



Primaljski vjesnik



Primaljski vjesnik • Broj 22 • ISSN 1848-5863 • Svibanj 2017.



**MEĐUNARODNI
DAN PRIMALJA
5. SVIBANJ 2017.**

**PRIMALJE, MAJKE & OBITELJ:
PARTNERI ZA CIJELI ŽIVOT!**

HRVATSKA UDRUGA ZA
PROMICANJE PRIMALJSTVA

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
UTJECAJ INICIJATIVE „RODILIŠTE PRIJATELJ DJECE“ NA PRISTUP ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA PREMA DOJENJU	7
SINDROM SAGORIJEVANJA MEĐU ZDRAVSTVENIM DJELATNICIMA	15
POSTPOROĐAJNA DEPRESIJA	32
EMOCIONALNA PRILAGODBA MAJKI U POSTANATALNOM PERIODU	37
ADOLESCENTNE TRUDNOĆE U SPLITSKO - DALMATINSKOJ ŽUPANIJI I POSTUPCI MEDICINSKE SESTRE/PRIMALJE U PREVENCICI I SKRBI	39
SLUŽBENI POSJET POSEBNOG IZVJESTITELJA ZA PRAVO NA ZDRAVLJE HRVATSKOJ	45
IN MEMORIAM	48

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

Riječi uredništva

Drage primalje!

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

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

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

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

Pratite nas i na Facebook stranici: Hrvatska komora primalja

Uredništvo Primaljskog vjesnika!



Izgubljene članske iskaznice:

Ivana Tkalčević	Anamarija Pirak
Asija Šošić	Marija Jakiša
Jasenka Gotić	Milica Kraguljac
Ivana Žganec	Irena Smokvina
Đurđica Dokupil	Mihaela Leder
Nataša Mužević	Marija Bilić

Besplatni e-tečajevi na portalu e-učenje:

- 1. Reanimacija novorođenčeta,**
Autor sadržaja: dr. sc. Iva Bilić Čače dr. med., Tehnomedika d.o.o.
- 2. Uloga hijaluronske kiseline u cijeljenju tkiva,**
Autor sadržaja: Oktal Pharma d.o.o.
- 3. Višeosjetilni podražaj i sretan, zdrav razvoj djeteta,**
Autor sadržaja: Johnson&Johnson

Impresum:

Izdavač:

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

Žiro-račun: 2402006-110549055 Erste banka

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

Žiro-račun: 2360000-1101743245 Zagrebačka banka

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

Priprema i tisk: Alfacommerce d.o.o.

Naklada: 700 primjeraka

Tekstovi su lektorirani i autori odgovaraju za istinitost sadržaja.

List je besplatan.

Poštovane kolegice i kolege!

Pred Vama je novi broj Primaljskog vjesnika i zahvaljujemo se svima Vama koji ste sudjelovali u njegovu stvaranju.

Iskoristila bih ovu prigodu i ukazala na nastojanja kojima želimo unaprijediti primaljstvo u Hrvatskoj.

Početkom ove godine edukacijom ginekologa, neonatologa, primalja i medicinskih sestara iz četiri hrvatska rodilišta pokrenut je pilot program „Rodilište – prijatelj majki i djece“. U pilot programu, koji Hrvatska pokreće među prvima u svijetu, sudjeluju sljedeća rodilišta: KBC Rijeka, KB Merkur, KB Sveti Duh i OB Zabok. Komora je osmisnila i izradila dio edukacije koja će unaprijediti privatnost rodilja za njihova boravka u rodilištu, kao i suradnju zdravstvenih radnika i osobe od povjerenja koju rodilja bira za svoju pratnju tijekom poroda. Edukacija će također osigurati mogućnost izbora samostalne primaljske skrbi kod fizioloških trudnoća i porođaja. Očekuje se da će provođenje pilot programa, utemeljenog na smjernicama Međunarodnog udruženja ginekologa i opstetričara, trajati do sredine lipnja 2017. godine. Nakon pilot provedbe u navedenim hrvatskim rodilištima stručna radna skupina koju je osnovalo Ministarstvo zdravstva izradit će preporuke za nacionalnu primjenu programa „Rodilište – prijatelj majki i djece“.

Nedavno smo održali sastanak s predstavnicima Hrvatske komore medicinskih sestara te potpisali Ugovor o poslovnoj suradnji. Potpisivanjem ugovora HKMS i HKP obvezuju se priznavati i bodovati predavanja u organizaciji obiju Komora, kako medicinskim sestrama, tako i primaljama.

Također, nakon niza sastanaka s predstavnicima Fakulteta zdravstvenih studija, u Rijeci, u ožujku ove godine, ponovno je otvoren bridging program za primalje koje imaju završen studij sestrinstva, a prethodno su završile srednju školu za primalje. Program traje 18 mjeseci i predavanja su četverodnevna. Odvijaju se četvrtkom, petkom, subotom i nedjeljom. Na sjednici Skupštine, Komora je usvojila prijedlog da se svakoj članici Komore koja ostvaruje uvjete za upis i koja je podmirila svoje obveze prema Komori sufincira školarina u iznosu od 1.500 kuna.

Stupanjem na snagu novog Pravilnika o sadržaju, rokovima i postupku trajnog stručnog usavršavanja primalja, primalja-asistentica, primaljskih asistenata, prvostupnika/ica primaljstva i magistra primaljstva odlučeno je da je svaka primalja unutar licencnog razdoblja obavezna prisustvovati jednoj vrsti edukacije koja obuhvaća barem jednu temu iz područja etike u primaljstvu, jednu temu iz područja zakonodavstva u primaljstvu te jednu temu iz područja psihologije. Uz navedene teme obavezna je i jedna od sljedećih tema: Cpr novorođenčeta i Odrasle osobe - reanimacija.



S namjerom da edukaciju učinimo što dostupnijom te da našim članicama olakšamo usavršavanje na portal za e-učenje postavili smo novi, besplatan tečaj „Reanimacija novorođenčeta“. Naglasila bih da se značaj portala za e-učenje prepoznaje sve više, a broj odslušanih predavanja je u stalnom porastu.

Zbog isteka ugovora sa poslovnim partnerima na Portalu više nisu dostupni besplatni e-tečajevi: „Hitna kontracepcija“ koji je sponzorirala Arenda d.o.o. te „Novosti u primjeni oktenidina“ Oktal Pharme d.o.o.

Vijeće Komore usvojilo je dva nova Pravilnika (Pravilnik o postupku i načinu davanja mišljenja o opravdanosti osnivanja privatne prakse, grupne prakse, zdravstvene ustanove i trgovačkog društva za obavljanje djelatnosti primaljstva i Pravilnik o načinu isticanja naziva i oglašavanja rada privatne prakse, grupne prakse, zdravstvene ustanove, trgovačkog društva i druge pravne osobe u privatnom vlasništvu koja obavlja djelatnost primaljstva) i Odluku o visini troškova postupka davanja mišljenja o opravdanosti osnivanja privatne prakse, grupne prakse, zdravstvene

ustanove i trgovačkog društva za obavljanje djelatnosti primaljstva koji definiraju mogućnost otvaranja privatne prakse prvostupnica primaljstva.

Donesena je i odluka o prihvaćanju ponude Generali osiguranja d.d. i osiguranja Certitudo d.o.o. koja članicama Komore nudi mogućnost sklapanja police osiguranja od profesionalne odgovornosti, osiguranja pravne zaštite u kaznenom i prekršajnom postupku, osiguranja pravne zaštite u disciplinskom postupku pred poslodavcem, osiguranja pravne zaštite za kaznena djela zbog prometne nezgode i osiguranje od posljedica nesretnog slučaja s proširenim osigurateljnim pokrićima. Prihvaćena je i ponuda Uniqa osiguranja d.d. zahvaljujući kojoj članice Komore mogu sklopiti police dopunskog i dodatnog osiguranja po povoljnijim uvjetima o čemu će uskoro biti obaviještene.

I na samom kraju osvrnula bih se na 5. svibnja kada slavimo Međunarodni dan primalja. Već tradicionalno diljem Hrvatske primalje obilježavaju svoj dan različitim događanjima s ciljem educiranja, informiranja i okupljanja. To je prilika za razmjenu iskustva i stjecanja novih znanja. Ove godine, 5. svibnja, u svim rodilištima otvorit ćemo vrata trudnicama kako bi mogle upoznati rađaonicu i primalje. Tog dana primalje će biti na raspolaganju trudnicama, organizirat će se radionice na kojima će trudnice biti upućene od toga što ih sve očekuje u rađaonici do toga što trebaju pripremiti za boravak u rodilištu. Ovo je prilika da trudnice i njihove obitelji upoznaju primalje prije samog poroda, da pitaju sve što ih zanima, traže savjet i informacije, što će sigurno doprinijeti boljoj pripremi za sam porod.

*Srdačno Vas pozdravljam,
Barbara Finderle*



MEDUNARODNI DAN PRIMALJA 5. SVIBANJ 2017.

**PRIMALJE, MAJKE & OBTELJ:
PARTNERI ZA CIJELI ŽIVOT!**

Utjecaj inicijative „RODILIŠTE - PRIJATELJ DJECE“ na pristup zdravstvenih djelatnika prema dojenju

*Sonja Kočić Čovran, bacc.obs.,
sonjacovran@yahoo.com, KLINIČKA BOLNICA „MERKUR“*

1.UVOD

Prije dva desetljeća Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) i UNICEF utvrdili su da je u Hrvatskoj sve manje novorođenčadi dojeno. Veoma niska stopa dojenja i prije Domovinskog rata svrstala je Hrvatsku među zemlje s najnižom stopom dojenja. Ne postoje podaci o utjecaju rata na dojenje, no pretpostavka je da se u tim okolnostima učestalost dojenja smanjila (Grgurić 1994).

Godine 1993. zahvaljujući UNICEF-u u Hrvatskoj započinje program odnosno inicijativa „Rodilišta - prijatelj djece“ s ciljem provođenja „Deset koraka do uspješnog dojenja“ i prekidanjem prakse kojom su nadomjesci za majčino mlijeko distribuirani putem donacija ili prodavani po povoljnijim cijenama unutar zdravstvenih ustanova (Grgurić 2007).

Inicijativa „Rodilište - prijatelj djece“ dio je globalne strategije za prehranu dojenčadi i male djece. Strategija podupire isključivo dojenje tijekom prvih šest mjeseci djetova života, a nakon toga pravovremeni početak dohrane, uz nastavak dojenja do druge godine, ali i dalje (Grgurić 2007). Cilj globalne strategije je optimalnom prehranom poboljšati uhranjenost, rast, razvoj, zdravstveno stanje, a time i preživljavanje dojenčadi i male djece.

Zahvaljujući Inicijativi, 2016. godine broj novorođenčadi dojene pri izlasku iz rodilišta iznosio je od 91 % do 95 %, a u svim rodilištima stvoreni su uvjeti za zajednički boravak majki i djece.

Inicijativa se nastavlja podrškom kod dojenja prije-vremeno rođene djece, kao i podrškom majkama kako bi rodilišta postala i prijatelji majki (UNICEF 2015).

1.2. Kako je bilo nekad?

Prije više od dva desetljeća programirani porođaj i ustaljena praksa medikacije pri porođaju bili su uobičajeni. Intervencije kojima se rodilja podvrgavala pri ulasku u rađaonicu automatski su narušavale prirodne procese

porođaja. Majka i dijete razdvajani su odmah po porođaju s obrazloženjem da je majci potreban odmor. Otac je pak dijete mogao vidjeti isključivo kroz zaštitno staklo.

S druge strane pružanje kontinuirane podrške ženama tijekom porođaja povećava vjerojatnost spontanog vaginalnog poroda, smanjuje trajanje porođaja i primjenu lijekova za ublažavanja boli te smanjuje učestalost carskog reza i instrumentalnog dovršenja porođaja. Osim toga, manje novorođenčadi se rađa s niskom Apgar ocjenom u petoj minuti, a majke izražavaju veće zadovoljstvo takvim iskustvom rađanja (Amorim et Katz 2012).

1.3. Fiziološki proces nastanka majčinog mlijeka

Priprema dojki za laktaciju započinje tijekom trudnoće kroz razne faze. U prvom tromjesečju trudnoće dolazi do proliferacije žlijezdanog epitela dojke i grananja izvodnih kanalića te intenzivnijeg protoka krvi kroz dojku. U zadnjem tromjesečju epitelne stanice se pune masnim kapljicama, dolazi do stvaranja kolostruma te smanjenja proliferacije uz povećanje sekrecije (Krešić, Dujmović, Mandić et Mrduljaš 2013). Dojke su sposobne za laktaciju od 16. tjedna trudnoće nadalje, što bi značilo da je mlijeko prisutno tijekom laktogeneze I u obliku kolostruma. Laktogeneza I označava početak sekretorne stanične aktivnosti i nakupljanje kolostruma od 10 do 12 tjedna trudnoće. Laktogeneza II označava uspostavu obilne produkcije mlijeka nakon porođaja posteljice, a laktogeneza III odnosno galaktopoeza, stadij zrele proizvodnje mlijeka. Stvaranje mlijeka je pod hormonskom kontrolom prije porođaja posteljice i prelazi pod autokrinu kontrolu tijekom laktogeneze II. Porođaj posteljice, hormonske promjene (pad prostaglandina, visoka koncentracija prolaktina) i sisanje novorođenčeta potiču obilno stvaranje mlijeka nakon porođaja (Medicinski fakultet u Splitu, Katedra za obiteljsku medicinu 2011).

1.4. Sastav majčinog mlijeka

Majčino mlijeko osigurava novorođenčetu hranjive tvari dobre bioraspoloživosti, kao i velik broj bioaktivnih komponenti koje pridonose imunološkoj zaštiti protiv patogena u djetetovom okruženju (Section on Breastfeeding 2012). Sastav majčinog mlijeka nije statičan već se mijenja s dužinom laktacije. U razdoblju od 1. do 5. dana nakon porođaja izlučuje se kolostrum. Prijelazno mlijeko se izlučuje u razdoblju od 6. do 15. dana nakon porođaja, dok se zrelo mlijeko izlučuje nakon 16. dana (Božanić 2004). Masti majčinog mlijeka, osim što predstavljaju glavni izvor energije, čineći oko 40 – 55 % djetetovog ukupnog energetskog unosa, osiguravaju dječjem organizmu opskrbu vitaminima topljivim u mastima i esencijalnim masnim kiselinama.

Kolostrum je gusta, ljepljiva, skoro želatinozna, uglavnom žuto obojena tekućina. U prosjeku se proizvodi u količini od 30 ml dnevno, a sadrži oko 2 % masti (Podgorelec, Brajnović Zaputović et Kiralj 2016). Kolostrum je bogat imunološkim komponentama kao što su imunoglobulin A, laktferin i leukociti (Ballard et Morrow 2013). Sadrži malu koncentraciju lakoze što ukazuje da mu je glavna zadaća zaštitna, a ne hranjiva. U odnosu na zrelo mlijeko kolostrum sadrži više ugljikohidrata, a manje bjelančevina (Horta et Vicorta 2013). S druge strane doprinosi uspostavi bifidalne nepatogene flore u probavnom sustavu, a ima i laksativni učinak gdje čisti mekonijum od ostatka bilirubina (Krešić, Dujmović, Mandić et Mrduljaš 2013) te na taj način smanjuje mogućnost pojave hiperbilirubinemije. U prijelaznom mlijeku polako raste količina masti i ugljikohidrata, a posljedično i ukupna energetska vrijednost mlijeka. Tijekom 24 sata stvori se oko 500 ml prijelaznog mlijeka.

Važna značajka zrelog mlijeka jest ta što mu sastav nije jednak na početku i na kraju podjeda. Energetska vrijednost iznosi oko 68 kcal na 100 ml. U početku podjeda dijete dobiva tzv. prvo mlijeko ili predmlijeko koje je rijetko i plavkaste boje. Budući da sadrži više vode i ugljikohidrata zadovoljava potrebe djeteta za tekućinom. Kako se obrok približava kraju mlijeko sadržava više masti. Takvo mlijeko dojenčetu pruža osjećaj sitosti (Krešić, Dujmović, Mandić et Mrduljaš 2013).

Dojenje je proces u kojem žena hrani novorođenče preko dojki. Novorođenče staro tek nekoliko trenutaka već ima refleks sisanja i gutanja. Dojenje je normalna fiziološka funkcija svake roditelje, međutim treba naglasiti da se nalazi pod utjecajem niza čimbenika kako na individualnoj, tako i na široj društvenoj razini (Anderson, Johstone et Remley 1999). Proces dojenja nije samo pitanje zadovoljenja nutritivnih potreba, već ima iznimani utjecaj na psihološki i emocionalni razvoj djeteta (UNICEF 2016).

1.5. Deset činjenica o dojenju prema kojima SZO temelji načela „Deset koraka prema uspješnom dojenju“ (SZO 2016)

1. SZO preporučuje isključivo dojenje tijekom prvih šest mjeseci života, a nakon toga nastavak dojenja do druge godine ili više, uz postupno uvođenje čvrste hrane. Dojenje treba započeti unutar jednog sata po rođenju. Dojiti bi trebalo „na zahtjev“ odnosno učestalost i trajanje podoja ne bi smjeli biti ograničeni, a boćice i dude treba izbjegavati.

2. Zdravstvene prednosti majčinog mlijeka su neupitne, ono je najbolja hrana za novorođenčad i dojenčad. Majčino mlijeko osigurava sve hranjive tvari potrebne za zdrav razvoj. Osim toga sadrži i antitijela koja djecu štite od najčešćih dječjih bolesti, poput proljeva i upale pluća. Te su bolesti primarni uzroci smrtnosti djece u svijetu. Uz sve navedeno majčino mlijeko je lako dostupno i na koncu besplatno.

3. Isključivo dojenje je povezano s prirodnom metodom kontrole rađanja (98 % zaštite u prvih šest mjeseci nakon rođenja djeteta) i kao takvo ima zdravstvenu prednost za majke. Dojenje također smanjuje rizik od postporođajne depresije, karcinoma dojke i jajnika te dijabetesa tipa II.

4. Dojena djeca imaju dugoročne zdravstvene prednosti u odnosu na nedojenu djecu. Dojenje uvelike pridonosi cjeloživotnim temeljima dobrog zdravlja. Za adolescente i odrasle koji su dojili u novorođenačkoj i dojenačkoj dobi manje je vjerojatno da će imati dijabetes tipa II ili da će biti pretili. Osim toga potvrđen je i pozitivan učinak dojenja na kasniji kognitivan razvoj (Neville, Anderson, McManaman et al. 2012).

5. Mliječna formula za dojenčad ne sadrži antitijela koja se nalaze u majčinom mlijeku. Dugoročne zdravstvene prednosti dojenja za majke i djecu ne mogu se postići s dojenačkom formulom. Hrana za dojenčad mora biti pravilno pripremljena, jer rizici koji proizlaze iz korištenja nesigurne vode i nesterilizirane opreme veliki su, a također postoji mogućnost prisutnosti bakterija u prahu mliječnih formula. Prerazrijeđena mliječna formula može uzrokovati pothranjenost.

Dok često dojenje, zahvaljujući principu ponude i potražnje, održava opskrbu majčinim mlijekom, korištenjem mliječne formule laktacija se smanjuje. Može se dogoditi da povratak isključivom dojenju zbog smanjene proizvodnje majčinog mlijeka ne bude moguć.

6. Majka zaražena virusom HIV-a može prenjeti infekciju na dijete tijekom trudnoće, porođaja ili dojenja. Međutim, antiretrovirusni lijekovi dani zaraženoj majci ili djetetu izloženom HIV-u smanjuju rizik od prijenosa. Zajedno, dojenje i ARVs značajno mogu poboljšati šanse

dojenčeta za preživljavanje. SZO preporučuje da kada majka zaražena HIV-om doji svakako treba dobiti i ARVs te slijediti SZO smjernice za prehranu dojenčeta.

7. Međunarodna regulativa marketinga nadomjestaka za majčino mlijeko usvojena je 1981. godine i poziva:

- da se na svim mliječnim formulama označe i navedu informacije o prednosti dojenja i zdravstvenim rizicima nadomjestaka za majčino mlijeko;
- zabranjeno je promovirati nadomjestke za majčino mlijeko;
- zabranjeno je dijeliti besplatne uzorke nadomjestaka za majčino mlijeko trudnicama, majkama i njihovim obiteljima;
- zabranjeno je distribuirati besplatne ili subvencionirane nadomeske za majčino mlijeko zdravstvenim radnicima ili zdravstvenim ustanovama.

8. Dojenje je vještina koja se uči i mnoge žene na početku dojenja nailaze na poteškoće. Niz rutinskih praksi, poput odvajanja majke i djeteta odmah po porođaju, izravno otežavaju uspostavu dojenja. Zdravstvene ustanove koje podržavaju dojenje izbjegavanjem ove prakse potiču nove majke da počnu dojiti unutar prvog sata po rođenju djeteta, a time se doprinosi sve većoj stopi dojenja u praksi. Kako bi se osigurala ova podrška i poboljšala skrb za majke i novorođenčad, u svijetu postoje „Baby – friendly“ objekti u oko 152 zemalja zahvaljujući SZO – UNICEF-ovoj Inicijativi „Rodilišta - prijatelji djece“.

9. Mnoge majke koje se vraćaju na posao odustaju od dojenja djelomično ili u potpunosti, jer nemaju dovoljno vremena ili pak nemaju odgovarajuće uvjete za dojenje i/ili izdajanje te nisu u mogućnosti pohranjivati svoje mlijeko. Majke koje doje trebaju čisto i zaštićeno mjesto za dojenje i/ili izdajanje u neposrednoj blizini svog radnog mesta. Plaćeni porodiljni dopust, skraćeno radno vrijeme, prostorija za izdajanje, hladnjak za pohranu izdojenog mlijeka te pauze za dojenje uvjeti su koji uvelike doprinose uspješnom dojenju.

10. Kako bi se zadovoljile rastuće potrebe djece u dobi od šest mjeseci starosti, čvrstu hranu treba uesti kao dopunu uz nastavak dojenja. Hrana za dojenčad može biti posebno pripremana ili to mogu biti prilagođeni obiteljski obroci. SZO navodi da:

- dojenje se ne bi trebalo smanjivati uvođenjem dohrane;
- hrana se treba davati žlicom ili čašom, a ne putem boćice;
- hrana treba biti čista i sigurna;
- djeci je potrebno dati dovoljno vremena da nauče jesti krutu hranu (Neville, Anderson, McManaman et al. 2012).

1.6. Inicijativa

„Deset koraka do uspješnog dojenja“

Inicijativa se temelji na načelima sažetim u zajedničkom priopćenju dviju organizacija SZO-a i UNICEF-a. „Deset koraka za uspješno dojenje“ koje rodilište treba poštivati kako bi dobilo naziv „Prijatelj djece“ obuhvaća niz mjera za poticanje dojenja odmah nakon poroda te podršku majkama i nakon izlaska iz rodilišta (Moore, Anderson, Bergman et Dowsell 2012).

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

1. Izraziti službenu politiku podrške dojenju u pisanim obliku (pravilnik) o kojoj trebaju redovito biti obavještavani svi zaposleni zdravstveni radnici.
2. Educirati sve zaposlene zdravstvene radnike da primjenjuju politiku podrške dojenju i u praksi.
3. Informirati sve trudnice o prednostima i tehnikama dojenja.
4. Pomoći majkama da započnu s dojenjem već pola sata nakon poroda.
5. Naučiti majke tehnikama dojenja i pomoći im da održe laktaciju, čak i u situaciji kada su nakon porođaja odvojene od svojih beba.
6. Ne davati novorođenčadi nikakvu drugu hranu niti tekućinu, već samo majčino mlijeko, izuzev kada je to medicinski opravданo.
7. Omogućiti majkama i djeci zajednički smještaj 24 sata dnevno („rooming-in“).
8. Poticati majke da doje na djetetovo traženje.
9. Ne davati dude i dudu varalice djeci dojenoj djeci.
10. Poticati osnivanje skupina za potporu dojenja i uputiti majke na njih pri izlasku iz rodilišta.

Ova pravila temeljena su na detaljnim preporukama SZO-a/UNICEF-a. Objavljena 1991. godine kao „Deset koraka do uspješnog dojenja“ pružaju predložak za razvijanje jedinstve bolničke politike koja podupire dojenje. Konkretno, naglasak je stavljen na potrebu preispitivanja i prekidanja ometajućih bolničkih praksi koje onemogućuju rani kontakt „koža na kožu“, ograničavaju količinu vremena koje novorođenče provodi s majkom ili pak učestalost i trajanja podoja (Becker et Remmington 2012).

2. HIPOTEZA

Inicijativa „Rodilišta - prijatelj djece“ jedan je od važnih čimbenika koji je promijenio pristup zdravstvenih djelatnika prema rodiljama i njihovo novorođenčadi i povećao učestalost dojenja po izlasku iz rodilišta.

3. CILJ STRUČNOG RADA

Primarni cilj ovog stručnog rada jest ustanoviti način na koji je provedba Inicijative „Rodilište - prijatelj djece“ dovela do promjene načina prehrane novorođenčadi pri izlasku iz rodilišta.

Sekundarni cilj ovog stručnog rada je ustanoviti u koliko mjeri Inicijativa „Rodilište - prijatelj djece“ promjenom načina prehrane novorođenčadi, ukoliko se ista potvrdi, doprinosi promijeni parametara koji su povezani s dojenjem, a mogu potencijalno utjecati na perinatalni i rani neonatalni morbiditet; a to su gubitak novorođenčadi na težini od poroda do otpusta iz bolnice, duljina boravka u bolnici nakon poroda te vrijeme koje je proteklo od poroda do prvog podoja.

4. ISPITANICI I METODE

Provedeno je retrospektivno istraživanje zdrave novorođenčadi u razdoblju od 1. siječnja 1993. godine do 30. lipnja 1993. godine koja su uspoređena s novorođenčadi rođenoj u razdoblju od 1. siječnja 2015. godine do 30. lipnja 2015. godine na Klinici za ženske bolesti i porode KB „Merkur“, Zagreb.

Analizirano razdoblje izabrano je upravo iz razloga što je 1993. godine u Republici Hrvatskoj započeo program promicanja dojenja pod nazivom „Deset koraka prema uspješnom dojenju“, stoga Inicijativa još uvijek nije polučila utjecaj na pristup zdravstvenih djelatnika prema rodiljama i njihovoj novorođenčadi. Godina 2015. uzeta je kao evaluacija trenutnog stanja, jer KB „Merkur“ od 2009. godine nosi naziv „Rodilište – prijatelj djece“. Tome je predhodilo zadovoljavanje strogih kriterija koje je nalagala Inicijativa. Ista se sustavno provodila već nekoliko godina.

Analizirane su i uspoređene dvije skupine novorođenčadi.

Prva skupina uključivala je zdravu novorođenčad koja je rođena u prvih 6 mjeseci 1993. godine vaginalnim putem, u stavu glavom, bez ikakvih pridruženih komplikacija koje bi na bilo koji način mogle utjecati na ishod trudnoće, poroda ili perinatalnog infekta. Iz analize su

stoga isključene sve rodilje koje su tijekom trudnoće imale gestacijski dijabetes, gestacijsku hipertenziju, placentu previu ili bilo kakva krvarenja tijekom trudnoće, plod u stavu zatkom i novorođenčad bez perinatalnog infekta, te druge kronične i akutne bolesti te stanja koja bi na bilo koji način, čak i posredno mogla utjecati na promatrane i definirane ciljeve istraživanja. Također, isti su kriteriji korišteni za odabir novorođenčadi druge skupine koja se razlikovala isključivo po vremenskom periodu poroda, a promatrano je prvih šest mjeseci 2015. godine.

Korištena je medicinska dokumentacija Klinike za ženske bolesti i porode, Kliničke bolnice „Merkur“ u Zagrebu, te su analizirani i uspoređeni podaci o antropometrijskim mjerama novorođenčadi (tjelesna težina, tjelesna duljina), vremenu proteklom od porođaja do prvog podoja i načinu hranjenja novorođenčadi pri izlasku iz rodilišta, fiziološkom padu na tjelesnoj težini pri izlasku iz rodilišta i duljini boravka novorođenčadi u rodilištu nakon porođaja. Istraživanje je odobrio stručni kolegij Klinike za ženske bolesti i porode Kliničke bolnice „Merkur“.

Provedena je deskriptivna analiza podataka te su testirane razlike između skupina korištenjem z-testa za proporcije i testa normalnosti (Mann Whitney test). Podaci koji su bili nepravilno uneseni ili su nedostajali u povijestima bolesti nisu uključeni u deskriptivni prikaz i statističku analizu. Svi statistički testovi provedeni su uz razinu statističke značajnosti od 95 %. Pohrana i obrada podataka rađena je u programu Microsoft Excel TM. Rezultati istraživanja prikazani su tablicama i grafikonom.

5. REZULTATI

Na Klinici za ženske bolesti i porode KB „Merkur“ u promatranom periodu 1993. godine ukupno je bilo 2558 porođaja, od čega je kriterijima uključenja i isključenja odabrano 105 novorođenčadi iz niskorizičnih trudnoća po predefiniranim kriterijima. U 2015. godini na Klinici za ženske bolesti i porode rođeno je 1526 djece, te je slijedeći iste kriterije uključenja i isključenja odabrano 99 zdrave novorođenčadi koji su uključeni u daljnju analizu.

Tablica 1: Opće karakteristike novorođenčadi izabrane skupine u 1993. i 2015. godini

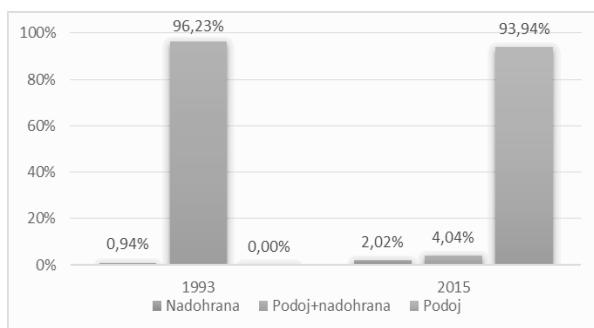
	1993. godina					2015. godina					
	n	min	Max	Prosjek	St. Devijacija	n	min	max	prosjek	St. Devijacija	p
Tjelesna težina	105	2750	4550	3517	350	99	2740	4220	3316	310	0.00086
Tjelesna duljina	105	48	56	51	2	99	48	55	51	1	0.07
Tjelesna težina pri otpustu	103	2650	4460	3401	360	99	2620	4440	3235	330	0.00124
Duljina boravka	103	3	10	5	1	99	1	19	4	3	<0.0001
Prvi podoj (nakon sati)*	103	7*	56*	14*	7*	97	10 min	24*	3*	4*	<0.0001

* Vrijeme za prvi podoj koje je uzeto u 2015. godini je na 10 minuta obzirom da je novorođenčad netom po porodu bila u kontaktu „koža na kožu“.

Prosječna tjelesna težina novorođenčadi uspoređivana pri porođaju iznosila je u 1993. godini 3517 grama, dok je u 2015. godini iznosila 3316 grama. Z - testom uočena je statistički značajna razlika, odnosno dobiveni podatci ukazuju na nešto veću porođajnu težinu novorođenčadi rođenu tijekom 1993. godine u promatranom razdoblju ($z=3.334$, $p=0.00086$). Vjerujemo da je ta razlika dobivena slučajno.

Tjelesna težina novorođenčadi pri otpustu, u 1993. godini iznosila je u prosjeku 3401 grama, dok je u 2015. godini iznosila 3235 grama. Rezultati potvrđuju statistički značajnu razliku između tjelesnih težina pri otpustu u promatranom razdoblju ($z=3.225$, $p=0.00124$).

Na grafikonu 1 prikazan je način prehrane novorođene djece 1993. i 2015. godine kod otpusta iz bolnice što predstavlja primarni cilj ovog istraživanja.



Grafikon 1. Način prehrane novorođenčadi za vrijeme boravka u rodilištu

Iz priloženog grafa vidljivo je da se način prehrane novorođenčadi bitno izmijenio usporedimo li 1993. i 2015. godinu. Z - testom uočena je statistički značajna razlika između promatranih parametara, odnosno u 2015. godini velika većina majki prehranu novorođenčeta temelji isključivo na dojenju, dok je u 1993. godini prevladavala kombinirana prehrana (podoj + nadohrana) ($z=13.026$, $p<0.00001$).

Kao sekundarni ciljevi istraživanja koji su promatrani u ovom istraživanju definirani su gubitak na tjelesnoj težini novorođenčadi od porođaja do otpusta iz bolnice, duljina boravka u bolnici nakon porođaja te vrijeme proteklo od porođaja do prvog podoja.

Prosječan gubitak na tjelesnoj težini novorođenčadi od porođaja do otpusta iz bolnice u 1993. godini iznosi 3.48 % tjelesne težine, a u 2015. godini iznosi 3.42 % (Tablica 1). Razlika se nije pokazala statistički značajnom ($p>0.6$).

Prosječna duljina boravka novorođenčadi u bolnici nakon porođaja u 1993. godini iznosila je 5 dana, dok je u 2015. iznosila 4 dana (Tablica 1). Z-testom uočena je statistički značajna razlika, odnosno roditelje i njihova novorođenčad su u 2015. godini boravile u rodilištu kraće nego li 1993. godine ($p<0.01$, $t= 6,157$).





U 1993. godini zabilježeni su podaci o vremenu proteklom od rođenja do provog podoja za 103 od 105 novorođenčeta. Kod dvije rodilje provedena je ablaktacija, tražena na vlastiti zahtjev. Kod 103 novorođenčeta minimalno vrijeme do prvog podoja iznosilo je 7 sati, dok je maksimalno zabilježeno vrijeme do prvog podoja iznosilo 8 dana, međutim to je izolirani slučaj i izuzet iz daljne analize. Kod preostala 102 novorođenčeta maksimalno vrijeme proteklo od rođenja do prvog podoja iznosilo je 56 sati, dok je prosječno vrijeme iznosilo 14 sati.

U 2015. godini imamo podatke o 97 od 99 novorođenčadi. Dvoje od 99 novorođenčadi izuzeto je iz daljne analize, jer je kod majki provedena ablaktacija, na vlastiti zahtjev. Minimalno zabilježeno vrijeme proteklo do prvog podoja izraženo je u minutama, jer su podoji ostvareni u rađaonici za vrijeme trajanja kontakta „koža na kožu“, a za potrebe ove analize za sve podoje koji su uspostavljeni u rađaonici, vrijeme proteklo do prvog podoja stavljen je na 10 minuta. Stoga minimalno vrijeme do prvog podoja iznosi 10 minuta, a maksimalno vrijeme 24 sata.

U prosjeku je 2015. godine proteklo nešto manje od 3 sata od porođaja do prvog podoja, što je značajno smanjenje u odnosu na 1993. Godinu. Isto se potvrđuje i statistički značajnom razlikom ($t\text{-test}=11.689$, $p<0.0001$).

6. RASPRAVA

U ovom retrospektivnom istraživanju uočili smo značajno povećanje broja dojene novorođenčadi pri izlasku iz rodilišta uspoređujući 2015. s 1993. godinom. Zasigurno postoje brojni čimbenici koji su utjecali na isto povećanje, no mišljenja smo da je provođenje inicijative „Rodilište – prijatelj djece“ jedan od važnijih čimbenika čime smo potvrdili hipotezu našeg istraživanja.

Edukacija za provođenje inicijative „Rodilište – prijatelj djece“ dovodi do unapređenja znanja zdravstvenih djelatnika, bolje bolničke prakse, većih stopa dojenja pri otpustu iz rodilišta i u dobi od 6 mjeseci u razvijenim zemljama sa suvremenim sustavima zdravstvene zaštite (Su et al. 2007). Smjernice Inicijative ne predstavljaju protokol o liječenju ili standard skrbi, već svo zdravstveno osoblje pristaje se pridržavati protokola i standarda, a rukovoditelji to moraju zahtjevaju od osoblja. Liječnici obiteljske medicine, liječnici drugih specijalnosti i ostali zdravstveni djelatnici koji vode brigu o zdravlju žena i djece trebali bi se kontinuirano zalagati za promicanje dojenja (Becker et Remmington 2012). U kriterijima Inicijative traži se da zdravstveno osoblje u rodilištima završi teorijsku i praktičnu edukaciju o dojenju u trajanju od dvadeset sati. Kako bi se pomoglo u obrazovanju zdravstvenih djelatnika AAP preporučuje korištenje činjenica temeljenih na dokazima kako bi pospiješili znanje, unaprijedili povjerenje i provodili podupirući praksu prema dojenju (Ballard et Morrow 2013).

Važnost zlatnog sata, odnosno poštivanje 4. koraka Inicijative „Deset koraka do uspješnog dojenja“, ističu i autori u istraživanju u kojem je novorođenčad izložena kontaktu „koža na kožu“ više komunicirala s majkom i u prosjeku manje plakala od novorođenčadi koja je primala uobičajenu bolničku skrb (Renfrew, McCormick, Wade, Quinn, Dowswell 2012). U ovom retrospektivnom istraživanju analiziranog razdoblja u 1993. godini kada se većina djece rađala u bolnicama te kada je uobičajeni postupak bio odvajanje majki i novorođenčadi, možemo utvrditi da je prosječno vrijeme od rođenja do prvog podoja iznosilo 14 sati, dok je u 2015. godini u prosjeku proteklo nešto manje od tri sata do prvog podoja, što je značajno smanjenje u odnosu na 1993. godinu. Navedeno je zasigurno pomoglo povećanju stopi dojenja općenito, a zahvaljujući poštivanju 4. koraka možemo potvrditi da je Inicijativa zaista zasluzna za povećanje broja dojene djece kod otpusta iz rodilišta. Provedba ovog koraka u rađaonici uključuje cijeli niz postupaka koje osoblje mora usvojiti kako bi moglo osiguralo savršene uvjete za prvi sat majke i djeteta. Svi rutinski postupci trebali bi se provoditi nakon prvog podoja (vaganje, mjerjenje, K vitamin i sl.). Jedan od najvažnijih koraka je olakšavanje ranog, kontinuiranog i dugotrajnog kontakta „koža na kožu“, ranog započinjanja dojenja te pozitivan pristup zdravstvenih

djelatnika spram dojenja, kao i pružanje podrške majci tijekom njezina boravka u bolnici. Potpora dojenju nakon rođenja je neznatno učinkovitija od edukacije provedene prije porođaja (Su et al.2007). Prvi dani i tjedni dojenja vrijeme su kada se majka i dijete upoznaju i uče jedno o drugome. Upravo u tom razdoblju uspostavlja se pravilna tehnika dojenja koja je jedan od najvažnijih čimbenika za uspješno dojenje.

Prema smjernicama SZO-a preporuka je da se po porođaju majka i novorođenče ne odvajaju te da se novorođenčetu omogući prvi podoj unutar dva sata od rođenja (Renfrew, McCormick, Wade, Quinn, Dowswell 2012). Ovim istraživanjem potvrđujemo da se vrijeme od rođenja do prvog podoja značajno smanjilo u periodu od 1993. do 2015. godine, što je sukladno preporukama Svjetske zdravstvene organizacije i što možemo smatrati uspjehom. Osim toga, preporučuje se isključivo dojenje do šestog mjeseci starosti, a samo dojenje nastavlja se kao važan dio prehrane do najmanje druge godine starosti djeteta (Merten, Dratva et Ackermann-Liebrich 2005). Novorođenčad na prsima ne treba dobivati nikakvu drugu tekućinu ni hranu, osim ako je to medicinski indicirano i preporučeno od strane liječnika (Dyson, McCormick, Renfrew 2005). Zajedničkim smještajem majke i novorođenčeta omogućavamo majci da odgovara na djetetove potrebe. Bliski kontakt majke i novorođenčeta smanjuje poteškoće pri hranjenju i stabilizira tjelesne funkcije novorođenčeta. Svakoj majci treba objasniti da se dijete doji na zahtjev, majka također treba naučiti kako prepoznati rane znakove gladi. Treba joj objasniti da zdravo novorođenče može imati i do 12 podoja u 24 sata te da razmak između dva podoja ne smije biti veći od 4 sata (u tom slučaju novorođenče treba probuditi) (Dyson, McCormick, Renfrew 2005).

U ovom istraživanju fiziološki pad na tjelesnoj težini novorođenčadi istraživane skupine u 1993. godini, kada se novorođenčad nosila na dojenje svaka četiri sata, a po povratku u dječju sobu obavezno nadohranjivala mlječnom formulom, iznosi 3,48 % u trenutku otpusta iz rodilišta. U istraživanom razdoblju u 2015. godini kod novorođenčadi dojene isključivo na zahtjev fiziološki pad na tjelesnoj težini u trenutku otpusta iz rodilišta iznosi 3,42 %. Ne postoji statistički značajna razlika u tome padu. Možemo reći, da učinci rane nadohrane mogu utjecati na smanjeno stvaranje mlijeka uslijed smanjenog pražnjenja dojke, poteškoćama s uspostavom uspješnog dojenja i smanjenim samopouzdanjem majke u sposobnost da doji (Cattaneo et Buzzetti 2001). Djeca rođena u rodilištu koja su prijateljski naklonjena dojenju imaju veću šansu duljeg dojenja ukoliko se zdravstveni djelatnici dosljedno pridržavaju svih preporuka inicijative UNICEF-a „Rodilište - prijatelj djece“. Stoga, Inicijativu treba nastaviti te pratiti pridržavanja preporuka kako bi se postigao puni učinak

Inicijative (Merten, Dratva et Ackermann-Liebrich 2005). Uporabu duda varalica ne treba savjetovati, jer otežavaju uspostavljanje dojenja (Becker et Remmington 2012). Javlja se tzv. konfuzija bradavica, jer dojenje i hranjenje na bočicu zahtijeva različite oralne motoričke vještine novorođenčeta. Kod uspostave dojenja i održavanja laktacije pristup majci i djetetu mora biti individualan, a u obzir se moraju uzeti sve osobitosti majke i djeteta. Ukoliko majka doji i dodaje nadohranu prijelaz na isključivo dojenje mora biti postupan i mora se odvijati uz nadzor zdravstvenog djelatnika.

Duljina boravka u rodilištu u analiziranom razdoblju u 1993. godini, nakon porođaja iznosila je 5 dana, dok je u 2015. godini duljina boravka novorođenčeta u rodilištu iznosila 4 dana. U ovom retrospektivnom istaraživanju utvrđena je statistički značajna razlika vezana uz duljinu boravka. Možemo reći da smo pridonjeli i financijskoj uštedi bolnice smanjivanjem trajanja bolničkih dana. Planiranje otpusta treba sadržavati odgovarajuću pripremu roditelja, informacije o pristupu dojenja i načina potpore dojenju, profesionalnu pomoć, i ne manje bitno, pravovremeno planiranje nastavka praćenja kroz patronažnu skrb. Razlozi za takvu preporuku leže u nizu dokaza koji pokazuju da izostanak dojenja uzrokuje različite kratkoročne i dugoročne rizike kako kod majke, tako i kod djeteta. Brojne žene prestanu dojiti prije nego to žele zbog niza problema na koje najdu u prvima danima nakon porođaja. Mnogi od njih mogu se spriječiti dobrom skrbi i podrškom. Preuranjeno prekidanje dojenja može uzrokovati razočaranje i stres kod majke te zdravstvene probleme i kod majke i kod djeteta. Podrška za dojilje uključuje pružanje potpore, pohvale, informiranje i priliku za razgovor te odgovaranje na majčina pitanja. Podrška koju pruža Grupa za potporu dojenju, kao i zdravstveni djelatnici ima pozitivan učinak na pokazatelje dojenja (Su et al. 2007). Cilj grupe je pomoći majkama koje doje informacijama, savjetima i praktičnom pomoći pri dojenju, ali jednako je značajna i emocionalna potpora, prenošenje pozitivnog stava prema dojenju te iskustvo. Također je cilj podržati dojenje, promicati ga, povećati prosječno trajanje isključivog dojenja, povećati prosječno trajanje dojenja općenito, a samim time povećati stopu dojenja (Pavićić Bošnjak & Grgurić 2007).

7. ZAKLJUČAK

Na Klinici za ženske bolesti i porode Kliničke bolnice „Merkur“ u promatranom razdoblju od 1. siječnja 1993. godine do 30. lipnja 1993. godine te u razdoblju od 1. siječnja 2015. godine do 30. lipnja 2015. godine, možemo zaključiti da se udio dojene novorođenčadi znatno povećao sukladno smjernicama SZO-a i UNICEF-a. Zaključujemo i da pozitivan učinak isključivog dojenja ne utječe na duljinu boravka novorođenčadi u rodilištu. Provedba inicijative

„Rodilište – prijatelj djece“ jedan je od parametara koji je pridonio promjeni načina prehrane novorođenčadi pri otpustu iz bolnice. Porast broja dojene djece kod otpusta kao vjerojatni rezultat provedbe Inicijative nije utjecao na pad tjelesne težine novorođenčadi, a smanjio je duljinu boravka u bolnici te vrijeme od porođaja do prvog podoja.

8. LITERATURA

1. Anderson WJ, Johnstone BM, Remley TD (1999) Breastfeeding and cognitive development: a meta-analysis. Am J Clin Nutr;70:525-535.
2. Amorim MMR, Katz L. Continuous support for women during childbirth: RHL commentary (last revised: 1 May 2012). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization
3. Ballard O, Morrow AL (2013) Human Milk Composition: Nutrients and Bioactive Factors. Pediatric Clinics of North America 60(1):49–74.
4. Becker GE, Remmington T (2012) Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. Cochrane Database System Rev. (11): CD006462.
5. Božanić, R (2004) Važnost i korištenje kolostruma. Mljekarstvo: časopis za unaprjeđenje proizvodnje i prerade mlijeka, 54;209-224.
6. Cattaneo A, Buzzetti R (2001) Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. BMJ : British Medical Journal;323(7325):1358-1362.
7. Dyson L, McCormick FM, Renfrew MJ (2005) Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev.; (2): CD001688.
8. Horta BL, Vicotra CG (2013) Long-term effects of breast feeding. A systematic review. WHO. Dostupno na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf?ua=1. Pregledano 2. rujan 2016. godine.
9. Krešić G, Dujmović M, L. Mandić, M, Mrduljaš N (2013) Majčino mlijeko: sastav masnih kiselina i prehrana dojilja. Mljekarstvo: časopis za unaprjeđenje proizvodnje i prerade mlijeka 63;158-171.
10. Medicinski fakultet u Splitu, Katedra obiteljske medicine (2011) Suvremena saznanja o laktaciji i dojenju. Split, 2011.
11. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U (2005) Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? Pediatrics;116(5):e702-8.
12. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. (2012) Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database System Rev., (5): CD003519.
13. Neville MC, Anderson SM, McManaman JL et al (2012) Lactation and neonatal nutrition: defining and refining the critical questions. J Mammary Gland Biol Neoplasia (2012) 17: 167
14. Pavičić Bošnjak A., Grgurić J (2007) Osobine majki članica grupe za potporu dojenja i njihov utjecaj na trajanje dojenja. Paedriatria Croatica 51(3):89-94.
15. Podgorelec V, Brajnović Zaputović S, Kiralj R (2016) Majčino mlijeko najbolji je izbor prehrane za novorođenče i dojenče. Breast milk is the ideal food for newborns and infants. Srpski glasnik 21(1).
16. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. (2012) Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database Syst Rev.; (5): CD001141.
17. Section on Breastfeeding (2012) Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 129, e827-841
18. Su LL, Chong YS, Chan YH, Chan YS, Fok D, Tun KT, Ng FS, Rauff M (2007) Antenatal Education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomised controlled trial. BMJ;335(7620):596.
19. UNICEF (1996) Priručnik za zdravstvene djelatnike, Zagreb, Graf-His, 1996.
20. UNICEF (2007) Priručnik za provođenje Inicijative bolnice-prijatelj djece, Zagreb, Kratis, 2007.
21. UNICEF (2015) Rodilišta prijatelji djece. Dostupno na: http://www.unicef.hr/programska_aktivnost/rodilista-prijatelji-djece/. Pregledano 2. rujna 2016. godine.
22. UNICEF (2016) Sva su rodilišta u Hrvatskoj „Rodilište prijatelj djece“. Dostupno na: <http://www.unicef.hr/vijest/sva-su-rodilista-u-hrvatskoj-rodilista-prijatelji-djece/>. Pregledano 2. rujna 2016. godine.
23. WHO Ten facts about breastfeeding. Dostupno na: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/>. Pregledano 2. rujna 2016. godine.

Sindrom sagorijevanja među zdravstvenim djelatnicima

*Ante Buljubašić, mag.med.techn.,
antebuljubasic1@gmail.com, Zdravstvena škola Split*

1. UVOD

Neusklađenost između zahtjeva vezanih uz posao i okoline, odnosno nemogućnosti da se tim zahtjevima udovolji dovode do profesionalnog stresa. Profesionalni stres je pojava kojoj su često izloženi stručnjaci pomačkih profesija, u koje se ubrajaju i zdravstveni radnici. Jedan od krajnjih negativnih ishoda profesionalnog stresa je sagorijevanje na poslu (1).

Stanje stresa na poslu može se definirati kao niz, za pojedinca štetnih, fizioloških, psiholoških i bihevioralnih reakcija na situacije u kojima zahtjevi posla nisu u skladu s njegovim sposobnostima, mogućnostima i potrebama (2). Naglasak novijih konceptualizacija je na interakciji osoba - okolina. Prema Ajduković i Ajduković (3) profesionalni stres označava neusklađenost između zahtjeva radnog mesta i okoline spram naših mogućnosti, želja i očekivanja da tim zahtjevima udovoljimo. U EU stres na radnom mjestu drugi je najčešći problem vezan uz posao koji pogađa 28 % radnika. Stres na radnom mjestu uzrokuje više od četvrtine odsutnosti s posla zbog zdravstvenih tegoba povezanih s radom koje traju dva tjedna ili duže. Nastojanjem da se rasvjetli fenomen psihološkog stresa u radnoj okolini razvijen je čitav niz modela koji se razlikuju po svojoj složenosti. Detaljnijom analizom mogu se klasificirati u dvije skupine (4). Jednu čine uži modeli koji stres definiraju kao rezultat neodgovarajućih zahtjeva radne okoline koji su u neskladu s mogućnostima zaposlenih. U drugu kategoriju pripadaju modeli koji koriste širi pristup te promatraju stres u radu kao izraz opće neravnoteže između karakteristika radne situacije te individualnih osobina radnika.

Ajduković pod stresorima navodi vanjske čimbenike, ali i one koje se odnose na specifičnosti pojedinca (5), te stresore dijeli na vanjske i unutarnje. Pod vanjskim stresorima ili stresorima koji proizlaze iz osobina radne okoline, organizacije rada uloga i načina komuniciranja u organizaciji autor navodi: vremenski pritisak rokova; odgovornost bez mogućnosti utjecaja i moći; nejasno definirane uloge; premalo suradnika u timu u odnosu na zadatke i očekivanja; nejasnu podjelu odgovornosti i preklapanje nadležnosti; nejasno definirana pravila napredovanja, nagradivanja i korištenja godišnjeg odmora; postojanje privilegija; nepostojanje sustava za profesionalno osposobljavanje u skladu s promjenjivim potrebama organizacije; pomanjkanje povratnih informacija; emocionalno iscrpljivanje; opasnost od fizičkog napada i tuđe agresije; lošu psihosocijalnu klimu organizacije i dr. Pod stresorima koji ovise o samoj osobi ili (unutrašnjim izvorima) isti autor podrazumijeva osobe koje: imaju ne-realna očekivanja od posla i ne uspijevaju se prilagoditi stvarnosti; imaju veliku potrebu za kontrolom situacije i perfekcionizmom; identificiraju se s poslom tako da im on postane jedino područje potvrđivanja; neučinkovito koriste radno vrijeme; nemaju listu radnih prioriteta tako da im je sve podjednako važno; osjećaju profesionalnu nekompetentnost i dr.

Za pojedina zanimanje postoje i specifični stresori vezani uz radne zadaće, uvjete rada, te način obavljanja posla upravo u tim zanimanjima (13). Razumijevanje radnog stresa i njegova utjecaja na zdravlje važno je za cijelu radnu organizaciju. Stresni uvjeti na poslu mogu dovesti do brojnih negativnih posljedica kod pojedinaca,



kao što su iscrpljenost, profesionalno sagorijevanje, opadanje u radnom učinku te do drugih zdravstvenih problema poput pretjeranog konzumiranja alkohola, kofeina, pušenja, preskakanje obroka i dr. (7). Jedna od češćih i najistraživаниjih negativnih posljedica profesionalnog stresa u pomagačkim profesijama jest sagorijevanje na poslu. Termin „sagorijevanja na poslu“ 1974. godine uveo je psiholog Herbert Freudenberger koji sagorijevanje definira kao stanje preopterećenosti ili frustracije izazvane prevelikom privrženosti i odanosti nekom cilju. Sagorijevanje opisuje kao negativno psihološko stanje vezano uz posao, a koje obuhvaća čitav niz simptoma (tjelesni umor, emocionalna iscrpljenost i gubitak motivacije) (8). Sagorijevanje poistovjećuje sa značenjima kao što su: „*iscrpiti nečije fizičke i mentalne potencijale*“, „*istrošiti nekoga*“ zbog pretjeranog nastojanja da se postignu neka nerealna očekivanja, vlastita ili postavljena kroz društvene vrijednosti. Stanje slično opisanom sindromu sagorijevanja u stručnoj literaturi i ranije je bilo poznato pod nazivom „*reakcija na iscrpljenost*“. Dvije godine nakon uvođenja pojma sindroma sagorijevanja i njegova definiranja, Christina Maslach sagorijevanje opisuje kao višedimenzionalni sindrom stresa koji se sastoji od mentalnog umora (emocionalna iscrpljenost) i negativne percepcije te osjećaja naspram klijenata i pacijenata (depersonalizacija). Nešto kasnije, uvodi i treću komponentu sagorijevanja (9) koja se odnosi na osjećaj smanjenog

osobnog postignuća. Zanimanje za sindrom sagorijevanja raste te se pojavljuje niz autora koji pokušavaju dati svoju definiciju ovog sindroma. Tako Edelwich i Brodsky sagorijevanje definiraju kao progresivni gubitak idealja, energije, ciljeva i interesa na poslu. Perlman i Hartman sagorijevanje definiraju kao odgovor na kronični emocionalni stres koji ima tri dimenzije: emocionalnu i/ili fizičku iscrpljenost, nisku radnu produktivnost i depersonalizaciju. Sturgess i Poulsen sindrom sagorijevanja opisuju kao progresivni gubitak idealizma, energije i smislenosti kojem su podložniji pojedinci iz pomagačkih profesija. Johnson i Stone navode da je sagorijevanje stanje iscrpljenosti koje proizlazi iz povezanosti između klijenata/korisnika i pomagača u emocionalno zahtjevnim situacijama.

Usprkos individualnim razlikama među ljudima, postoji niz vidnih i uvijek istih znakova sagorijevanja. Tako Ajduković (10) znakove sagorijevanja grupira u tri kategorije. To su: tjelesna iscrpljenost koja je popraćena snažnim osjećajem istrošenosti, uz koji se često javljaju poteškoće spavanja, osjećaj pomanjkanja energije, kronični umor i slabost; uzrok tome su ograničene snage pojedinca i dugotrajna izloženost stresu; emocionalna iscrpljenost gdje su emocionalne rezerve pojedinca smanjene i iscrpljene, a sagorjeli pomagač očituje osjećaje bespomoćnosti, beznadnosti, besmislenosti i depresivnosti te mu je životno zadovoljstvo općenito smanjeno; mentalna iscrpljenost

koja se očituje se kao negativan stav prema poslu, korisnicima i kolegama. Javlja se tzv. dehumanizacija, odnosno emocionalno udaljavanje od korisnika i kolega, a osjećaj negativizma i emocionalne udaljenosti može se prenijeti i u privatno područje života.

Sindrom sagorijevanja na poslu je kumulativan proces koji ima svoje faze. Tako Brown i Bourne (1996.) navode da proces sagorijevanja na poslu karakterizira veliki početni entuzijazam, u kojem pomagač ne koristi nikakvu „emocionalnu zaštitu“, nakon čega postaje ranjiv, emocionalno se povlači, gubi interes, počinje okrivljavati druge, postaje ciničan i naposljetku „kolabira“. Ajudković (10) navodi četiri ključne faze koje vode do sagorijevanja. Prva faza je faza radnog entuzijazma koju karakteriziraju nerealna očekivanja brzog postignuća, preveliko ulaganje u posao i nekritična predanost poslu. U ovoj fazi pomagač radi mnogo dulje od uobičajenog radnog vremena. Raskorak između uloženog profesionalnog napora i njegovih učinaka često dovodi do osobnog razočaranja i prvih znakova bespomoćnosti. Druga faza je faza stagnacije kad pomagač postane svjestan da postignuće u poslu nije onakvo kakvim ga je zamišljaо. To dovodi do stanja frustracije, osjećaja razočaranja, dvojbe u vlastitu kompetentnost, pojavu negativizma i do poteškoća u komuniciranju kako s kolegama tako i sa korisnicima. Emocionalna ranjivost pomagača je karakteristika ove faze. Treća faza je faza emocionalnog povlačenja i izolacije koja se očituje udaljavanjem od korisnika i kolega što doprinosi doživljaju posla kao besmislenog i nevrijednog. Proces sagorijevanja ubrzavaju i tjelesne poteškoće koje se javljaju u ovoj fazi (glavobolje, kronični umor, nesanica, alergije i sl.). I sami znaci sagorijevanja počinju pomagaču predstavljati dodatne stresore te ga dovode do posljednje faze sagorijevanja na poslu. Posljednja faza je faza apatije i gubitka životnih interesa. Ona se javlja se kao svojevrsna obrana od kronične frustriranosti na poslu. Početno suosjećanje i entuzijazam u ovoj fazi zamijenjeni su cinizmom ili ravnodušnošću prema problemima korisnika. Znaci depresije kod pomagača postaju jasno uočljivi, a motivacija za posao i osobni resursi potpuno su iscrpljeni.

Sagorijevanje na poslu kao istraživački problem ubraja se u interdisciplinarno područje istraživanja stresa, odnosno stresa u radu. Pregled znanstvene literature i istraživanja pokazuje da se profesionalnom stresu i sindromu sagorijevanja pažnja počela pridavati u ranim 1980-im godinama te da profesionalci izloženi stresu u radnom okruženju mogu osjećati tjeskobu, depresiju, sagorijevanje i druge fizičke te mentalne poteškoće. Istraživanja u 1990-im godinama bavila su se utjecajem stresa na poslu, ulogom sukoba, sagorijevanjem na različitim razinama, npr. utjecajem na osobne i bračne odnose i dr. te pojedinačnim čimbenicima koji doprinose sagorijevanju. Novija istraživanja više se bave organizacijskim, strukturnim i drugim faktorima

koji doprinose zadovoljstvu na poslu i usmjerenija su na pozitivne aspekte.

Maslach i Jackson (9,11) navode da je sagorijevanje na poslu prisutnije kod zdravstvenih djelatnika i profesionalaca koji imaju paciente i klijente s kojima su u svakodnevnom kontaktu te uzroke pronalaze prije svega u faktorima vezanima uz radno okruženje. S druge strane, Freudenbergger već 1974. godine naglašava važnost osobnih obilježja pojedinaca koja doprinose sagorijevanju (8).

Rezultati istraživanja provedenog na 600 američkih radnika različitih profesija pokazali su da je velik broj radnika doživljavao stres i pokazivao simptome sindroma sagorijevanja. Primjećeno je da su svi ti radnici imali smanjenu produktivnost, više izostanaka s posla, veće troškove liječenja i da su češće mijenjali radna mjesta. Također je primjećeno da je sagorijevanje bilo izraženije kada su se ukidale povlastice na poslu, kada se zahtijeva prekovremeni rad te kada se mijenjalo vodstvo tvrtke. Preverom profesionalnog stresa i njegova utjecaja na fizičko zdravlje, psihološku dobrobit i zadovoljstvo poslom između 26 skupina različitih zanimanja u Velikoj Britaniji (zbog usporedbe stresnosti posla) pokazalo se da šest skupina ima značajno veću podložnost negativnim posljedicama stresa (12). To su: zdravstveni radnici; nastavnici; socijalni radnici; djelatnici u pozivnim centrima; policijaci; zatvorski čuvari. Dakle, dobiveni rezultati pokazuju da je ovih šest skupina, kada se uzmu u obzir tri mjere posljedica stresa (fizičko zdravlje, psihološka dobrobit i zadovoljstvo poslom), u značajno većem riziku od negativnih posljedica stresa. Svako od navedenih zanimanja uključuje emocionalnu komponentu rada koja je relevantna za doživljaj stresa na poslu. I druge studije pokazuju da su osobe koje se bave tzv. pomažućim profesijama podložnije stresu, odnosno samom sindromu sagorijevanja. Sindrom sagorijevanja u psihijatriji je prema Klasifikaciji mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (ICD-10) uključen u dijagnozu Poremećaji prilagođavanja (F 43.2) koje karakteriziraju poremećaji u socijalnom ili radnom odnosno akademskom funkcioniranju (13).

Zdravstveni radnici su osobe koje imaju obrazovanje zdravstvenog usmjerjenja i neposredno u vidu zanimanja pružaju zdravstvenu zaštitu stanovništvu. Obrazuju se na medicinskom, stomatološkom, farmaceutsko-biotekničkom fakultetu, zdravstvenim studijima te drugim visokim učilištima zdravstvenog usmjerjenja, kao i u srednjim školama zdravstvenog usmjerjenja (14). Prema podacima iz Nacionalne strategije razvoja zdravstva od 2012. do 2020. godine u sustavu zdravstva RH krajem 2011. godine bilo je stalno zaposleno 73 077 djelatnika. Od toga su 55 781 zdravstveni djelatnici i suradnici, 5 068 administrativni, a 12 228 tehnički djelatnici. U strukturi stalno zaposlenih najveći udio zdravstvenih djelatnika je srednje stručne spreme i iznosi 38 % dok je udio zdravstvenih djelatnika

više stručne spreme 11 %. Zdravstvena struka svrstanja je u visoko stresne profesije s obzirom na visoku odgovornost prema ljudskom životu i zdravlju, ali i izloženosti specifičnim stresorima poput kemijskih, bioloških i fizikalnih štetnosti, kao i smjenskom radu. Produljeno radno vrijeme, smjenski i noćni rad, odgovornost pri donošenju odluka, kontakt s oboljelima i njihovim obiteljima te emocionalno iscrpljivanje u zdravstvenih djelatnika pridonose povećanom morbiditetu od psihičkih smetnji i psihosomatskih bolesti (15,16). Sindrom sagorijevanja na radu je najprije uočen kod zdravstvenih radnika koji rade na klinikama/odjelima za psihijatrijske bolesti (17) kao i u jedinicama intenzivnog liječenja te operacijskim dvoranama (18).

U ukupnom broju zdravstvenih radnika medicinske sestre čine gotovo polovicu (46%). U skupini zdravstvenih radnika više i srednje stručne spreme koja broji 35 705 zaposlenih, medicinske sestre - tehničari čine 71 %, a ostalo su uglavnom zdravstveni inženjeri i tehničari. Broj medicinskih sestara na 100 000 stanovnika u odnosu na 1980. godinu povećao se sa 354 na 569 u 2010. godini što je, još uvjek, gotovo dvostruko manje od EU prosjeka (782). Među sestrama je 19 % onih s višom stručnom spremom, više nego 2006. godine kada je njihov udio iznosio 15 % (14). Sestrinstvo je profesija koja je usko vezana s odnosima među ljudima; bilo da se radi o bolesnicima kojima se pruža zdravstvena njega, obitelji bolesnika koji dolaze zabrinute za svog člana ili odnosima sa suradnicima i nadređenima. Medicinska sestra, danas, osim posjedovanja stručnog znanja i vještina mora biti emocionalno zrela i stabilna osoba kako bi mogla razumjeti i nositi se s ljudskim patnjama, hitnim stanjima, zdravstvenim problemima i etičkim dvojbama (19). Brojna istraživanja provedena u populaciji medicinskih sestara pokazala su povezanost određenih bolesti sa stresom na radu kao što su emocionalna iscrpljenost, fizička iscrpljenost (20) i bol u donjem dijelu leđa (21). Niska razina odlučivanja i visoki zahtjevi, karakteristični za sestrinsku profesiju, mogu biti povezani s povećanim rizikom za pojavu koronarne bolesti (22,23).

Broj primalja na 100 000 stanovnika u Hrvatskoj jest 35 što je nešto iznad prosječne stope u EU (32/100.000 stanovnika) (14). Glavni ciljevi primaljske profesije su: jačanje uloge primalje u okviru javnog zdravstva, promocija zdravlja žena i obitelji te smanjenje mortaliteta i

morbidity majki i djece. Kao i medicinske sestre, primalje imaju izravne kontakte s majkama, očevima i djecom te trebaju imati razvijene socijalne vještine uz posjedovanje stručnih kvalifikacija. Brojna istraživanja pokazala su da je emocionalna iscrpljenost izražena u primalja koje su tek počele raditi i usvajati profesionalna znanja i vještine (24). Rezultati istraživanja su također dokazali da radni uvjeti iscrpljuju pojedince te mogu poremetiti odnos kvalitete i kvantitete pruženih usluga, kao i osjećaja osobnog zadovoljstva više nego sama duljina zaposlenja.

Fizioterapeuti pomažu bolesnim i ozlijedenim osobama u povećanju pokretnosti, ublažavanju boli te sprečavanju i ublažavanju trajnih posljedica bolesti i ozljeda. Njihovi su pacijenti bolesnici s ozljedama glave i kralježnice, prijelomima, upalom zglobova, moždanim udarom, bolovima u križima te s bolestima živčanog, krvožilnog, dišnog sustava i drugih tjelesnih sustava. Uloga fizioterapeuta proširuje se i na sprečavanje bolova i bolesti sustava za kretanje poučavanjem ljudi o pravilnom držanju i kretanju te savjetovanjem o uređenju okruženja (stolaca, radnih površina, pomagala).

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ), objavljenim u Hrvatskom zdravstveno statističkom Ijetopisu za 2010. godinu, broj zdravstvenih djelatnika iz zdravstvene radiološko-tehnološke djelatnosti bio je 1010, od čega 24 radiološka tehničara (22 u javnim i 2 u privatnim zdravstvenim ustanovama) te 986 radioloških inženjera (981 u javnim i 5 u privatnim zdravstvenim ustanovama).

Prema podatcima HZZJ u zdravstvenim ustanovama radilo je 1611 laboratorijskih tehničara i 743 laboratorijskih inženjera, u privatnoj praksi 348 laboratorijskih tehničara i 101 laboratorijski inženjer, u zavodima za javno zdravstvo 155 laboratorijskih tehničara i 98 laboratorijskih inženjera te u ostalim ustanovama 112 laboratorijskih tehničara i 16 laboratorijskih inženjera što je ukupno 2226 (70 %) zdravstveno laboratorijskih tehničara i 958 (30 %) inženjera/prvostupnika medicinsko laboratorijske dijagnostike u 2010. godini. Od ukupnog broja zdravstvenih djelatnika više i srednje stručne spreme koja broji 35 705 zaposlenih, zdravstveno laboratorijski tehničari i inženjeri činili su udio od 9 % (14).

2. CILJ

Glavni cilj ovog istraživanja je: ispitati razlike u profesionalnim stresorima i u razinama sagorijevanja na poslu između zdravstvenih djelatnika različitih zdravstvenih zanimanja te utvrditi doprinos osobnih čimbenika, profesionalnih stresora i osobina ličnosti razini sindroma sagorijevanja zdravstvenih djelatnika.

Hipoteze su:

H_1 : Medicinske sestre/tehničari i primalje imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja od fizioterapeuta, medicinsko-laboratorijskih djelatnika i radioloških tehologa.

H_2 : Osobne karakteristike ispitanika, profesionalni stresori i osobine ličnosti imaju prediskazujući značaj na stupanj sagorijevanja zdravstvenih djelatnika pri čemu se očekuje najveći stupanj predvidljivosti profesionalnih stresora na stupanj sagorijevanja medicinskih sestara/tehničara i primalja.

3. IZVORI PODATAKA I METODE

Istraživanje je provedeno na prostoru Republike Hrvatske online anonimnom anketom u vremenskom periodu 05. lipnja – 07. rujna 2015. godine. *On line* anketa distribuirala se putem društvenih mreža kako bi se osigurao što veći broj ispitanika te putem privatnih poruka elektroničke pošte. Sudjelovanje u istraživanju bilo je anonimno i dobrovoljno. Uzorak ispitanika sastavljen je od zdravstvenih radnika iz pet zdravstvenih profesija: medicinske sestre/tehničari, fizioterapeuti, medicinsko laboratorijski tehnolozi, primalje i radiološki tehnolozi s prostora Republike Hrvatske. Ukupno je sudjelovalo 1421 zdravstveni djelatnik. Najviše je ispitanika iz sestrinske profesije (76 %), dok je najmanje primalja (3 %). U istraživanju je sudjelovalo više ženskih ispitanika (84 %), najviše ispitanika pripada dobnoj skupini od 31-41 godine života te imaju do 10 godina radnog staža (39 %). Više od polovice ispitanika je u bračnoj zajednici (58 %), a 46 % ispitanika ima završen dodiplomski ili preddiplomski studij.

Za istraživanje je napravljena anketa od četiri upitnika:

1. **Upitnikom sociodemografskih podataka** prikupljali su se opći podaci koji se odnose na sociodemografske karakteristike. Ovaj upitnik je sastavljen posebno za svrhu ovog istraživanja.
2. **Podaci o stresorima na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika** (Knežević, 2010). U upitniku je navedeno 35 stresora koje su ispitanici ocjenili na Likertovoj ljestvici od 1 do 5 na sljedeći način: 1 (nije uopće stresno), 2 (rijetko je stresno), 3 (ponekad je stresno), 4 (stresno) i 5 (izrazito je stresno). Ponuđena je i mogućnost dopisivanja i ocjenjivanja nenavedenih stresora koju ispitanici nisu iskoristili.

3. **Upitnik za određivanje sindroma izgaranja** (American Psychological Association), sastavljen od 15 pitanja. Ispitanicima su ponuđeni odgovori na Likertovoj ljestvici od 1 (nikada), 2 (rijetko), 3 (ponekad), 4 (često) i 5 (uvijek). Do 25 bodova smatralo se izostankom sindroma sagorijevanja, od 26 – 35 bodova ispitanik je u području rizika, 36 – 50 bodova ispitanik je kandidat za razvoj sindroma sagorijevanja, 51 – 65 bodova ispitanik je zahvaćen sindromom sagorijevanja, a iznad 65 bodova ispitanik se smatra sagorijelim.
4. **Skraćena verzija online upitnika Big Five** prilagođena za online primjenu. Upitnik se sastoji od 10 čestica i ispituje sljedeće osobine ličnosti: ekstraverziju, ugodnost, emocionalnu stabilnost, savjesnost i otvorenost prema iskustvima. Big-Five modelu 50-BRS (prema izvornom naslovu ovog instrumenta - 50 bipolar rating scales, tj. bipolarne skale procjene) (Goldberg, 1992) te Eysenckova upitnika ličnosti EPQ-SR (Eysenck, Eysenck i Barrett, 1985) na uzorku iz hrvatske populacije te usporediti relacije između faktora i skala tih dvaju instrumenata. Rezultat se izražava kroz pet rezultata (dvije čestice za jednu osobinu ličnosti).
5. Ispitanici su podijeljeni u pet grupa: medicinske sestre, primalje, fizioterapeuti, radiološki tehnolozi i medicinsko laboratorijski dijagnostičari. Uspoređivani su odgovori između pojedinih grupa ispitanika kako bi se vidjelo postoji li statistički značajna razlika. Unutar samih grupa ispitanika uspoređivana je zastupljenost sindroma sagorijevanja obzirom na dob ispitanika, spol, razinu obrazovanja, mjesto rada i duljinu staža.
6. U cilju iznalaženja odgovora na postavljene ciljeve istraživanja primjenjeni su statistički postupci obrade podataka. Za analizu podataka korišten je program SPSS 19.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). U okviru prve hipoteze provedene su analize varijance, a za post-hc usporedbe među pojedinim skupinama upotrijebljen je Schefféov test ili LSD test. U okviru druge hipoteze provedene su regresijske analize te su pored multiplih koeficijenata korelacije prikazane bivariatne korelacije prediktora i kriterija te standardizirani regresijski koeficijenti.

4. REZULTATI

U tablici 1. su prikazani rezultati svih ispitanika na upitnicima iz čega je vidljivo da najveći profesionalni stresor svim ispitanicima predstavlja nedostatan broj djelatnika (42 %), mala mogućnost napredovanja (40 %), neadekvatna osobna primanja (37 %) te suočavanje s neizlječivim bolesnicima (33 %). Najmanje stresnim ispitanici doživljavaju 24 satna dežurstva (51 %), strah zbog izloženosti inhalacijskim anesteticima (45 %), noćni rad (39 %), prijetnju sudske tužbe ili parničenja (38 %) te strah od ionizirajućeg zračenja (33 %).

Tablica 1. Prikaz profesionalnih stresova kod svih ispitanika (N=1421)

Izvor stresa			Nije uopće	Rijetko	Ponekad stresno	Stresno	Izrazito stresno
	M	SD					
Neadekvatna osobna primanja	3,9	1,1	4,9	5,4	22,2	31,0	36,5
Nedostatan broj djelatnika	3,9	1,2	3,4	13,3	20,2	21,2	41,9
Preopterećenost poslom	3,9	1,0	1,5	4,9	34,0	30,5	29,1
Mala mogućnost napredovanja i promaknuća	3,8	1,2	5,4	10,3	24,6	19,2	40,4
Administrativni poslovi	3,7	1,2	5,9	10,8	21,7	31,5	30,0
Suočavanje s neizlječivim bolesnicima	3,7	1,3	6,9	14,9	17,8	27,2	33,2
Loša organizacija posla	3,7	1,1	3,4	10,3	31,0	30,0	25,1
Neadekvatna materijalna sredstva za rad (financijska ograničenost)	3,6	1,2	4,9	12,3	31,0	24,6	27,1
Svakodnevne nepredviđene i/ili neplanirane situacije	3,5	1,0	2,5	15,3	30,5	32,0	19,7
Pritisak vremenskih rokova za izvršenje zadataka	3,5	1,1	3,9	17,7	24,6	31,5	22,2
Neadekvatan radni prostor	3,4	1,3	10,8	13,3	24,1	26,1	25,6
Pogrešna informiranost bolesnika od strane medija i drugih izvora	3,4	1,1	4,4	19,2	32,5	24,6	19,2
Oskudna komunikacija s nadređenima	3,3	1,3	9,9	18,7	24,6	23,2	23,6
Nedostatak odgovarajuće trajne edukacije	3,3	1,1	8,9	12,8	36,0	28,1	14,3
Strah od moguće zaraze	3,1	1,2	8,9	21,7	33,0	18,7	17,7
Neadekvatna očekivanja od strane bolesnika i/ili njegove obitelji	3,1	1,1	6,4	24,1	33,5	21,2	14,8
Nedostupnost potrebne literature	3,1	1,2	8,9	23,2	30,0	23,6	14,3
24-satna odgovornost	3,1	1,5	23,3	14,8	15,9	20,1	25,9
Sukobi s nadređenima	2,9	1,3	14,8	29,6	22,7	18,2	14,8
Izloženost neprimjerenoj javnoj kritici	2,9	1,3	13,8	30,5	23,6	18,2	13,8
Nemogućnost odvajanja profesionalnog i privatnog života	2,9	1,3	19,2	20,2	28,6	17,7	14,3
„Bombardiranje“ novim informacijama iz struke	2,8	1,1	14,8	24,1	34,5	20,2	6,4
Prekovremen rad	2,8	1,3	20,2	23,6	24,6	21,2	10,3
Smjenski rad	2,8	1,4	26,6	17,1	19,6	25,6	11,1
Noćni rad	2,8	1,6	38,9	7,2	12,8	22,2	18,9
Strah zbog moguće ozljede oštrim predmetima	2,8	1,3	18,7	28,1	23,6	18,2	11,3
Oskudna komunikacija s kolegama	2,7	1,2	13,3	35,5	29,6	11,3	10,3
Uvođenje novih tehnologija	2,7	1,1	18,2	25,6	34,0	17,2	4,9
Sukobi s kolegama	2,5	1,2	16,7	44,8	17,7	10,8	9,9
Strah od izloženosti ionizirajućem zračenju	2,5	1,4	33,3	21,4	19,8	13,5	12,0
Sukobi s bolesnikom i/ili članovima njegove obitelji	2,4	1,2	20,7	38,9	24,1	7,9	8,4
Sukobi s drugim suradnicima (činovnici, pomoćno osoblje i dr.)	2,4	1,1	24,1	36,5	23,6	8,9	6,9
Prijetnja sudske tužbe ili parničenja	2,4	1,4	37,9	22,2	18,7	8,9	12,3
Dežurstva (24 sata)	2,3	1,6	51,3	9,4	8,1	16,9	14,4
Strah zbog izloženosti inhalacijskim anesteticima	2,1	1,3	44,8	24,6	13,8	8,4	8,4

U tablici 2. prikazani su deskriptivni podatci za čestice skale sagorijevanja na poslu. Rezultat na skali formira se kao suma odgovora na česticama.

Tablica 2. Sagorijevanje na poslu (N=1421)

Tvrđnja			Nikada	Rijetko	Ponekad	Često	Uvijek
	M	SD	%	%	%	%	%
Zamarate li se lako i osjećate li se iscrpljeno?	3,4	1,0	1,5	19,2	30,5	34,5	14,3
Uznemirite li se kada Vam u zadnje vrijeme kažu da ne izgledate dobro?	2,7	1,0	12,8	32,0	36,0	14,8	4,4
Imate li osjećaj da radite sve više, a da ne napravite ništa?	3,0	1,1	8,4	25,1	31,5	23,6	11,3
Jeste li zajedljivi i Vaše razočaranje svijetom raste?	3,0	1,0	9,9	21,2	38,4	23,6	6,9
Jeste li mrzvoljni, lako raspaljivi, očekujete li više od ljudi oko Vas?	2,9	1,0	11,3	24,1	35,0	22,7	6,9
Osjećate li se žalosno, a ne znate zašto?	2,6	1,0	16,3	26,6	37,9	16,7	2,5
Jeste li zaboravljeni, zaboravljujate dogovorene sastanke, često gubite stvari...?	2,3	1,0	24,6	34,0	26,1	12,8	2,5
Provodite li sve manje vremena s prijateljima i obitelji?	3,0	1,1	9,4	19,7	35,0	29,1	6,9
Jeste li prezauzeti za uobičajene potrebe (telefonski razgovori, čitanje, pisanje...?)	3,3	1,1	6,4	16,3	34,5	30,0	12,8
Osjećate li se uvijek loše ili ste stalno bolesni?	2,4	1,0	16,7	41,9	27,6	10,3	3,4
Osjećate li se smeteno na kraju radnog dana?	3,2	1,1	5,9	20,7	33,0	26,6	13,8
Imate li poteškoća u postizanju osjećaja zadovoljstva?	2,7	1,0	10,8	29,1	39,9	15,8	4,4
Jeste li nesposobni narugati se ili našaliti na svoj račun?	2,0	1,0	35,0	38,4	20,2	3,9	2,5
Je li Vas seksualne aktivnosti opterećuju i stvaraju više problema nego inače?	2,1	1,0	35,5	30,0	22,7	9,4	2,5
Osjećate li da imate malo toga što možete reći ljudima?	2,6	1,0	18,2	27,6	37,4	14,3	2,5

Osobine ličnosti objašnjavaju čak 30 % varijance izgaranja što je vidljivo iz regresijskih analiza. U tablici 3. prikazani su rezultati na upitniku ličnosti.

Tablica 3. Prikaz rezultata na upitniku ličnosti (N=1421)

	M	SD	Uopće se ne slažem	Umjereno se ne slažem	Malo se ne slažem	Možda, i slažem se i ne slažem se	Malo se slažem	Umjereno se slažem	Potpuno se slažem
			%	%	%	%	%	%	%
Sebe vidim kao osobu koja je ekstravertirana, otvorena, entuzijastična	5,3	1,5	1,0	3,0	7,4	22,7	14,3	23,2	28,6
Sebe vidim kao osobu koja je kritički nastrojena, svadljiva	2,3	1,5	42,9	22,2	13,8	9,9	7,4	3,4	0,5
Sebe vidim kao osobu koja je pouzdana, samodisciplinirana	6,0	1,3	0,5	2,5	2,5	10,8	7,9	27,6	48,3
Sebe vidim kao osobu koja je anksiozna i koja se lako može uznemiriti	2,4	1,6	41,4	24,6	9,4	10,3	7,4	5,9	1,0
Sebe vidim kao osobu koja je otvorena za nova iskustva, kompleksna	5,9	1,4	2,0	1,0	2,0	14,8	11,3	23,6	45,3
Sebe vidim kao osobu koja je rezervirana, suzdržana, mirna	3,7	1,9	14,8	17,7	13,3	19,2	12,8	15,8	6,4
Sebe vidim kao osobu koja je simpatična, dobra	5,8	1,3	0,5	2,5	2,0	15,3	14,8	25,6	39,4
Sebe vidim kao osobu koja je dezorganizirana, nepažljiva, nemarna	1,5	1,0	74,4	15,8	3,4	3,4	2,0	0,5	0,5
Sebe vidim kao osobu koja je smirena, emocionalno stabilna	5,5	1,6	1,5	4,9	5,9	13,3	13,8	23,6	36,9
Sebe vidim kao osobu koja je konvencionalna, nekreativna	2,0	1,4	55,7	20,7	7,4	9,9	3,0	2,5	1,0

Rezultat na skali formira se na pet dimenzija zbrajanjem i pripadajućim rekodiranjem čestica koje pripadaju pojedinoj dimenziji. Veći rezultat ukazuje na veću izraženost navedene dimenzije ličnosti. Deskriptivni podaci prikazani su u tablici 4.

Tablica 4. Deskriptivni podaci osobina ličnosti

Dimenzija	N	M	SD	C	Q1	Q3	Min	Max
Neuroticizam	1421	4,88	2,625	4	2	7	2	12
Ekstroverzija	1421	9,60	2,702	10	8	12	2	14
Otvorenost	1421	11,90	2,239	13	11	14	5	14
Ugodnost	1421	11,47	2,230	12	10	13	3	14
Savjesnost	1421	12,53	1,837	13	12	14	6	14

N – broj ispitanika

SD – standardna devijacija

Q1 – rezultat na prvom kvartilu

Min – minimalni ostvareni rezultat

M – aritmetička sredina

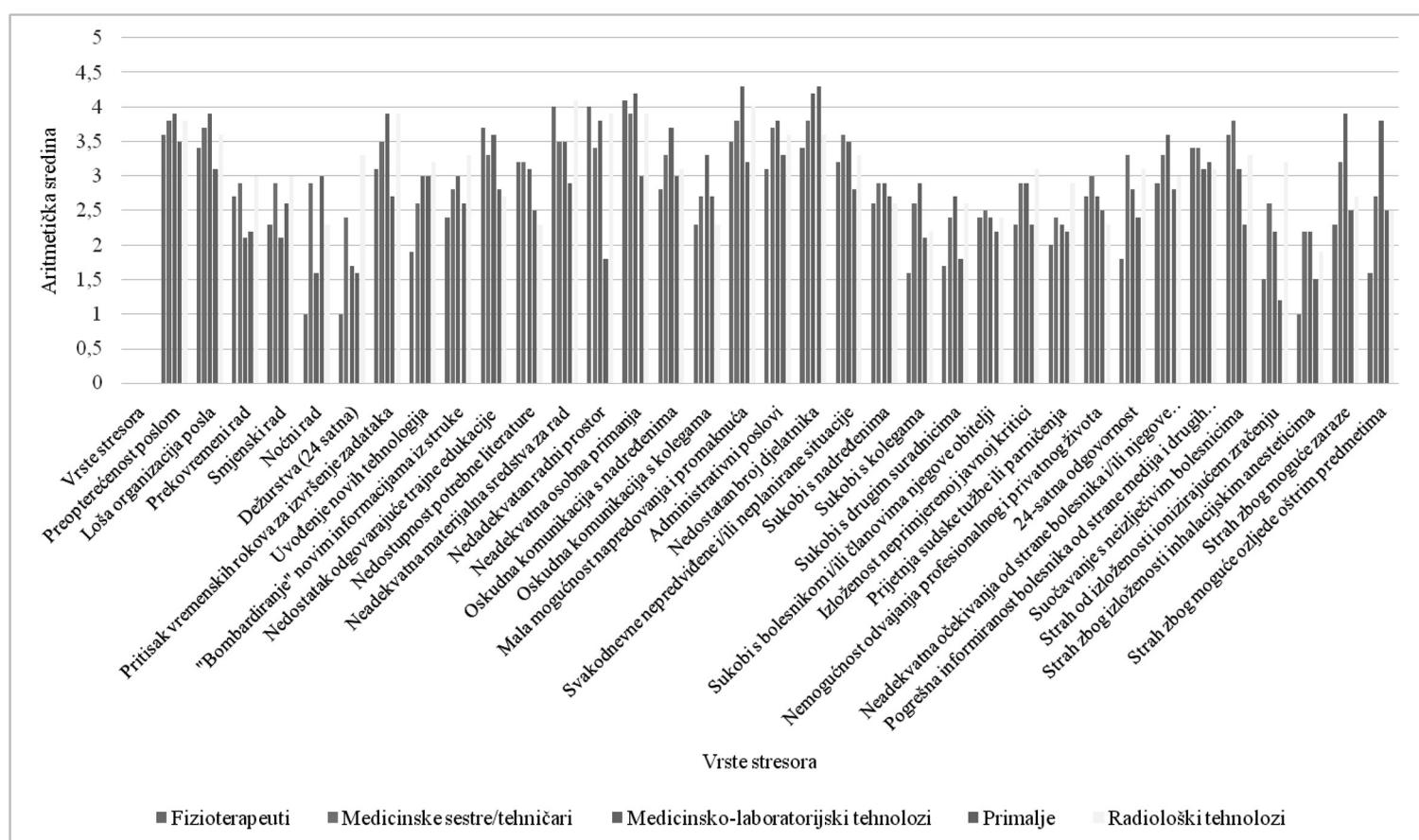
C – medijan

Q3 – rezultat na trećem kvartilu

Max – maksimalni ostvareni rezultat

POTVRĐIVANJE H₁

Provodi se analiza varijance sa Scheffe post-hoc testovima za svaki stresor pojedinačno za sve skupine. Zastupljenost stresora u zdravstvenim profesijama prikazana je na slici 1 gdje su vidljive razlike između studijskih smjerova s obzirom na vrstu stresova.



Slika 1. Zastupljenost stresora u zdravstvenim profesijama

Rezultati analize varijance **preopterećenost poslom** pokazuju da postoji statistički značajna razlika među skupinama ($F=2,945$; $df=4,1416$; $p<0,05$). Scheffeovim testom provedene post-hoc analize pokazuju neočekivan rezultat, kazuju da ne postoje statistički značajne razlike u niti jednoj usporedbi između parova skupina. Ovakav rezultat pojavljuje se zbog različite osjetljivosti analize varijance i Scheffeovog testa kao statističkih testova, što može biti posljedica velike razlike u broju ispitanika po skupinama. Zbog toga je iznimno upotrijebljen LSD test (Least Significant Difference) kako bi se provjerila razlika među skupinama. Rezultati usporedbi pokazuju da medicinsko laboratorijski tehničari preopterećenost poslom procjenjuju statistički značajno većim izvorom stresa ($M=3,90$) u odnosu na fizioterapeute ($M=3,55$) i primalje ($M=3,50$; $p<0,05$). Medicinske sestre/tehničari ($M=3,83$) preopterećenost poslom, statistički, također procjenjuju značajno stresnjom u odnosu na fizioterapeute i primalje. U drugim usporedbama nije pronađena statistički značajna razlika.

Analiza varijance **loša organizacija posla** pokazala je postojanje statistički značajne razlike među skupinama ($F=15,191$; $df=4,1416$; $p<0,001$). Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike u dvije usporedbe. Fizioterapeuti ocjenjuju lošu organizaciju posla statistički značajno manje stresnom ($M=3,36$) u odnosu na medicinsko laboratorijske tehnologe (3.85). Istovjetna razlika pokazuje se kod usporedbe primalja ($M=3,17$) i medicinsko laboratorijskih tehnologa. U ostalim usporedbama kod procjene stresnosti nisu pronađene statistički značajne razlike.

Analiza varijance **prekovremeni rad** pokazala je da postoji statistički značajna razlika među skupinama. Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike u više usporedbi ($F=15,191$; $df=4,1416$; $p<0,001$). Fizioterapeuti prekovremeni rad ocjenjuju stresnjim ($M=2,73$) u odnosu na medicinsko laboratorijske tehnologe (2.10). Medicinske sestre/tehničari ($M=2,88$) i radiološki tehnolozi ($M=3,0$) ocjenjuju prekovremeni rad stresnjim u odnosu na medicinsko laboratorijske tehnologe i primalje (2.17).

Analiza varijance **smjenski rad** pokazala je da postoji statistički značajna razlika među skupinama. Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike u više usporedbi ($F=12,217$; $df=4,1388$; $p<0,001$). Medicinske sestre/tehničari ocjenjuju rad u smjenama stresnjim ($M=2,88$) od fizioterapeuta (2.27) i medicinsko laboratorijskih tehnologa (2.16). Radiološki tehnolozi ocjenjuju smjenski rad stresnjim ($M=3$) u odnosu na fizioterapeute (2,27), a manje stresnim u odnosu na medicinsko laboratorijske tehnologe (2.16).

Analiza varijance **noćni rad** pokazala je da postoji statistički značajna razlika među skupinama. Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike

u više usporedbi ($F=40,358,191$; $df=4,1255$; $p<0,001$). Medicinske sestre/tehničari rad noću smatraju statistički stresnjim ($M=2,93$) u odnosu na sve druge zdravstvene profesije. Primalje ($M=3$) noćni rad ocjenjuju značajno stresnjim od medicinsko laboratorijskih tehnologa (1.59) i fizioterapeuta (1.), dok medicinsko laboratorijski tehnolozi noćni rad doživljavaju statistički manje stresnim od radioloških tehnologa (3.27).

Analiza varijance **dežurstva (24 satna)** pokazala je da postoji statistički značajna razlika među skupinama. Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike u više usporedbi ($F=25,611$; $df=4,1115$; $p<0,001$). Medicinske sestre/tehničari smatraju 24 satna dežurstva statistički stresnjima ($M=2,44$) u odnosu na primalje (1.5), medicinsko laboratorijske tehnologe (1.67) i fizioterapeute (1), dok radiološki tehnolozi izražavaju statistički najveću razinu stresa u svezi s 24 satnim dežurstvima (3.27).

Analiza varijance **pritisak vremenskih rokova za izvršenje zadataka** pokazala je da postoji statistički značajna razlika među skupinama. Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike u više usporedbi ($F=15,721$; $df=4,1416$; $p<0,001$). Radiološki tehnolozi statistički najsnažnije osjećaju pritisak vremenskih rokova za izvršenje zadataka ($M=3,91$) u odnosu na medicinsko laboratorijske tehnologe (3.9), medicinske sestre (3.48), primalje (2.67) i fizioterapeute (3.09).

Analiza varijance **uvodenje novih tehnologija** pokazala je da postoji statistički značajna razlika među skupinama. Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike u više usporedbi ($F=17,677$; $df=4,1416$; $p<0,001$). Uvođenje novih tehnologija fizioterapeuti ocjenjuju statistički značajno manje stresnim ($M=1,91$) u odnosu na radiološke tehnologe (M=3,18), primalje (3), medicinsko laboratorijske tehnologe (2.95) i medicinske sestre/tehničare (2.61).

Analiza varijance „**bombardiranje“ novim informacijama iz struke** pokazala je da postoji statistički značajna razlika među skupinama. Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike u više usporedbi ($F=9,315$; $df=4,1416$; $p<0,001$). Stalni priljev novih informacija iz struke fizioterapeuti ocjenjuju statistički značajno manje stresnim ($M=2,36$) u odnosu na ostale zdravstvene profesije.

Analiza varijance **nedostatak odgovarajuće trajne edukacije** pokazala je postojanje statistički značajne razlike među skupinama ($F=11,853$; $df=4,1416$; $p<0,001$). Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike. Fizioterapeuti ocjenjuju nedostatak odgovarajuće trajne edukacije statistički značajno stresnjim ($M=3,73$) u odnosu na medicinsko laboratorijske tehnologe (M=3,55) i radiološke tehnologe (2.73). U ostalim usporedbama nisu pronađene statistički značajne razlike u procjeni stresnosti.

Analiza varijance **nedostupnost potrebne literature**

pokazala je postojanje statistički značajne razlike među skupinama ($F=14,567$; $df=4,1416$; $p<0,001$). Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike u dvije usporedbe. Radiološki tehnolozi ocjenjuju nedostupnost potrebne literature statistički značajno manje stresnom ($M=3,73$) u odnosu na medicinske sestre ($M=3,19$), fizioterapeute (3.18) i medicinsko laboratorijske tehnologe (3.10). Medicinske sestre/tehničari također osjećaju statistički veću razinu stresa u svezi s nedostupnošću potrebne literature ($M=3,19$) u odnosu na primalje (2.50).

Analiza varijance **neadekvatna materijalna sredstva za rad (finansijska ograničenost)** pokazala je postojanje statistički značajne razlike među skupinama ($F=11,590$; $df=4,1416$; $p<0,001$). Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike. Primalje ocjenjuju neadekvatnost materijalnih sredstva statistički značajno manje stresnom ($M=2,83$) u odnosu na medicinske sestre ($M=3,54$), fizioterapeute (4.) i radiološke tehnologe (4.09).

Analiza varijance **neadekvatan radni prostor** pokazala je postojanje statistički značajne razlike među skupinama ($F=26,966$; $df=4,1416$; $p<0,001$). Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike među skupinama. Primalje ocjenjuju neadekvatan radni prostor statistički značajno manje stresnim ($M=1,83$) u odnosu na medicinske sestre ($M=3,37$), fizioterapeute (4.0), radiološke tehnologe (3.91) i medicinsko laboratorijske tehnologe (3.75). Radiološki tehnolozi ocjenjuju neadekvatan radni prostor statistički značajno stresnijim u odnosu na medicinsko laboratorijske tehnologe i medicinske sestre.

Analiza varijance **neadekvatna osobna primanja** pokazala je postojanje statistički značajne razlike među skupinama ($F=9,593$; $df=4,1416$; $p<0,001$). Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike između skupine primaljstva i ostalih skupina. Primalje ocjenjuju neadekvatna osobna primanja statistički značajno manje stresnim ($M=3$) u odnosu na medicinske sestre ($M=3,87$), radiološke tehnologe (3.91), primalje (3.), fizioterapeute (4.09) i medicinsko laboratorijske tehnologe (4.15).

Analiza varijance **oskudna komunikacija s nadređenima** pokazala je postojanje statistički značajne razlike među skupinama ($F=7,403$; $df=4,1416$; $p<0,001$). Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike između dvije skupine. Medicinsko laboratorijski tehnolozi oskudnu komunikaciju s nadređenima ocjenjuju statistički značajno manje stresnom ($M=3,7$) u odnosu na medicinske sestre/tehničare ($M=3,87$), a stresnijom u odnosu na primalje (3.), fizioterapeute (2.82) i radiološke tehnologe (3.09).

Analiza varijance **oskudna komunikacija s kolegama** pokazala je postojanje statistički značajne razlike među skupinama ($F=15,490$; $df=4,1416$; $p<0,001$). Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike između skupina. Fizioterapeuti ocjenjuju oskudnu komu-

nikaciju s kolegama statistički značajno manje stresnom ($M=2,27$) u odnosu na medicinske sestre/tehničare ($M=2,68$) i medicinsko laboratorijske tehnologe (3.3). Medicinske sestre ocjenjuju je statistički stresnijom u odnosu na primalje ($M=2,67$), radiološke tehnologe (2.27) i medicinsko laboratorijske tehničare (3.3).

Analiza varijance **mala mogućnost napredovanja i promaknuća** pokazala je postojanje statistički značajne razlike među skupinama ($F=11,281$; $df=4,1416$; $p<0,001$). Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike između svih skupina. Medicinsko laboratorijski tehnolozi ocjenjuju malu mogućnost napredovanja i promaknuća statistički značajno stresnijom ($M=4,30$) u odnosu na fizioterapeute ($M=3,45$), medicinske sestre/tehničare (3.75) i primalje (3.17). Medicinske sestre/tehničari i radiološki tehnolozi (4.) ocjenjuju malu mogućnost napredovanja i promaknuća statistički značajno stresnijom od primalja.

Analiza varijance **administrativni poslovi** pokazala je postojanje statistički značajne razlike među skupinama ($F=6,707$; $df=4,1416$; $p<0,001$). Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike između skupine medicinskih sestara/tehničara, medicinsko laboratorijskih tehnologa i fizioterapeuta. Fizioterapeuti ocjenjuju administrativne poslove statistički značajno manje stresnim ($M=3,09$) u odnosu na medicinske sestre/tehničare ($M=3,74$) i medicinsko laboratorijske tehnologe (3.75).

Analiza varijance **nedostatan broj djelatnika** pokazala je postojanje statistički značajne razlike među skupinama ($F=9,314$; $df=4,1416$; $p<0,001$). Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike između svih skupina. Fizioterapeuti ocjenjuju nedostatan broj djelatnika statistički značajno manje stresnim ($M=3,36$) u odnosu na medicinske sestre/tehničare ($M=3,84$), medicinsko laboratorijske tehnologe (4.20), i primalje (4.33). Medicinsko laboratorijski tehnolozi ocjenjuju nedostatan broj djelatnika statistički značajno stresnijim od medicinskih sestara/tehničara i radioloških tehnologa ($M=3,55$).

Analiza varijance **svakodnevne nepredviđene i/ili neplanirane situacije** pokazala je postojanje statistički značajne razlike među skupinama ($F=8,4672$; $df=4,1416$; $p<0,001$). Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike među svim skupinama izuzev skupine radioloških tehnologa. Medicinske sestre/tehničari ocjenjuju svakodnevne nepredviđene i/ili neplanirane situacije statistički značajno stresnijim ($M=3,58$) u odnosu na fizioterapeute ($M=3,18$) i primalje (2.83). Medicinsko laboratorijski tehnolozi ocjenjuju svakodnevne nepredviđene i/ili neplanirane situacije statistički značajno stresnijim od primalja (2.83).

Analiza varijance **sukobi s nadređenima** pokazala je nepostojanje statistički značajnih razlika među skupinama ($F=2,810$; $df=4,1416$; $p=0,024$).

Analiza varijance **sukobi s kolegama** pokazala je postojanje statistički značajne razlike među skupinama ($F=17,539$; $df=4,1416$; $p<0,001$). Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike između skupina fizioterapeuta koji sukobe s kolegama ocjenjuju statistički manje stresnim ($M=1,64$) u odnosu na medicinske sestre/tehničare ($M=2,58$) i medicinsko laboratorijske tehnologe (2.85). Medicinsko laboratorijski tehnozni sukobe s kolegama statistički ocjenjuju stresnijima u odnosu na primalje (2.17) i radiološke tehnologe (2.18).

Analiza varijance **sukobi s drugim suradnicima** pokazala je postojanje statistički značajne razlike među skupinama ($F=2,203$; $df=4,1416$; $p<0,001$). Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike između skupina fizioterapeuta koji sukobe s drugim suradnicima ocjenjuju statistički manje stresnim ($M=1,73$) u odnosu na medicinske sestre/tehničare ($M=2,39$) i medicinsko laboratorijske tehnologe (2.7). Primalje ($M=2,17$) sukobe s drugim suradnicima ocjenjuju statistički manje stresnim u odnosu na medicinsko laboratorijske tehnologe ($M=2,70$), radiološke tehnologe (2.55) i medicinske sestre/tehničare ($M=2,39$).

Analiza varijance **sukobi s bolesnikom i/ili članovima njegove obitelji** pokazala je nepostojanje statistički značajne razlike među skupinama ($F=1,263$; $p>0,05$) te se post-hoc analize među skupinama nisu provedene.

Analiza varijance **izloženost neprimjerenoj javnoj kritici** pokazala je postojanje statistički značajne razlike među skupinama ($F=7,487$; $df=4,1416$; $p<0,001$). Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike između skupina fizioterapeuta koji izloženost neprimjerenoj javnoj kritici statistički ocjenjuju manje stresnim ($M=2,27$) u odnosu na medicinske sestre/tehničare (2.92), medicinsko laboratorijske tehnologe (2.9) i radiološke tehnologe (3.09) koji, pak, izloženost neprimjerenoj javnoj kritici ocjenjuju statistički stresnijom u odnosu na primalje ($M=2,33$).

Analiza varijance **prijetnja sudske tužbe ili parničenja** pokazala je postojanje statistički značajne razlike ($F=4,831$; $df=4,1416$; $p=0,001$). Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike između skupina radioloških tehnologa koji ocjenjuju prijetnju sudske tužbe ili parničenja statistički stresnijom ($M=2,91$) u odnosu na medicinske sestre/tehničare ($M=2,36$), medicinsko laboratorijske tehnologe (2.25) i fizioterapeute (2.).

Analiza varijance **nemogućnost odvajanja profesionalnog i privatnog života** pokazala je postojanje statistički značajne razlike ($F=7,964$; $df=4,1416$; $p<0,001$). Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike između skupina radioloških tehnologa koji nemogućnost odvajanja profesionalnog i privatnog života ocjenjuju statistički manje stresnom ($M=2,27$) u odnosu na medicinske sestre/tehničare ($M=2,97$).

Analiza varijance **24-satna odgovornost** pokazala je postojanje statistički značajne razlike ($F=19,298$; $df=4,1318$; $p<0,001$). Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike između skupina fizioterapeuta koji ocjenjuju 24-satnu odgovornost statistički manje stresnom ($M=2,27$) u odnosu na medicinske sestre/tehničare ($M=3,26$), medicinsko laboratorijske tehnologe (2.83) i radiološke tehnologe (3.09). Primalje također 24-satnu odgovornost ocjenjuju statistički manje stresnom ($M=2,40$) u odnosu na medicinske sestre/tehničare.

Analiza varijance **neadekvatna očekivanja od strane bolesnika i/ili njegove obitelji** pokazala je postojanje statistički značajne razlike ($F=14,533$; $df=4,1416$; $p<0,001$). Rezultati post-hoc analize pokazali su statistički značajne razlike između skupina medicinsko laboratorijskih tehnologa koji ocjenjuju neadekvatna očekivanja od strane bolesnika i/ili njegove obitelji statistički manje stresnim ($M=2,55$) u odnosu na medicinske sestre/tehničare ($M=3,25$).

Analiza varijance **pogrešna informiranost bolesnika od strane medija i drugih izvora** pokazala je nepostojanje statistički značajne razlike među skupinama ($F=3,751$; $p>0,05$) te se post-hoc analize među skupinama nisu provodile.

Analiza varijance **suočavanje s neizlječivim bolesnicima** pokazala je postojanje statistički značajne razlike ($F=26,486$; $df=4,1409$; $p<0,001$). Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike između skupina medicinskih sestara/tehničara koji suočavanje s neizlječivim bolesnicima ocjenjuju statistički stresnijim ($M=3,81$) u odnosu na medicinsko laboratorijske tehnologe ($M=3,05$), primalje (2.33) i radiološke tehnologe (3.27). Primalje suočavanje s neizlječivim bolesnicima statistički ocjenjuju manje stresnim u odnosu na fizioterapeute ($M=3,55$), medicinsko laboratorijske i radiološke tehnologe.

Analiza varijance **strah od izloženosti ionizirajućem zračenju** pokazala je postojanje statistički značajne razlike ($F=26,013$; $df=4,1339$; $p<0,001$). Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike između skupina radioloških tehnologa koji strah od izloženosti ionizirajućem zračenju statistički ocjenjuju stresnijim ($M=3,18$) u odnosu na medicinsko laboratorijske tehnologe ($M=2,21$), primalje (1.20), fizioterapeute (1.50) i medicinske sestre/tehničare (2.59). Medicinske sestre/tehničari statistički osjećaju veći stres od straha povezanog s ionizirajućim zračenjem od skupina fizioterapeuta, primalja, medicinsko laboratorijskih tehnologa i fizioterapeuta. Statistički, najmanju razinu straha povezanog s ionizirajućim zračenjem osjeća skupina primalja.

Analiza varijance **strah zbog izloženosti inhalacionim anesteticima** pokazala je postojanje statistički značajne razlike ($F=26,013$; $df=4,1339$; $p<0,001$). Rezultati post-hoc analiza pokazali su statistički značajne razlike između skupina fizioterapeuta koji strah zbog izloženosti

inhalacionim anesteticima statistički ocjenjuju manje stresnim ($M=1$) u odnosu na medicinske sestre/tehničare ($M=2,22$) te medicinsko laboratorijske (2.15) i radiološke tehnologe (1.91). Medicinske sestre/tehničari statistički osjećaju veći stres od straha zbog izloženosti inhalacionim anesteticima od skupina primalja ($M=1,50$).

Analiza varijance **strah zbog moguće zaraze** pokazala je postojanje statistički značajne razlike ($F=26,013$; $df=4,1339$; $p<0,001$). Rezultati post-hoc analize pokazali su statistički značajne razlike između skupina medicinsko laboratorijskih tehnologa koji strah zbog moguće zaraze statistički ocjenjuju stresnijim ($M=3,85$) u odnosu na medicinske sestre/tehničare ($M=3,17$), primalje (2.50), radiološke tehnologe (2.73) i fizioterapeute (2.27). Medicinske sestre/tehničari statistički osjećaju veći stres povezan sa strahom od moguće infekcije od skupina primalja, radioloških tehnologa i fizioterapeuta.

Analiza varijance **strah zbog moguće ozljede oštrim predmetima** pokazala je postojanje statistički značajne razlike ($F=26,013$; $df=4,1339$; $p<0,001$). Rezultati post-hoc analize pokazali su statistički značajne razlike između skupina fizioterapeuta koji strah zbog moguće ozljede oštrim predmetima ocjenjuju statistički manje stresnim ($M=1,55$) u odnosu na medicinske sestre/tehničare ($M=2,74$), primalje (2.50), medicinsko laboratorijske (3.75) i radiološke tehnologe (2.45). Istdobro medicinsko laboratorijski tehnolozi strah zbog moguće ozljede oštrim predmetima statistički ocjenjuju stresnijim od svih drugih zdravstvenih profesija.

Rezultati provedene analize pokazuju postojanje statistički značajne razlike među profesijama u izraženosti sagorijevanja na poslu ($F=3,9$; $df=4,1416$; $p<0,05$). U post-hoc usporedbama među pojedinim skupinama pokazalo se kako primalje pokazuju statistički značajno nižu izraženost sagorijevanja na poslu ($M=35,67$) u odnosu na medicinske sestre/tehničare ($M=41,23$) i medicinsko-laboratorijske tehnologe ($M=43,40$). U drugim usporedbama nije pronađena statistički značajna razlika.

POTVRĐIVANJE H_2

U okviru druge hipoteze utvrđivao se doprinos osobnih čimbenika, profesionalnih stresora te osobina ličnosti razini sindroma sagorijevanja zdravstvenih djelatnika. Kako se u analizama radilo o velikom broju varijabli, analize su se provedene zasebno za svaku grupu varijabli. Za utvrđivanje doprinosa koristile su se multiple regresijske analize te su se radi preglednosti rezultati prikazali u tablicama Pearsonovi koeficijenti korelacije pojedinih varijabli s izraženosti sagorijevanja na poslu te beta koeficijenti dobiveni regresijskom analizom.

Od općih varijabli u regresijsku analizu uvele su se spol, dob, stupanj obrazovanja i radni staž. Pozitivan koe-

ficijent korelaciјe ukazuje da su žene izloženje izgaranju. Također, rezultati provedene analize pokazuju kako postoji statistički značajna korelacija četiri prediktorske varijable sa sagorijevanjem na poslu ($R=0,237$) te je pomoću ove četiri varijable objašnjeno 5,4 % varijance sagorijevanja na poslu. Ovu veličinu efekta možemo smatrati niskom do umjerene. Rezultati pokazuju da samo stupanj obrazovanja nije značajan prediktor sagorijevanja na poslu. Koeficijent korelaciјe kao i pozitivan standardizirani regresijski koeficijent ukazuje da su žene izloženje izgaranju. Zanimljivo je da iako je veća dob prediktor većeg izgaranja na poslu, kod duljine radnog staža pokazuje se obrnut smjer, tj. što je radni staž manji, veće je izgaranje na poslu. Kada se gledaju bivariatne korelaciјe, radni staž je u vrlo niskoj, ali značajnoj pozitivnoj korelaciјi s izgaranjem na poslu, no kako je duljina radnog staža u korelaciјi s dobi, u složenoj regresijskoj analizi se, nakon ekstrakcije varijance koja se pripisuje dobi, za radni staž dobiva negativni standardizirani koeficijent pa se može reći kako ispitanici koji imaju veću dob i istovremeno manji staž imaju veću vjerojatnost izgaranja na poslu.

Rezultati regresijske analize pokazuju visoki koeficijent korelaciјe (0,786) između izloženosti stresorima i sagorijevanja na poslu. Pri tome stresori objašnjavaju 60,5% varijance sagorijevanja na poslu. Najznačajniji prediktori koji povećavaju vjerojatnost izgaranja na poslu su loša organizacija posla ($\beta=0,353$) te sukobi s kolegama ($\beta=0,292$) što su stresori koji nisu specifični za zdravstvo kao strukti i ukazuju na potrebu za učinkovitijim upravljanjem. Stresori koji u ovom setu prediktora pokazuju najviše negativne koeficijente su noćni rad i dežurstva (24 satna), tj. veća izloženost tim stresorima ukazuje na manje sagorijevanje na poslu. Kada se stresori gledaju pojedinačno, bivariatne korelaciјe pokazuju kako su gotovo svi stresori pozitivno povezani s izgaranjem na poslu, tj. veća izloženost stresora povezana je s višim izgaranjem na poslu. Iznimka je strah od izloženosti ionizirajućem zračenju i strah zbog izloženosti inhalacijskim anesteticima kod kojih nije dobivena nikakva korelacija. U složenoj regresijskoj analizi dobiveno je da veći broj stresora nema statistički značajan učinak. Ovo se može objasniti interkorelaciјama među stresorima.

Osobine ličnosti pokazuju visoku pozitivnu povezanost s izgaranjem na poslu (0,546). Ukupna količina varijance izgaranja na poslu objašnjena osobinama ličnosti je 29,6 %. Rezultati pojedinačnih bivariatnih pokazuju da su sve dimenzije ličnosti povezane s izgaranjem na poslu. Visok neuroticizam, introverzija, niska otvorenost iskustvima, niska ugodnost i niska savjesnost svaka zasebno ukazuju na veću vjerojatnost sagorijevanja na poslu. Zajednički gledano, standardizirani koeficijenti ukazuju da je neuroticizam najznačajniji prediktor sagorijevanja na poslu. Sljedeći prediktor po veličini je ugodnost, dok su ekstro-

verzija i otvorenost, iako značajni, vrlo niski prediktori. Pokazuje se da u ovoj kombinaciji prediktora savjesnost nema značajnu prediktivnu vrijednost za predviđanje izgaranja na poslu.

5. RASPRAVA

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da osobine ličnosti pokazuju visoku pozitivnu povezanost s izgaranjem na poslu. Ukupno trećina varijance izgaranja na poslu objašnjena je osobinama ličnosti. Rezultati pokazuju da su sve dimenzije ličnosti povezane s izgaranjem na poslu. Visok neuroticizam, introverzija, niska otvorenost iskustvima, niska ugodnost i niska savjesnost, svaka zasebno, ukazuju na veću vjerljivost sagorijevanja na poslu. Zajednički gledano, standardizirani koeficijenti ukazuju da je neuroticizam najznačajniji prediktor sagorijevanja na poslu. Sljedeći prediktor po veličini je ugodnost, dok su ekstroverzija i otvorenost, iako značajni, vrlo niski prediktori. Pokazuje se da u ovoj kombinaciji prediktora savjesnost nema nikakvu prediktivnu vrijednost za predviđanje izgaranja na poslu. Istraživanje provedeno na 118 medicinskih sestara iz KBC Rijeke u 2011. godini pokazalo je da su osobine ličnosti bile značajne, ali slab prospektivni prediktor sagorijevanja. Organizacijski stres bio je pozitivni, afektivno-normativna odanost negativni prediktor, dok instrumentalna odanost nije bila povezana ni s jednom sastavnicom sagorijevanja. Utvrđena je interakcija između neuroticizma, savjesnosti i organizacijskog stresa, mjerenoj kao sukob uloga i preopterećenost poslom, na smanjenu profesionalnu efikasnost. Također je utvrđena veza između neuroticizma i afektivno-normativne odanosti te između otvorenosti i instrumentalne odanosti na smanjenu profesionalnu efikasnost. Istraživanjem je zaključeno da su kontekstualne varijable bile snažni prospektivni prediktori, a osobine ličnosti slabi prediktori sagorijevanja, iako je očita važnost interakcija varijabli ličnosti i kontekstualnih varijabli za predviđanje sagorijevanja (25). Važna je međutim i organizacija rada unutar svake ustanove koja ukoliko nije odgovarajuća izaziva stres, a najčešće uključuje mali broj djelatnika na pojedinima poslovima (26,27,28), lošu organizaciju posla, preopterećenost poslom (29), administrativne poslove, malu mogućnost napredovanja te oskudnu komunikaciju s nadređenima. Stariji ispitanici, iako imaju niže vrijednosti pokazatelja radne sposobnosti stresora, stresore poput smjenskog rada, opasnosti i štetnosti, sukobe i lošu komunikaciju te javnu kritiku i sudske tužbe doživljavaju manje intenzivno od mlađih zaposlenika. To se može objasniti prilagođenosti radu na tim radnim mjestima i dugogodišnjim iskustvom. No, stresore kao što su organizacija i financije te profesionalne zahtjeve prepoznaju i dalje s visokim intenzitetom. Rezultati ovog



istraživanja pokazuju da su organizacijska i finansijska pitanja na visokom mjestu kao čimbenici stresa što potvrđuje podatke iz literature. Loša organizacija rada je stresor koji navode zdravstveni djelatnici i u razvijenim zemljama svijeta (29,30,31,32,33), ali i u drugim zdravstvenim sustavima u Hrvatskoj kao na primjer u vojnom sustavu (34). Rezultati istraživanja ukazuju na mali broj djelatnika kao jedan od najvećih problema u zdravstvu što je veliki problem i u drugim zemljama (27,35,36). U zdravstvenim djelatnostima u zemljama diljem svijeta opisuje se opći nedostatak medicinskih sestara, što je vezano uz niz organizacijskih i psiholoških problema (28,37,38). Zdravstveni djelatnici se opisuju kao skupina kod koje je stres na radu visok, te je očuvanje njihove radne sposobnosti od posebne važnosti, kako za njih same, tako i za šиру društvenu zajednicu zbog značaja i osjetljivosti posla koji obavljaju (38,39,40,41,42), ali u literaturi nedostaju istraživanja provedena o stresu na određenim zdravstvenim radnicima kao što su primarije, medicinsko laboratorijski tehnozofi, fizioterapeuti i radiološki tehnozofi. Najviše istraživanja ovakvog tipa je provedeno na liječnicima i medicinskim sestrama dok su ostali svrstavani pod „ostalo zdravstveno osoblje“.

Istraživanje kod zdravstvenih radnika zaposlenih u Hitnoj medicinskoj pomoći u Sremskoj Kamenici pokazalo je da je sindrom sagorijevanja na radu prisutan kod 60 % ispitanika oba spola srednje, više i visoke stručne spreme umjereno do izraženog stupnja, a najizraženiji je kod zdravstvenih radnika s radnim stažom između 9 i 17 godina. Kod zdravstvenih radnika zaposlenih u Institutu za neurologiju, psihijatriju i mentalno zdravlje u Novom Sadu prisutan je kod 27 % zaposlenih, od toga kod 5 % u izrazitom stupnju (43). Rezultati našeg istraživanja pokazuju da stupanj obrazovanja nije značajan prediktor sagorijevanja na poslu. Pozitivan koeficijent korelacijske, kao i pozitivan standardizirani regresijski koeficijent ukazuje da su žene izloženije izgaranju. Zanimljivo je da



iako je starija dob prediktor većeg izgaranja na poslu, kod duljine radnog staža pokazao se obrnut smjer tj. što je radni staž manji, veće je izgaranje na poslu. Gledaju li se bivariatne korelacije radni staž je u vrlo niskoj, ali značajnoj pozitivnoj korelaciji s izgaranjem na poslu. S obzirom da je duljina radnog staža u korelaciji s dobi, u složenoj regresijskoj analizi se, nakon ekstrakcije varijance koja se pripisuje dobi, za radni staž dobio negativni standardizirani koeficijent, pa se može reći da ispitanici starije dobi i istovremeno kraćeg radnog staža imaju veću vjerojatnost izgaranja na poslu.

Uzroci nastanka sindroma sagorijevanja na radu u psihijatrijskim ustanovama su: stres kao primarni faktor; specifičnost situacije u kojoj ljudi rade, najčešće situacije u kojima je međusobni odnos s bolesnikom težak, komplikiran i emotivno vrlo zahtijevan (dužina vremena provedena s bolesnikom, težak i problematičan međusobni odnos, susretanje s nepromijenjenim stanjem bolesnika, teškoće u radu s tjeskobnim bolesnicima, bolesnicima sniženog raspoloženja, onima koji lako „planu“ te njihovom patnjom); rezultat prepreke i teškoće vezane za samu organizaciju posla, sam posao ili institucijsko liječenje (44). Najveći profesionalni stresor svim ispitanicima u našem istraživanju predstavlja nedostatan broj djelatnika, mala mogućnost napredovanja, neadekvatna osobna primanja te suočavanje s neizlječivim bolesnicima. Gledaju li se stresori pojedinačno, bivariatne korelacije pokazuju kako su gotovo svi stresori pozitivno povezani s izgaranjem na poslu, tj. veća izloženost stresora povezana je s višim izgaranjem na poslu. Iznimka je strah od izloženosti ionizirajućem zračenju i strah zbog izloženosti inhalacijskim anesteticima kod kojih nije dobivena nikakva korelacija.

Rezultati usporedbi pokazuju kako medicinsko laboratorijski tehničari preopterećenost poslom procjenjuju statistički značajno većim izvorom stresa u odnosu na fizioterapeute i na primalje. Medicinske sestre/tehničari preopterećenost poslom procjenjuju statistički značajno stresnijim u odnosu na fizioterapeute i primalje. Neadekvatna osobna primanja primalje procjenjuju statistički značajno manje stresnim ($M=3$) u odnosu na medicinske sestre, radiološke tehnologe, primalje, fizioterapeute i medicinsko laboratorijske tehnologe. Medicinsko laboratorijski tehničari ocjenjuju malu mogućnost napredovanja i promaknuća statistički značajno stresnijom u odnosu na fizioterapeute, medicinske sestre/tehničare i primalje. Medicinske sestre/tehničari i radiološki tehničari malu mogućnost napredovanja i promaknuća ocjenjuju statistički značajno stresnijom od primalja. Analiza varijance suočavanja s neizlječivim bolesnicima pokazala je postojanje statistički značajne razlike između skupina medicinskih sestara/tehničara koji suočavanje s neizlječivim bolesnicima ocjenjuju statistički stresnijim u odnosu na medicinsko laboratorijske tehnologe, primalje i radiološke tehnologe. Primalje ocjenjuju suočavanje s neizlječivim bolesnicima statistički manje stresnim u odnosu na fizioterapeute, medicinsko laboratorijske i radiološke tehnologe.

Sindrom sagorijevanja na radu javlja se kod osoba koje su kontinuirano, kroz duži vremenski period izložene izvanrednim psihosocijalnim stresorima na radnom mjestu. Nastaje onda kada osobe posvećene svom poslu shvate da njihovo žrtvovanje nije bilo dovoljno za postignuće željenih ciljeva. Uočeno je da prisustvo stresnih životnih događaja, koji su prethodili pojavi sindroma sagorijevanja, utječe na njegovu pojavu ili ga pojačava. Stresni životni



događaji narušavaju psihičke funkcije čovjeka dovodeći ga u stanje pojačane ranjivosti i smanjene snage. Najranija istraživanja bila su usmjerena na ispitivanje uloge okoline na profesionalno sagorijevanje (44), a posebno na doživljaj stresnosti povezan s ulogom na radnom mjestu poput preopterećenosti, konflikta i nejasnosti radne uloge (45). Pri tome se pod preopterećenošću podrazumijevaju preveliki zahtjevi na radnom mjestu i vremenski pritisak. Konflikt uloga se odnosi na nesklad u očekivanjima drugih ljudi (kolega i nadređenih) i može se javiti među različitim i unutar jedne uloge (46). Preopterećenost poslom, konflikt i nejasnoća uloge često dovode do psihološke napetosti, negativnih emocionalnih reakcija i neprikladnog ponašanja, javlja se nesigurnost, nezadovoljstvo poslom, smanjenja učinkovitost, a namjere da se napusti radno mjesto su izraženje (47,48). Analiza varijance pritisak vremenskih rokova za izvršenje zadataka pokazala je da postoji statistički značajna razlika među skupinama. Radiološki tehnolozi statistički osjećaju značajno stresnijim vremenski pritisak za izvršenje zadataka u odnosu na ostale zdravstvene radnike. Loša organizacija posla također je pokazala postojanje statistički značajne razlike među skupinama. Fizioterapeuti ocjenjuju lošu organizaciju posla statistički značajno manje stresnom u odnosu na medicinsko laboratorijske tehnologe, istovjetna razlika pokazuje se u usporedbi primalja i medicinsko laboratorijskih tehnologa. Kod prekovremenog rada postoji statistički značajna razlika u više usporedbi: prekovremeni rad fizioterapeuti ocjenjuju stresnijim u odnosu na medicinsko laboratorijske tehnologe. Medicinske sestre/tehničari i radiološki tehnolozi prekovremeni rad ocjenjuju stresnijim u odnosu na medicinsko laboratorijske tehnologe i primalje. Doživljaj

profesionalnog sagorijevanja često je ispitivana posljedica konflikta i nejasnoće uloge na ispitnicima različitih zanimanja, kao što su pravnici, nastavnici, žene u uslužnim djelatnostima te medicinske sestre i drugo zdravstveno osoblje. Istraživanja uglavnom potvrđuju opću pretpostavku da su povećani zahtjevi na radnom mjestu (npr. previše poslova u prekratkom vremenu) snažno i konzistentno povezani s profesionalnim sagorijevanjem, a posebno s dimenzijom emocionalne iscrpljenosti (49). Navedene tvrdnje potvrđene su i ovim istraživanjem, jer dokazano je da su najznačajniji prediktor koji povećavaju vjerojatnost izgaranja na poslu sljedeći: loša organizacija posla te sukobi s kolegama što su stresori koji nisu specifični za zdravstvo kao struku i ukazuju na potrebu za učinkovitim upravljanjem. Oskudnu komunikaciju s nadređenima, medicinsko laboratorijski tehnolozi statistički ocjenjuju značajno manje stresnim u odnosu na medicinske sestre/tehničare, a stresnijim u odnosu na primalje, fizioterapeute i radiološke tehnologe. Kod ovog podatka treba uzeti u obzir da medicinske sestre/tehničari imaju najduži i najintenzivniji kontakt s nadređenima, ali pomalo začuđuje što se primalje nalaze tek na trećem mjestu. Rezultat analize varijance o oskudnoj komunikaciji s kolegama ukazuje na statistički značajno manji stresni utjecaj za fizioterapeutu u odnosu na medicinske sestre/tehničare i medicinsko laboratorijske tehnologe. Medicinske sestre oskudnu komunikaciju statistički ocjenjuju stresnjom u odnosu na primalje, radiološke tehnologe i medicinsko laboratorijske tehničare. Pronađena je statistički značajna razlika između skupina fizioterapeuta koji sukobe s kolegama ocjenjuju statistički manje stresnim u odnosu na medicinske sestre/tehničare i medicinsko laboratorijske tehnologe. Medicinsko laboratorijski tehnolozi sukobe s kolegama statistički ocjenjuju stresnijim u odnosu na primalje i radiološke tehnologe. Pokušamo li odgovoriti na pitanje zašto najstresnije sukobe s kolegama doživljavaju medicinsko laboratorijski tehnolozi i primalje, treba imati na umu da su medicinsko laboratorijski tehnolozi i primalje tijekom radnog vremena u manjem prostoru te sukobe s kolegama doživljavaju intenzivnije i zbog nemogućnosti udaljavanja. Ovi podaci ne čude s obzirom da je još uvijek najčešći primjenjivani model u bolničkim ustanovama – funkcionalni, a ne timski. Izostaje i ulaganje radne organizacije u međuljudske odnose, ali i u razvoj liderskih sposobnosti. Stresori koji u ovom setu prediktora pokazuju najviše negativne koeficijente su noćni rad i dežurstva (24 satna), drugim riječima veća izloženost tim stresorima ukazuje na manje sagorijevanje na poslu. Ove rezultate treba promatrati u kontekstu svih drugih stresora, stoga je moguće da ovi stresori pokazuju negativan smjer, jer veća količina noćnog rada i dežurstava dovodi do većih osobnih primanja što može biti kompenzacijски mehanizam za izgaranje na poslu. Također je moguće da se tijekom noćnog rada odvija drugačija organizacija posla i

promjena radnih uvjeta što doprinosi manjem stresu. Ove hipoteze potrebno je istražiti u budućim istraživanjima. Istraživanje u Australiji pokazalo je da je najčešći stresor u liječnika obiteljske medicine vremensko ograničenje za pregled pacijenta, a na visokom drugom mjestu je prijetnja sudske tužbe i parničenja (50). Liječnici intenzivnije od medicinskih sestara/tehničara doživljavaju stresore vezane uz javnu kritiku i sudske tužbe te smjenski rad, a medicinske sestre/tehničari opasnosti i štetnosti kojima su izloženi na poslu doživljavaju stresnije od liječnika, rezultati su istraživanja provedenog u vremenskom periodu od 2006. do 2008. godine na 2380 ispitanika zagrebačkih bolnica (51). Prijetnja sudske tužbe ili parničenja u našem istraživanju pozitivno je povezana s izgaranjem na poslu, ali ne pripada među vodeće stresore. Utvrđene su statistički značajne razlike između zdravstvenih profesija. Radiološki tehnolozi prijetnju sudske tužbe ili parničenja statistički ocjenjuju stresnjom u odnosu na medicinske sestre/tehničare, medicinsko laboratorijske tehnologe i fizioterapeuta što je pomalo začuđujući podatak budući su radiološki tehnolozi i medicinsko laboratorijski tehnolozi u najmanjem izravnom kontaktu s pacijentom u odnosu na medicinske sestre/tehničare, fizioterapeute i primalje. Istraživanje na liječnicima radiolozima i ostalom radiološkom zdravstvenom osoblju pokazalo je da liječnici radiolozi smatraju organizaciju rada i financijske mogućnosti, previše posla, lošu organizaciju rada, nedostatak vremena, premali broj djelatnika, pritisak vremenskih rokova, neadekvatna finansijska sredstva za rad, neadekvatna osobna primanja te profesionalne i intelektualne zahtjeve, izazove uvođenjem novih tehnologija i novih informacija, potrebu za odgovarajućom edukaciju, nedostupnost novih informacija i saznanja kao i javnu kritiku, izloženost neprimjerenoj kritici u javnosti, sudske tužbe i sporove iznimno stresnima, dok ostali radiološki zdravstveni djelatnici kao najstresnije skupine stresora prepoznaju one koje pripadaju organizaciji rada i finansijskim mogućnostima (52).

Za djelatnost medicine rada ovo istraživanje je značajno kao osnova za izradu smjernica preventivnih mjera temeljenih na znanstvenim dokazima. U stručnoj literaturi postoji manjak dokaza o utjecaju stresa na radnu sposobnost. Budući da isti stresor različiti ljudi mogu doživjeti na različit način, različitim intenzitetom te različitim predznakom, važan je odnos pojedinca prema svakom od njih. Svi čimbenici stresa na radu ne mogu biti otklonjeni, no važno je poduzeti preventivne mjere kao bi se smanjili oni koje je moguće smanjiti (53,54).

Ograničenja istraživanja su način distribucije online ankete. Naime, veliki broj zdravstvenih djelatnika ne koristi se suvremenom tehnologijom i samim time ne čudi što je najmanji udio ispitanika stariji od pedeset godina. Također se ograničenje može pronaći u samoprocjenjivanju, odnosno u iskrenosti i stavovima ispitanika koji mogu utjecati na objektivnost ocjenjivanja, a samim time i na rezultate.

6. ZAKLJUČCI

Najveći profesionalni stresor svim ispitanicima predstavlja nedostatan broj djelatnika, mala mogućnost napredovanja, neadekvatna osobna primanja te suočavanje s neizlječivim bolesnicima. Najmanje stresnim ispitanici doživljavaju 24 satna dežurstva, strah zbog izloženosti inhalacijskim anesteticima, noćni rad, prijetnju sudske tužbe ili parničenja te strah od ionizirajućeg zračenja.

Ukupna količina varijance izgaranja na poslu objašnjena osobinama ličnosti iznosi 29,6 %, dok su stresori zastupljeni 69,4 %.

Statistički primalje pokazuju značajno nižu izraženost sagorijevanja na poslu u odnosu na medicinske sestre/tehničare i medicinsko laboratorijske tehnologe. U drugim usporedbama nije pronađena statistički značajna razlika.

Sve dimenzije ličnosti povezane su s izgaranjem na poslu. Visok neuroticizam, introverzija, niska otvorenost iskustvima, niska ugodnost i niska savjesnost svaka zasebno ukazuju na veću vjerojatnost sagorijevanja na poslu.

Neuroticizam je najznačajniji prediktor sagorijevanja na poslu. Sljedeći prediktor po veličini jest ugodnost, dok su ekstroverzija i otvorenost, iako značajni, vrlo niski prediktori. Pokazuje se da u ovoj kombinaciji prediktora savjesnost nema nikakvu prediktivnu vrijednost za predviđanje izgaranja na poslu.

7. LITERATURA

1. Aasland OG, Olff M, Falkum E, Schweder T, Ursin H. Health complaints and job stress in Norwegian physicians: the use of an overlapping questionnaire design. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1615-29.
2. Ajduković D. Izvori profesionalnog stresa i sagorijevanja pomagača (1996).. U: Ajduković D, Ajduković M. (ur.), Pomoć i samopomoć u skribi za mentalno zdravlje pomagača. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć, 29-37.
3. Ajduković M. Sindrom sagorijevanja na poslu. U: Ajduković, D., Ajduković M. (ur.). Pomoć i samopomoć u skribi za mentalno zdravlje pomagača. Zagreb (1996). Društvo za psihološku pomoć, 21-27.

4. Ajduković, D, Ajduković, M. (ur.) (1996). Zašto je ugroženo mentalno zdravlje pomagača? Pomoći i samopomoći u skrbi za mentalno zdravlje pomagača. Zagreb: Društvo za psihološku pomoći, 3-10.
5. Allen J, Mellor D. Work context, personal control, and burnout amongst nurses. *Western Journal of Nursing Research* (2002), 24, 905-917.
6. al-Ma'aitah R, Cameron S, Horsburgh ME, Armstrong - Stassen M. Predictors of job satisfaction, turnover, and burnout in female and male Jordanian nurses. *Can J Nurs Res* 1999; 31(3): 15-30
7. Booth RZ. The nursing shortage: a worldwide problem. *Rev Lat Am Enfermagem* 2002;10(3): 392-400.
8. Bosma H. et al. Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *BMJ*, 1997. 314(7080): p. 558-65.
9. Buchan J, Aiken L. Solving nursing shortages: a common priority. *J Clin Nurs* 2008;17(24): 3262-8.
10. Burke R. J. Work experiences and psychological wellbeing of former hospital-based nurses now employed elsewhere. *Psychological Reports* (2002), 91, 1059-1064.
11. Calnan M, Wainwright D, Forsythe M, Wall B, Almond S. Mental health and stress in the workplace: the case of general practice in the UK. *Soc Sci Med* 2001;52(4): 499-507.
12. Chen SM, McMurray A. "Burnout" in intensive care nurses. *J Nurs Res* 2001; 9(5): 152-64.
13. Chong A, Killeen O, Clarke T. Work-related stress among paediatric non consultant hospital doctors. *Ir Med J* 2004;97(7):203-5.
14. Cooper C. L, Dewe P. J, O'Driscoll, M. P. Organizational stress: A review and critique of theory. Research and applications. Thousand Oaks CA (2001): Sage Publications.
15. Cordes C. L, Dougherty T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), 621-656.
16. De Zwart BC, Frings-Dresen MH, Van Duivenbooden JC. Test-retest reliability of the Work Ability Index questionnaire. *Occup Med (London)* 2002; 52: 177-81.
17. Družić Ljubotina O, Friščić Lj. Profesionalni stres kod socijalnih radnika:izvori stresa i sagorijevanje na poslu.Ljetopis socijalnog rada 2014., 21 (1), 5-32 str.
18. Ekstedt M, Fagerberg I. Lived experiences of the time preceding burnout. *J Adv Nurs* 2005; 49(1): 59-67.
19. Elfering A, et al. Time control, catecholamines and back pain among young nurses. *Scand J Work Environ Health*, 2002. 28(6): p. 386-93.
20. European Observatory on Health Care Systems: Health Care Systems in Transition, Croatia. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems; 1999.
21. Freudenberger H. J. Staff burnout. *Journal of Social Issues* (1974). 30, 159-165.
22. Golubić R, Milošević M, Knežević B, Mustajbegović J. Work-related stress, education and work ability among hospital nurses *J Adv Nurs* 2009;65(10):2056-66.
23. Gorter RC, Albrecht G, Hoogstraten J, Eijkman MA. Measuring work stress among Dutch dentists. *Int Dent J* 1999;49(3): 144-52.
24. Hudek-Knežević J, Kalebić Maglica B, Krapić N. "Burnout" medicinskih sestara u bolnicama. *Croat Med J*. 2011; 52: 538-49.
25. Janiszewski GH. The nursing shortage in the United States of America: an integrative review of the literature. *J Adv Nurs* 2003;43(4): 335-43.
26. Johnson S, Cooper C, Cartwright S, Donald I, Taylor P, Millet, C. The experience of work-related stress across occupations. *Journal of Managerial Psychology* (2005). 20 (2), 178-187.
27. Karasek R, Theorell T, Schwartz J, Pieper C, Alfredsson L. Job, psychological factors and coronary heart disease. Swedish prospective findings and US prevalence findings using a new occupational inference method. *Adv Cardiol* 1982;29: 62-7.
28. Kinzl JF, Traweger C, Biebl W, Lederer W. Burnout and stress disorders in intensive care doctors. *Dtsch Med Wochenschr* 2006;131(44): 2461-4.
29. Knežević B, Golubić R, Belošević Lj, König S, Milošević M, Mustajbegović J. Čimbenici stresa i radna sposobnost u radiološkoj profesiji. 1. Međunarodni kongres era nove ekonomije i novih zanimanja- stress i mobbing. Knjiga sažetaka. Split, Hrvatska 7. – 9. 11. 2008. Udruga Split zdravi grad.
30. Knežević B, Milošević M, Mustajbegović J, Belošević LJ. Stesori na radnom mjestu izvanbolničkih i bolničkih lječnika. Zbirka sažetaka 15. Dani psihologije. Zadar; 2006.
31. Knežević B. Stres na radu i radna sposobnost zdravstvenih djelatnika u bolnicama. Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu. 2010.
32. Lumsden DP. Is the concept of „stress“ of any use, anymore? U: Randall D., ur. Contributions to primary intervention in mental health: Working papers. Toronto; 1981.
33. Maslach C, Jackson S. E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* (1981). 2, 99-113.
34. Maslach C, Jackson, S. E. The Maslach Burnout Inventory. Manual (2nd ed.) (1986). CA: Consulting Psychologists Press.
35. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burn out. *Ann. Rev. Psychol* (2001). 52, 397-422
36. Milošević M, Knežević B, Golubić R, Mustajbegović J, Matec L, Delbeljak M. Differences in stress perceptions between physicians in surgical and non-surgical specialities. U: Budapest Meeting Abstract. Budapest; 2007. str. 466-467.
37. Nickel C, Tanca S, Kolowos S. Men with chronic occupational stress benefit from behavioural/psycho-educational group training: a randomized, prospective, controlled trial. *Psychol Med* 2007;37(8): 1141-9.
38. Pavičević L, Bobić J. Stres na radu. U: Šarić M, Žuškin E, ur. Medicina rada i okoliša. Zagreb: Medicinska naklada; 2002, str. 530-37
39. Pavlović D. Burnout among medical workers. Novi Sad: Filozofski fakultet; 1977.
40. Robert L, Kahn, Donald M, Wolfe R. P, Quinn J, Diedrick Snoek R. A. *Organizational Stress: Studies in Role Conflict and Ambiguity*. Vol. 10, No. 1, Special Issue on Professionals in Organizations (Jun., 1965), pp. 125-129
41. Robinson GE. Stresses on women physicians: consequences and coping techniques. *Depress Anxiety* 2003;17(3): 180-9.
42. Rosta J, Gerber A. Excessive working hours and health complaints among hospital physicians: a study based on a national sample of hospital physicians in Germany. *Ger Med Sci* 2007;29: 5.
43. Rosta J, Gerber A. Excessive working hours and health complaints among hospital physicians: a study based on a national sample of hospital physicians in Germany. *Ger Med Sci* 2007;29:5.
44. Sauter S, Murphy L. (1998). Stress... at work. DHHS (NIOSH). Publication, 99-101 Cincinnati: NIOSH.
45. Schattner PL, Coman GJ. The stress of metropolitan general practice. *Med JAust*. 1998;169(3):133-7.
46. Schaubroeck J, Cotton J, Kenneth L, Jennings R.. Antecedents and consequences of role stress: A covariance structure analysis. Volume 10, Issue 1, pages 35–58, January 1989.
47. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*, 2006. 32(6): p. 443-62.
48. Sveinsdóttir H, Biering P, Ramel A, Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2006;43(7): 875-89.
49. Šverko B. Važnost rada u životu pojedinca i prilog evaluaciji jednog kognitivnog modela. *Psihologija* (1984). 17 (3), 48-60.
50. Visser MR, Smits EM, Oort FJ, De Haes MG. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialist. *CMAJ* 2003;168(3): 271-5.
51. Vlada RH. Nacionalni program zaštite zdravlja i sigurnosti na radu osoba zaposlenih u djelatnosti zdravstvene zaštite za razdoblje 2015. - 2020. Zagreb, 2014.
52. WHO. ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneve: World Health Organization; 1992.
53. Winwood P.C, A.H. Winefield, Lushington K. Work-related fatigue and recovery: the contribution of age, domestic responsibilities and shiftwork. *J Adv Nurs*, 2006. 56(4): p. 438-49.
54. World Health Organization. Workers' health: global plan of action (2007)., W.H. Organization, World Health Organization: Geneva)

POSTPOROĐAJNA DEPRESIJA

*Karmen Cecarko Vidović, bacc. obs.,
babicakarmen@gmail.com, Županijska bolnica Čakovec*

UVOD



Naš životni vijek mjerimo od trenutka rođenja i uvriježeno je da se rođenje smatra početkom života. Ipak, većina novorođenčadi u trenutku rođenja ima oko 40 tijedana i već je u maternici prošla značajan fizički razvoj. Psihički i društveni život djeteta započinje znatno prije rođenja. Taj rani život odvija se u obliku iščekivanja, nadanja i strahovanja roditelja nad majčinom trudnoćom (često i prije same trudnoće), kao i nad razvojem djeteta.

Rođenje je ključni trenutak kada se iščekivanja i želje preobrazu u stvarnost živog djeteta. Kod roditelja, u tim trenucima, često se posve izmiješano pojavljuje mnoštvo različitih osjećaja: olakšanje, jer je dijete zdravo i „posao“ obavljen, radost pred stvorenim bićem – novom, potpuno različitom osobom. S druge strane, nerijetko izgled djeteta može biti izvor razočaranja ili čak odvratnosti. Novorođen-

čad je često naborana i crvena, zamrljana krvlju rodilje što stvara posve drugačiji dojam nego li nasmiješena, punašna bića poznata iz dječjih knjiga. Može se pojaviti i strah od otuđenosti novorođenog djeteta, jer ono je donedavno bilo dio majčina tijela, a sada je potpuno odvojeno. Uza sve to novorođenče ima čitav niz potreba i roditelji u prvi mah misle da im neće moći udovoljiti, jer ne znaju ništa o njima i ne mogu ih predvidjeti.

Nekolicina psihologa koji su pratili cijelokupan proces trudnoće, poroda i mjesece nakon njega ističu činjenicu da porođaj ne označava potpun i nagao kraj trudnoće. Naposljetku, nije to kao da prođemo kroz vrata i odmah se nađemo u drugoj prostoriji. Tijekom trudnoće i porođaja zbiva se golemo duhovno prilagođavanje novim okolnostima. Stari obrasci razmišljanja se preispituju, mnogi i napuštaju, a najveći „duhovni potresi“ događaju se u prvim satima nakon porođaja.

Iako duhovne pripreme tijekom trudnoće omogućuju ženi da spremno dočeka materinstvo, nov identitet žene kao majke istinski se počinje oblikovati tek nakon djetetova rođenja. Tada majka može uspostaviti stvaran, a ne zamišljen odnos s djetetom. Stoga, u prvim danima poslije porođaja moguće je da majka ponajmanje vlada sobom. Međutim, u pravilu je vrlo aktivna i spremna da brine o djetetu ukoliko je to moguće. Nažalost, pred njom se možda nalaze prepreke kako u njezinoj psihičkoj pretovijesti, tako i u njenoj sadašnjoj okolini.

Tijekom trudnoće, razina dvaju ženskih hormona, estrogena i progesterona ubrzano raste. U prva 24 sata nakon poroda razina ovih hormona naglo opada i vraća se u svoje prvobitno stanje. Znanstvenici smatraju kako je upravo ova nagla promjena hormona „okidač“ za depresiju, baš kao što manje promjene u razini hormona mogu utjecati na promjene raspoloženja tijekom menstrualnog ciklusa. Također, opadanje razine tireotropnih hormona koji pomažu u regulaciji metabolizma utječe na brži razvoj depresije.

POTIŠTENOST

Razdoblje suza i tuge sasvim je normalna pojava. Čak četiri petine žena u prvih će nekoliko dana poslije porođaja proživljavati kratka razdoblja plačljivosti. Raspoloženje katkad nastaje polagano i žena lagano tone u stanje sumnji i tuge da bi poslije nekoliko sati isto tako polako i neprimjetno izašla iz njega. Međutim, neraspoloženje se češće javlja odjednom. Mnoge ga žene dočekuju sasvim nespremne. Žena može biti zapanjena time što je bez ikakva vidljiva razloga brzinula u plač u trenutku kada bi „trebala“ biti sretna (npr. kada joj je muž došao u posjet). A zatim, možda već nakon jednog sata, neraspoloženje nestaje i opet je lijepo.

Mnogo manji postotak žena zapada u depresiju koja može potrajati tjednima ili mjesecima, a povremeno i godinu – dvije. Mnoge iz te druge skupine ne shvaćaju što se s njima zbilo. Osjećaju da su se izmijenile, ali ne znaju kako. Njihovi najbliži možda primjećuju promjenu, ali možda je ni oni ne znaju objasniti. Teška depresija neizbjježno stvara potpunu paraliziranost volje i osjećaj očajanja. Međutim, taj stupanj depresije dostiže uistinu vrlo malo žena. Tipičnije je neobjašnjivo slabljenje elana, usporavanje kretanja i osjećaj blage bespomoćnosti i beznađa. Može oslabiti smisao za humor, a zanimanje za seks i za zadovoljstvo u njemu mogu biti neznatni ili nikakvi.

U toku prvih nekoliko dana neke žene opažaju kako su zbunjene i smetene, osjećajući da nisu posve sigurne tko su i gdje su ili koliko im je godina. Ova je zbuđenost u manjega broja žena tolika da može nalikovati nesređenosti misli i tlapnjama koje su svojstvene nekim oblicima shizofrenije. Osim u vrlo malom broju slučajeva, ti osjećaji nestaju nakon najviše 2-3 tjedna, a polje njih ostaje samo depresija.

Žalosno je što mnoge žene promjenu koja se zbila u njima ne poimaju onakvom kakva doista jest, jer je postporođajnu depresiju ili „post partum sindrom“ obično prilično lako ukloniti psihoterapijom. Ako se pravilno liječi, gotovo nikad ne potraje dulje vrijeme, a često ju je, s odgovarajućom pripremom, moguće izbjegići.

Vrste postporođajne depresije:

- Baby blues
- Postpartum depresija (PPD)
- Postporođajna psihoza

BABY BLUES

Postporođajna tuga ili *baby blues* javlja se 2 do 5 dana nakon poroda, a traje do mjesec dana te ga doživljava 80 % do 90 % žena.

Veliki utjecaj na ovo stanje, osim psihičkog stresa zbog samog poroda, imaju i hormonalne promjene koje se događaju za vrijeme i nakon poroda, zatim umor i neispavanost, bol uzrokovana epiziotomijom ili carskim rezom, mastitis ili bilo koji drugi problemi sa zdravljem mame ili bebe. Također, nakon prvih par dana mami i bebi su sve manje dostupni različiti sistemi socijalne podrške (muž, ako je i dobio par slobodnih dana zbog djetetova rođenja, mora se vratiti na posao, bake i prijatelji prestaju intenzivno pomagati...).

Glavne karakteristike postporođajne tuge su manjak energije, slabost, ranjivost, nagle promjene raspoloženja, plačljivost, zbuđenost. Mnoge žene osjećaju da je beba prevelika odgovornost za njih, oplakuju gubitak svoje slobode ili su pak uvjerene da ih nitko ne voli i ne može voljeti. Treba naglasiti da su svi ovi simptomi pojačani kod žena koje su rodile carskim rezom ili pak kod žena koje same odgajaju svoje dijete.

Baby blues proći će sam od sebe, potrebno je samo nekoliko dana odmora te podrška i pomoć okoline.

POSTPARTUM DEPRESIJA (PPD)

Godinama su nastajale brojne teorije koje su poslijeporođajnu depresiju pokušavale objasniti tjelesnim uzrocima. Često su se spominjale hormonalne promjene i promjene u razini tjelesne tekućine, a stanje postpartum depresije je liječeno kao da posrijedi takva abnormalnost. Postojala je i teorija da navedene promjene oštećuju mozak izazivajući delirij. U novije se vrijeme kao mogući uzrok spominje nagli i golem pad razine progesterona nakon porođaja. To bi uistinu mogao biti jedan od čimbenika koji pridonose potištenosti koja se javlja brzo poslije porođaja, ali traje razmjerno kratko. Veza, ipak, nije dokazana. Potištenost bi također mogla biti normalna reakcija na vrlo intenzivne psihičke doživljaje tijekom i nakon porođaja.

Možda je posrijedi i psihička reakcija na hormonske i ostale fiziološke pojave, slična onoj koju smo opisali govoreći o promjenama raspoloženja u trudnoći. Zbuđenost dijelom može proistići i iz vrlo nagle promjene u anatomiji nove majke. U samo nekoliko sati žena gubi najveći dio trbuha i značajan dio težine, a njezini se unutrašnji organi velikim dijelom vraćaju u prvobitni položaj. Ipak, tijelo žene je promijenjeno. Povećana je maternica, ali i srce, opći mišićni tonus je smanjen, a moguće je da žena zadrži dio tekućine i tjelesne masnoće stečene za vrijeme trudnoće. Kada mlijeko, u pravilu trećeg dana nakon poroda, prvi put ispuni njezine dojke, osjećaj može biti vrlo neobičan. Punih devet mjeseci žena se prilagođavala svom novom liku, a njega odjednom više nema, a opet ona više nije onakva kakva je bila.



Velika je razlika između „*baby blues-a*“ i PPD. *Baby blues* najčešće se javlja prvih dana nakon poroda i prolazi sam od sebe unutar nekoliko dana do tjedan dana, dok se PPD može pojaviti bilo kada unutar prve godine od poroda.

Mnogo je razloga koji mogu dovesti do PPD, žene koje su već obolijevale od PPD imaju znatno veće šanse od ponovnog obolijevanja. Žene koje su se ranije susretale s određenim oblicima depresije također su sklonije PPD. Potom žene koje imaju teške i problematične predmenstrualne cikluse imaju veću mogućnost obolijevanja od PPD. Ukoliko žena živi u lošoj bračnoj zajednici ili je samohrana majka te nakon poroda nema oslonac ni podršku također je sklonija PPD. I na kraju, ukoliko su okolnosti tijekom trudnoće i na porodu bile ekstremno stresne, kao što je na primjer prerano rođeno dijete, velika je šansa da će žena oboljeti od PPD.

Simptomi i trajanje

Simptome PPD možemo najjednostavnije definirati kao nezainteresiranost za sve što se oko nas dešava. Postpartum depresiju doživljava 10 % do 16 % mama.

- **Promjene prehrambenih navika** – najčešće manjak apetita, a ponekad i iznenadna glad koja rezultira prežderavanjem.
- **Nedostatak energije** – žena koja pati od PPD najčešće ima znato manje energije od uobičajenog ili je uopće nema.
- **Problemi sa spavanjem** – u nekim slučajevima može se javiti nesanica, dok s druge strane postoji problem pretjerane potrebe za snom.
- **Osjećaj krivnje** – potpuno neopravдан, ali jedan od prvih i najčešćih simptoma PPD.
- **Osjećaj manje vrijednosti** – vrijedi isto što i za osjećaj krivnje.
- **Bespomoćnost i pesimizam** – žene u PPD najčešće se osjećaju bespomoćnim i pesimistički su raspoložene.
- **Razdražljivost i „kratak fitilj“** – suprotno normalnom, žene u PPD planu bez nekog očitog razloga i zaista ih bilo što može iziritirati.
- Glavobolje, bolovi u prsima, lupanje srca, hiperventilacija.

- Nemogućnost fokusiranja, pamćenja i donošenja odluka.
- Pretjerana briga za djeteta ili pak nepostojanje interesa za dijete.
- Nezainteresiranost za svakodnevne aktivnosti, uključujući seks.

Najozbiljniji simptom PPD je želja majke da naudi sebi ili djetetu. Žena koja pati od teške PPD u stanju je počiniti samoubojstvo ili čak oduzeti život svome djetetu. U slučajevima kada se ovakvi incidenti dese unutar 6 mjeseci od poroda, slučajevi se i službeno vode kao produkt PPD.

Majka može osjećati tjeskobu nakon poroda, no to ne mora značiti da boluje od PPD-a. Može se raditi o postporođajnom tjeskobnom ili paničnom poremećaju. Znakovи ovog stanja uključuju jak osjećaj tjeskobe i straha, brzo disanje, brzo kucanje srca, valove hladnoće ili vrućine, bol u prsima i vrtoglavicu. Za svaki od simptoma treba se javiti liječniku.

Vremenski period trajanja depresije je različit za svaku ženu. Neke žene se osjećaju bolje već nakon nekoliko nedjelja, dok se neke osjećaju depresivno nekoliko mjeseci. Kod žena koje imaju jake simptome ili koje su već imale neki oblik depresije, period ozdravljenja može trajati duže. Važno je zapamtiti da pomoć postoji i da se ovo stanje može liječiti i izlječiti.

LIJEČENJE

Nitko unaprijed ne može odrediti trajanje PPD, sve ovisi o težini depresije, općem stanju i mnogim drugim okolnostima. Najvažnije je osigurati miran život i pomoć prvih 40 dana od poroda odnosno tijekom razdoblje poznatog kao „babinje“. Izuzetno je važno da barem prvih 10 dana netko uvijek bude uz mamu i bebu. Mnoge se žene osjećaju sjajno, spremno i pune energije, no nitko ne može garantirati da se taj osjećaj preko noći neće promijeniti i otići u krajnost koja će rezultirati postporođajnom depresijom.

Ukoliko je potrebno, znači, ako su simptomi izraženiji od onih koje susrećemo kod *baby bluesa* potrebno je liječenje. Postporođajna depresija se liječi ovisno o obliku i težini prisutnih simptoma. Liječenje može obuhvatiti i antidepresiva ili sredstava za smirenje (naravno, pod kontrolom liječnika) te grupnu psihoterapiju sa ženama koje pokazuju iste simptome.

Liječenje uključuje korištenje progesterona s izuzetno dobrim i značajnim rezultatima ublažavanja simptoma postporođajne depresije (depresivnosti, umora, plačljivosti,

napetosti, osjećaja bespomoćnosti, čudnih misli, lošeg apetita i noćnog znojenja). Pokazalo se da ova terapija smanjuje i broj simptoma postporođajne depresije.

Prednosti primjene progesterona kod ovog stanja su mnogostrukе: progesteron djeluje brzo – doslovno unutar nekoliko minuta ili sati ublaženi su mnogi simptomi i više od 95 % žena pozitivno reagira na tu terapiju.

HIPOTIREOZA

Svaka petnaesta žena nakon poroda osjeća simptome umora, tuge i otežanog gubljenja težine koji su posljediča poremećenog rada štitne žlezde. Naime, štitnača tijekom trudnoće radi usporeno. Kod većine žena nakon poroda rad štitnače se normalizira, ali kod nekih stanje hipotireoze nastavlja se još neko vrijeme. Prije no što se dijagnosticira postporođajna depresija, a pogotovo prije uzimanja antidepresiva, treba napraviti krvni test na hormone štitnače kako bi se isključila postporođajna hipotireoza. Ovaj poremećaj uglavnom prolazi u prva 3 mjeseca nakon poroda, a potraje li duže, može se uzimati hormonalna terapija (postoji i takva terapija koju mogu uzimati majke dojilje).

PREVENCIJA

Savjeti rodiljama:

- **Ne ustručavajte se tražiti pomoć**, prinova u kući jest nešto najljepše što se može dogoditi obitelji, ali ujedno je i veliki stres, a dijete često iz temelja mijenja života
- **Svakoga dana odvojite vrijeme za sebe**. Nemojte zanemariti svoje navike i hobije. I petnaestak minuta dnevno uz dobru knjigu na primjer, može vam pomoći da se opustite i napunite baterije.
- **Prošetajte svaki dan bez obzira na vremenske uvijete**, ako i ne možete povesti bebu otidite na zrak kako bi se osježili i promijenili okruženje.
- **Okružite se ljudima koje volite**, čak i ako mislite da će vam netko treći samo smetati i narušavati obiteljski sklad. Mi znamo da vam nitko osim vaše bebe i muža nije potreban, ali određeno vrijeme provedeno u ugodnom razgovoru s nekim drugim ne može vam odmoći.
- **Pišite dnevnik**, jednom u budućnosti izmamit će vam osmijeh na lice kada se sjetite prvih dana vaše bebe.
- **Zanemarite sve kućanske poslove i obaveze na neko vrijeme**. Neispeglan veš neće nigdje pobjeći, kao ni prašina iza televizora, a jednom kada se



okrenete i pogledate unazad, ne želite vidjeti sebe za štednjakom, već u blaženom zagrljaju s vašom bebom. Zamolite za pomoć mamu, svekrvu ili nekog trećeg. Povjerite im brigu oko kuhanja i čišćenja, a vi se u potpunosti posvetite sebi i svojoj bebi. Na kraju krajeva, trebat će vam neko vrijeme da se uhodate i ulovite bebin ritam.

I na kraju, ukoliko sami osjetite da je vrijeme za uzbunu, da je PPD prejaka, da imate suicidalne misli ili želite nauditi djetetu ne okljevajte ni trenutka! Javite se svome doktoru ili patronažnoj sestri, oni će najbolje znati što učiniti i kako vas izliječiti.

POSTPORODAJNA PSIHOZA

Rijetka je, ali ozbiljna mentalna bolest – od 1000 žena obolijeva jedna ili dvije. Postporođajna psihoza obično započinje unutar 6 tjedana od poroda. Veću vjerojatnost za oboljevanje od ove bolesti imaju žene sa bipolarnim ili drugim shizoafektivnim poremećajem.

Bolest se može naglo pojaviti. Žena može izgubiti dodir sa stvarnošću, imati auditorne halucinacije (čuje nešto što se zapravo ne čuje, npr. nekog da govori) i može vidjeti stvarnost drugačiju nego što uistinu jest. Vizualne halucinacije (vidi nešto što ne postoji) nisu tako česte. Među druge simptome možemo ubrojati nesanicu (insomniju), nervozu i ljutnju, čudne osjećaje (npr. da je dijete zlo, demonsko) te čudno ponašanje.

Žene oboljele od postpartum psihoze trebaju odmah biti podvrgnute liječenju i gotovo uvijek trebaju uzimati lijekove. Ponekad im je potrebna i hospitalizacija, ukoliko postoji opasnost da ozlijede sebe ili nekog drugog.

LITERATURA:

Internetski izvori

1. <http://kbt-barbaric.com/>
2. http://www.cybermed.hr/clanci/poslijeporodajni_psihicki_poremeceji
3. Pecigoš-Kljuković K. Zdravstvena njega i liječenje trudnice, roditelje i babinjače : udžbenik za primalje. Zagreb : Školska knjiga, 2006.
4. Ljubojević, N. Ginekologija i porodništvo : udžbenik za studij sestrinstva. Zagreb : Zdravstveno veleučilište, 2005.

Emocionalna prilagodba majki u postnatalnom periodu

*Marina Katušin,
marina.katusin@gmail.com,
Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci*

Za mnoge je postati roditelj najdragocjeniji trenutak u životu i vrijeme sreće. Međutim, s druge strane postoje i oni kojima postnatalni period predstavlja razdoblje boli i nemira. Stoga, svaku je situaciju potrebno sagledati dublje ne bi li se pravovremeno posumnjalo i utvrdio problem. Važno je razlikovati emocionalnu prilagodbu od problema u postnatalnom periodu s kojima se majka može susresti. Od svih zdravstvenih kadrova primalje obnašaju najvažniju ulogu tijekom prilagodbe, jer one susreću majke za vrijeme trudnoće, tijekom poroda i neposredno nakon njega. Uloga primalje je nažalost ograničena, jer iako žele podržati i pomoći majkama s problemima prilagodbe i mentalnog zdravlja, poteškoću predstavlja nemogućnost praćenja i kontinuirane skrbi. Sam početak, kao i progresiju emocionalne nestabilnosti često može sprječiti rano otkrivanje, podrška pružena putem informiranih uputa o liječenju te odgovarajuće i pravovremeno upućivanje.

Neki uzroci i faktori rizika emocionalne nestabilnosti:

- nagle hormonalne promjene nakon poroda
- nisko samopoštovanje
- stres kod kuće i/ili na poslu
- nedostatak podrške
- dijagnosticirane psihičke bolesti prije trudnoće

Uzimemo li u obzir navedene faktore rizika, razvoj emocionalne nestabilnosti moguće je sprječiti. Nažalost, zbog manjka primalja, a velike potrebe za njihovim uslugama, majke nemaju odgovarajuću skrb. U Hrvatskoj u postnatalne posjete još uvijek odlaze patronažne sestre, a ne primalje. U pravilu, tih posjeta nije mnogo, a brojne su informacije koje se prenose u kratkom vremenu. Osim što ne postoji kontinuirana skrb, žene koje imaju problem ne traže stručnu pomoć, već osjećaju pritisak i povlače se u sebe.

Znakovi i simptomi koji se ne smiju zanemariti:

- osjećaj tuge
- umor
- anksioznost
- osjećaj nesigurnosti
- tuga

Postnatalna skrb je još uvijek podcijenjena unatoč mnogim dokazima koje potvrđuju njen značaj. I same žene ukazuju na važnost primalja i njihovog međusobnog odnosa povjerenja. Uz promicanje primaljstva i primalja potrebno je promicati i postnatalnu skrb žena. Ukoliko žene ne dobiju adekvatne usluge, ne steknu vještine i sposobnosti potrebne za rano majčinstvo, emocionalna nestabilnost može se odraziti i na njihove obitelji koje ponekad trpe dugoročne fizičke i psihološke posljedice. Primalje moraju djelovati, utvrditi važnost skrbi i stručne pomoći te usmjeriti ženu koja potrebuje pomoć.

Kome je pomoć iznimno potrebna:

- ženama nestabilnog emocionalnog stanja na koje upućuju same ili je ono zamijećeno u postnatalnom kontaktu
- ženama s prolaznim psihičkim simptomima (baby blues) koji nisu riješeni u 10 - 14 dana nakon poroda
- roditeljima ili skrbnicima koji imaju problem u povezivanju s novorođenčetom
- majkama koje su odvojene od djeteta, primjerice kod neonatalnog intenzivnog liječenja



Kako primalje mogu pomoći:

- olakšati ženi planiranje dnevnih aktivnosti
- preporučiti grupe podrške
- savjetovati ženi da jedan dio dana posveti sebi
- potaknuti ženu da ostane u kontaktu s prijateljima i poznanicima koji također mogu pružiti podršku

Ukoliko se u postnatalnom periodu majka ne uspije prilagoditi novom životnom razdoblju, mogu se očitovati razne psihičke smetnje poput *Postpartum blues*, *Postpartalna depresija* i najteži oblik *Postpartalna psihoza*. Ovakva stanja uz psihičku potporu zahtijevaju psihoterapiju i medikaciju.

Psihičko zdravlje majke važno je koliko i fizičko, a osim na samu majku ono utječe i na dijete. Razdoblje nakon poroda predstavlja veliku promjenu u ženinom životu, ona postaje majkom. Prilagodba na novu ulogu koja joj je dodjeljena za cijeli život teče polako i postepeno. Netko se vrlo brzo prilagodi na novonastalo razdoblje, dok je nekim potrebno dulje vrijeme i pomoć. Svaka od tih žena zaslužuje točne i pravovremene informacije, pomoć i podršku koju prvenstveno mora dobiti od zdravstvenih djelatnika.

LITERATURA:

1. Mentalno zdravlje majki: Maternal mental health, Improving emotional wellbeing in postnatal care, The Royal College of Midwives, 2014.
2. Postpartalne promjene, preuzeto s : URL: <https://nurseslabs.com/postpartum-changes/>, 30.03.2017.

Adolescentne trudnoće u Splitsko - dalmatinskoj županiji i postupci medicinske sestre/primalje u prevenciji i skrbi

Karmen Juratić, bacc. med. techn.

Zdravstvena škola Split

karmen.juratic@gmail.com

Matea Šarić, mag. med. techn.

Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija

1. UVOD

Adolescencija je razvojno razdoblje u životu svake osobe između 11. i 22. godine, a predstavlja prijelaz između djetinjstva i odrasle dobi. Razlika između puberteta i adolescencije jest ta što pubertet označava fizičke manifestacije spolnog sazrijevanja, dok je adolescencija prilagodba na pubertet, psihički i fizički razvoj.

Adolescencija se dijeli na tri faze: ranu, srednju i kasnu. Rana adolescencija obuhvaća dob od 11 do 14 godina te započinje s pubertetom; srednja obuhvaća dob između 15 i 17 godina, a karakterizira je usmjerenost na uspostavljanje spolnog identiteta te orientiranost na vršnjake. Kasna adolescencija obuhvaća dob između 18 i 22 godine, a temelji se na pronalasku vlastitog identiteta.

Tijekom razdoblja adolescencije nastaje niz fizioloških, hormonalnih, kognitivnih i psihičkih promjena. Hormonalne promjene utječu na fizički izgled, pa dolazi do rasta pubične i pazušne dlakavosti, rast dlaka na licu, prsima, nogama i podlakticama kod dječaka te širenja bokova, rasta grudi (1). Kod djevojčica se, uslijed biološkog sazrijevanja javlja i prva menstruacija, menarha i to između 12 i 17 godine života. U početku su menstruacije neredovite i različite po količini krvarenja. Tek kad se uspostave redovna i ujednačena mjeseca krvarenja može se reći da je žena dostigla spolnu zrelost. U toku ubrzanog rasta, u dječaka nastaju vidljive promjene; rast testisa, penisa i skrotuma, a postoji i mogućnost vidljive neproporcionalnosti dijelova tijela. Uslijed niza hormonalnih promjena, dolazi do sazrijevanja spolnih žlijezda koje proizvode hormone, estrogen kod djevojčica i testosteron kod dječaka. Osim toga, kod dječaka glas postaje dublji i odvija se mutacija (2).

Kognitivne i psihičke promjene počinju u ranoj, a dolaze do vrhunca u kasnoj adolescenciji. Adolescenti postaju svjesniji sami sebe i svijeta oko njih te počinju opažati na drugačiji način od onog u djetinjstvu. U tom razdoblju se oslanjaju na vlastite osjećaje, misli i zapažanja, odvajaju se od roditelja i postaju autonomni i jedinstveni (1).

U cijelom procesu sazrijevanja adolescenti nailaze na mnoštvo problema. Žele biti slobodniji i samostalniji, odvajaju se i prkose roditeljima, skloniji su rizičnom ponašanju, pa tako nerijetko konzumiraju alkohol, duhan i drogu, rano stupaju u spolne odnose, odnose bez zaštite, podložniji su neželjenoj trudnoći te postoje mogućnost nasilničkog ponašanja (3).

Kako se u adolescenciji razvija spolnost, tako dolazi do osjećaja nesigurnosti, straha i stida. Javljuju se novi izazovi i želje te dolazi do potrebe za eksperimentiranjem, seksualnim funkcioniranjem te počinju osjećati fizičku privlačnost drugih osoba (3).

Kod mladih dolazi do brzeg odvijanja fizičkih promjena od emocionalnih te rano stupaju u spolne odnose. Ono je pod najvećim utjecajem vršnjaka, a zatim osobnosti, spola, obitelji i okoline (4).

Zbog potrebe za istraživanjem mladi su često izloženi rizičnom spolnom ponašanju, tj. preuranjenim spolnim odnosom, odnosom bez zaštite, neprikladnoj uporabi kontraceptiva i čestom promjenom spolnog partnera. Takvo rizično ponašanje može dovesti do dugotrajnih posljedica kao što su neželjena i adolescentna trudnoća, spolno prenosive bolesti, seksualno zlostavljanje, cervikalna displazija i rak vrata maternice (5).



Trudnoća u adolescentnom periodu je najčešća slučajna i neplanirana te posljedica manjka educiranosti za planiranje obitelji (6). Adolescentna trudnoća često je praćena zdravstvenim, tjelesnim, psihičkim i materijalnim teškoćama, a nerijetko i socijalnim poteškoćama (7). Mladi ljudi koji rano ulaze u bračnu i izvanbračnu zajednicu najčešće su ekonomski ovisni o drugima, socijalno i emocionalno nezreli, bez završenog školovanja te im se smanjuju šanse da se ostvare na drugim životnim poljima (4).

Postoje faktori koju utječu na pojavu adolescentnih trudnoća, a oni su: needuciranost o zaštiti i metodama kontracepcije; dobna razlika između partnera; zlostavljanje i silovanje; zlouporaba alkohola i droge; siromaštvo; nisko samopoštovanje; razvijenost i dostupnost zdravstvene zaštite; razvijenost države.

Kako adolescenti najčešće ne poštuju dogovorene norme, pa tako i za vrijeme trudnoće, uslijed stresa, loših navika kao što su pušenje i konzumiranje alkohola i nepravilne prehrane, češće su komplikacije u trudnoći nego kod starijih žena. Komplikacije koje se mogu javiti su hipertenzija, anemija, krvarenja, EPH gestoze, operativno dovršenje poroda, infekcije, produženi porod, zastoj u rastu ploda, perinatalni i novorođenčadi morbiditet i mortalitet (8,9).

2. CILJ RADA

Provedeno istraživanje ima za cilj istražiti:

1. fazu adolescencije začetka djeteta;
2. korištenje i vrste korištene kontracepcije;
3. životni stil adolescentne trudnice;
4. probleme u trudnoći;
5. dovršenje trudnoće - porod.

3. IZVORI PODATAKA I METODE

3.1. Uzorak

Anonimno istraživanje je provedeno na ženskim osobama koje su rodile za vrijeme životnog razdoblja adolescencije (11-22 godine). U istraživanju je sudjelovalo 45 ispitanica.

3.2. Metode istraživanja

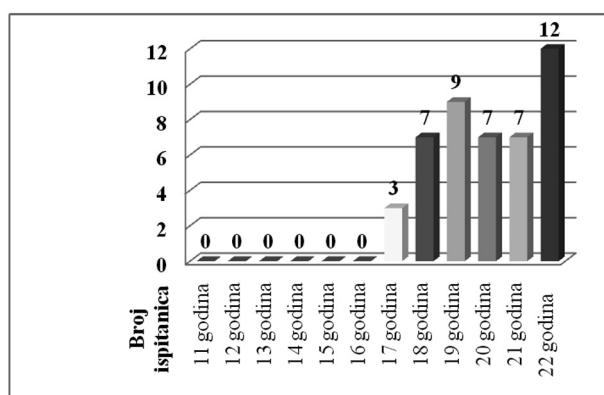
Istraživanje je provedeno u vremenskom razdoblju od svibnja do srpnja 2014. godine upotrebom on-line ankete u google.doc obliku sastavljenoj za ovo istraživanje. Anketa je poslana ispitanicama elektronskim putem. Pitanja su formulirana na način da je bio moguć odabir jednog odnosno više odgovora.

3.3. Obrada podataka

Prikupljeni podatci su automatski uneseni u kodnu tablicu. Za analizu prikupljenih podataka korišten je MS Office - Excel.

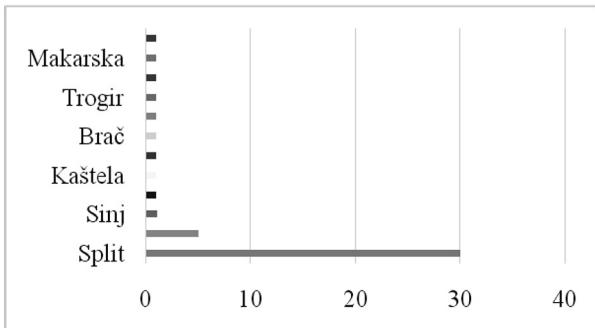
4. REZULTATI

U istraživanju su sudjelovale 3 ispitanice u dobi između 15 i 17 godina te 42 ispitanice u dobi od 18 do 22 godine. U dobi od 11 do 14 godina nije bilo ispitanica. Prosječna dob ispitanica bila je 20 godina (17 – 22) (Slika 1).



Slika 1. Životna dob ispitanica

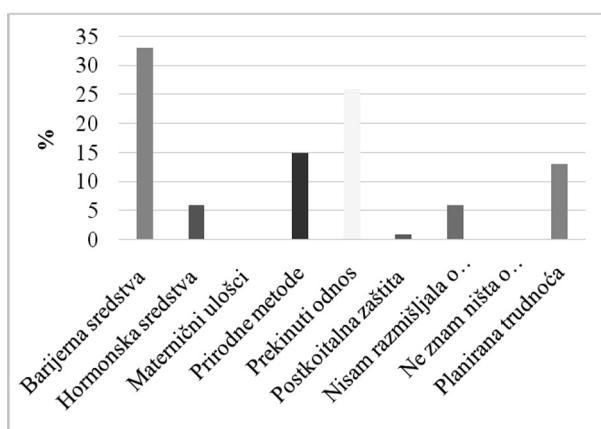
Najveći broj ispitanica (N=30) je bio iz Splita. U istraživanju je sudjelovala po jedna ispitanica iz Sinja, Dugog rata, Kaštela, Dicma, Brača, Segeta donjeg, Trogira, Dugopolja, Makarske i Gornjeg sitnog (Slika 2).



Slika 2. Mjesto stanovanja ispitanica (N)

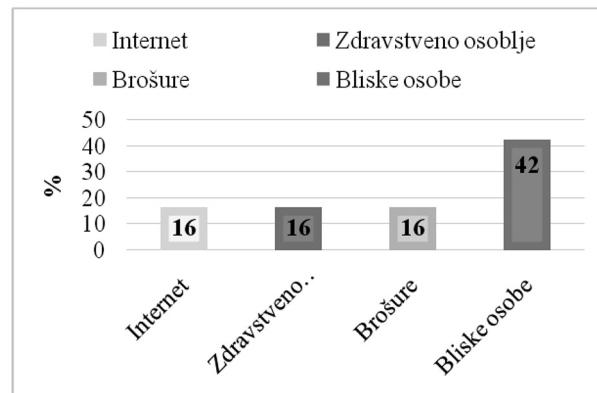
Ukupno 30 ispitanica je u braku, 6 ispitanica je u vezi, 4 ispitanice su izvanbračnoj zajednici, 1 ispitanica je razvedena, a 4 ispitanice su same. Najviše ispitanica je završilo srednju školu (N=30), a najmanji broj ispitanica je završilo visoku školu (N=3).

Najveći broj ispitanica koristio se tzv. barijernim sredstvima zaštite (prezervativ, dijafragma), 33 %. Ukupno 6 % ispitanica nije razmišljalo o korištenju kontracepcije. Nitko od ispitanika nije koristio maternični uložak (spiralu). Nijedna ispitanica nije bila neupućena u metode kontracepcije (Slika 3).



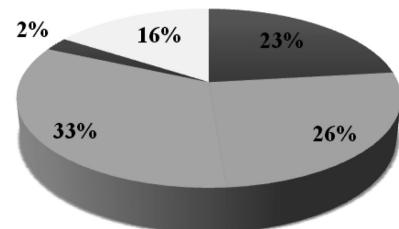
Slika 3. Korištenje kontracepcije

U tijeku pripreme za trudnoću, porod, dojenje i skrb za dijete najviše ispitanica se savjetovalo s obitelji i prijateljima (42 %) te se informiralo pomoću interneta, odnosno foruma i portala (29 %) (Slika 4).



Slika 4. Priprema za trudnoću, porod, dojenje i skrb za novorođenče

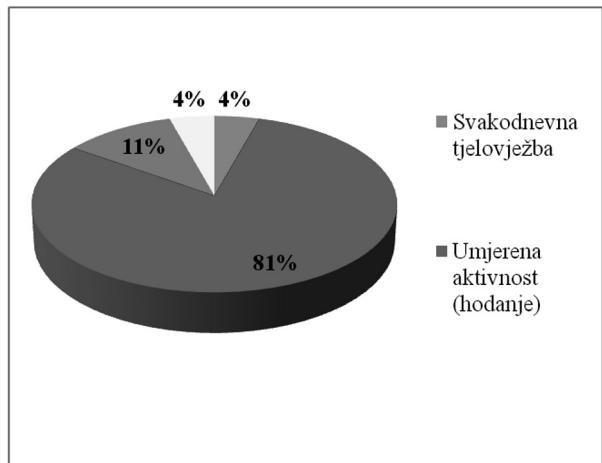
Ukupno 33 % ispitanica je koristilo vitaminske dodatke prehrani za vrijeme trudnoće. 23 % ispitanica je pazilo na prehranu u trudnoći te su jеле raznoliku hranu bogatu voćem i povrćem, dok je 26 % ispitanica zadržalo prehrambene navike prije trudnoće. 16 % ispitanica je pušilo za vrijeme trudnoće, a 2 % je konzumiralo alkohol u prigodnim situacijama (Slika 5).



- Jela sam raznoliku hranu bogatu voćem i povrćem, pazila sam
- Nisam se previše zamarala što jedem, jela sam kao i prije trudnoće
- Koristila sam dodatke prehrani (vitamine) za vrijeme trudnoće
- Konzumirala sam alkohol za vrijeme trudnoće u prigodnim situacijama
- Pušila sam za vrijeme trudnoće

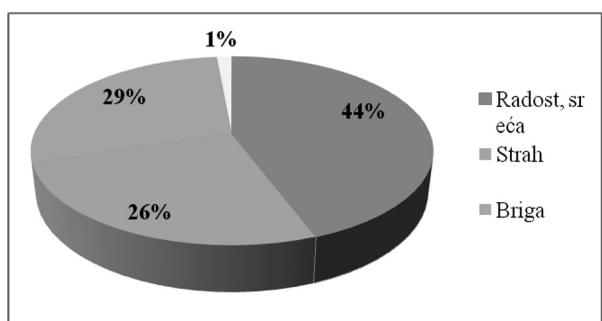
Slika 5. Navike i ponašanje za vrijeme trudnoće

Ukupno 81 % ispitanica prakticiralo je umjerenu fizičku aktivnost, 4 % ispitanica prakticiralo je svakodnevnu tjelesnoj utjecaju. Ukupno 11 % ispitanica morallo je mirovati zbog medicinskih razloga, dok 4 % ispitanica nije imalo fizičke aktivnosti, ali nisu navele razloge neaktivnosti (Slika 6).



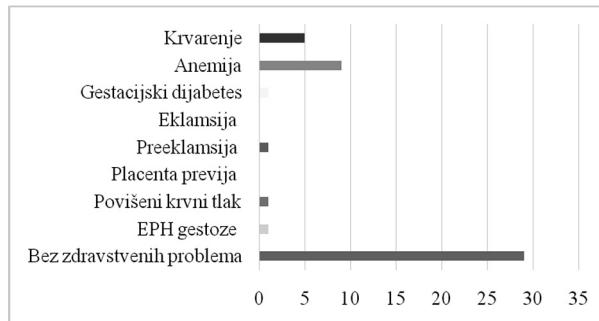
Slika 6. Fizička aktivnost za vrijeme trudnoće

Najizraženiji osjećaj za vrijeme trudnoće u ispitanica bila je radost i sreća (44 %), brigu je osjećalo 29 % ispitanica, a strah 26 %. O najizraženijim osjećajima za vrijeme trudnoće nije se izjasnilo 1 % ispitanica (Slika 7).



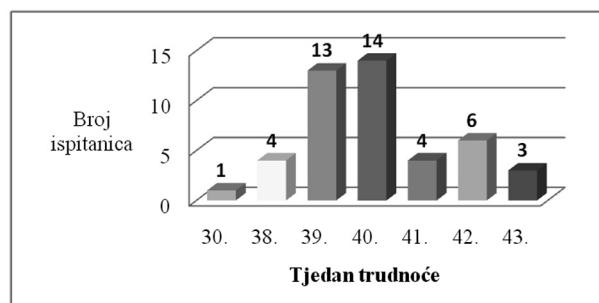
Slika 7. Najizraženiji osjećaj u trudnoći

Ukupno 83 % ispitanica ne boluje od kroničnih bolesti, 2 % ispitanica nije se izjasnilo. Najzastupljenija medicinska dijagnoza u ispitanica je anemija s udjelom od 11 %. Ukupno 62 % ispitanica nije imalo zdravstvenih problema u trudnoći. Iako je prije trudnoće 11 % ispitanica imalo anemiju, u trudnoći se povećao udio ispitanica s anemijom na 19 %. Krvarenje u trudnoći je bilo prisutno kod 11 % ispitanica, 2 % ispitanica je imalo EPH gestozu, povišeni krvni tlak, gestacijski dijabetes te preeklampsiju. Placenta previja i eklamsija nisu bile zastupljena kod ispitanica (Slika 8).



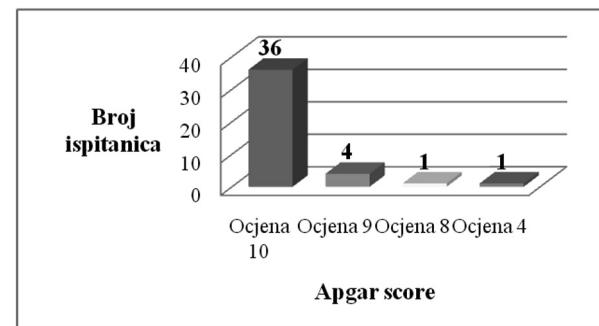
Slika 8. Zdravstveni problemi u trudnoći

Problem hipertenzije se pojavio u 5. mjesecu trudnoće, gestacijski dijabetes u 7. mjesecu trudnoće, EPH gestoze i preeklampsija u 9. mjesecu trudnoće. Krvarenje se češće javljalo u trećem i drugom tromjesečju nego li u prvom. Anemija je bila prisutna u cijeloj trudnoći. Najzastupljeniji način poroda je vaginalni porod (78 %) koji je u 35 % slučajeva bio induciran, a kod 22 % ispitanica porod je dovršen carskim rezom. Ukupno 87 % ispitanica rodilo je u vjerojatnom terminu poroda. Nakon predviđenog termina poroda rodilo je 11 %, a 2 % ispitanica imalo je prijevremeni porod. Najveći broj poroda zbio se u 40. i 39. tjednu trudnoće, a najmanji u 30. tjednu trudnoće (Slika 9). Ispitanice su prosječno doobile 19 kg (8 – 31) na tjelesnoj težini za vrijeme trudnoće.



Slika 9. Točan tjedan poroda

Rezultati ocjene vitalnosti novorođenčadi po metodi Apgar, prikazani su na slici. 10.



Slika 10. Ocjena novorođenčeta po Apgarscore-u

5. RASPRAVA

Prema izvoru UN-a iz 2002. godine, u istraživanju adolescentnih trudnoća u svijetu u dobi od 15 do 19 godina najmanju stopu imale su Švicarska, Nizozemska, Finska, Češka, Austrija i Hrvatska i to manje od 50 na 1000 žena. Stopu veću od 50 imali su Egipat i SAD, dok su najveću stopu, preko 200 imali Angola i Liberija (8). Prema nekim podacima UNICEF-a iz 2001. godine, SAD i Novi Zeland bilježe najveći postotak maloljetničkih trudnoća, dok je najniži u Japanu i Južnoj Koreji.

Maloljetničke trudnoće i majčinstvo, problem sveprisutan u svijetu, pa i u Hrvatskoj, nije novijeg datuma. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, godišnje rodi oko dvije tisuće maloljetnica u dobi od 15 do 19 godina. U dobi ispod 14 godina godišnje rodi jedna do dvije. Do 2006. godine prosječna dob pri prvom spolnom odnosu bila je za adolescentice 17 godina, a za adolescente 16 godina. Rezultati istraživanja „The Health Behavior in School – Aged Childern“ provedeno 2005. - 2006. godine upozoravaju da je u Hrvatskoj 29 % dječaka i 17 % djevojčica u dobi od 15 godina imalo spolno iskustvo, pa je u usporedbi s rezultatima istraživanja iz 2001. – 2002. godine posrijedi porast od 73 % među djevojčicama i 23 % među dječacima. Najčešće sredstvo zaštite je bio kondom (70 %) (10). Rezultati ovog istraživanja govore u prilog tome; trećina ispitanika je koristila barijerna sredstva zaštite, ali upozorava činjenica da je 26 % ispitanica koristio metodu prekinutog snošaja. Osim rizika od neželjene trudnoće, kod čak 67 % ispitanica je postojao rizik i od spolno prenosivih bolesti.

Prema istraživanju u Srbiji 2009. godine, adolescentne trudnoće su najučestalije sa 18 godina (62,2 %), zatim sa 17 godina (28,8 %), sa 16 godina 11,1 %, dok je čak sa 15 godina 5,7 % i ispod 15 godina 1,3 %. Prema mjestu prebivališta najveći broj učesća je na selu (59,9 %), zatim u gradu (26 %), a najmanji broj u prigradskim naseljima (14,1 %) (8). Najzastupljenije ispitanice u ovom istraživanju su iz Splita, ali to ne znači da se provodilo istraživanje na nacionalnoj razini da bi se dobili isti podatci.

Najveći postotak adolescentica koje su rodile je u bračnoj zajednici (52,7 %), u izvanbračnoj zajednici je 10,8 %, a neudatih je 35,1 % (11). Rezultati ovog istraživanja također pokazuju da je najveći broj ispitanica u bračnoj zajednici (N=30), a najmanji broj je razvedenih (N=1).

„Adolescentne trudnoće uz zdravstvene, tjelesne i psihičke, prate i socijalne poteškoće u svezi s nezrelosti za roditeljsku ulog mladog para ili češće samohranih majki te izostanak pomoći bliže i šire okoline u brzi i ljubavi za dijete i pored materijalnih (skromnih) poticaja društva“ (10). Veliki broj ispitanica nije tražio pomoći i informacije od zdravstvenih djelatnika već se su se obraćale bliskim osobama. Je li riječ o povećanju podrške bliže okoline



ili nepovjerljivosti prema zdravstvenom sustavu i /ili zdravstvenim djelatnicima nismo uspjeli identificirati. Za pretpostaviti je da manje ispitanica osjećalo strah i brigu da su se obratile kompetentnim osobama, odnosno zdravstvenim djelatnicima.

Trećina ispitanica koristila je vitaminske dodatke prehrani što se također može povezati s nedostatkom znanja, odnosno „laičkim“ savjetima. Naime, uslijed balansirane prehrane nije potreban dodatan unos vitamina i minerala, a njihovo uzimanje potrebno je ograničiti na preporuke o unosu folne kiseline u prvom tromjesečju trudnoće i potrebama željeza u koliko biokemijske pretrage ukažu na njegovu neophodnost unosa. Multivitaminski preparati mogu izazvati poremećaj metaboličkih procesa budući da ulaze u sastav pojedinih koenzima, a time i metaboličkih reakcija. Na osnovu rezultata o prosječnom prirastu tjelesne mase u trudnoći možemo zaključiti da trudnice trebaju dodatnu edukaciju o važnosti prehrane u trudnoći, kao i njen utjecaj na tijek i način poroda.

Komplikacije trudnoće i poroda vodeći su uzrok smrti među djevojkama u dobi od 15 do 19 godine u mnogim slabo i srednje razvijenim zemljama. Broj mrtvorodene djece je oko 50 posto veći kod adolescentica nego u žena u dobi od 20 do 29 godina. Isto tako, dojenčad adolescentice ima veću vjerojatnost da će imati nisku porođajnu težinu, koja može imati dugoročne posljedice po njihovo zdravlje i razvoj. Rezultati provedenog istraživanja ne upućuju na povećanje broja komplikacija u adolescentskoj trudnoći.

Rezultati brojnih istraživanja ukazuju da je potrebna edukacija o spolnom ponašanju. Osnovni cilj uvođenja zdravstvenog odgoja u škole u Hrvatskoj bio je razvoj djece i mladih kako bi stasale u samosvjesne, odgovorne i zdrave ljudi.

Program zdravstvenog odgoja je osmišljen kroz četiri modula:

1. Živjeti zdravo
2. Prevencija ovisnosti
3. Prevencija nasilničkog ponašanja
4. Spolno/rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje.

Modul „Živjeti zdravo“ obuhvaća edukaciju vezanu za pravilnu prehranu, osobnu higijenu, tjelesnu aktivnost i mentalno zdravlje, a njime se želi ukazati na važnost stjecanja zdravih prehrambenih navika i stjecanje pozitivnih navika osobne higijene.

Moduli „Prevencija ovisnosti“ i „Prevencija nasilničkog ponašanja“ ukazuju na nasilje putem informacijsko-komunikacijske tehnologije, prebrzu vožnju, vožnju pod utjecajem opojnih sredstava, kockanje i klađenje u adolescentskoj dobi.

Modul „Spolno/rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje“ je modul u kojem bi se učenike upućivalo na znanstvene činjenice. Osnovni ciljevi modula su donošenje odgovornih odluka važnih za očuvanje fizičkog i mentalnog zdravlja te izgradnja pozitivnog odnosa prema sebi i drugima (12).

Mogući problemi iz područja zdravstvene njegе i primaljske skrbi koji se mogu javiti kod trudnica u adolescentnoj dobi su:



- neupućenost u/s kontracepcijom;
- strah u/s trudnoćom, porodom i skrbi za novorođenče;
- poremećaj slike o tijelu u/s anatomskim i fiziološkim promjenama u trudnoći;
- visok rizik za narušene obiteljske odnose u/s adolescentnom trudnoćom;
- pretilost u/s prekomjernim i nebalansiranim unosom hrane;
- pothranjenost u/s strahom od debljanja;
- neučinkovito održavanje zdravlja u/s nedostatkom znanja o pravilnoj prehrani i zdravim navikama;
- visok rizik za smanjenu vezanost za dijete u/s neplaniranom trudnoćom;
- visok rizik za neučinkovito dojenje u/s nedostatkom volje i motivacije, strahom za tjelesni izgled;
- visok rizik za postporođajnu depresiju u/s neplaniranom trudnoćom, izostankom podrške.

Osim korištenja kontracepcijских metoda zaštite, koje sudeći po istraživanju nisu toliko učinkovite, potrebno je osigurati korisne tinejdžerske programe spolnog odgoja. Programi

čiji je cilj odgoditi početak spolne aktivnosti u svijetu su se pokazali učinkovitim, jer mijenjaju adolescentsko seksualno ponašanje. Oni promoviraju osjećaj vrijednosti svake osobe, kao i slobodno te informirano odlučivanje i čini se da utječu na adolescente (13).

Prepostavka je da bi se uvođenjem medicinske sestre i primalje kao stručnog djelatnika/nastavnika te redovitim konzultacijama i savjetovanjem broj adolescentnih trudnoća smanjio. Ti programi mogli bi se prikazivati na kreativan i mladima blizak način; pomoću brošura, demonstracija, filmova, prezentacija i plakata. Adolescenti bi bili svjesniji o važnosti ne stupanja u spolne odnose u ranoj dobi, metodama kontracepcije, redovnim menstruacijskim ciklusom i mogućim komplikacijama u trudnoći u adolescenciji.

6. ZAKLJUČCI

Adolescencija je razdoblje života u kojoj je važno zdravo spolno sazrijevanje i spolno ponašanje koje dugoročno utječe na zdravlje u zrelijoj dobi. Za rješavanje problema mlađih, uz razumijevanje i strpljenje, potrebna je timski multidisciplinarna suradnja stručnjaka u području adolescentskog zdravlja.

1. Najveći broj ispitanica (N=42) je zatrudnjelo u kasnoj fazi adolescencije (prosječna dob 20 godina; 17-22).
2. Najčešće korištena metoda kontracepcije bila su tzv. barijerna sredstva (33 %).
3. Ukupno 33 % ispitanica je koristilo vitaminske dodatke prehrani za vrijeme trudnoće, 23 % ispitanica je pazilo na prehranu u trudnoći i jelo je raznoliku hranu bogatu voćem i povrćem, 16 % ispitanica je pušilo za vrijeme trudnoće, a 2 % je konzumiralo alkohol u prigodnim situacijama. Ukupno 81 % ispitanica prakticiralo je umjerenu fizičku aktivnost, 4 % ispitanica prakticiralo je svakodnevnu tjelovježbu. Ukupno 11 % ispitanica moralо je mirovati zbog medicinskih razloga, dok 4 % ispitanica nije imalo fizičke aktivnosti.
4. Ukupno 62 % ispitanica nije imalo zdravstvene probleme u trudnoći. Najzastupljeniji zdravstveni problem u trudnoći bila je anemija s udjelom od 19 %. Krvarenje u trudnoći je bilo prisutno kod 11 % ispitanica, 2 % ispitanica je imalo EPH gestozu, povišeni krvni tlak, gestacijski dijabetes te preklampsiju.
5. Najzastupljeniji porod je vaginalni porod (78 %) koji je u 35 % slučajeva bio inducirani, a kod 22 % ispitanica porod je dovršen carskim rezom. Ukupno 87 % ispitanica rodilo je u vjerojatnom terminu poroda. Nakon predviđenog termina poroda rodilo je 11 %, a 2 % ispitanica imalo je prijevremeni porod. Najveći broj poroda zbio se u 40. i 39. tjednu trudnoće, a najmanji u 30. tjednu trudnoće.

7. LITERATURA

1. Babić N. Reproduktivno zdravlje adolescenata. Problemi i rizici maloljetničkih brakova. Ombudsman za djecu Republike Srpske. Banja Luka, 2010.
2. Bojić I, Orešković Vrbanec S, Stanić S. i sur. Analiza stanja i preporuke za postupanje u slučajevima maloljetničkih trudnoća i roditeljstva. Kada djeca imaju djecu. Unicef
3. Cabezon C, Vigil P, Rojas I. i sur. Prevencija adolescentnih trudnoća: randomizirana, kontrolirana intervencija utemeljena na apstinenciji u čileanskoj državnoj srednjoj školi. Journal of Adolescent Health, 36 (2005); 64-9.
4. Dabol J, Malatestinić Đ, Janković S. i sur. Zaštita reproduktivnog zdravlja mladih – modeli prevencije. Medicina 44 (2008); 72-79
5. Džepina M, Čavlek T, Juhović-Markus V. Savjetovalište za mlade. Zaštita zdravlja adolescenata. Zagreb, 2009.
6. Džepina M, Posavec M. Reproduktivno zdravlje mladih u Hrvatskoj. HDOD – 2012.
7. Ključević Ž, Glavaš J, Kovacić Borković D. i sur. Rizična ponašanja i reproduktivno zdravlje. Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti; Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije.
8. Letić N. Psihološki aspekti djece koja stupaju u bračne i vanbračne zajednice.
9. Problemi i rizici maloljetničkih brakova. Banja luka, 2010.
10. Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta. Kurikulum zdravstvenog odgoja.
11. Perendija V. Maloljetničke trudnoće. Problemi i rizici maloljetničkih brakova. Banja luka, 2010.
12. Spremo M. Rane trudnoće - Posljedice po zdravlje i psihofizički razvoj. Problemi i rizici maloljetničkih brakova. Banja luka, 2010.
13. Sujoldžić A, Rudan V, De Lucia A. Adolescencija i mentalno zdravlje. Kratki obiteljski priručnik, Institut za antropologiju. Zagreb, 2006.
14. Vuković J. Maloljetne porodilje u sistemu dječje zaštite Republike Srpske. Problemi i rizici maloljetničkih brakova. Ombudsman za djecu Republike Srpske. Banja luka, 2010.

Službeni posjet Posebnog izvjestitelja za pravo na zdravlje Hrvatskoj

*Daniela Drandić
Udruga Roda, 24/3/2017*

U studenom 2016. godine dr. Dainius Purasa, Posebni izvjestitelj za pravo na zdravlje pri Uredu visokog povjerenika UN-a za ljudska prava, službeno je posjetio Hrvatsku. Poseban izvjestitelj je neovisan stručnjak kojeg imenuje Savjet za ljudska prava kako bi istražio i izvijestio o stanju prava na zdravlje u određenoj državi.

Tijekom desetodnevnog posjeta Hrvatskoj Posebni izvjestitelj susreo se sa predstvincima različitih Ministarstva, Sabora i Ustavnog suda, kao i ureda Pravobranitelja i međunarodnih institucija, a posjetio je i različite ustanove u Zagrebu, Osijeku, Vukovaru i Splitu. Također se, 28. studenog, susreo sa predstavnicama i predstvincima organizacija civilnog društva u Hrvatskoj. Oni su tom prilikom iznijeli svoje viđenje situacije vezane uz ostvarivanje prava na zdravlje u Hrvatskoj.

Posebni izvjestitelj pohvalio je Hrvatsku, najnoviju članicu EU-a, za dosadašnji rad na osnaživanju pojedinih dijelova zdravstvenog sustava te je napomenuo iznimnu

važnost da se kod daljnog unapređivanja politike Vlada koristi modelom ljudskih prava sukladno s Agendum 2030 te da posebno uzme u obzir ranjive skupine kao što su žene, djeca, manjine, osobe sa duševnim bolestima te starije osobe.

U nastavku ćemo ukratko sažeti dijelove Izvješća koji su vezani uz skrb trudnica, rodilja, babinjača i dojenčadi.

Skrb u trudnoći, porodu i babinju

Posebni izvjestitelj detaljno je opisao sustav maternalne skrbi u Hrvatskoj te napomenuo da se ne vode statistike o broju žena čije je prebivalište više od 30 odnosno 50 kilometara udaljeno od najbližeg rodilišta. Istaknuto je kako zatvaranje malih i izvanbolničkih rodilišta u posljednjih deset godina pogoda žene u ruralnim, dislociranim i otočnim područjima.



Vezano uz porode izvan rodilišta, Izvjestitelj je istaknuo da činjenica koja onemogućuje primaljama i liječnicima da prisustvuju porodima kod kuće ujedno značajno umanjuje ženinu mogućnost odabira mjesta poroda. Smatra da bi planirani kućni porodi trebali biti dostupni i cjenovno prihvatljivi te da žene ne smiju ostati bez medicinske skrbi samo zbog toga što žele roditi kod kuće.

Osvrnuo se i na stanje u rodilištima. Ukazao je na nekoliko problema: činjenicu što žene moraju ležati za vrijeme cijelog poroda, provedbu rutinskih intervencija poput dripa i klistira, preveliku zastupljenost epiziotomija i Kristellerova hvata (nalijeganje na trbuš). Nadalje, zapazio je da rodiljama nedostaje privatnosti u rodilištima, te da čak i onda kada sobe za rađanje imaju vrata ona se rijetko zatvaraju.

Medicinski potpomognuta oplodnja

U području medicinske potpomognute oplodnje Izvjestitelj je napomenuo da su određeni postupci dostupni samo uz dodatno plaćanje, stoga nedostupni parovima koji te troškove ne mogu snositi sami. Nadalje, žene starije od 42 godine nemaju pravo na liječenje unutar zdravstvenog sustava te moraju posegnuti za privatnom zdravstvenom skrbi. Ističe i da su postupci dostupni isključivo heteroseksualnim parovima te da zakon izričito zabranjuje MPO ženama bez partnera koje nemaju dokaz o zdravstvenom stanju koje iziskuje liječenje od neplodnosti, kao i homoseksualnim parovima.

Nedostatak odgovarajuće službene statistike one-mogućuje kvalitetnu procjenu stanja u ovom području.

Planiranje obitelji

Posebni izvjestitelj napomenuo je problematičnu dostupnost moderne kontracepcije i hitne kontracepcije, posebno za maloljetnice. Ističe da ženama i adolescenticama kontracepcijska sredstva nisu jednako dostupna. Osim što ih nije moguće svugdje nabaviti, njihova visoka cijena mnogima predstavlja nesavladivu prepreku.

U svojim komentarima o dostupnosti sigurnog prekida trudnoće, Izvjestitelj je posebno istaknuo problematičnost činjenice da pojedini zdravstveni djelatnici odbijaju raditi prekide trudnoće na zahtjev zbog priziva savjesti u redovnom radnom vremenu, dok s druge strane istu uslugu nude uz naplatu u svojim privatnim ordinacijama. Također je izrazio zabrinutost što u pojedinim bolnicama samo zdravstveno osoblje ima priziv savjesti.

Napomenuo je da vjerske organizacije imaju negativan utjecaj na politike koje se tiču ženskih prava te na taj način onemogućuju implementaciju međunarodnih ugovora o ljudskim pravima, što u konačnici utječe na to da žene ne mogu donositi najbolje informirane odluke o svom seksualnom i reproduktivnom zdravlju, a rezultati su lošiji zdravstveni ishodi i veći rizici za njih i njihovu djecu. Podseća da su seksualna i reproduktivna prava ljudska prava.

Zdravstveni odgoj

Školski program predviđa iznimno mali broj školskih sati za zdravstveni odgoj, ali u praksi to ovisi od nastavnika do nastavnika. Neki, pak, odbijaju održati sate zdravstvenog odgoja koji se tiču seksualnog i reproduktivnog zdravlja. To onemogućava djeci i mladima da uče o jednakosti rođova i onemogućava im da donose informirane odluke o svojim tijelima i o svojoj seksualnosti. Mladi koje je Izvjestitelj susreo naglasili su potrebu za sveobuhvatnijim zdravstvenim odgojem primijerenim dobi učenika.

Dojenje

Sva rodilišta u Hrvatskoj su akreditirana kao „Rodilišta – prijatelji djece“ i rana inicijacija dojenja je vrlo visoka. Usprkos tome, duljina dojenja se nije povećala djelomično i zbog nedostatka podrške te nedostatne edukacije za žene i zdravstvene djelatnike. Pedijatri u Hrvatskoj, pod utjecajem proizvođača nadomjestaka za majčino mlijeko i dohrane, često preporučuju uvođenje dohrane oko 17. tjedna djetetova života. Redovito sponzoriranje skupova pedijatara i medicinskih sestara je dokaz o sukobu interesa zdravstvenih djelatnika u Hrvatskoj.

Posebni izvjestitelj je napomenuo da je dojenje ljudsko pravo koje se treba zaštititi i promovirati. Istaknuo je da ženama treba podrška kod donošenja odluke da doje, ali isto tako ne smije ih se osuđivati ili posramljivati ukoliko ne žele ili ne mogu dojiti. No, marketing nadomjestaka za majčino mlijeko negativno utječe na ženine odluke i onemogućuje ženama i djeci da uživaju u zdravstvene blagodati dojenja. Napominje da bi Hrvatska trebala implementirati Međunarodni pravilnik o marketingu nadomjestaka za majčino mlijeko.

Ljudi u pokretu

Tražitelji azila u Hrvatskoj imaju pravo na zdravstvenu skrb, ali nedavne promjene Zakona o azilu podržavaju pružanje samo najnužnije i hitne skrbi što se negativno odražava na zdravlje trudnica i žena koje su tražitelji azila, ali i zdravlje migranata. Nadalje, u Hrvatskoj djeca i trudnice trebale bi primati redovnu medicinsku skrb, neovisno o njihovoj nacionalnosti ili statutu.

Romska zajednica

Jedna petina djece romske nacionalnosti u Hrvatskoj nema dostupnu zdravstvenu skrb. Dojenačka smrt navedene skupine je znatno iznad nacionalnog prosjeka, ponajviše smrtnost povezana s iznenadnom dojenačkom smrću i respiratornim bolestima.

Romkinje također teže dolaze do zdravstvene skrbi zbog diskriminirajućih praksi. Čak 21 % Romkinja nikada nije imalo zdravstveno osiguranje, što izuzima trudnice koje mogu dobiti besplatnu zdravstvenu skrb.

Konačno izvješće sa zaključcima i preporukama bit će predstavljeno u srpnju ove godine. Ova inačica izvješća je iznimno kvalitetan korak ka poboljšavanju prava na dostupnu i kvalitetnu zdravstvenu skrb utemeljenu na znanstvenim dokazima te ljudskim pravima, koja ne zanemaruje posebne potrebe ranjivih skupina.



IN MEMORIAM

Nevenka Babić

*(15. siječnja 1930. - 17. svibnja 2016.),
bjelovarska primalja*



Nevenka Nena Babić, djevojačkog prezimena Mačešić, rođena je u Bjelovaru 1930. godine. Primaljom je odlučila postati dok je iz susjedne sobe slušala razgovor i upute ondašnje bjelovarske gradskе primalje i svoje majke u porodu. Kao stipendist tadašnjega kotara Bjelovar upućena je na školovanje u zadarsku Primaljsku školu, gdje je s budućim bjelovarskim i kotarskim primaljama (pok. Nada Sraka, Danica Korožnjak, Slavka Kočević), uspješno završila primaljstvo.

Pro radno mjesto dodjeljeno joj je 1957. godine; postaje kotarska primalja za sela Prespu, Patkovac, Kokinac, Veliku i Malu Ciglenu, Tomaš, Stare Pavljane i Obrovnicu. Živjela je s obitelji u Prespi i obilazila trudnice, rodilje, babinjače i novorođenčad te im je danonoćno bila na raspolaganju. U kući rodilje nerijetko je bivala satima, od početka prvih trudova ili prsnuća vodenjaka, pa sve do dva sataiza porođaja, odnosno početka babinja.



Slika 1. Nena Babić s novorođenčetom 1960.
godine u rodilištu Opće bolnice „Bjelovar“

U njezinim zabilješkama postoji crtica o porođaju na koji dolazi 26. listopada 1957. u 21 sat, a živo muško nedonošće rađa se nakon 41 sat, 28. listopada u 5 sati i 30 minuta. Godine 1958. domicilno je porodila 37 novorođenčadi, a 1959. sudjelovala je pri rođenju 39 djece. Porađala je i blizance, kao i novorođenčad u stavu zatkom.

Među njezinim pričama, nadahnutim i mirnim, bilježi se i sjećanje na čak sedam porođaja koja je obavila u svega 48 sati. Do rodilja bi dolazila u gumenim čizmama po blatnim putevima s teškom primaljskom torbom, a odmah po porodu već na dvorišnim vratima čekala bi je zaprežna kola koja su je odvodila na drugi porođaj, u drugo selo, pa opet natrag ili pješice ili kolima. Kod kuće nije bila puna dva dana i dvije noći.

Na porođaje je odlazila po kiši i snijegu, suncu i oparini, po noći i danu, negdje na precipitirani, negdje na teški i mučni porođaj. Nerijetko je od rodilja išla prečicama, a jednom je prilikom pala u livadni kanal prekriven snijegom i ledom te je na porođaj stigla promrzla. Dogodilo se i da je žureći se uzjahala konja kako bi što prije došla do rodilje. Brojne je doživljaje prepričala, brojne slike i fotografije uz svoje originalne zabilješke mi je podarila, a uvrstio sam ih u publikacije o povijesti primaljstva bjelovarskoga kraja.

Mada su gumene rukavice već postojale i koristile se u bolničkim rodilištima, primalja Nena je porađala golim rukama nakon dezinfekcije i četkanja četkicom u lizolu i jodu, čuvajući međicu (danasa bi rekli manualna perinealna protekacija) i ne sjeća se većih razdora niti epiziotomija, a rijetki manji razdori prvoga stupnja zarašli su spontano. Vodenjak je „čuvala“ do kraja porođaja, nije radila amniotomije i ne sjeća se loših ishoda nakon porođaja poput infekcija, smrti rodilja ili babinjača. Kucaje djetinju srca slušala je Pinardovom drvenom slušalicom, ordinirala kinin i sintocinon kod hipodinamičkog porođaja te aktivno vodila treće porođajno doba uz uterotonik, najčešće ergometrin. Babinjače su nakon porođaja ostale kod kuće, a primalja ih je obilazila naučavajući ih njezi spolovila i tehnicu dojenja.

*26) Falatov Keta	26.VIII.19
29.III.1936 p	n 2½
Kelke cijelna 118	11 kg
Feteler tro	25.VIII. n 14
27) Neh Ames	C. IX 19
25.IX.1935 g: yo	n 15
Gor. Tomor 15	5.IX. n 18
Neh Franja	5.IX. n 18
28) Mikaeline Katic	12.IX.15
2.VI. 1939	n 22
Kel. Ripekne 155	5.IX. n 13
Mikaeline Josip	

Slika 2. Originalni zapis primaljskih zabilješki o domicilnim porođajima tijekom 1959. godine (do sada neobjavljenih): ime i prezime rodilje, datum rođenja, adresa, ime i prezime supruga, datum dolaska rodilji, datum porođaja, spol djeteta, doноšеност, rodna masa i duljina, paritet, evtl. anomalije porođaja (porođaj zatkom).

Porođaje je, jednom tjedno, najčešće subotom, sa svim podacima prijavljivala u današnji Zavod za javno zdravstvo (nekadašnji Higijenski zavod), otkuda se prijavljivalo u Matični ured, a seljani su prijavljivali rođenje djeteta s krštenjem, župniku.

Sjeća se i rodilje s eklamptičnim statusom u trudnoći kojoj je dala morfij, dok je njezin suprug tražio prijevoz do bolnici udaljene oko 8 km, zatim porođaja maceriranog mrtvoga djeteta nakon abrupcije posteljice kao posljedice udarca vitla od kotača na bunaru u trbuš, trudnica je nakon jake боли osjetila i prestanak micanja djeteta. Po porođaju zbilo se kako poslijeporođajno krvarenje zaostalom posteljicom, pa je primalja Nena nakon dezinfekcije ruku lizolom, učinila manualno ljuštenje posteljice

u kući žene, na njezinu krevetu, ordinirala ergometrin i Pitocin (oksitocin) te tako sprječila daljnji razvoj atonije i spasila život rodilji u njezinu domu.

Nakon urušavanja sustava domicilnoga primaljstva 1959. godine, odnosno nakon što je ukinuta samostalnost primaljske profesije i dotadašnje primaljske skrbis zapošljava se, kao i ostale kotarske primalje, u Odjelu za ginekologiju i porodništvo tadašnjega Medicinskog centra „Bjelovar“ gdje ostaje do mirovine. Radila je isprva u novodođenčakoj sobi, potom na odjelu rodilišta s babinjačama te rađaonici, kraće vrijeme u operacijskoj dvorani kao operacijska sestra, a do mirovine u Dispanzeru za žene.

Svjedočila je vremenima kriminalnih pobačaja po okolnim selima i teško umirućim ženama koje su zaprimane u stanju sepse i multiorganskih zatajenja, „ante finem vitam“, kada se više ništa nije noglo učiniti. Nerijetko, žene su umirale već pri samom dolasku u bolničku hitnu ambulantu uz po koje agonjalno disanje, kako je opisivala.

I danas, kada naša Nena počiva na bjelovarskom novom groblju, počiva i njezina primaljska torba s opremom i instrumentima, u ormaru njezine kuće koju mi je pokazala prije desetak godina. Mada nisam radio s njom, poznavao sam je od malena, a njezine priče, zabilješke i slike, svjedočanstva jednog, pažnje vrijednog vremena i samostalnog terenskog primaljskog zvanja, ona je otrla zaboravu, podarivši mi volje i podstrijeka da zanavijek napišem i ostavim trajnoga traga tim zbivanjima. Njezin nježni, ohrabrivajući i ugordan glas zapravo je bio preslikom njezina fenotipa; ugodne, nježne i divne osobe koja nikada na nikoga ton povisila nije. Imao sam i tu, za mene čast zamoljenu od nje, da sam aktivno sudjelovao pri rađanju njezine unučadi, a ona je, pak, četrdeset godina prije porodila uz voštanicu, domicilno, neke članove moje obitelji u nekim drugim i tragičnim okolnostima.

Neka joj je za sve što je učinila za svoj kraj, svoje ovozemaljsko, primaljsko poslanje, hvala i slava i neka počiva u božjem miru koji je zaslužila boreći se sa svojom dugogodišnjom bolešću koju nije davala primjetiti.

Prof. prim. dr. sc. Dubravko Habek, dr. med.





HRVATSKA UDRUGA ZA PROMICANJE PRIMALJSTVA
CROATIAN ASSOCIATION FOR PROMOTION OF MIDWIFERY

XLI. SIMPOZIJ

Hrvatske udruge
za promicanje primaljstva

“Primaljstvo - izazovi profesije”

**04. - 06. svibnja 2017.
Biograd na Moru, Hotel ADRIA**

Pod pokroviteljstvom Hrvatske komore primalja



OŠJEĆAJ SIGURNOSTI POTIČE UNUTARNJI MIR I
ZADOVOLJSTVO SVAKOG ČOVJEKA!

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

ARISTOTEL



CERTITUDO d.o.o. za zastupanje u osiguranju

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

**Paket OSIGURANJA PROFESIJE s osiguranjem od posljedica
nezgode s proširenim pokrićima**



PROFESIONALNA OSIGURANJA*:

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

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

Osiguranje naknade prihoda - **POPUST 20%**

Osiguranje financijskih gubitaka [osiguranje prekida rada] - **POPUST 20%**

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



EKSKLUSIVNA PONUDA AUTO OSIGURANJA*

**OBVEZNO AUTO OSIGURANJE -
KOMORSKI POPUST OD 10,00%**

**PROŠIRENI PAKET UZ OSIGURANJE
VOZILA [AKCIJSKA PONUDA]**

1. PAKET CARE 2. PAKET PROTEKT

AUTO KASKO - KOMORSKI POPUST 15%

**NAKON SVIH POPUSTA
PO REDOVNOM CJENIKU**

*pogodnosti za individualna ugovaranja

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