnoge žene izjavljuju da su i ranije uvijek zbog nečega bile zabrinute, uznemirene. Pokazatelji depresije nakon porođaja uključuju prethodnu depresiju, depresiju u trudnoći, nedostatak odgovarajuće emocionalne potpore i visoku razinu stresa u obitelji. Osim toga, simptomi postporođajne depresije često ostaju skriveni. Karakteristična su stanja trajnih nesanica, kronično iscrpljivanje ili hiperaktivnost, osjećaja rastrojenosti, neadekvatni način odgovora na emocionalne potrebe djeteta, razvoj postporođajne neprilagodljivosti i osamljenjenosti. Bore se s osjećajem napuštenosti od svojeg

partnera i bliskih osoba, osjećaju jaku napetost i strah, katkad i napade panike. Treba shvatiti da je složenost postporođajnog raspoloženja kao hrvanje s ponovnom uspostavom hormonske ravnoteže u mozgu.

Tijekom trudnoće aktivirane su kočnice za reagiranje na stres; odjednom nakon porođaja one su ponovno deaktivirane. Kod 90% žena, mozak je u stanju vratiti se na normalnu reakciju na stres, no kod žena koje pate od toga stanja, genetski podložnije depresiji, to ne uspijeva. Sama hiperaktivnost na stres, proizvodi stresni hormon kortizol gdje će njezin refleks straha biti pojačan, napetost prelazi u nemogućnost kontrole takvog osjećaja. Pretjerana briga za dijete, zaštitnička nastrojenost, napregnutost, iscrpljenost stvaraju cijelu sliku problema identiteta zbog sada još jedne nove uloge, uloge majke, a ona se gubi u osjećaju sebe kao jedinke, javljaju se osjećaji gubitka jer više ne znaju tko su kao pojedinci. Nerazumnozabrinutošću i tjeskobom da će se djetetu nešto dogoditi mnoge osjećaju da je to prevelika odgovornost za njih, intenzivnim osjećajem sebe kao loše majke i supruge, osjećaja krivnje i sukoba misli (straha) da bi mogle nauditi sebi ili djetetu. Doživljaj trenutne životne situacije u tih majki može biti potpuno izmijenjen, tako da mogu biti u potpunosti disfunkcionalne, uz prevladavanje negativnog odnosa prema sebi i okolini. Taj sklop, uz recimo primarne čimbenike veoma lako produbljuje i onako lošu situaciju u tom razdoblju žene, koja u tim momentima ima osjećaj nemoći, nepremostivu sliku očaja i beznađa.

### **Kako liječiti postporođajnu depresiju?**

Postporođajna depresija je sve donedavno bila zanemarivana u medicinskoj praksi, jednako kao i predmenstrualni sindrom. Javnost na nju nije obraćala pozornost, liječnici su o njoj rijetko raspravljali, a žene koje su je proživljavale, nepotrebno su se stidjele i patile u tišini. Srećom, dogodio se zaokret u načinu promatranja i suočavanja s postporođajnom depresijom (PPD).

Postporođajna depresija je najlakše izlječiv oblik depresije. Ne treba očekivati da će proći sama od sebe. Vrijeme nastajanja varira od nekoliko mjeseci do godine iza poroda. Terapija postpartalne depresije podrazumijeva psihoterapiju i ponekad medikamentozno liječenje (antidepresivi bez utjecaja na dojenje). Psihoterapija se temelji na pretpostavci da način na koji pojedinac strukturira i objašnjava svoja iskustva određuje njegovo raspoloženje i ponašanje. Cilj te terapije je promijeniti negativne načine mišljenja i osjećanja majki te ih naučiti da razmišljaju pozitivno i konstruktivno. Preventivne strategije uključuju niz praktičnih aktivnosti (kako da žena pomogne sama sebi i da dobije pomoći nakon poroda, posebno pomoći o brizi oko djeteta) i terapijske aktivnosti (učenje relaksacijskih tehniki i rad u grupi). Neki znanstevnici smatraju da bi kod

nekih žena dojenje moglo štititi od postporođajne depresije. Dobro je što je liječenje dostupno i što je učinkovito. Kemičalije u mozgu koje potiču dobro raspoloženje i osjećaj zadovoljstva (serotonin) nakon porođaja su niske, a u depresivnih majki vlada njihov manjak. Stručnjaci za postporođajnu depresiju jednoglasno preporučuju – kod žena s ozbiljnim simptomima – antidepresive u kombinaciji s drugim načinima liječenja poput suportivne razgovorne terapije. Bez obzira na odabir terapije, pravodobno djelovanje je presudno važno, kako za majku, tako i za dijete. Skrb za dijete, osjećaj povezanosti s njime, užitak samog majčinstva – to je cilj terapije i rezultat njezinog djelovanja.

### **Zaključak**

Simptomi postporođajne depresije slični su simptomima majčine tuge, iako su mnogo izražajniji. Depresija onemogućava uspostavu povezanosti s djetetom u trenucima saživljavanja s ulogom majke i može djelovati na ostale odnose u životu, a i na zdravlje žene. Ono što je u praksi bitno je da se tužna raspoloženja žena u postporođajnom razdoblju često javljaju i da nisu odraz psihopatološke strukture ličnosti roditelje. Briga zdravstvenog osoblja kroz razgovore i suošćeće s roditeljem bitna su za ublažavanje tuge u tom razdoblju. No, bez obzira na to, isto tako ne smijemo zanemariti simptome koji nas upozoravaju na ženina negativna sagledavanja sebe, njezin osjećaj neadekvatnosti, iskrivljeno interpretiranih događaja, kao i pesimistička anticipirana buduća događanja. Taj poremećaj ponašanja (postporođajna depresija) zahtjeva stručnu pomoći koju je bitno zatražiti, osobito ako su simptomi intenzivni.

U slučaju da postoji sumnja u pojavu postporođajne depresije od velike pomoći mogu biti članovi obitelji koji o pojavi simptoma i znakova trebaju pravovremeno obavijestiti liječnika. Čim prepoznaju problem bitno je da što ranije reagiraju i djeluju jer će tako tijek oporavka biti brži. Nadalje, treba imati na umu da je takva vrsta depresije privremena i da to nije znak slabosti. Nikada ne treba potiskivati osjećaje. Borba s njima nekada može biti dugotrajna i nesavladiva. Osjećaju shrvanosti, treba se suprotstaviti prihvatajući pomoći, odbacujući krivnju i sumnju u vlastitu ulogu majke, omogućivši sebi zadovoljstvo tek započetog majčinstva.

### **Literatura:**

- Brizendine L., Ženski mozak, Zagreb, Profil International, 2008, str. 20-24, 243-247.
- Havelka M. (U.R.) Zdravstvena psihologija, Jastrebarsko, Naklada Slap, 2002, str. 233-238.
- Murkof H. E., Što očekivati u trudnoći, Zagreb, Grafički zavod Hrvatske d.o.o., 2003, str. 388-392.

# *Sindrom tužnog raspoloženja ili baby blues*

*Barbara Finderle i Silvana Tomić*

## **Uvod**

Sindrom tužnog raspoloženja (baby blues) smatra se malim afektivnim poremećajem – smetnjom. Odlikuje se emocionalnom nestabilnošću i plakanjem te se obično javlja u prvom poslijeporodnom tjednu. Simptomi uključuju često i dugo plakanje bez osobita razloga, manjak životne snage, razdražljivost, loš san, nagle promjene raspoloženja – od euforične sreće do duboke tuge, osjećaja ranjivosti, osamljenosti, umora, anksioznosti, poremećena teka i spavanja. Ponekad je prisutna pretjerana zabrinutost, preokupacija tjelesnim promjenama, osjećaj to nisam ja, manjak samopouzdanja i osjećaj zatrpanosti obvezama. Taj sindrom zahvaća 40 do 85% svih žena u poslijeporodnom razdoblju, pa ih stoga i pacijentice i zdravstveno osoblje smatraju normalnim. Ipak, često simptomi tužnog raspoloženja predstavljaju velik stres za babinjaču i njenu obitelj. Simptomi su obično najizraženiji od trećega do šestog dana po porodu, a do njihove spontane regresije redovito dolazi u roku 24 do 72 sata. U nekim žena, pak, prerastaju u poslijeporodnu depresiju.

## **Razrada teme**

### **Povijesni pregled**

Psihijatrijski poremećaj u poslijeporodnom razdoblju odavno je prepoznat, još 460. godine prije Krista, kada je Hipokrat opisao puerperalnu groznicu. On je u svojoj teoriji prepostavio da lohija koja nisu izbačena iz maternice i tako odstranjena iz tijela, odlaze u mozak i uzrokuju agitaciju, delirij i napade manije. U svojim radovima istu temu opisuju Galen, Celsus i drugi. U XIX. stoljeću poslijeporodne emocionalne teškoće su jedan od jasno prepoznatih psihijatrijskih entiteta. Godine 1858. Marce objavljuje studiju *Traits de la Folie des femmes Enceintes* (Rasprava o ludilu trudnice i dojilje), povezujući negativne emocionalne reakcije s rođenjem djeteta. Tretman poslijeporodne psihoze nakon 1960. pokazuje kolika je moć i utjecaj dijagnostičkoga kriterija. Primjenjivao se Kraepelinov dijagnostički kriterij koji nije uključivao pojam poslijeporodne depresije, tako da su

žene u babinju bolovale od manične depresije ili imale jednu od sljedećih dijagnoza: dementia praecox, toksična konfuzija, neurotično stanje. Rezultat je zaključak tadašnjih psihijatara da poslijeporodna psihoza kao klinički entitet ne postoji (Jackson i sur., 1943). Slične rasprave i nesigurnosti glede određivanja poslijeporodne depresije kao zasebnoga kliničkog entiteta traju do danas kada, prema DSM-IV klasifikaciji, odrednica početka poslijeporoda označava epizodu koja je započela unutar četiriju tjedana poslijeporoda, a može se primijeniti na sadašnju ili posljednju veliku depresivnu, maničnu ili miješanu epizodu u okviru velikog depresivnog poremećaja ili bipolarnog poremećaja, ili kod kratkog psihotičnog poremećaja.

### **Baby blues**

Rođenje bebe izaziva mnoštvo snažnih emocija: od euforije do straha i anksioznosti. Kod velikog broja žena nakon poroda se javlja i privremeno tužno raspoloženje, tzv. baby blues.

Mnoge majke o tome ne govore jer su njihove emocije u suprotnosti s uvriježenim stavom i očekivanjem okoline da se žena nakon poroda mora biti presretna pa su tužne majke zbumjene i osjećaju krivnju. Kada razmislimo što se sve događa u ženskom tijelu nakon poroda, o psihičkom i fizičkom stresu te velikoj životnoj promjeni koja slijedi nakon rođenja bebe, nije nimalo neobično da kod mnogih žena dolazi do privremenog stanja tužnog raspoloženja.

Mogu se javiti sljedeći simptomi: iznenadne promjene raspoloženja, tuga, tjeskoba, promjene apetita, teškoće sa spavanjem, umor, konfuznost, nervozna, napadi plača, pretjerana osjetljivost.

Radi se o kratkom i bezopasnom poremećaju raspoloženja uzrokovanim hormonalnim promjenama, osobito naglim opadanjem razine estrogena nakon poroda, a stanju pridonosi i umor, neispavanost, preplavljenost osjećajem odgovornosti za bebu, bolovi, strahovi...

***Rođenje bebe izaziva mnoštvo snažnih emocija: od euforije do straha i anksioznosti. Kod velikog broja žena nakon poroda se javlja i privremeno tužno raspoloženje, tzv. baby blues.***

Simptomi nisu teški i tretman nije potreban. Majci je potrebno omogućiti odmaranje i spavanje, važno je uvijek iskoristiti vrijeme kada beba spava za odmor i san te zaboraviti na pospremanje stana i slične akcije.

Najvažniji lijek za ovo stanje jest podrška i pomoć okoline (konkretna pomoć – od kuhanja, pranja i čišćenja do pomoći s bebom), puno slušanja i razgovora, razumijevanja, zagrljaja, lijepih riječi i ohrabrenja, te poticaja da majka izrazi svoje osjećaje (pustite ju da se isplače), brige i strahove. Potrebno je ograničiti posjete i ne izigravati savršenu domaćicu – ono što je trenutno najvažnije jesu beba i mama, a ne drugi ljudi – što će oni misliti i kakav ćemo dojam na njih ostaviti.

Ako simptomi ne prestaju nakon nekoliko tjedana ili se pogoršavaju, obavezno treba potražiti pomoć.

Nesanica je najveći problem novih majki (i očeva). Lako je reći: spavajte kada beba spava, ali je često teško zaspati u dnevne sate.

Zato se može primjenjivati i druge metode opuštanja kao:

- ✓ Dremanje uz šalicu toplog čaja.
- ✓ Topli tuš.
- ✓ Masaža stopala...

Dojenje je najljepši čin povezivanja majke i djeteta i najbolje što možete pružiti svome djetetu u prvim danima. Ako dojenje funkcioniра dobro i majka i dijete bit će zadovoljniji i rjeđe će se javljati baby blues.

Fizički dodir majke s djetetom najbolji je lijek za baby blues. Dojenčad koja je u direktnom kontaktu s majkom tri sata na dan upola manje plače, što omogućuje i majkama lakši oporavak te borbu s postporođajnom tugom.

U izlječenju je ključan fizički dodir majke i bebe, tvrde stručnjaci u časopisu Opstetricija, ginekologija i neonatalna skrb. Oni su otkrili da već izravan kontakt kožom majke i djeteta smanjuje dječji plač za 43 posto, što potiče i bolju smirenost majke. Također, djeca koju majke više dodiruju



lakše spavaju, zbog čega i one imaju više šanse za odmor.

Od ostalih prirodnih metoda, koje ublažavaju postporođajnu tugu, najučinkovitija je umjerena tjelovježba, poput šetnje. Takve aktivnosti potiču stvaranje tzv. hormona sreće endorfina koji pomaže organizmu u borbi s depresijom.

Zahvaljujući naglom razvoju i napretku opće i zdravstvene prosvjećenosti društva postporođajni poremećaji su danas mnogo rjeđi nego prije dvadesetak godina, pa i kada se pojave češće su bez težih posljedica, kako za majku, tako i za obitelj, a posebno za novorođenče.

No, činjenica je da ih još uvijek nalazimo i da su s tim u vezi definirani i u najrecentnijoj službenoj klasifikaciji pod nazivom Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja udruženi s puerperijem (babinjačama), koji nisu klasificirani na drugom mjestu. Pod tim se poremećajima podrazumijevaju psihički poremećaji majke u periodu poroda i/ili nakon poroda.

U te poremećaje svrstani su:

- blagi duševni poremećaji koji su u vezi s puerperijem (postpartalna depresija – blaga)
- teški duševni poremećaji i poremećaji raspoloženja (puerperalna psihoza)
- ostali duševni poremećaji i poremećaji ponašanja, nespecificirani.

U suvremenom društvu, a bez dovoljnog transgeneracijskog prostora za promjenu emancipacijskih i tradicijskih vrijednosnih kriterija ta predporođajna i porođajna atmosfera može od slučaja do slučaja poprimiti sasvim suprotne predzname. Nisu rijetke situacije da se radi o neželjenim trudnoćama, da trudnica provodi trudnoću u ambivalentnom kaosu (kognitivnog, etičkog, vjerskog i/ili materijalnog) čuvanja trudnoće, osjećaja nesigurnosti, često stigmatizirana, materijalno nezbrinuta, napuštena. I kada se tome doda još i hormonalna bura tijekom porođaja, ne začuđuje činjenica da se neposredno nakon poroda javljaju brojne psihičke promjene, pa i poremećaji kod majke.

Etiologija poslijeporođajnih poremećaja:

- genetski čimbenici
- nagle hormonalne promjene
- nespremnost za dijete
- nekompletna obitelj
- neželjena trudnoća.

Psihičke poremećaje nakon poroda obično dijelimo na:

- psihičke promjene poslije porođaja (Baby blues)
- psihičke poremećaje (obično depresivne ili i anksiozne)
- postporođajne psihoze
- epizode pravih duševnih bolesti (shizofrenije ili bipolarnog poremećaja raspoloženja).

### **Baby blues u trudnoći**

Baby blues nije problem koji pogađa žene isključivo nakon što rode. Takozvani prenatalni blues događa se već u trudnoći i može se pojaviti u bilo kojoj fazi, no najčešći je pred kraj trudnoće.

Većina trudnica proći će nekakav oblik bluesa. Simptomi koje trudnice mogu imati vrlo su slični hormonskim promjenama u trudnoći, pa se često zanemare. No postoje li više od tri nabrojena simptoma, možemo govoriti o baby bluesu u trudnoći:

- prevelika potreba za snom i pretjerano spavanje
- premalena potreba za snom i gotovo nikakvo spavanje
- gubitak energije
- problemi pri koncentraciji i pamćenju
- promjene u apetitu – prejedanje
- promjene u apetitu – gađenje prema gotovo svim namirnicama i manjak apetita
- osjećaj krivnjke i nesposobnosti
- osjećaj ružnoće i nepotrebnosti
- osjećaj da je kraj svijeta.

#### **SAVJETI KOJI SE MOGU UPUTITI TRUDNIM ŽENAMA:**

- ✓ Nađite se s prijateljicama na kavi ili ih pozovite na čajanku u svoj dom – to što ste trudni ne znači da pripadate drugoj vrsti i da trebate promijeniti apsolutno sve navike koje vas veseli ili se pozdraviti s prijateljima kao da se selite na drugi kontinent.
- ✓ Upišite se na neki oblik tjelovježbe za trudnice – održavat ćete svoju mišićnu masu i lakše podnijeti visoku trudnoću. Da ne spominjemo koliko će vam tijelo biti zahvalno i tijekom i nakon trudnoće.

✓ Pridružite se grupi potpore mamama i trudnicama – na takvim grupnim sastancima zapravo imate skupinu žena koje prolaze gotovo isto što i vi, te neće biti nikakvih problema da pronađete zajednički jezik i dijelite svoja nova iskustva i razmišljanja. Doista ćete najveću potporu dobiti od onih koje prolaze isto, a poslije će se sve razviti u lijepa prijateljstva, možda generacijama.

✓ Otiđite na privatne coachinge – to je blaži oblik psihoterapije, ne usredotočuje se na rješavanje problema nego na postizanje cilja. Dobar life coach može vam biti od velike koristi želite li prebroditi osjećaje od kojih se osjećate loše i jadno te da se popnete na postolje sjajnih emocija.

### **Neplanirana trudnoća**

Postporođajna je tuga 11 posto je češća kod žena koje su imale neplaniranu trudnoću za razliku od žena koje su planirale imati bebu.

Osim što žene koje su imale neplaniranu trudnoću opterećuju veći strahovi kako će iznijeti drugo stanje do kraja i na koji će se način suočiti s novom ulogom majke u koju će biti bačene, one su također sklonije postporođajnoj depresiji, pokazalo je američko istraživanje.

Istraživači Sveučilišta Sjeverne Karoline su razgovarali s gotovo 700 trudnicama i podijelili ih u tri skupine: one koje su planirale trudnoću, one koje nisu te one koje su željele zanijeti u neko izgledno vrijeme, no koje smatraju da je vrijeme njihove trudnoće krivo pogođeno.

Zaključili su kako je postporođajna depresija, popularno nazvana baby blues, 11% češća kod žena koje su imale neplaniranu trudnoću za razliku od žena koje su planirale imati bebu (5%) i to tri mjeseca nakon poroda. Izgledi su bili neznatno viši godinu dana nakon poroda (12%, usporedno s 3% kod žena koje su planirale trudnoću).

Dok mnogi faktori mogu doprinijeti nastanku postporođajne depresije, rezultati ovog istraživanja pokazuju kako neplanirana trudnoća može također biti od značaja. Neplanirana trudnoća koja je iznijeta do kraja može imati dugoročan učinak na ženu, stoga bi medicinsko osoblje trebalo postaviti pitanje o trudnoći neposredno nakon poroda kako bi se dijagnosticirala moguća postporođajna depresija. Jednostavne i jeftine intervencije kako bi se identificirale rizične žene moguće omogućiti ciljane intervencije i potencijalno sprječiti komplikacije zbog budućih neželjenih trudnoća, objasnila

je Rebecca Mercier s Odsjeka za porodništvo i ginekologiju Sveučilišta Sjeverne Karoline, voditeljica studije objavljene u časopisu *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*.

## Carski rez pojačava rizik od postporođajne tuge

Rizik od postpartalne tuge veći je nakon poroda carskim rezom, tvrde rezultati nekih istraživanja. Žene koje su rodile carskim rezom izložene su većem riziku oboljenja od postpartalne tuge i depresije, a opasnost je još veća ako je carski rez izbor rodilje, a ne rezultat hitne medicinske intervencije, piše Daily Mail.

Znanstvenici vjeruju da je to posljedica vremena potrebnog da se rodilja oporavi od kirurškog postupka, ali dodaju kako baby blues može biti uzrokovani i osjećajem neuspjeha te gubitka kontrole koje majka osjeti kad liječnik porodi dijete.

Rezultati su to studije Yang-Ming sveučilišta u Tajvanu u kojoj je utvrđeno kako su majke koje nisu rodile carskim rezom za trećinu manje bile izložene postpartalnoj tuzi i depresiji.

U Velikoj Britaniji jedno od četvero djece rođeno je carskim rezom, što je dva puta veća stopa nego ranih devedesetih. Jedna od deset majki rađa planiranim carskim rezom, obično zbog zdravstvenih razloga, ali oko 7% se provodi zbog zahtjeva rodilja.

U Hrvatskoj postotak carskog reza raste. Posebice u nekim rodilištima.

## Očevi i baby blues

Baby blues nije rezerviran samo za žene, iako se smatralo kako su za ovo stanje odgovorne hormonalne promjene za vrijeme trudnoće i nakon poroda. Baby blues pogoda i deset posto novih očeva, pokazalo je istraživanje.

Mnogi se roditelji srame svojih bolnih osjećaja i činjenice da se ne smatraju sposobnima brinuti se o malenoj bebi, pa samim time ne traže pomoć stručnjaka. Ovo pogotovo vrijedi za snažniji spol: muškarci između 20. i 35. godine života rijetko traže zdravstvenu ili emocionalnu pomoć liječnika.

Nažalost, roditelji vjeruju kako postoji stigma oko priznanja da su naišli na poteškoće. Često vjeruju kako će ih drugi osudititi kao loše roditelje i da će se vlasti uplesti u situaciju, smatra Belinda Horton, direktorka Udruge za post i antentalnu depresiju. Ona tvrdi kako ne postoji povezanost između depresije, tjeskobe i lošeg roditeljstva.

Mnogi se muškarci u ovoj situaciji nadaju kako će negativni osjećaji proći sami od sebe, međutim, zabrinutost

i tjeskoba se mogu razviti u depresiju i očaj ako ne potraže profesionalnu pomoć. Kada baby blues ne prođe sam od sebe ili se pogorša, tada možemo govoriti o kliničkoj depresiji.

## Uloga primalje

Uloga primalje je prvenstveno edukativna. O baby bluesu treba s trudnicama razgovarati već u trudnoći kako bi znale što ih eventualno čeka i pripremile se te prepoznale simptome. O baby bluesu treba razgovarati i s partnerima, jer je rođenje djeteta, kao i promjene na njihovim partnericama, potencijalni stres za svaku obitelj.

Dokazano je da trudnice koje su kroz porođaj prošle kao aktivni sudionici i čije želje su se prepoznale i uvažavale, puno manje prolaze kroz postporođajne tuge, kao i kroz druge psihičke bolesti nakon porođaja.

Uspješno dojenje također znatno smanjuje postotak svih psihičkih poremećaja nakon porođaja. Stoga je tu uloga primalje važna i nezamjenjiva.

U sklopu skrb u rodilištu ili u sklopu patronažne skrbni primalja bi trebala prepoznati simptome baby bluesa i o tome razgovarati i educirati majku.

## Zanimljivosti

### POZNATE LIČNOSTI NAKON POROĐAJA

Kad kažete da ne možete osjetiti povezanost s djetetom, svi vam tvrde: Pa kakva si ti to majka?, umjesto da vam pomognu, rekla je glumica Gwyneth Paltrow, koja je i sama oboljela od poslijeporođajne depresije nakon što je rodila drugo dijete, sina Mosesa. Nisam osjećala povezanost ni sa kim. Bila sam kao zombi, robot, odvojena od svega i nisam imala ni trunku majčinskog nagona, izjavila je 39-godišnja Paltrow u emisiji *Razgovor s Amandom de Cadenet* na američkoj televiziji. Prva trudnoća i rođenje kćerkice Apple prošli su u najboljem redu pa Paltrow nije mogla shvatiti što joj se događa, sve dok joj nije jednog dana suprug Chris Martin rekao kako misli da pati od depresije i da joj treba liječnička pomoć. Bila sam užasnuta, posramljena. Ne, ne, tvrdila sam. Ali onda sam malo istražila simptome i shvatila sam: O da, to je to, javno je priznala američka glumica. Odlučila je javno progovoriti o bolesti jer vjeruje da će tako pomoći mnogim ženama koje se suočavaju s istim problemom, a možda u svojoj okolini ne nailaze na razumijevanje.

Među prvim celebrity mamama koje su otvoreno progovorile o toj bolesti bila je glumica Brooke Shields koja je napisala knjigu o svojoj borbi s depresijom nakon rođenja

prve kćeri, Rowan Francis, 2003. Zvijezda serije Lipstick Jungle u knjizi je opisala kako je tonula u melankoliju i kako je ama baš ništa nije moglo razveseliti, čak ni smiješak djeteta, a onda je ta utučenost narasla do neslućenih razmjera. *Bila je to zapanjujuće golema tuga i činilo mi se da nikad neće proći*, napisala je Shields koja je tako ozbiljno oboljela da je razmišljala o samoubojstvu pa čak i o tome da naudi vlastitom djetetu. Kad je napokon potražila stručnu pomoć, liječnik je depresiju pripisao ne samo hormonalnim promjenama karakterističnim za trudnoću i porođaj nego i stresu zbog umjetne oplodnje i ranijeg pobačaja te činjenici da je Shields samo tri tjedna prije nego što je rodila izgubila oca. Uz psihoseanse prepisao joj je antidepresiv Paxil koji joj je, kako je sama rekla, spasio život, ali navukao na nju i gnjev kolege Toma Cruisea, okorjelog pristaše scijentološkog učenja koje ne priznaje ni psihologiju, ni psihijatriju, niti bilo kakve lijekove. *Mogla se izlječiti i vitaminima*, izjavio je Cruise uz komentar da su antidepresivi opasni i neodgovorni, na što mu je Shields javno odgovorila neka se on lijepo drži borbi s vanzemaljcima, a njoj i ostalim majkama prepusti borbu s poslijeporođajnom depresijom, s kojom, valjda, ipak imaju više iskustva nego on. Kasnije joj se Cruise, navodno, iskreno ispričao, a ona ispriku prihvatala.

Lisa Marie Presley, i sama pripadnica Scijentološke crkve, tvrdila je da se ona od depresije izlječila isključivo uzimajući vitamine, ali mnoge druge zvijezde ipak su pribjegle psihološkoj pomoći i medikamentima.

Glumica Courteney Cox priznala je da joj je, kad je nakon rođenja kćerkice Coco, 2004. godine oboljela od depresije, od najveće pomoći bili preparati s progesteronom. *Imala sam ozbiljnih problema, ne odmah nakon porođaja, nego kad je Coco navršila šest mjeseci. Nisam mogla spavati. Srce mi je tuklo kao ludo. Katkad sam razmišljala o tome da autom sletim u provaliju. Liječnik mi je rekao da su mi hormoni sasvim poremećeni*, rekla je Monica iz Prijatelja kojoj je, osim hormonalnih preparata, pomogla i najbolja prijateljica Jennifer Aniston, kuma male Coco.

Pomoć partnera, obitelji i/ili bliskih prijatelja potrebna je svim mladim mamama, ali majkama koje pate od poslijeporođajne depresije podrška okoline osobito je važna pa stručnjaci savjetuju da, prepoznote li prve simptome depresije, bez oklijevanja zamolite bliske osobe da vam povremeno pričuvaju dijete. Tako ćete dobiti priliku da katkad prošećete sami, odete na kavu s prijateljicom ili provedete neko vrijeme nasamo s partnerom da biste bar nakratko zaboravili na brige i odgovornosti majčinstva. Jer koliko god ste željeli dijete, realnost s kojom se suočavate kao novopečena majka često se drastično razlikuje od

onog o čemu ste sanjali: dijete je možda cendravo, kuća neuredna jer ne stiže ništa, a vi neispavani i tako iznureni da se ne možete ni počešljati.

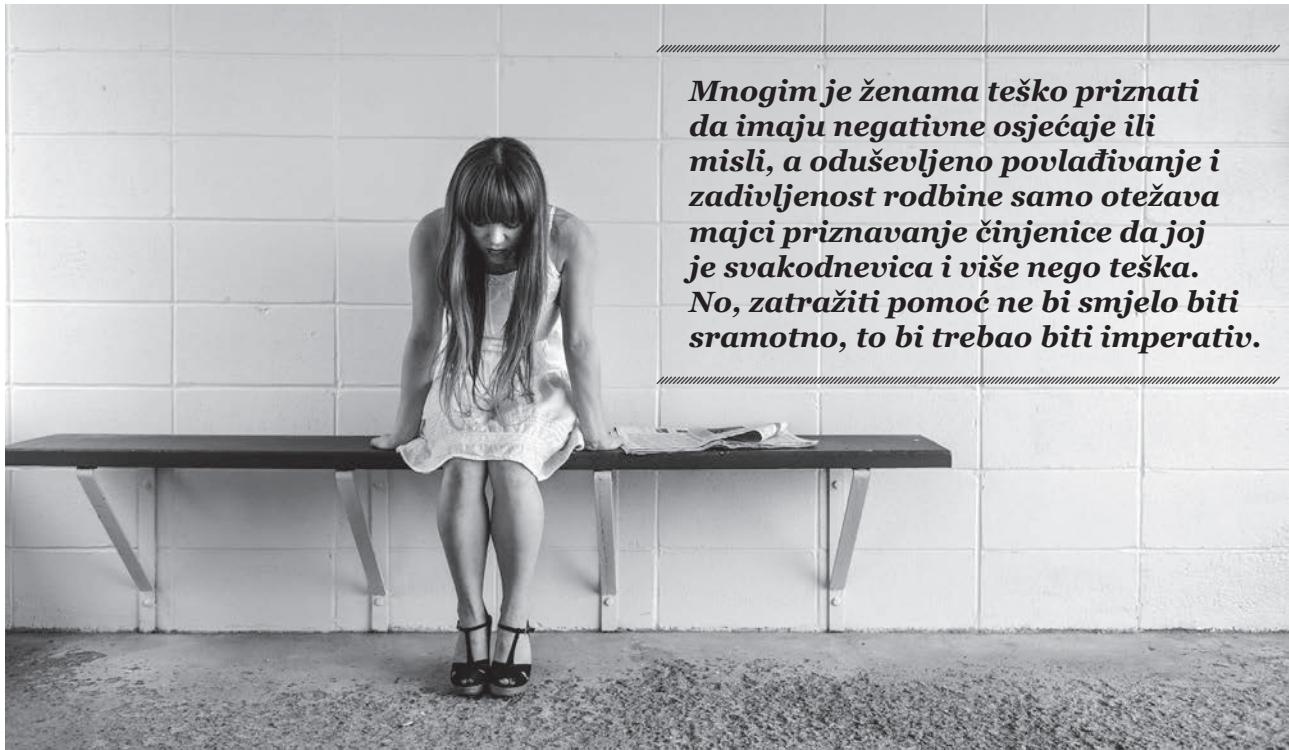
Glumica Amanda Peet silno je željela dijete i u trudnoći je bila euforična od sreće. Ali kad je malena Frances Pen 2007. došla na svijet, Amanda je umjesto blaženstva osjećala strahovit umor i bila je nevjerojatno neispavana, a majčinstvo je nije ni izdaleka onako ispunjavalo kako je očekivala. *Želim biti iskrena i to priznati jer mi se čini da se i dalje smatra sramotnim ako niste sto posto sretni kao majka*, kaže 40-godišnja Amanda.

Osim preporuke da spava kad god spava i beba, možda je najvažniji savjet mladoj mami da ne traži od sebe previše, da ne pokušava biti savršena majka koja bez muke svladava sve zahtjeve majčinstva – jer to je nemoguće.

Glumica Bryce Dallas Howard tako se do besvijesti mučila s dojenjem iako joj je to bilo bolnije od porođaja, a zapravo joj se činilo da je očajna majka, pa je to pod svaku cijenu htjela sakriti. *Prisiljavala sam se raditi sve da bi moj sin pio samo i isključivo moje mlijeko, bez dodataka. Gotovo nisam spavala jer sam ili dojila ili se izdajala, a ništa od toga nikako mi nije polazilo od ruke*, napisala je Bryce koja je svako malo imala napadaje plača, ali svoje stanje ipak je uspijevala sakriti od okoline – sve dok je jedan dan prijateljica nije našla kako jeca na podu sobe u kojoj je njezin, danas petogodišnji sin, Theo spavao u koljevcu. Dijagnosticiran joj je težak oblik poslijeporođajne depresije, ali uspjela se izlječiti razgovorima s psihoterapeutom i grupnom terapijom s ostalim majkama.

I Victoria Beckham je priznala da je stalno plakala nakon što je rodila prvog sina, Brooklyna. *Tri mjeseca nisam skidala trenirku, plakala sam majci, sestri, plakala sam kad sam bila sama... Vjerojatno je to bila neka vrsta poslijeporođajne depresije. Nisam uopće izlazila iz kuće*, rekla je Victoria.

Dok je otmjena Spajscica plakala samo tri mjeseca, pjevačica Alanis Morissete od depresije je patila punih 15 mjeseci nakon što je krajem 2010. rodila sina Evera Imrea. *Rodila sam kod kuće, a porođaj je trajao 25 sati i jako me izmučio. Nakon toga je uslijedila depresija koja me zapanjila jačinom i trajanjem. Inače sam sklona depresiji, ali ovaj put sam osjećala tjelesnu bol. Boljelo me sve – udovi, leđa, prsa, glava – i tako 15 mjeseci. Činilo mi se da sam premazana katranom i da mi za sve što radim treba 50 puta više snage. Željela sam plakati, ali nisam ni to mogla, samo sam očajavala, ispričala je Alanis koja se sad, nakon liječenja različitim terapijama, oporavila i napokon uspostavlja duboku vezu sa sinom.*



**Mnogim je ženama teško priznati da imaju negativne osjećaje ili misli, a oduševljeno povlađivanje i zadržavanje rodbine samo otežava majci priznavanje činjenice da joj je svakodnevica i više nego teška. No, zatražiti pomoći ne bi smjelo biti sramotno, to bi trebao biti imperativ.**

## Zaključak

Baby blues česta je pojava nakon poroda i smatra se fiziološkim stanjem. Poremećaj stvara određene strahove i nedoumice, ali ipak najčešće sam prođe uz podršku partnera i okoline.

Sam baby blues je često stigmatiziran i o njemu se puno ne govori, jer obiteljima je teško govoriti o negativnim stvarima u trenutku kada bi trebali biti najsretniji na svijetu.

Ipak, ako se simptomi nastave, potrebno je konzultirati stručnjaka jer baby blues može preći i u teža psihička oboljenja koja zahtijevaju druge oblike liječenja.

## Literatura:

1. Myles' Textbook for Midwives, 15e Hardcover – 16 Apr 2009
2. Diane M. Fraser PhD MPHil BEd MTD RM RGN (Editor), Margaret A. Cooper BA RGN RM MTD (Editor) str 685, 690
3. Barnes D. L., What midwives need to know about postpartum depression. *Midwifery Today Int Midwife* 2002;61:18-9.
4. Beck C. T., Postpartum depression: it isn't just the blues. *Am J Nurs* 2006;106(5):40-50.
5. Howard L., Hoffbrand S. E., Henshaw C., Booth L., Bradley E., Antidepressant prevention of postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD004363.
6. Sado M, Ota E, Stickley A, Mori R. Hypnosis during pregnancy, childbirth, and the postnatal period for preventing postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 6. Art. No.: CD009062.
7. Zauderer C. R., A case study of postpartum depression & altered maternal-newborn attachment. *Am J Matern Child Nurs* 2008;33(3):173-8.
8. <http://www.cochrane.org/>
9. <http://www.story.hr/storybook/kako-pobjediti-postporodajnu-depresiju>
10. <http://www.ordinacija.hr/novosti/i-muskarci-pate-od-postporodajne-depresije/>
11. <http://www.tportal.hr/lifestyle/zdravlje/137853/Carski-rez-pojacava-rizik-od-postporodanje-depresije.html>
12. <http://www.roditelji.hr/trudnoca/31-40-tjedan/baby-blues-u-trudnoci/>
13. [http://www.cybermed.hr/clanci/poslijeporodajni\\_psihicki\\_poremeceaji](http://www.cybermed.hr/clanci/poslijeporodajni_psihicki_poremeceaji)
14. <http://www.24sata.hr/psihologija/kontakt-majke-s-djetetom-je-prirodni-ljek-za-baby-blues-302184>

# Puerperalna psihoza

Ana Belošević, Iva Podhorsky Štorek

## Sažetak

Puerperalna psihoza je rijetka, ali ozbiljna bolest koja pogađa jednu do dvije žene na tisuću poroda (0,1 do 0,2%). Predstavlja težak poremečaj mentalnog zdravlja koji se javlja nekoliko dana ili nekoliko tjedana po porođaju. Etiologija nije sasvim razjašnjena. Većina istraživanja poslijeporodnog duševnog poremečaja bavila se biološkom i/ili psihosocijalnom podlogom nastajanja tog poremečaja, kao što su hormonske promjene, dob majke i broj poroda, psihijatrijska anamneza, odnosi u braku. Malo se uzimao u obzir utjecaj kulture u poslijeporodnom razdoblju kao uzrok – činioci kao što su struktura i organizacija obitelji i socijalne skupine te uloge koje se očekuju od nove majke. Iako su istraživanja te teme u porastu od 1994. godine, malo se zna o socijalnom aspektu koji okružuje događaj rođenja, osobito nakon što majka napusti bolnicu.

Dok baby blues i postpartalna depresija spadaju u poremečaje raspoloženja, psihotična epizoda ozbiljna je bolest koju karakterizira izmijenjen osjećaj za realnost koji se najčešće odnosi na novorođenče koje žena doživljava kao božansko ili demonsko, pripisuje mu natprirodne moći ili smatra da mu je namijenjena strašna sudbina. Halucinacije naređuju pacijentici što joj je činiti, pa često dolazi do samoozljedivanja ili ozljedivanja djeteta. Zbog toga u tih pacijentica uvijek postoji velika opasnost od čedomorstva i/ili samoubojstva. Simptomi variraju i mogu se rapidno mijenjati: od manje, depresije, konfuzije, pa do halucinacija i deluzija. Žene koje su prije trudnoće dijagnosticirane kao bipolarni afektivni poremečaj, shizofrenija ili shizo-afektivni poremečaj, imaju povišen rizik od pojave puerperalne psihotične epizode, no također se može javiti kod potpuno zdravih žena koje nikada nisu iskusile poremečaj mentalnog zdravlja. Najčešće žena ne uviđa kako je bolesna, pa ovo stanje predstavlja teško iskustvo za obitelj, jer moraju prepoznati da se radi o bolesti i hitno potražiti pomoć stručnjaka. Puerperalna psihoza zahtijeva hitnu psihijatrijsku pomoć i liječenje.

## Uvod

Mnoge žene osjete i dožive blagi poremečaj raspoloženja u prvima danima i tjednima nakon poroda. Puerperalna psihoza je, pak, ozbiljna bolest koja zahtijeva hitan tretman i liječenje. Može započeti raznolikim simptomima,

najčešće takvima koji podsjećaju na bipolarni afektivni poremečaj, jer se raspoloženje može mijenjati iz sata u sat, od depresije do manje, tzv. povišenog raspoloženja. Češće se javlja odmah u prvima danima nakon poroda, najčešće u roku od dva tjedna, a rijetko će se simptomi pojaviti više tjedana nakon poroda. Smatra se da samo problemi u vezi i stres zbog neželjenog djeteta ne mogu biti uzroci puerperalne psihoze. Uzroci su multifaktorijski, a do danas se zna da važnost ima genetsko naslijeđe, te se smatra da utjecaj na nastanak bolesti imaju velike promjene u razinama hormona i ozbiljan poremečaj obrasca spavanja. Dok se za neke žene može prepoznati visoki rizik za razvoj ove bolesti, za neke bolest dolazi niotkuda odnosno ne postoje nikakvi znakovi upozorenja. Većina žena koja se razboli od puerperalne psihoze neće naškoditi ni sebi ni drugima, no statistički rizik za samoubojstvo iznosi 5%, dok je rizik od čedomorstva 4%.

Žena doživljava ozbiljne promjene raspoloženja, misli, percepcije i ponašanja. Vrlo je zbumjena i zaboravljiva, s njom je teško komunicirati jer joj se raspoloženje mnjevito mijenja te se zbog toga vrlo teško koncentrira na komunikaciju s ljudima koji je okružuju.

Pacijentica koja boluje od puerperalne psihoze doživljava potpuno iskrivljenu sliku stvarnosti, a u ovakovom psihotičnom stanju sva njena uvjerenja i deluzije djeluju kao da imaju smisla. Kako ovo stanje uzrokuje deluzije i iracionalno razmišljanje, potrebno je hitno potražiti pomoć i započeti liječenje.

## Puerperalna psihoza

### Etiologija

Iako je potrebno provesti dodatna istraživanja kako bi se otkrio uzrok ove bolesti, ipak trenutni znanstveni dokazi sugeriraju kako iznenadni pad razine estrogena koji se dogodi nakon poroda može igrati značajnu ulogu, uz poremečaj obrasca spavanja koji se neizbjegivo dogodi već potkraj trudnoće te nakon poroda. Mnoga istraživanja pokazuju kako je puerperalna psihoza snažno povezana s bipolarnim afektivnim poremečajem. Jedna od teorija je da majke sa psihotičnom epizodom zapravo doživljavaju svoju prvu epizodu bipolarnog poremečaja koji je dotada bio uspavan te je porod predstavljač za početak

bolesti. Za one žene koje boluju od bipolarnog afektivnog poremećaja, smatra se da je rizik od pojave puerperalne psihoze čak 25%. Za žene koje su imale puerperalnu psihozu, smatra se da nakon sljedećeg poroda postoji šansa oko 50% da se ona ponovi.

Životni stresovi kao što je težak gubitak (smrt jako bliske osobe i slično), raspad braka, nezaposlenost, bolest, selidba u novu okolinu, manjak podrške, fizičko, emocionalno i seksualno zlostavljanje te konzumiranje droge i alkohola mogu doprinijeti razvoju psihoze. Također su sklonije razvoju ovog poremećaja majke koje su samohrane ili rađaju u starijoj dobi.

#### **POVIŠEN RIZIK IMAJU:**

- Žene koje su prethodno (prije trudnoće) doživjele epizodu bipolarnog poremećaja, shizofrenije ili shizofektivnog poremećaja.
- Žene čije su bliske srodnice (majka ili sestra) bolovale od puerperalne psihoze.
- Prvorotkinje.
- Višerotkinje koje su imale puerperalnu psihozu nakon prvog poroda.

#### ***Simptomi /klinička slika/***

Puerperalna psihoza uvelike se razlikuje od depresije. Najčešće započinje nekim od simptoma koji su inače tipični za bipolarni afektivni poremećaj, izgledaju kao pomiješani simptomi manije i depresije. Također, pojavljuju se vrlo naglo, suprug ili obitelj imaju dojam kako je promjena osobnosti i ponašanja nastala preko noći.

Simptomi se mogu mijenjati vrlo frekventno, nekada iz sata u sat. Ima ih mnogo, a neki od njih su sasvim oprečni jedni drugima:

- Osjećaj povišenog raspoloženja, manija – osjeća se snažno, nepobjedivo, moćno.
- Depresija i plaćljivost – osjeća da je bez snage i energije.
- Anksioznost i iritabilnost – majka se vrlo teško nosi s neznatnim stresovima i frustracijama iz okoline.
- Rapidne promjene raspoloženja.
- Iracionalni osjećaj krivnje.
- Teška konfuznost.
- Nemir i agitacija.
- Sumanute misli – mogu biti o tome kako ozljeđuje sebe ili dijete, uvjerenje kako joj neko drugo biće nameće misli, stavila u glavu.
- Ponašanje neuobičajeno za tu osobu.
- Pričljivost, povećana aktivnost, druželjubivost veća nego inače.
- Povučenost i šutljivost.

- Povećana potreba za snom ili pak izostanak potrebe za snom (iako novija istraživanja pokazuju kako nesanica nije simptom, nego jedan od uzroka bolesti).
- Neinhibiranost – izgovaranje svega što joj padne na pamet.
- Paranoja, sumnjičavost, strah – uvjerenost da je okružena neprijateljima.
- Osjećaj da je u svijetu snova.
- Deluzije: čudne misli ili uvjerenja koje nisu realne – dijete je opsjednuto ili je posebno poslano od boga, dobila je dobitak na lutriji, neki određeni ljudi su prijetnja ili neprijatelji, žele naškoditi djetetu itd. – deluzije su usmjerene na dijete i partnera.
- Halucinacije: vidne, slušne, njušne (olfaktorne) – vidi, čuje ili njuši stvari koje realno nisu prisutne.
- Snažni religijski osjećaji.
- Potpuni manjak osjećaja, mentalna tupost.
- Nesposobnost povezivanja s djetetom – odnos prema novorođenčetu varira od pretjerane, bizarre i psihotične brige za dijete do toga da ga majka sasvim zanemaruje.

Postoji opasnost da žena naškodi sebi ili djetetu, oko 5% žena počinit će samoubojstvo, dok je opasnost od čedomorstva 4%. U tragičnim slučajevima može doći do oba događaja, odnosno žena može usmrstiti dijete, a potom i sebe.

#### **Liječenje**

Puerperalna psihoza je ozbiljno i kompleksno mentalno stanje kod kojeg mora biti provedeno liječenje od strane psihijatra stručnjaka, uz kontinuirani nadzor stanja pacijentice. Članovi obitelji najčešće će vrlo brzo prepoznati kako stanje u kojem se novopečena majka nalazi nije prolazno niti bezazленo te će potražiti pomoć. Ključno je za dobrobit i žene i djeteta hitno potražiti liječničku pomoć. Također, što prije žena dobije terapiju, to će se prije oporaviti.

Gotovo je uvijek potrebna hospitalizacija, osobito ako su simptomi vrlo teški i kompleksni, te ako se sumnja na mogućnost samoubojstva i/ili čedomorstva. Žena mora biti pod kontinuiranim nadzorom cijelo vrijeme, a nikako se ne preporuča da u akutnoj fazi psihotične epizode bude ostavljena sama s djetetom. Savjetuje se da se majka i dijete ne razdvajaju, no to je ponekad nemoguće s obzirom na to da najčešće nema mogućnosti zajedničkog bolničkog smještaja majke i djeteta u psihijatrijskom ustanovi.

Terapija je medikamentozna, a uključuje stabilizatore raspoloženja i lijekove iz grupe antipsihotika. Ako žena doji, neki lijekovi mogu i moraju biti primjenjivani s velikim oprezom, a neki od lijekova ne mogu se primjenjivati uopće (primjerice, Clozapine). Ovisno o težini simptoma,

ponekad su potrebni lijekovi koji nisu kompatibilni s dojenjem, no kod takvih je slučajeva potrebna detaljna procjena – ponekad nagli prestanak dojenja može pogoršati simptome, a svakako narušava ženinu povezanost s djetetom, te također izaziva osjećaj krivnje kod žene jer dijete ne hrani na najbolji mogući način.

**PSIHOTERAPIJA** se pokazala kao efektivan način pomoći kod puerperalne psihoze, a najbolje djeluje na simptome depresije i anksioznosti. Primjenjuje se kognitivno-behavioralna terapija (BCT – cognitive behaviour therapy) te interpersonalna terapija (interpersonal psychotherapy).

**ECT – ELEKTROKONVULZIVNA TERAPIJA** specijalan je tretman koji se ponekad primjenjuje kod teške depresije ili manije. Primjena je indicirana ako se simptomi psihoze ne povlače od primijenjenih lijekova, odnosno nema pozitivnog učinka lijekova, a postoji opasnost od suicida.

**ALTERNATIVNE TERAPIJE** uključuju biljne i homeopatske pripravke. Prilično su uobičajene, primjerice, u Australiji. Neke žene osjećaju se sigurnije jer uzimaju neškodljive preparate, međutim treba uzeti u obzir to da se za većinu biljnih i alternativnih pripravaka ne zna kojeg su stupnja sigurnosti i djelotvornosti, a valja misliti i na pojavu neželjenih učinaka, jer mnogi od pripravaka mogu sadržavati tvari nepoznatog djelovanja. Alternativne pripravke ne bi trebalo uključivati u terapiju bez konzultacije s psihijatrom.

Potrebno je od 3 do 12 mjeseci kako bi se žena oprobavila od puerperalne psihoze. Najteži simptomi najčešće perzistiraju od 2 do 12 tjedana. Vrlo je važno da žena shvati kako nije kriva za svoju bolest. Nakon prvotnog oporavka, mnoge žene iskuse razdoblje tuge, depresije i manjka samopuzdanja. Također, većina žena tuguje zbog propuštanja ranog majčinstva i brige za dijete. Po dolasku kući iz bolnice ključno je da žena ima podršku, razumijevanje i brižnost partnera i ostalih članova obitelji. Većina žena ostvari potpuno ozdravljenje.

## Prevencija

Žene koje imaju prepoznatljiv povišen rizik za razvoj puerperalne psihoze trebaju biti pod posebnom skrbju obiteljskog liječnika, porodničara, primalje, pedijatra i patronaže. Potrebno je razinu životnih stresova svesti na najmanju razinu, paziti na dobar san i odmor, pravilnu prehranu i kretanje (fizičku aktivnost). Potrebna je podrška partnera i obitelji tijekom trudnoće i nakon poroda te pomoći u skrbi za dijete. Također, za razvoj bilo kojeg od poslijeporodnih duševnih poremećaja važno je znati kako produljeni, traumatični i operacijski dovršeni porodi povećavaju njihovu incidenciju. Žene koje su prije trudnoće na terapiji antipsihoticima ili lijekovima za stabiliziranje raspoloženja trebaju biti upoznate s dobropitima i rizicima uzimanja ovih lijekova tijekom trudnoće i nakon poroda.

Posebno je važno da osobljje rodilišta bude oprezno u monitoriranju psihičkog stanja majki koje su rodile dijete s malformacijama ili bilo kakvim oštećenjima, jer to može dovesti do naglih psihičkih dekompenzacija i suicidalnosti majke.

Kod pojave prvih simptoma valja promptno reagirati i započeti liječenje kod specijalista psihijatra.

## Prikaz slučaja

Djevojka se udala u kasnijoj dobi (iznad 30 godina starosti) za muškarca koji je bio petnaest godina stariji od nje i već prije tog braka bio je oženjen. Željeli su oboje dijete i nakon što je zatrudnjela, mislila je da je najsretnija osoba na svijetu. U drugoj polovini trudnoće dolazi do izražaja njezina pretjerana potreba za suprugovom pažnjom. On se ne snalazi i odlazi k psihijatru da ga savjetuje kako da se ponaša. Supruga odbija otici s njim psihijatru uz burnu reakciju da nije luda. On se pokušava uobičajeno ponašati, te iako je voli i veseli se rođenju djeteta, ne reducira svoje obaveze na poslu niti svoje hobije. Nju to izluđuje, počinje sumnjati da ima ljubavnicu. Nakon nekoliko intimnih razgovora on ipak popušta i više vremena provodi s njom te odlaze u zajedničke kupovine stvari za dijete. Sve to obavljaju dogovorno, a nekoliko tjedana pred porod njezino stanje se sasvim popravilo. Vrijeme provode stalno zajedno, a on ne odlazi na službeno putovanje, jer žive sami i ona ne želi ostati u kući bez njega.

Rodila je točno prema terminu. Bračni par zbog prinove proživljava veliku sreću. Po povratku iz bolnice za dijete se, uz majku, brine i baka po majci, a imaju i kućnu pomoćnicu tijekom prijepodneva dok suprug radi. Suprug ne registrira nikakve psihičke probleme osim što supruzi savjetuje da ne brine toliko oko djeteta jer se previše iscrpljuje. Osmog dana boravka kod kuće novopečena majka se počinje žaliti suprugu da dijete već dva dana uopće nema probavu. Inzistira da ih odvezе lječniku, a u tome je uporna do te mjere da suprug odlazi k pedijatru i dovodi ga kući da pregleda bebu. Lječnik ne nalazi nikakvih znakova opstipacije, navodi da je novorođenče u redu i sugerira suprugu da pozove psihijatra. Kako supruga to kategorički odbija, dolazi do njihovog sukoba.

Suprug, nakon što su se pomirili, odlazi u kupovinu. Po povratku primjećuje da su neke stvari čudno razmještene po kući. Iako je bila zima, svi su prozori bili otvoreni, kako bi, prema supruzinom pojašnjenu, sve što ne valja izašlo iz kuće. Tu je noć slabo spavala. Nije željela otici u krevet, uz obrazloženje da mora čuvati dijete. Ujutro kad je odlazio na posao supruga je spavala, a njemu se činilo da je sve u redu. Ipak je bio zabrinut, pa kada mu se nakon četiri sata nije javljala na telefon, vratio se kući. Suprugu je našao kako u komi leži na podu s nožem zabodenim u prsište, a dijete je, kako mu se činilo, spavalo. Pozvao je

*Puerperalna psihoza težak je mentalni poremećaj koji nije čest, stoga je najveća opasnost od neprepoznavanja simptoma od strane partnera i obitelji, no često i od zdravstvenog osoblja rodilišta.*

hitnu pomoć, koja je ozlijedenu ženu odvezla u bolnicu, a on je s djetetom koje je spavalо otisao za njima. Bio je izvan sebe. Liječnici su je u bolnici spasili i nakon nekoliko sati se osvijestila. U međuvremenu je primijetio da je beba premirna i vrlo blijeda. Potom je osjetio da je posve hladna i doživio je šok jer je shvatio da je mrtva. Majka je dijete ugušila s čvrsto stegnutim koncem oko vrata. Beba je bila odjevena u odjeću koja je bila pripremljena za krštenje.

Bolesnica prema anamnestičkim i heteroanamnestičkim podacima nije imala podataka o nikakvim ranijim psihičkim problemima. Trudnoća i porod su protekli uredno. U bolnici joj je dijagnosticirana postpartalna psihoza. Prepisanom terapijom antipsihotika simptomi psihoze su se vrlo brzo povukli. Pacijentica je za sam čin infanticida bila djelomično amnestična, ali je znala da je dobila poruku da dijete treba urediti i poslati anđelima. Nije bila religiozna. Nakon postizanja remisije, bolesnica je razvila kliničku sliku reaktivne depresije radi gubitka jako želenog djeteta, koja je liječena psihoterapijski uz prolongiranu terapiju antipsihoticima nove generacije, kako radi kontroliranja i depresivnih simptoma, tako i radi njezine latentne suicidalnosti, koja je iščezla tek nakon višemjesečne terapije antipsihoticima.

Dileme: glavna dilema je bila dijagnostika tj. je li se u bolesnice radilo o postpartalnoj psihozi ili prvoj epizodi shizofrenije. Klinička slika nam nije mnogo pomogla, jer se moglo raditi i o jednoj i o drugoj formi psihoze. Terapijski odgovor i anamnestički podaci o početku psihoze nakon poroda više su govorili o postpartalnoj psihozi, jer shizofrenija u pravilu počinje prije tridesete godine, a pacijentica je bila značajno starija. Unatoč tome, u terapiji su se liječnici odlučili za prolongiranje psihofarmakoterapije sve do isteka 18 mjeseci. U tom je periodu prestala biti depresivna. Željela je drugo dijete. Odnosi u braku su bili dobri, suprug je imao puno razumijevanja, bili su vrlo bliski.

Sada, deset godina nakon tog događaja možemo zaključiti, da se nije radilo o shizofreniji jer je bila i bez terapije oko deset godina nakon psihotične epizode u dobrom psihičkom stanju. Radilo se dakle vrlo vjerojatno o čedomorstvu u postpartalnoj psihozi, koja nažalost nije bila pravovremeno prepoznata pa time ni liječena te su posljedice bile kobne.



### Zaključak

Puerperalna psihoza težak je mentalni poremećaj koji nije čest, stoga je najveća opasnost od neprepoznavanja simptoma od strane partnera i obitelji, no često i od zdravstvenog osoblja rodilišta. Manjak individualiziranog pristupa te nepoznavanje uobičajenog karaktera i ponašanja određene babinjače otežava prepoznavanje poremećaja. Članovi obitelji su ti koji će prvi uočiti kako se žena ne ponaša u skladu sa svojim karakterom i osobnosti. Simptomi puerperalne psihoze dramatični su i stresni, kako za ženu tako i za njenu okolinu. Bez liječenja bolest može trajati mjesecima bez poboljšanja ili čak sa stalnim pogoršavanjem psihičkog stanja. Pomoću suvremenih terapija kakvima raspolaže današnja psihijatrijska struka, simptomi bolesti mogu se ublažiti vrlo brzo, kroz nekoliko tjedana, a majka može ostvariti potpuno ozdravljenje već nakon tri mjeseca. Uz terapiju bolest se najčešće potpuno puvuče najkasnije nakon godinu dana. Preventivno djelovanje usmjereno je na prepoznavanje rizičnih grupa i pravovremeno liječenje ako se pokaže potreba.

Znanstvenici smatraju kako je potrebno provesti detaljnija istraživanja kako bi se identificiralo što više uzroka koji mogu dovesti do puerperalne psihoze, jer unatoč rastućem zanimanju za mentalno zdravlje žena, znanje i istraživanja ove bolesti još su uviјek vrlo ograničeni. Buduće kvalitetne studije itekako su potrebne kako bismo unaprijedili preventivno djelovanje i liječenje žena s puerperalnom psihozom.

**Literatura:**

1. <http://www.nct.org.uk/parenting/what-postpartum-psychosis>
2. <http://summaries.cochrane.org/CD009991/treatments-to-help-prevent-psychosis-in-women-who-have-just-given-birth>
3. <http://summaries.cochrane.org/CD005124/PREG-antenatal-psychosocial-assessment-for-reducing-perinatal-mental-health-morbidity>
4. <http://psychcentral.com/news/2013/07/15/women-at-risk-for-postpartum-psychosis-need-closer-monitoring/57223.html>
5. <http://www.mentalhealthcare.org.uk/new-mothers-puerperal-psychosis>
6. <http://www.psychiatrictimes.com/special-reports/postpartum-psychosis-updates-and-clinical-issues>
7. <http://bipolar.about.com/od/relateddisorders/a/postpartumpsch.htm>
8. <http://www.cybermed.hr/clanci/poslijeporodajni-psihicki-poremećaji>
9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25454801>
10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25373118>
11. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25006563>
12. <http://www.postpartum.net/get-the-facts/postpartum-psychosis.aspx>
13. <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/problems-disorders/postpartumpschizophrenia.aspx>
14. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3109493/>

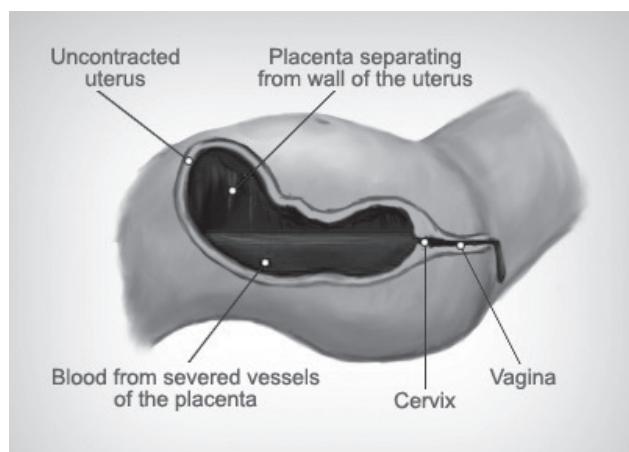
## *Sekundarna postpartalna hemoragija*

*Danira Rupić, Adrijana Baraka*

### **Uvod**

Postpartalna hemoragija (PPH) je po život opasno stanje i jedan od glavnih uzroka maternalnog mortaliteta. Događa se u nešto manje od 5% svih poroda, a u otprije 15% slučajeva predstavlja uzrok smrti majke (1). Postpartalna hemoragija se definira gubitkom krvi većim od 500 mL nakon vaginalnog poroda ili gubitkom većim od 1000 mL nakon carskoga reza. Rana ili primarna postpartalna hemoragija (PPPH) se javlja unutar 24 sata poslije poroda, a uzrokovana je uterinom atonijom ili hipotonijom, retiniranim sekundinama ili njihovim dijelovima, oblicima invazivne malplacentacije, laceracijama mekog porodnog puta, diseminiranom koagulopatijom te rupturom i inverzijom uterusa. Kasna ili sekundarna postpartalna hemoragija nastaje u razdoblju od 24 sata nakon poroda pa do 6 tjedana, odnosno do završetka babinja. Slučajevi sekundarne postpartalne hemoragiјe rjeđi su od PPH, a uzrokovani su puerperijskim endometritisom, subinvolucijom uterusa, puerperalnom infekcijom i zaostalim dijelovima posteljice (2). Među rjeđe uzroke SPPH ubrajamo i pseudoaneurizmu uterine arterije, venske i arterijske malformacije te koriokarcinom (1).

Cilj ovoga rada je detaljnije prikazati uzroke sekundarne postpartalne hemoragiјe te načine za njihovu prevenciju i liječenje tog stanja.



*Slika 1. Prikaz mogućih uzroka postpartalnog krvarenja (atonični uterus, ljuštenje ostataka posteljice) (<http://naturalmamanz.blogspot.com/2012/04/postpartum-hemorrhage>)*

## Etiologija sekundarne postpartalne hemoragije

Dva najčešća uzroka SPPH su infekcija, odnosno endometritis te ostaci posteljice ili plodovih ovoja u maternici. Infekcija se događa u otprilike 1 do 3% vaginalnih poroda. U rizične faktore za infekciju ubrajaju se: carski rez, zeleni plodna voda, prijevremeno prsnuci plodovih ovoja, dugotrajan porod, manualno uklanjanje posteljice, nizak socio-ekonomski status, maternalna anemija i drugo (3).

### 1.1. Endometritis

Intrauterine infekcije najčešće su infekcije u postpartalnom periodu. Uključuju endometrij, miometrij, parametrij, jajovode, jajnike te peritoneum u području zdjelice. Mogu dovesti do zdjeličnog apsesa, septičnog zdjeličnog tromboflebitisa i septikemije. Kod žena koje imaju neki od faktora rizika za endometritis poželjno je dati antibiotike u profilaktičke svrhe. Osim već navedenih faktora rizika važno je spomenuti i nizak stupanj zdravstvene zaštite što je posebno vidljivo u zemljama u razvoju.

Mogući uzročnici endometritisa su:

- Streptokoki grupe D
- Escherichia coli
- Klebsiella spp.
- Aerobne i anaerobne bakterije u genitalnom traktu
- Streptokoki grupe B
- Chlamidia trachomatis
- Neisseria gonorrhoeae.

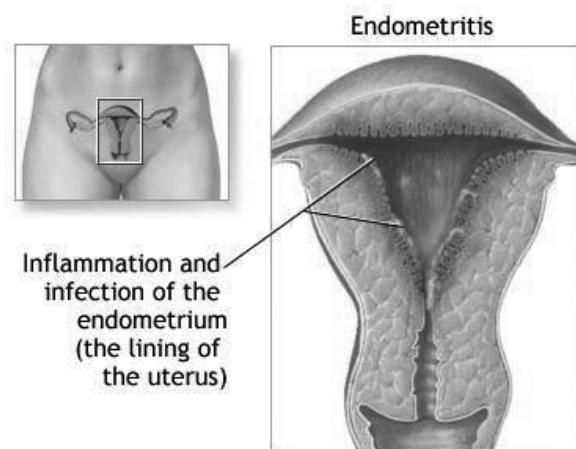
Broj i virulencija mikroorganizama te imunološki status trudnice igraju najvažniju ulogu u razvoju postpartalnog endometritisa. Dijagnoza se zasniva na općim simptomima u koje ubrajamo malakslost, groznicu, povišenu tjelesnu temperaturu, tahikardiju i abdominalnu bol te na simptomima kao što su iscijedak neugodnog mirisa i osjetljivost uterusa. Trećina žena s kliničkim znakovima infekcije afebrilna je. Uz navedeno potrebno je pratiti i ostala moguća mesta infekcije kao što su urinarni trakt, infekcije rana i epiziotomije te mastitis.

Što se tiče terapije, kombinacija penicilina i antibiotika iz skupine aminoglikozida efektivna je u oko 95% pacijentica. Ako se stanje ne pobolja nakon 48 sati potrebno je ponovo procijeniti situaciju i primijeniti neke druge načine liječenja.

Briga za pacijenticu s postpartalnim endometritisom uključuje:

- ✓ održavanje odgovarajuće hidracije
- ✓ administriranje intravenozne tekućine i antibiotika
- ✓ analgeziju
- ✓ praćenje fiziološkog odgovora na terapiju
- ✓ praćenje psihološke adaptacije na komplikacije.

Treba dati sve odgovore i objašnjenja o uzroku infekcije i terapiji. Kontakt i briga za dijete potiče se u skladu sa zdravstvenim stanjem majke. Dojenje u pravilu nije kontraindicirano, međutim potrebno je pratiti moguću pojavu reakcija na medikamente kod dojenčeta (4).



Slika 2. Endometritis  
(<https://dailyem.wordpress.com/2013/03/29/postpartum-endometritis-quick-review/>)

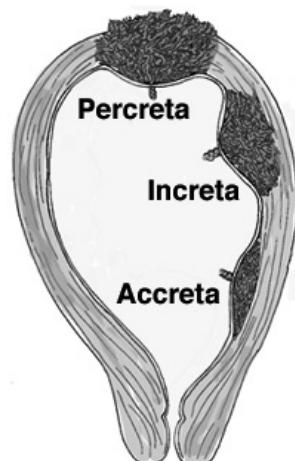
© ADAM, Inc.

### 1.2. Ostaci posteljice

Nakon poroda u maternici može zaostati cijela posteljica ili njezini fragmenti. Moguća stanja su:

- Odvojena posteljica, ali se zadržava unutar maternice, sa ili bez krvarenja.
- Djelomično odvojena posteljica.
- Potpuno prirasla posteljica.

Ovisno o stupnju urastanja posteljice razlikujemo: *placenta percreta* (duboko urastanje u zid maternice, te prihvatanje za drugi organ kao, primjerice, mokraćni mjehur), *increta* (duboko prijanja za zid maternice, ali ne prodire u mišić) i *accreta* (pliće prijanjanje od placente increta, ne prodire u mišić). Ovisno o stupnju urastanja, može nastati vrlo ozbiljno krvarenje (5).



Slika 3. Placenta percreta, increta i accreta  
(<http://www.fetalsono.com/teachfiles/placacc.lasso>)

### 1.3. Znakovi, procjena i postupci prilikom SPPH

Znakovi čijim ćemo očitovanjem posumnjati na SPPH su:

1. iznenadno krvarenje iz uterusa (krv je svijetlo crvena)
2. veliki krvni ugrušci

3. subinvolucija uterusa,
4. znaci i simptomi uterine infekcije
5. znaci i simptomi šoka (4).

Pored navedenih simptoma potrebno je obratiti pažnju na povijest bolesti koja uključuje dugotrajan porod, teško treće porodno doba, oštećenu posteljicu te primarnu postpartalnu hemoragiju. Potrebno je uzeti odgovarajuće briseve i hemokulturu te obaviti ultrazvuk. Pomoću spekuluma može se pogledati cerviks i donji genitalni trakt kako bi isključili moguće laceracije. U slučaju znakova sepse primjenjuju se intravenozni antibiotici. Antibiotike bi trebalo odabrati prema tipu i mogućem izvoru infekcije (6).

## Zaključak

Sekundarna postpartalna hemoragija jest stanje koje ozbiljno ugrožava život rodilje. Na takvo stanje mogu utjecati različiti faktori među koje možemo svrstati i manjak zdravstvene skrbi što je posebno izraženo u siromašnim zemljama. Za pojavu SPPH najčešće su odgovorne postpartalne infekcije te otežano ljuštenje posteljice. Što se tiče infekcija potrebno je dobro obratiti pažnju na mogući izvor te pravilno administrirati medikamente, a ženama koje imaju povećani rizik za infekciju poželjno je preventivno dati antibiotike. Osim manualnog uklanjanja posteljice postoji i mogućnost prirodne terapije za uklanjanje ostataka posteljice, međutim ona mora biti napravljena uz nadzor kako ne bi došlo do komplikacija.

Uloga primalje kod ovakvih stanja zahtijeva spremnost za pružanjem, kako psihološke podrške, tako i podrške u vidu razumljivih informacija o stanju u kojem se rodilja

nalazi te o očekivanim ishodima liječenja. Rodilji je posebno potrebna pomoć vezana uz novorođenče, a kontakt s njim će biti omogućen ovisno o stanju majke.

Budući da se radi o teškom stanju koje ozbiljno ugrožava život rodilje moramo biti spremni prepoznati i pravilno protumačiti moguće znakove, te pravilno pristupiti liječenju kako bi ovakvo stanje prošlo bez ili sa što je manje moguće posljedica koje bi mogle ugroziti kvalitetu života rodilje.

## Literatura:

1. Yeniel A. O., Ergenoglu A. M., Akdemir A., Eminov E., Akercan F. and Karadadaş N. Massive Secondary Postpartum Hemorrhage with Uterine Artery Pseudoaneurysm after Cesarean Section, Case Rep Obstet Gynecol. 2013; 2013: 285846.
2. Habek D., Liječenje postpartalne hemoragijske kirurškim kompresivnim metodama, Gynaecol Perinatal 2005; 14(4): 179-182.
3. French L. M., Smaill F. M., Antibiotic regimens for endometritis after delivery, Cochrane Database Syst Rev 2004; 18(4): CD001067
4. Dickason E. J., Schult M. O., Silverman B. L., Maternal-Infant Nursing Care, The C.V. Mosby Company, USA, 1990.
5. Practice Guidelines for NM Midwives. June, 2008.
6. Mulic-Lutvica A., Axelsson O., Postpartum ultrasound in women with postpartum endometritis, after cesarean section and after manual evacuation of the placenta, Acta Obstet Gynecol Scand. 2007; 86(2): 210-7.



# Puerperalne infekcije

Ivana Iskrić, Erika Spirić

## Uvod

### Puerperalne infekcije

Puerperalna infekcija je pojava bakterijske upale u prvi desetak dana nakon poroda, koja se manifestira vrućicom, preko 38 stupnjeva Celzijusa, bolom u donjem dijelu trbuha i pojavom groznice.

Najčešći uzrok je endometritis ili upala materične sluznice, mada ovu pojavu mogu izazvati i upala rane nakon carskog reza ili epiziotomije, upala mokračnih kanala, upala vena ili mastitis odnosno upala dojki.

Potrebno se javiti liječniku radi utvrđivanja mesta podrijetla infekcije, mada veliki dio ovakvih stanja odlično reagira na antibiotsku terapiju. Najteža komplikacija je puerperalna sepsa koja može biti fatalnog ishoda.

### Pyrexia

Pyrexia (groznica, vrućica, ognjica, latinski: febris) je povišenje temperature iznad normale.

Groznica je jedan od imunoloških odgovora kojima tijelo pokušava neutralizirati bakterijske ili virusne infekcije. Osim kod vrlo visoke temperaturu, smanjivanje temperature najčešće nije potrebno, ali se mogu dati antipiretici koji smanjuju temperaturu, a samim time se i pacijent bolje osjeća.

O groznici se radi ako je:

- Temperatura u anusu (rektumu/rektalno) jednaka ili iznad 37,5 – 38,3 °C.
- Temperatura u ustima (oralno) jednaka ili iznad 37,7 °C.
- Temperatura pod pazuhom (aksilarno) ili u uhu (ušna, otična) jednaka ili iznad 37,2 °C.

Groznica je obično udružena s posebnim oblikom ponašanja koji se sastoji od letargije, depresije, anoreksije, pospanosti, hiperalgezije te oslabljene koncentracije.

Groznica se pojavljuje kao rezultat mnogih bolesti. Glavni uzroci su:

- infekcije, na primjer, gripa, prehlada, malarija...
- upale
- oštećenja tkiva
- nuspojave pojedinih lijekova (progesteronacitostaika)

- apstinencijski sindromi
- rak
- metabolički poremećaji (porfirijeudnica)
- tromboembolija.

Porast temperature u babinju u većini slučajeva nastaje kao posljedica infekcije zdjelice. Definicija puerperalne groznice koje se drže u SAD-u je:

- temperatura 38 °C i viša
- temperatura koja se pojavljuje najmanje 2 puta u prvi 10 dana nakon porođaja, posebno u prva 24 sata nakon porođaja, a mjeri se najmanje 4 puta na dan.

Većina trajnih groznica nakon rođenja uzrokovane su infekcijom spolnog sustava. Procjenjuje se da je temperatura 38 °C i viša koja se razvije 24 sata nakon porođaja udružena s jakom zdjeličnom infekcijom uzrokovana streptokokom skupine A ili B.

### Puerperalni endometritis

Puerperalni endometritis je uterina infekcija koja je uzrokovana bakterijama iz donjeg genitalnog ili gastrointestinalnog trakta.

Na učestalost puerperalnog endometritisa utječe uglavnom način porođaja:

- Vaginalni porod 1-3%.
- Elektivan carski rez (učinjen prije započetog poroda) 5-15%.
- Akutan carski rez (učinjen nakon pokretanja poroda) od 15-20%.

### ETIOLOGIJA

Endometritis se može razviti nakon horioamnionitisa tijekom poroda ili nakon poroda.

### Predisponirajući čimbenici:

- Dugotrajno prsnuće vodenjaka.
- Prolongiran porođaj.
- Carski rez.
- Česti pregledi tijekom porođaja.
- Postporođajno krvarenje.
- Kolonizacija donjeg genitalnog trakta.
- Anemija.

- Zaostali dijelovi posteljice.
- Bakterijska vaginoza.
- Mlađa životna dob.
- Niski socioekonomski status.

#### **Najčešći uzročnici su:**

- Gram-pozitivni koki (pretežno skupina B streptokoka, *Staphylococcus epidermidis* i *Enterococcus sp*)
- Anaerobi (pretežno peptostreptococci bakterijama SP, a *Prevotella SP*)
- Gram-negativne bakterije (uglavnom *Gardnerella vaginalis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* i *Proteus mirabilis*).

#### **Simptomi:**

Prvi simptomi su bol u donjem dijelu trbuha i maternice, nakon čega slijedi groznica – najčešće unutar prvih 24 do 72 sati nakon poroda. Česti su zimica, glavobolja, malaksalost i manjak apetita. Ponekad je puerpera samo subfebrilna.

Obično se javlja bljedilo, tahikardija te leukocitoza, maternica je mekana, velika i osjetljiva na dodir. Krvarenje može biti smanjeno ili obilno i pojačano.

Kad je zahvaćen i parametriji, bol i groznica su jaki.

Apsces zdjelice se može manifestirati kao opipljiva masa odvojeno i uz maternicu.

#### **Dijagnoza**

Postavlja se na osnovi anamneze, kliničke slike, ginekološkog pregleda, laboratorijskih nalaza (povećan broj leukocita, ubrzana sedimentacija).

Potrebno je isključiti druge uzroke (primjerice, urin, urinokultura).

#### **Infekcije nakon carskog reza**

Nakon carskog reza može doći do infekcije operacijske rane. Infekcija se javlja u oko 3-6% žena. U visokorizičnih slučajeva i u razvijenim zemljama stopa infekcije je puno veća (15-75%) (Habib, 2002). Žene koje razviju infekciju obično imaju blagu groznicu, rana je osjetljiva i bolna.

#### **Čimbenici rizika:**

- Pretilost.
- Dijabetes ili imunosupresivni poremećaj (HIV).
- Uzimanje steroida (per os ili iv).
- Zatvaranje kože sa staplerom.
- Prethodni carski rez.
- Hitni carski rez.
- Dugo trajanje operacije.
- Pretjeran gubitak krvi tijekom i nakon operacije.
- Neodgovarajuća njega rane nakon otpusta iz bolnice.

#### **Simptomi:**

- Jaka bol u trbuhi i crvenilo rane.
- Gnojni iscijedak iz rane.
- Bol na mjestu kirurškog reza.
- Temperatura veća od 37,8 °C.
- Bolno mokrenje.
- Bol u nogama.

Infekcija rane nakon carskog reza može se odraziti u obliku celulitisa ili apscesa. Infekcija se također može proširiti i stvoriti probleme u drugim organskim sustavima, koži, krvi i lokalno.

**Celulitis** rane obično je uzrokovani stafilocoknim i streptokoknim organizmima. Ovi sojevi su dio normalne flore kože. Zaraženo tkivo ispod kože postaje upaljeno, crveno i otok se brzo širi od reza na okolni dio tkiva, koža je obično topla i nježna na dodir. Gnoj nije prisutan u samom rezu.

**Apsces rane** ili abdominalni apsces obično je uzrokovani istim uzročnikom kao i celulitis s time da su udružene i još neke bakterije. Infekcija na mjestu kirurškog reza vodi do crvenila, osjetljivosti i otekline uz rub reza. Gnoj se skuplja u šupljini tkiva i curi iz kirurškog reza. Apsces se može formirati na maternici, ožiljku, jajnicima ili organima u blizini.

#### **Komplikacije:**

Normalno cijeljenje rane traje od četiri do šest tjedana. Infekcija rane nakon carskog reza otkrivena prije otpusta iz bolnice produljuje boravak u bolnici najmanje nekoliko dana. To povećava troškove hospitalizacije stoga je preporučeno liječiti infekciju ambulantno s dodatnim posjetama liječniku.

#### **Prevencija:**

- Slijediti upute dobivene od liječnika i medicinske sestre/primalje.
- Redovito uzimanje antibiotika.
- Čista rana i redovito previjanje po mjerama asepse.

S infekcije nakon carskog reza samo u Velikoj Britaniji godišnji se susretne 15 tisuća žena. Infekciji su za 60% sklonije pretile žene, ali i roditelje mlađe od 20 godina. Faktor rizika predstavlja i mlad te neiskusan liječnik koji obavlja operaciju.

#### **Infekcije perineuma, vagine i cerviksa**

Epiziotomija, kao i svaka druga kirurška intervencija, ima svoje rizike: gubitak krvi, loše zarastanje rane i infekciju. Takve su infekcije jako bolne. Šavovi se moraju skinuti da bi se rana prirodno drenirala, a onda je ponovo zaštićeni.

Infekcije rana perineuma su relativno rijetke, od 0,05 do 0,5%.

**Patogeneza:**

Rubovi rane postaju crveni, mesnati i povećani. Šavovi se raskidaju zbog edematoznog tkiva, nekrotični rubovi rane se rastvore i rezultiraju seroznim, serosangvinoznim ili purulentnim eksudatom.

Najčešći uzrok infekcije je neuspješna epiziotomija ili dehiscencija rane.

Ostali predisponirajući čimbenici su:

- poremećaj koagulacije
- pušenje
- humani papiloma virus.

**Simptomi:**

- lokalizirana bol
- disurija s urinarnom retencijom ili bez nje
- purulentni iscijedak temperatura.

U ekstremnim slučajevima cijela vulva može postati edematozna, ulcerirana i prekrivena eksudatom.

Vaginalna laceracija može postati inficirana izravno od perineuma.

Mukoza je edematozna, hiperemična, a može doći i do nekroze tkiva.

Infekcije cerviksa su učestalije nego što se procjenjuje zato što su učestale laceracije i cerviks je normalno naseljen patogenim organizmima.

**Liječenje:**

Infekcije rana perineuma moraju se liječiti postavljanjem drenaže, uz davanje antibiotika. U većini slučajeva se skidaju šavovi i otvara inficirana rana. Ako je rana primarno čista i neinficirana predlaže se rana reparacija tkiva.

Rijetke, ali često fatalne komplikacije inficiranih rana perineuma i vagine su duboke infekcije mišića i fascije.

Postoje dvije vrlo rijetke gangrenozne infekcije (nekrotična upala fascie, klostridijalna mionekroza) koje su smrtonosne, a žene koje uspiju preživjeti ostaju osakaćene. Iako su te infekcije rijetke, ipak su one ipak značajan uzrok smrtnosti puerpera. Simptomi se pojavljuju od trećeg do petog dana nakon porođaja.

Rana dijagnoza, kirurški tretman, antibiotici i intenzivna njega zauzimaju značajno mjesto u uspješnosti liječenja nekrotizujuće infekcije tkiva. Bez kirurškog liječenja je mortalitet potpun, a uz agresivnu eksciziju je 50%.

**Zaključak**

Iako se puerperalne infekcije ne javljaju često, one ipak predstavljaju velik zdravstveni problem, ne samo za žene koje su rodile, već i za njihove obitelji.

Žena je nakon porođaja osjetljiva i ranjiva, a ako dobije puerperalnu infekciju, oporavak nakon porođaja će biti znatno duži, povezivanje s djetetom narušeno, a žene će osjećati kratkotrajnu ili dugotrajnu bol te dispareuniju.

Strah od posljedica upale, ako one nastanu je posljednih desetljeća, zbog široke upotrebe antibiotika, ali i unaprijeđene operativne tehnike, sve manji.

Ipak, trebamo zapamtiti da je preventiva infekcije jedan od najvažnijih elemenata za vrijeme trudnoće, porođaja i babinja.

**Literatura:**

1. <http://www.healthline.com/health/pregnancy/post-cesarean-wound-infection#overview1>
2. British Journal of Obstetrics & Gynaecology
3. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris ), 2012 Dec;41(8):886-903.
4. Obstet Gynecol Surv.2007 June
5. PubMed
6. Kuvačić I., Kurjak A., Đelmiš J. i sur., Porodništvo, Medicinska naklada, Zagreb, 2009, str. 515-522.
7. Reeder/Martin, Maternity Nursing, Postpartum Complications, str. 882-892.
8. Dickason, Schult, Silverman, Maternal Infant Nursing Care, Postpartum Infection, str. 547-551.
9. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1415399](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1415399)
10. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/) [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24484355](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24484355)
11. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24065561](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24065561)
12. [www.healthline.com/Pregnancy/Complications](http://www.healthline.com/Pregnancy/Complications)
13. [www.aricjournal.com/content/3/1/25](http://www.aricjournal.com/content/3/1/25)
14. [www.midwiferyjournal.com/article/S0266...7/pd](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266...7/pd)

# *Komplementarne metode u tretiranju puerperalnih komplikacija*

*Mirjana Manojlović, Marija Jovanović*

## ***Uvod***

Puerperij ili babinje je razdoblje od šest tjedana nakon poroda žene. Kroz to se vrijeme organizam babinjače postepeno vraća u normalno stanje. Dolazi do involucije genitalnih organa koji su za vrijeme trudnoće i poroda bili promijenjeni. Ostali organski sustavi u tijelu žene vraćaju se na normalnu funkciju. Počinje laktacija, ovulacije još nema jer miruje osovine diancefalon-hipofiza-ovarij zbog hormonskog utjecaja laktacije. Dojke sa svojim mlijecnim žlijezdama svojim proliferativnim procesom omogućavaju produkciju majčinog mlijeka u svrhu prehrane djeteta.

Opsežne promjene nepovoljno djeluju na organizam babinjače, posebice u prvih 14 dana. Imuno-metaboličke i obrambene snage tijela nisu u potpunoj ravnoteži pa postoji rizik za razvoj postpartalnih komplikacija. Genitalni trakt žene, a pogotovo materište je velika rana gdje kroz otvorene krvne žile i limfnim putem postoji mogućnost širenja infekcije po čitavom organizmu.

Prvih dani puerperija najburniji su i najopasniji za babinjaču te zahtijevaju osobiti oprez i specijalnu njegu te provođenje mjera za sprečavanje postporođajnih komplikacija.

Postporođajne komplikacije su: rana i kasna postporođajna krvarenja, puerperalne infekcije (upala međice, puerperalni endometritis, puerperalni salpingitis i adneksitis, puerperalna sepsa), tromboembolija, mastitis, uroinsekcije, psihoze, postporođajna depresija...

Razvoj suvremene medicine i primjene farmakoloških pripravaka smanjilo je postporođajni obol i smrtnost. Međutim, vrlo često se spominje i navodi korištenje komplementarnih, alternativnih i tradicionalnih metoda u rješavanju postporođajnih komplikacija.

Kada se koristi termin *komplementarna* onda se podrazumijeva nešto što nadopunjuje i time poboljšava nešto drugo. Dakle, ove vrste terapija ne moraju nuditi sve – od preventive do kurative, već u nekim svojim aspektima mogu dati više i bolje nego što to nudi ili uopće može dati službena medicina te ju time nadopunjuje,

kao, primjerice, travarstvo, kiropraktika, homeopatija, akupunktura te druge metode koje se primarno oslanjaju na dijagnostičke metode klasične medicine, no svojim postupcima i terapijama uspješno nastavljaju tamo gdje ona stane.

Termin *alternativna medicina* je kod nas najrašireniji i koristi ga se za sve paralelne medicinske sustave. No, ako bi taj termin prihvatali kao opći pojam koji bi trebao obuhvatiti sve neslužbene medicinske sustave, tada bi sve te metode trebale biti primjereni zamjena, alternativa za službenu medicinu, a znamo da nisu jer se mnoge od njih samo nadopuna biomedicini.

Termin *tradicionalna medicina* podrazumijeva nešto što ima svoju povijest i tradiciju (primjerice, kineska tradicionalna medicina, indijska ayurveda, tibetanska medicina, unani – arapska medicina...). To je općenit naziv i vezan je uz specifičnu kulturu nekog naroda koja se prenose s pokoljenja na pokoljenje. Međutim, ne može se sve što nije klasična medicina svrstati pod ovaj pojam jer ima prilično mnogo tehnika koje nemaju neku tradiciju vezanu uz određeno područje i narod.

## ***Razrada teme***

Ako se osvrnemo više stoljeća unatrag, vidjet ćemo da su postojale knjige koje su govorile o upotrebi ljekovitog bilja i upućivale na studij i eksperimentiranje s biljem. Tako se počelo stjecati stručno znanje. Takve knjige su izvor današnjoj farmaciji i razvoju biokemijske proizvodnje. U to vrijeme bila je moderna uzrečica: Čovjek se mora otkinuti od prirode. Onda je čovjek svoje povjerenje dao lijekovima koji su se pripremali u ljekarnama, u kojima su se lijekovi pravili od bilja. Moderan čovjek se ponovno okreće prirodi i drugim alternativnim metodama liječenja u suzbijanju i liječenju bolesti.

Danas čak i službena medicina priznaje neke komparativne metode liječenja (primjerice, akupunkturu). Djelovanje komparativnih metoda nije brzo nego pola-

gano pa iziskuje veći vremenski razmak jer djeluje blago i uzdržljivo. Ponekad je potrebno uzimati ih mjesecima i godinama, ali istodobna primjena takvih metoda pojačava djelovanje biokemijskih lijekova. U interesu sprečavanja bolesti, liječenja i oporavka, mnoge zajednice koriste komparativne metode. Mnoge studije pokazuju dobrobit tih metoda.

### ***Utjecaj homeopatskih lijekova arnica montana i bellis perennis na blago postpartalno krvarenje***

Cilj istraživanja bilo je utvrditi utjecaj Arnica Montane i Bellis Perennis na postpartalni gubitak krvi. Istraživanje je provedeno u Jeruzalemu na ginekološkom odjelu, kontrolirale su se vrijednosti hemoglobina 48 i 72 sata nakon poroda. Razina hemoglobina nakon 72 sata po porodu u skupini žena koje su dobivale homeopatski pripravak nije se značajno mijenjala za razliku od skupine koja je dobivala placebo.

Zaključak istraživanja autori navode da uzimanje homeopatskih pripravaka Arnica Montana i Bellis Perennis mogu smanjiti postpartalno krvarenje u usporedbi s grupom koja je dobivala placebo.

Glavna razlika u razini hemoglobina kod 72 sata postpartum grupe je bila - 0,29 u grupi koja je tretirana i - 1,18 u placebo grupi.<sup>1</sup>



Slika 1.



Slika 2.

### ***Tradicije i korištenje biljaka tijekom trudnoće, oporavak nakon poroda kod etničke skupine Kry u Laosu***

U mnogim južnoazijskim kulturama biljke igraju važnu ulogu u oporavku tijekom postpartalnog perioda. Malo toga je poznato o etničkoj grupi Kry i o njihovoj tradiciji u korištenju biljaka tijekom trudnoće, za vrijeme poroda, postpartalnog oporavka i zdravstvene njegi novorođenčadi. Ovo istraživanje je imalo za cilj proučiti tradiciju i utvrditi medicinsko korištenje biljaka.

Ukupno 49 različitih vrsta biljaka se koristi za zdravstvenu njegu žena s naglaskom da se tretmani ne provode za vrijeme trajanja trudnoće. Korištenje biljaka je kulturološki različito od susjednih etničkih skupina Brou i Saek. Menstruacija, porod i postpartalni oporavak se odvijaju u odvojenim, namjenski izgrađenim kolibama.

Korištenje biljaka s ciljem da olakšaju porod, ublaže menstrualne tegobe, pomognu u oporavku prilikom pobačaja, umanje postpartalno krvarenje, pomognu u postpartalnom oporavku i u njezi novorođenčadi bilo je češće nego što je ranije bilo evidentirano (49 vrsta biljaka umjesto 14 vrsta).<sup>2</sup>

### ***Učinci kliničke aromaterapije za anksioznost i depresiju kod visokorizičnih babinjača – pilot studija***

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi ublažava li aromaterapija anksioznost i/ili depresiju kod visokorizičnih žena. Pilot studija se provodila u privatnim prostorijama za savjetovanje u ženskom centru jedne velike bolnice u Indianapolisu. Ispitano je 28 žena u razdoblju od 0 do 18 mjeseci nakon poroda.

Tretirane grupe su nasumično podijeljene u inhalacijsku grupu ili u grupu aromaterapijske ručne masaže. Postupak se sastojao od 15-minutnog tretmana, dva puta tjedno tijekom četiriju uzastopnih tjedana. Korištena je mješavina esencijalnih ulja Otto ruža i Lavandula angustifolia u 2%-tnoj otopini. Kontrolna grupa, sastavljena od volontera, je dobila upute da izbjegava korištenje aromaterapije tijekom četiriju tjedana trajanja ispitivanja. Svi ispitanici su ispunili skalu EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) i skalu GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Scale) na početku istraživanja. Skale su ponovljene usred istraživanja (nakon dvaju tjedana) i po završetku svih postupaka (nakon četiriju tjedana).

Nisu zamijećene značajne razlike između aromaterapijskih i kontrolnih grupa na početku. Srednji i konačni rezultati su ukazali da je aromaterapijska grupa imala značajno veća poboljšanja nego kontrolna grupa i kod EPDS i kod GAD-7 rezultata.

Nisu prijavljeni nikakvi štetni utjecaji aromaterapije.

Pilot studija ukazuje na pozitivne zaključke s minimalnim rizikom u korištenju aromaterapije kao komplementarne terapije kod mjerjenja anksioznosti i depresije kod postpartum žena.

Preporuča se provesti veliko istraživanje o aromaterapiji s ovom populacijom.<sup>3</sup>

### **Vjerovanja jordanskih žena u postpartalnom periodu – istraživačka studija**

Cilj ove studije je utvrditi vjerovanja jordanskih žena vezano uz deset izabralih postpartalnih ponašanja. Odabrano je 40 babinjača od kojih su 20 iz dviju ruralnih zajednica, a 20 iz dviju urbanih zajednica. Ponuđen im je opisno kvantitativni upitnik.

Većina njih je netočno vjerovala u produženo strogovo mirovanje (ležanje u krevetu). Smatrali su da djetetovo izdisanje na majčinim grudima može dovesti do infekcije, da uski i čvrsti omoti oko djeteta (kofaleya) ne štete novorođenčetu, da netko tko promatra majku dok dođi može ukrasti majčino mlijeko i da remen oko majčinog abdomena učvršćuje mišiće. Većina žena zna da prehrana utječe na dojenje.

Kod obje grupe žena, edukacijski programi bi bili veoma poželjni, jer bi bile u mogućnosti razlikovati korisne postporođajne postupke od onih koji mogu imati štetne utjecaje na zdravlje majki i novorođenčadi.<sup>4</sup>

### **Praksa duhovnog liječenja ruralnih tajlandskih žena u postpartalnom periodu**

Tajlandske žene slijede obiteljske upute za oporavak kod kuće. Istraživala su se iskustva prvorotkinja s postpartalnom obiteljskom praksom. Ciljano je odabrano 16 trudnih žena. Podaci su sakupljeni pomoći: opširnih intervjua, opažanja samih ispitanica i analizom demografskih podataka.

Žene su slijedile praksu i rituale povezane s vjerovanjima o trima esencijama (tijelo, um – srce i energija). Duhovno liječenje radi na esenciji um – srce. Nova majka je izlječila svoj duh kroz tradicionalnu postpartalnu praksu. Ova informacija može pomoći budućoj implementaciji postpartalne njegе sa svjesnošću i poštovanjem kulturnoške prakse u ispunjavanju duhovnih potreba.<sup>5</sup>

### **Zdravstvena praksa u majčinstvu, vjerovanja i tradicije u južno – istočnom Madagaskaru**

Davanje na važnosti majčinskom zdravlju u zemljama s visokim postotkom smrtnosti majki je izrazito važno za konstruiranje i implementaciju efektivnih zdravstvenih intervencija. Istraživanje je provedeno nad 256 ispitanika (trudnice, majke male djece, članovi zajednice). Također su 373 žene reproduktivne dobi (iz nasumično odabralih kućanstava) ispunile upitnik. Svi podaci su analizirani uz pomoć statističkog programa STATA.

Rezultati su potvrdili visoki lokalni postotak smrtnosti i bolesti majki i otkrili su opseg prakse tradicionalne zdravstvene njegе te vjerovanja koja utječu na ponašanje žena koje žele ozdraviti. Identificirane su sljedeće socio-kulturnoške prepreke za zdravlje:

- a) nedostatak znanja;
- b) riskantna praksa;
- c) odgađanje upotrebe biomedicinske njegе,
- d) očekivanja obitelji i zajednice.

Preporuke uključuju: educiranje i promjenu ponašanja, komunikaciju ciljanu za žene, njihove partnere i obitelj, povećanu uključenost tradicionalnih babica i iscjeljitelja te jačanje kapaciteta službenih pružatelja zdravstvenih usluga.<sup>6</sup>

### **Istraživanje ZHI BYED 11, tibetanska tradicionalna medicina naspram misoprostolu u sprečavanju postpartalnog krvarenja u Lasi, Tibet**

Cilj ovog istraživanja bio je usporediti tibetansku tradicionalnu medicinu (uterotonik Zhi Byed 11 – ZB11) s oralnom upotrebom misoprostola za profilaksu i postpartalnog krvarenja. ZB11 je tradicionalna tibetanska formula koja sadrži 11 sastojaka (biljnih, mineralnih i životinjskih) koji se uobičajeno mogu naći u tibetanskoj medicinskoj praksi i koriste se više od 700 godina za sprečavanje i liječenje opstetričkog krvarenja. Istraživanje je provedeno nad 960 žena.

Misoprostol se pokazao efikasnijim od ZB11 kod postporođajnih krvarenja. Iako ZB11 nije nikad bio podvrgnut strogim prospektivnim procjenama niti je njegova efektivnost bila uspoređena s placeboom, praktičari tibetanske tradicionalne medicine preporučuju profilaktičku primjenu ZB11 za vrijeme potpune diletacije.

Tibetanske žene tradicionalno u većini slučajeva rađaju kod kuće i to bez stručne pomoći, što povećava postotak oboljevanja i smrtnosti majki. Primjena ZB11 može uvelike smanjiti stopu smrtnosti i oboljevanja (do 85%). ZB11 je kulturnoški prihvatljiv, široko dostupan u Tibetu, cijena

mu je vrlo niska (USD \$ 0,04 po jednoj dozi), te se lako primjenjuje – žena ga može sama uzeti oralno ili joj ga može dati nestručna osoba<sup>7</sup>



Slika 6.

### Literatura:

- Oberbaum M., Galoyan N., Lerner-Geva L., The effect of the homeopathic remedies Arnica montana and Bellis perennis on mild postpartum bleeding – a randomized, double-blind, placebo-controlled study – preliminary results, Complement Ther Med. 2005 Jun;13(2):87-90
- Vichith Lamxay, Hugo J de Boer and Larisa Björk J., Traditions and plant use during pregnancy, childbirth and postpartum recovery by the Kry ethnic group in Lao PDR, Ethnobiol Ethnomed.2011;7:14
- Conrad P., Adams C., The effects of clinical aromatherapy for anxiety and depression in the high risk postpartum woman – a pilot study Complement Ther Clin Pract, 2012 Aug;18(3):164-8
- Jarra S., Bond AE., Jordanian women's postpartum beliefs: an exploratory study, Int J Nurs Pract. 2007 Oct;13(5):289-95
- Elter P. T., Kennedy H. P., Chesla C. A., Yimyam S., Spiritual Healing Practices Among Rural Postpartum Thai Women, J Transcult Nurs. 2014 Oct 8.
- Morris J. L., Short S., Robson L., Andriatsihosena M. S., Maternal health practices, beliefs and traditions in southeast Madagascar, Afr J Reprod Health. 2014 Sep;18(3):101-17
- Miller S., Tudor C., Thorsten V., Randomized Double Masked Trial of Zhi Byed 11, a Tibetan Traditional Medicine, Versus Misoprostol to Prevent Postpartum Hemorrhage in Lhasa, Tibet, J Midwifery Womens Health. Author Manuscript; available in PMC Dec 11, 2009.

### Zaključak

Iz analiziranih članaka koji su iz različitih dijelova svijeta vidljivo je da bez obzira na kulturološke razlike i vjerovanja, svi ispitanci imaju svijest o potrebi očuvanja zdravlja.

Ispitanici su koristili metode za poboljšanje zdravlja koje su im bile dostupne u njihovom okruženju, iako nisu uvijek imali racionalna objašnjenja za neke od tih metoda.

Tradicionalne metode poboljšanja zdravlja, odnosno komparativne metode su dokazano imale više pozitivnih nego negativnih učinaka.

Komparativne metode ne treba odbaciti, već ih je potrebno racionalnije objasniti te implementirati u službenu medicinu, kako bi se postigli što bolji rezultati.

# *Dojenje djece s Downovim sindromom (SD) kao kulturološka i civilizacijska norma*

*Sanja Tomljenović*

Dojenje je najbolja ishrana i neprikosnovena korist za svako novorođenče. Njegov značaj još je veći kad se beba rodi s nekim problemom ili bolešću.

Koristi koje majka i beba s Dowovim sindromom dobijaju dojenjem posebno su važne zbog jačanja imuniteta i normalne funkcije crijeva, bolje koordinacije usta i jezika te bliskosti između majke i bebe. Program promicanja dojenja u Republici Hrvatskoj sustavno se provodi još od 1993. godine u suradnji s UNICEF-om, međutim iako se već godinama intenzivno radi na promidžbi dojenja kao najboljeg prirodnog i optimalnog načina prehrane djece u ranom djetinjstvu, sudeći prema rezultatima istraživanja UNICEF-a, trend dojenja približno je isti kao i prije petnaestak godina. Upravo radi toga predmet ovog istraživanja je utvrditi značaj kvalitete modela pristupa u promociji dojenja općenito s naglaskom na pristupu u promociji dojenja djece sa SD-om, s ciljem utvrđivanja učestalosti dojenja kod djece sa SD-om i razloga za uspjeh odnosno neuspjeh promocije dojenja. Podaci koji su nam bili dostupni ukazuju da postojeći ciljevi i mjere u strateškom modelu ne pokazuju zadovoljavajuće rezultate.

## **Parametri o osobama s Downovim sindromom u Hrvatskoj**

([http://hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/Bilten\\_invalidi\\_2012.pdf](http://hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/Bilten_invalidi_2012.pdf))

Prema podacima Hrvatskog registra osoba s invaliditetom, 24. listopada 2011. u RH je 1526 osoba sa SD-om koje imaju podjednaku raspodjelu po spolu te najveći broj osoba u dobroj skupini 0-19 godina (57%).

Najveći broj osoba sa SD-om ima prebivalište u Zagrebu, Splitsko-dalmatinskoj županiji te Osječko-baranjskoj županiji. U tim trima županijama živi 638 osoba sa SD-om (42%).

DOBNA SKUPINA	MUŠKI	ŽENSKI	UKUPAN BROJ	%
Dobna skupina (0 - 4)	88	82	170	11,1
Dobna skupina (5 - 9)	125	126	251	16,5
Dobna skupina (10 - 14)	149	105	254	16,6
Dobna skupina (15 - 19)	108	91	199	13
Dobna skupina (20 - 39)	226	239	465	30,5
Dobna skupina (40 - 59)	81	88	169	11,1
Dobna skupina (60 - 84)	7	11	18	1,2
Ukupno	784	742	1526	100

*Tablica 2. Broj osoba sa SD-om po dobi i spolu*

Za 1478 osoba sa SD-om pristigao je dokument *Nalaz i mišljenje prvostupanjskog tijela vještačenja iz nadležnih centara za socijalnu skrb*. Iz tih nalaza razvidno je da najveći broj osoba (60%) ima Barthelov indeks manji od 60 te zahtijeva puni opseg tuđe njegе i pomoći. Najčešće zabilježene komorbiditetne dijagnoze su umjerena mentalna retardacija, prirođene srčane greške te poremećaj razvoja govora.

Županija prebivališta	Ukupan broj
GRAD ZAGREB	324
SPLITSKO-DALMATINSKA	208
OSJEČKO-BARANJSKA	106
ZAGREBAČKA	92
VARAŽDINSKA	67
BRODSKO-POSAVSKA	65
VUKOVARSKO-SRIJEMSKA	63
PRIMORSKO-GORANSKA	58
KARLOVAČKA	52
MEĐIMURSKA	50
DUBROVAČKO-NERETVANSKA	49
ZADARSKA	45

Županija prebivališta	Ukupan broj
ISTARSKA	44
KRAPINSKO-ZAGORSKA	43
SISAČKO-MOSLAVAČKA	43
KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKA	39
ŠIBENSKO-KNINSKA	37
POŽEŠKO-SLAVONSKA	35
BJELOVARSKO-BILOGORSKA	32
LIČKO-SENJSKA	25
VIROVITIČKO-PODRAVSKA	24
Nespecificirano	25
Ukupno	1526

Tablica 3. Broj osoba sa SD-om po županijama

Godina rođenja	Broj djece
2000.	51
2001.	40
2002.	61
2003.	45
2004.	39
2005.	48
2006.	57
2007.	51
2008.	48
2009.	47
2010.	28
2011.	21
2012.	11

Tablica 4.  
Prikaz broja djece sa SD-om po godinama rođenja

Komorbiditetna dijagnoza	Broj osoba
umjerena mentalna retardacija.	565
prirođene srčane greške	428
poremećaji razvoja govora.	390
oštećenje vida	281
laka mentalna retardacija	273
teža mentalna retardacija	259
oštećenja sluha	83
teška mentalna retardacija	50
epilepsije	49

Tablica 5.  
Prikaz najčešćih komorbiditetnih dijagnoza kod osoba sa SD-om



Pretpostavlja se da je osamdesetih godina XX. stoljeća 1,5 milijuna dojenčadi umrlo od izravnih ili neizravnih posljedica umjetne prehrane i prestanka dojenja (United Nations General Assembly, 1989).

UNICEF je nedavno zabilježio da je smanjenje smrtnosti djece u svijetu s 13 milijuna 1990. na 8,8 milijuna tijekom 2008. godine dijelom posljedica široko prihvaćenih osnovnih zdravstvenih intervencija, kao što su pravovremeno i isključivo dojenje (World Health Organization, 2003). Programi promicanja dojenja dobrim dijelom se zasniva na Globalnoj strategiji prehrane dojenčadi i male djece (Global Strategy on Infant and Young Child Feeding), koju su prihvatile sve države članice Svjetske zdravstvene organizacije na 55. skupu svjetskog zdravlja (World Health Assembly – WHA) u svibnju 2002. Dojenje je također istaknuto kao prioritet u prvom nacrtu rada i politike prehrane Europskog ureda WHO-a za razdoblje između 2000. i 2005. (First Action Plan for Food and Nutrition Policy of the European Office of WHO for 2000-2005). Važnost zaštite, promicanja i potpore dojenju bila je ponavljana i u važnim dokumentima europske zajednice. Rezolucija vijeća EU-a o prehrani i zdravlju (EU Council Resolution on Nutrition and Health) u prosincu 2000. dojenje službeno priznaje kao prioritet (EU Council 2000).

Ured UNICEF-a je uz potporu pedijatara proveo istraživanje roditelja djece do godinu dana starosti. Podaci su prikupljeni u 22 pedijatrijske ambulante širom Hrvatske tijekom kolovoza i rujna 2007. na uzorku od 1400 roditelja. Podaci o isključivom dojenju govore da 50% majki odustaje od isključivog dojenja već oko prvog

mjeseca života, a tek 13,4% majki isključivo doji punih 6 mjeseci. To govori da rodilišta, neposredna okolina majke i patronažne sestre (koje su u kontaktu s majkom i prije prvog pregleda kod pedijatra) mogu pomoći, ali i odmoći majkama u njihovim odlukama da isključivo doje svoju djecu. U prvim mjesecima života djeteta na majke najviše utječu bake i patronažne sestre, što ukazuje na potrebu dodatne edukacije i osvještavanja o prednostima i važnosti dojenja kod tih dviju skupina. Roditelji najviše vole pitati za savjet pedijatre, ali istodobno naglašavaju potrebu za njihovom većom dostupnosti. Rezultati UNICEF-ovog istraživanja jasno pokazuju da usprkos i unatoč svim naporima koji se ulažu u promicanje dojenja, ipak ne daju očekivane rezultate.

U svojoj doktorskoj disertaciji *Utjecaj zdravstvenih djelatnika rodilišta na dojenje*, 2010. godine, dr. med. Irena Zakarija Grković iznosi slične zaključke u kojima ukazuje na potrebu dodatnih edukacija kako za zdravstvene radnike, tako i za širu populaciju.

*Sobzirom na rezultate istraživanja ipak se moramo pomiriti s činjenicom da smo kao zdravstveni radnici ili kao društvo u cjelini po pitanju ovog problema polučili neuspjeh. Kada su u pitanju djeца s teškoćama u razvoju, a poglavito s Downovim sindromom tu je situacija još poražavajuća.*

Iako su općenito opisane poteškoće kod dojenja i hranjenja djece s Downovim sindromom u literaturi, iskustva roditelja u vezi s problemima hranjenja svoje djece uglavnom su izostavljeni. Upravo roditeljska iskustva s dojenčadi i malom djecom, kao i percepcija tih iskustava pruža vrijedan uvid u stanje i otvara prostor u praksi za poboljšanje usluga obitelji s dojenčadi s teškoćama u razvoju. Roditelji, odnosno majka, nema izbora i ona je prva koja se nosi s teškoćama dojenja i hranjenja svog djeteta. Ipak u literaturi se teško pronalazi *percepcija problema iz prve ruke*, dok je s druge strane profesionalna perspektiva hranjenja djece s Downovim sindromom u literaturi donekle opisana. Pojedini autori navode da su problemi dojenja kod djece s Downovim sindromom povezani s niskim mišićnim tonusom koji utječe na opseg i pokretljivost oralnih mišića (Kumin i suradnici, 1991), a to dovodi do slabijeg sisanja, gutanja, zatvaranja usana i sl. (Pilcher, E. S. 1998). Kod dojenčeta sa SD-om nepce je obično ravnije s visokim lukom u sredini, a nosnice su sužene što u kombinaciji s ostalim poteškoćama i smanjenim oralnim prostorom dovodi do tzv. izbočenog jezika. Sve ovo rezultira dodatnim problemima s disanjem, žvakanjem, a kasnije i s razvojem govora. Suženje dišnih putova izaziva povećanje izlučevine (sline) te ometa disanje i oralno hranjenje djeteta. Rascjep nepca, sekundarna je kromosomska anomalija kod SD-a i pojavljuje se samo u 0,5% dojenčadi, ali značajno povećava probleme hranjenja (McWilliams i suradnici 1990).

Kod 40% djece s Downovim sindromom prisutne su srčane deformacije, a upravo su one vrlo važan čimbenik rizika za rast i razvoj djeteta, ali i rizični faktor koji pri-donosi problemima hranjenja. Prekomjerno znojenje, brzo i teško disanje, umor i povraćanje za vrijeme hranjenja najčešće su posljedice srčane deformacije, a ovi simptomi ovise o vrsti i težini deformacije. Tipični simbomi srčane deformacije mogu biti prikriveni pa roditelji vrlo često nisu ni svjesni uzroka problema kod hranjenja djeteta. (Cousineau, i suradnici, 1995). Stoga je rano otkrivanje srčane deformacije kod dojenčeta najvažnije za točan opis i odgovarajuće intervencije složenih problema hranjenja dojenčeta sa SD-om. Kombinacijom posljedica niske porođajne težine, niskog mišićnog tonusa često dovodi do problema s početkom hranjenja u dojenčadi sa SD-om, ako k tome još pridodamo i emocionalne reakcije roditelja na vrlo često neočekivanu dijagnozu SD-a i poremećenu ranu vezanost majke i djeteta dojenje često nije moguće (Gigacz, 2001).

Problem koji je u svojoj osnovi kompleksan i zadača društva u cijelini, reduciranjem je na *zdrastveni problem* čime se ne ostavlja prostor za ozbiljan društveni preventivni rad, a još manje za određivanje temeljnih vrijednosti društva, što dojenje po svojoj važnosti zasigurno je. Kada ovom problemu dodamo i dojenje kod djece sa SD-om koje je u nizu aspekata navedenih u radu posve specifično, suočeni smo s neuspjehom ili barem polovičnim uspjehom jedne tako važne i potrebne inicijative.

U skladu s navedenim nameće se kao nužno drugačije sagledavanje promoviranja dojenja temeljenom na holističkom pristupu uključivanjem svih subjekata društva s ciljem razvoja svijesti o važnosti dojenja. To podrazumjeva da u svim segmentima društva, a posebno roditeljima i djeci bude osigurana sveobuhvatna edukacija i podrška sukladna iskazanim potrebama. Upotreboom osnovnih znanja o zdravlju i prehrani djece, prednostima dojenja i njegovoj važnosti kao znanstveno utemeljenih činjenica predstavljaju preduvjet da dojenje postane kulturološka i civilizacijska norma.

### Literatura:

- Elander G., Lindberg T., *Short mother-infant separation during first week of life influences the duration of breast-feeding*, Acta Paediatr Scand 1984; 73(2):237 -40.
- Zakanj Z., Grgurić J., *Utjecaj dojenja na pojavu poremećaja hranjenja u dječjoj dobi*, MEDIX, ožujak 2004, broj 52.
- León-Cava N., Lutter C., Ross J., Martin L., *Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence*, Pan American Health Organization, Washington DC, 2002.
- <http://www.unicef.org/crc/crc.htm> United Nations General Assembly. Convention on the Rights of the Child. New York, 1989, /preuzeto 13. 8. 2014/
- <http://www.who.int/child-adolescent> World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. World Health Organization, Geneva, 2003, /preuzeto 13. 8. 2014/
- <http://register.consilium.eu.int/pdf/en/00/st14/14274en0.pdf> EU Council. Resolution 14274/00. Brussels, 2000. /preuzeto 17. 8. 2014/
- Kumin L., Goodman M. & Councill C. (1991), Comprehensive Communication Intervention for Infants and Toddlers with Down Syndrome. Infant-Toddler Intervention. The Transdisciplinary Journal, 1(4), 275-283.
- <http://www.ds-health.com/dental.htm> Pilcher, E.S. (1998), Dental Care for the Patient with Down Syndrome. [Accessed: 2002, February, 15. /preuzeto 20. 8. 2014/
- McWilliams B. J., Morris H. L. & Shelton R. L. (1990), *Cleft Palate Speech*. Philadelphia: B.C. Decker
- Cousineau A. J. & Lauer R. M., *Heart Disease and Children with Down Syndrome*. In Van Dyke, D.C,1995.
- <http://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/down.html> [Accessed: 2002, February 15 Gigacz, J. (2001), Breastfeeding a Baby with Down Syndrome. Available:] /preuzeto 26. 8. 2014/
- Jeanne M. Lambert i Nancy E. Watters, Breast-feeding the Infant/Child with a Cardiac Defect: An Informal Survey, Journal of Human Lactation, 1998 vol. 14 no. 2151-155.
- Evy Colón, René Rolando Dávila-Torres, Ana M. Parilla-Rodríguez, Angel Toledo, José J. Gorrín-Peralta, Víctor E. Reyes-Ortiz, Exploratory Study: Barriers for Initiation and/or Discontinuation of Breastfeeding in Mothers of Children with Down Syndrome, Puerto Rico Health Sciences Journal, 2009.
- AL-Sarheed,M. Feeding Habits of Children with Down's Syndrome Living in Riyadh, Saudi Arabia, J Trop Pediatr (April 2006) 52 (2):83-86
- <http://dx.doi.org/10.12968/bjom.20.3.187>, Roja D. Sooben, 2012
- Konferenciji EU-a za promicanje dojenja u Europi, 18. lipnja 2004. u Dublin Castleu u Republici Irskoj.
- Bennis, Benne and Chin, The Planning of Change, A Holt International Edition, London,1970.

# Oralno zdravlje trudnica

Dušanka Đaković

## Oralno zdravlje trudnica

Trudnoća u tijelu žene uzrokuje brojne promjene, hormonske, anatomske, histološke i biokemijske. Sve su one prirodne, a zadaća im je pripremiti organizam za trudnoću i porođaj. Premda je trudnoća fiziološko stanje, dovodi i do nepovoljnih promjena te, uz mnoge neposredne i posredne čimbenike, stvara uvjete za nastanak dentalnog karijesa, patoloških promjena na mekim tkivima usta i drugih oralnih bolesti. Zubno meso (gingiva) kod trudnica podložno je upalama zbog hormonskih promjena (ponajprije promjena u razini estrogena i progesterona u krvi), a potencirano je često nezadovoljavajućom oralnom higijenom.

Ciljna zona spolnih hormona su tkiva parodonta, posebice gingiva, budući da ona posjeduje specifične receptore. Stoga su promjene na gingivi jedan od najčešćih problema u trudnoći. Vodeća dijagnoza je trudnički gingivitis, za koji se smatra da se može naći u 80% trudnica. U slučajevima nekontroliranog bujanja gingive rijetko se mogu razviti i hiperplastične promjene, tzv. epulisi, koji se zbog svoje veličine mogu nazivati i *tumor gravidarum*. Hormonalne promjene nose sa sobom i promjene u mikrobiološkom statusu, pa je u trudnica posebno značajan porast broja bakterija vrste *Prevotella intermedia*.

U određenom manjem postotku slučajeva navedeno stanje može, u osjetljivih pojedinaca, a poglavito ako oralna higijena nije zadovoljavajuća, prijeći u parodontitis. U tom slučaju, upalne promjene napreduju prema alveolarnoj kosti (koja sidri zub) i vlaknima parodontnog ligamenta (koja povezuje zub i kost) pri čemu je dominantan simptom, osim gingivitisa, parodontni džep.

Parodontna bolest (parodontitis) je kronična bakterijska infekcija koja zahvaća parodontna tkiva (gingivu, ligament, alveolarnu kost i cement korijena zuba). Bolest zahvaća jedan zub ili više njih. Započinje upalom gingive koju uzrokuje nespecifična mješavina bakterija iz dentalnog plaka.

## Parodontna bolest i trudnoća

Prerano rođena djeca su ona rođena prije kraja 37. tjedna trudnoće. Za novorođenčad lakšu od 2500 grama kažemo da su male porođajne težine. Preranim rođenjem djecе male porođajne težine završava oko 10% trudnoća.

Rizični faktori vezani uz majku uključuju: dob majke (manje od 17, više od 34 godine), konzumiranje droga, alkohola ili duhana, loše socioekonomsko stanje, neadekvatna skrb u trudnoći, visoki krvni tlak, dijabetes, višestruke trudnoće te infekcije genitourinarnog trakta. Međutim, u 25% slučajeva uzrok komplikacija nije poznat.

## Utjecaj parodontne bolesti na trudnoću

Kod parodontne infekcije u krvi majke prisutni su bakterijski lipopolisaharidi te medijatori upale. Oni mogu djelovati lokalno, u području maternice, kao kemijski stimulatori i izazvati otpuštanje medijatora upale. Posljedično dolazi do kontrakcije maternice, dilatacije cerviksa te u konačnici preranog poroda. Bakterije, njihovi lipopolisaharidi i medijatori upale iz krvi majke, također mogu preko placentarne barijere doći do ploda i uzrokovati upalni i imunološki odgovor, što može usporiti rast i razvoj ploda. U amnionskoj tekućini nađene su kod trudnica oboljelih od parodontnih bolesti bakterije iz usne šupljine. Zbog prisutne upale slabi i integritet membrana te može doći do njihova prijevremena pucanja, čime započinje porod. Upala utječe i na krvne žile placente – promjene nalikuju onima kod ateroskleroze, što za posljedicu može imati smanjenje dotoka hranjivih tvari plodu, kao i povišenje krvnog tlaka trudnice (preeklampsija).

## Utjecaj trudnoće na parodontnu bolest

Trudnoća utječe na razvoj i progresiju već postojeće parodontne bolesti zbog povećane hormonalne aktivnosti u trudnoći; gingiva lakše krvari i često bubri, što pogoduje rastu bakterija u zubnim naslagama. Trudnički gingivitis može nastati u drugom ili trećem trimestru trudnoće. Nakon poroda, upala gingive se spontano smanjuje. Dakle, mogu biti prisutne iste količine plaka kao i u trudnoći, ali izostaje modificirajuće djelovanje hormona.

## Oralna higijena

Higijenu usne šupljine treba održavati u skladu s uputama koje je dao doktor dentalne medicine nakon pregleda



usta. Iako su opće preporuke identične – zube redovito prati mekom četkicom kružnim pokretima, a međuzubne prostore čistiti zubnom svilom i interdentalnim četkicama – ponekad može postojati i potreba za individualnim oralnohigijenskim mjerama. S obzirom na to da mnoge trudnice, posebno one u ranoj trudnoći imaju mučnine i često povraćaju, poželjno je usta dobro isprati vodom, kako bi se neutralizirao kiseli sadržaj. Nije dobro odmah nakon povraćanja prati zube, jer želučana kiselina, koja je u usta dospjela povraćanjem, nagriza caklinu čineći je podložnijom mehaničkom oštećenju koje može izazvati zubna četkica prilikom četkanja. Zubi se mogu normalno prati, bez straha od oštećenja cakline od 30 do 60 minuta nakon povraćanja. Ako sam zubna četkica kod trudnice potiče refleks povraćanja, potrebno ju je zamijeniti četkicom prikladnijeg oblika i manjih dimenzija s mekim vlaknima.

### Zaključak

Oralno zdravlje važan je dio zdravlja trudnice. Unatoč većoj osjetljivosti na upalne promjene parodontalnih tkiva, njihovo se zdravlje može i mora održati kroz mjere primarne i sekundarne prevencije. One uključuju održavanje optimalne oralne higijene te redovite posjete doktoru dentalne medicine.

### Literatura:

1. Lindhe J., Lang N. P., Karring T., *Klinička parodontologija i dentalna implantologija*, Zagreb, Nakladni zavod Globus, 2010.
2. Ridker P. M., *Novel risk factors and markers for coronary heart disease*, Adv Intern Med. 2000;45:391 – 47.
3. Friedwald V. E., Kornman K. S., Beck J. D., Genco R., Golfine A., Libby P. i sur., *The American Journal of Cardiology and Journal of Periodontology Editors Consensus: Periodontitis and arteriosclerotic cardiovascular disease*, J Periodontol.2009;80:1021-32.
4. Riggs S., *Public policy and oral health: A hole new game*. U: Oral health and whole body, A custom publication. New York: Scientific American, 2006, str.36-9
5. Offenbacher S., *What every woman needs to know*. U: Oral health and whole body, A custom publication. New York: Scientific American, 2006, str. 24-9.
6. <http://www.vasezdravlje.com/izdanje/clanak/3039>
7. <http://www.zdravo-zivot.comhr.izdanja/djeca-i-ljeto/trudnoca-i-zdravlje-usne-supljine./>



## Radionica: ženstvenost - pogled iznutra

Žene treba voljeti, a ne razumjeti, rekao je Oscar Wilde i na neki način, možemo slobodno kazati, prognozirao modernu ženu koja je razapeta između brojnih poslovnih i privatnih aktivnosti. Današnja životna dinamika i okruženje nisu u potpunosti podržavajući za istinsko ispoljavanje ženskog principa. No, je li to tako možete saznati na radionici zanimljivog naziva Ženstvenost – pogled iznutra.

*Kad se usudimo biti u svom apsolutu ženske prirode, u potpunosti receptivne, snažne i istinski iskrene, tek tada možemo kvalitetno premostiti intenzitet životnih dinamika i pomoći okolini da nas bolje upozna i razumije,* kaže Ana Krpan, medijatorica i autorica radionice namijenjene samo ženama, Ženstvenost – pogled iznutra.

Glavni cilj radionice jest duboko spoznavanje receptivnog, moćnog ženskog principa, a koristit će se različite tehnike drevnih sustava znanja, ali i novijih znanstvenih saznanja. Poanta jest da se kroz interaktivnost i sofisticirane sustave znanja iscijeli, njeguje i slavi mentalno, emotivno, fizičko i duhovno tijelo. Posebna će se pažnja posvetiti i njegovanju ženskog kruga kako su prakticirali stari sustavi znanja bazirani na usmenoj primopredaji i aktivnoj, otvorenoj komunikaciji.

Važno je spomenuti da je ovo samo jedna od radionica u nizu koju je pokrenula Ana Krpan u sklopu incijative Leptir kojoj je cilj potaknuti istinsku metamorfozu svijesti na individualnoj i poslovnoj razini.

*Dugi niz godina žedala sam i težila dubokoj osobnoj integraciji i ispoljavanju ženske receptivnosti, a da pritom ne upadnem u zamku dualnosti žrtva-agresor, i naravno, da pomirim svoje osobne i profesionalne težnje,* ističe Krpan, što zasigurno želi i većina ženske populacije koja se susreće s bazičnim dnevnim, i ne samo ženskim, pitanjima.

Radionica Ženstvenost – pogled iznutra održava se svaki mjesec u Zagrebu, a dodatne informacije mogu se saznati na e-mail adresi [budi@leptir.info](mailto:budi@leptir.info).

Važno je spomenuti da radionica nema izričito dobno ograničenje te su pozvane i žene od svojih najranijih dvadesetih. *Nikad nije prerano niti prekasno ispoljiti snagu ženskog duha, a mudrost leži u svakoj našoj aktivnosti, da ne kažem godini,* zaključuje Krpan.

# Primaljski Vjesnik - UPUTE AUTORIMA

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

## Primaljski vjesnik objavljuje:

- ✓ Izvorne znanstvene radove (*Original scientific paper*)  
– je originalno znanstveno djelo u kojem su izneseni rezultati istraživanja (predviđeno propisima koji reguliraju znanstvenu djelatnost).
- ✓ Pregledne radove (*Review article*) – je cijelovit pregled nekog problema ili područja istraživanja na osnovi već objavljenih radova, ali sadrži originalne analize, sinteze ili prijedloge za daljnja istraživanja.
- ✓ Stručne radove (*Professional paper*) – uključuje i korisne sadržaje za struku i ne predstavlja nužno istraživački rad (tehnika, tehnologija, metodika). Potrebno je da rad sadrži sljedeće dijelove: uvod, razrada, zaključak, literatura.
- ✓ Izlaganja sa znanstvenog skupa (*Conference paper*) – može biti objavljeno kao cijeloviti rad koji je prethodno referiran na znanstvenom skupu, a u obliku cijelog rada nije objavljen u zborniku radova.
- ✓ Te ostalo – radovi iz magazina, novina i sličnih popularno periodičkih publikacija.

## Prilikom pripreme radova molimo autore da se pridržavaju sljedećih uputa:

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

- ✓ Autor rada odgovoran je za točnost navedenih podataka i literature.
- ✓ Radovi će se bodosavati prema pravilniku Hrvatske komore primalja.
- ✓ Izneseno mišljenje ili stavovi autora ne odražavaju nužno mišljenje i stavove HKP.
- ✓ Recenzenti odobravaju objavu svakog pojedinog rada.

## NAVODENJE LITERATURE

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

## LITERATURA SE CITIRA NA SLJEDEĆI NAČIN:

### Članak u časopisu

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

### Članak u elektroničkom časopisu

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

## KNJIGE I MONOGRAFIJE

### Autor(i) pojedinci

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

### Poglavlje u knjizi

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

### Zbornik radova

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

### Dizertacija ili magisterij ili diplomski rad

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

### Citiranje zakona, pravilnika i uputa

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

### Citiranje web izvora

Scottish Intercollegiate Guidelines, (2001), Hypertension in the elderly. (SIGN publication 20) [Internet], <raspoloživo na: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign49.pdf>>, [pristupljeno 17. 3. 2005]



*Primalje  
za bolju  
budućnost!*