

# Primaljski vjesnik

Primaljski vjesnik • Broj 24 • ISSN 1848-5863 • Svibanj 2018.



Međunarodni dan  
**primalja**  
2018



Primalje  
utiru put  
kvalitetnoj  
skrbi.



HRVATSKA KOMORA®  
**PRIMALJA**  
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES



HRVATSKA UDRUGA ZA  
PROMICANJE PRIMALJSTVA  
CROATIAN ASSOCIATION FOR  
PROMOTION OF MIDWIFERY



Primalje utiru put kvalitetnoj skrbi.



# Sadržaj

UVODNA RIJEČ	3
ANTROPOMETRIJSKE RAZLIKE IZMEĐU DJEVOJČICA I DJEČAKA NOVOROĐENAČKE DOBI, OSOBITOSTI SKRBI	5
SAMOSTALNE PRIMALJSKE JEDINICE UZ RODILIŠTE	9
UDRUGA „PRIMALJA I OBITELJ“	13
DOBROBITI NOŠENJA DJECE	17
„ZRELI“ ŽENSKI MOZAK ILI MENOPAUZA	19
DEPRESIJA	22
PRIRAST TEŽINE I PREHRAMBENE NAVIKE TRUDNICA	25
ŠKOLOVANJE PRIMALJA U REPUBLICI HRVATSKOJ I STJECANJE KOMPETENCIJA U PRIMALJSTVU	30
IN MEMORIAM	36

---



Poštovani/e članovi i članice,  
obavještavamo Vas da je žig Hrvatske komore primalja  
registriran pri Državnom zavodu za intelektualno vlasništvo,  
te se osigurava Hrvatskoj komori primalja isključivo pravo  
na usluge koje su njime obilježene.

Također, ovim putem Vas želimo obavijestiti da će se Ured Hrvatske komore primalja od 15. lipnja 2018. godine preseliti na novu adresu u ***Ulici grada Mainza 11***, te Vas molimo da sva pismena dostavljate na novu adresu.

*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](mailto: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!*

### **Besplatni e-tečajevi na portalu e-učenje:**

- 1. Reanimacija novorođenčeta,**  
Autor sadržaja: dr. sc. Iva Bilić Čače dr. med., Tehnomedika d.o.o.
- 2. Pravilnik o načinu marketinga i prodaje  
nadomjestaka za majčino mlijeko,**  
Autor sadržaja: Željka Skukan Šoštarić bacc.med.techn.

## **Impresum:**

### **Izdavač:**

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

Žiro-račun: 2402006-110549055 Erste banka

Hrvatska udruga za promicanje primaljstva, Kutnjački put 2a, Vrbani, 10000 Zagreb

[www.hupp.hr](http://www.hupp.hr), žiro-račun: 2360000-1101743245 Zagrebačka banka

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

Priprema i tisak: Alfacommerce d.o.o.

Naklada: 700 primjeraka

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

**List je besplatan.**

## *Postovane kolegice i kolege!*

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

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

Važan događaj za Hrvatsku komoru primalja je *Twining projekt* dviju komora, hrvatske i češke. Europsko udruženje primalja – EMA (*European Midwives Association*), čiji je Komora član već dugi niz godina, financijski je podržala *Twining projekt* Češke komore primalja i Hrvatske komore primalja. Cilj ovog projekta je razmijena znanja i iskustva dviju Komora, unapređenje rada i osnaživanje obje organizacija kako bi što uspješnije mogle zastupati interese primalja u svojoj zemlji. S obzirom na to da postoje značajne razlike u primaljskom radu i obrazovanju u Europi, sigurni smo da ćemo puno naučiti jedni od drugih te novostečeno znanje prenijeti dalje.

Napomenula bih i da smo 18. travnja 2018. godine Ministarstvu zdravstva uputili pismo u kojem iskazujemo interes za Operativni program „Učinkoviti ljudski potencijali za razdoblje 2014. – 2020.“ sukladno preporukama samog Ministarstva. Zanimanje smo iskazali za projekt pod nazivom „Kontinuirano dodatno neformalno usavršavanje primalja iz područja primaljske skrbi“. Cilj projekta je pojednostaviti pristup uslugama zdravstvene zaštite na području Republike Hrvatske s naglaskom na nerazvijena i deprivirana područja te ranjive skupine žena putem održivog unaprjeđivanja stručnog znanja i vještina primalja u području primaljske skrbi te uspostave Centra za stručno usavršavanje primalja. Isti bi doprinijeo razvoju specifičnih i dodatnih znanja i vještina primalja vezanih za određene segmente primaljske skrbi, prije svega skrbi o novorođenčadi i o posebno osjetljivim skupinama žena. Stručno usavršavanje bi se provodilo predavanjima, postojala bi mogućnost i *on line* predavanja, interaktivnim seminarima, vježbama na modelima i simulacijskim vježbama.

Povodom organizacije „2. Kongresa medicinskog prava“, 21. prosinca 2017. godine, u Hrvatskoj liječničkoj komori održao se inicijalni sastanak KOKOZ-a te su sve komore u zdravstvu pozvane da sudjeluju kao organizatori navedenog Kongresa. Planirano je da Kongres bude održan tijekom prvog vikenda u listopadu 2018. godine, a bio bi koncipiran prema sekcijama komora u zdravstvu. Svaka komora imala bi svoju sekciju, a planirane su i plenarne sjednice prema izabranim temama. Kongres bi u konačnici trebao rezultirati Deklaracijom i zbornikom radova. Sukladno tome predložili smo sljedeće teme: „Priziv savjesti u primaljstvu“ i „Usporedba primaljske djelatnosti kroz zakonske okvire i praksu“. Tim povodom izradili smo anketu za primalje u vezi priziva savjesti te



poslali dopise bolnicama u Hrvatskoj s molbom da nam dostave podatak koliko se primalja u pojedinoj ustanovi pozvalo na priziv savjesti. Također smo izradili i anketu za prvostupnice primaljstva vezanu uz obavljanje kompetencija sukladno Zakonu o primaljstvu.

Odlučili smo izraditi i još jedan Prijedlog Odluke o izmjenama i dopunama Statuta Hrvatske komore primalja koji smo objavili na službenim web stranicama Komore s ciljem savjetovanja sa zainteresiranom javnošću kako bi sve zainteresirane osobe mogle dati svoje prijedloge i komentare. Prihvatali smo sve preporuke Ministarstva zdravstva koje su zakonski moguće, a u skladu s ciljevima i aktivnostima Komore.

U ožujku smo se sastali sa izvršnom direktoricom Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije Anitom Prelec, dipl.m.s. i predsjednicom Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije Monikom Ažman, dipl.m.s. Sastali smo se u Ljubljani, a raspravljalo se o sličnostima i razlikama između Komora. Posebno pažnju smo posvetili usporedbi javnih ovlasti i ulogama Komore u njima. U planu je posjet djetalnika Komore primalja u Zbornicu zdravstvene in babiške nege Slovenije kako bi se usporedio administrativni dio rada i poboljšala kvaliteta usluge koju pružamo.

Sudjelovali smo i na okruglom stolu pod nazivom „Kakav nam zdravstveni kadar treba“ na Fakultetu zdrav-

stvenih studija 22. ožujka 2018. u Rijeci. Raspravljalno se o problemu stupnja obrazovanja neliječničkog kadra koji Hrvatsku svrstava na najniže mjesto u EU. Zaključeno je da temelj za obrazovanje neliječničkog kadra treba biti prvostupništvo u svim strukama u sustavu zdravstva te da vertikalno obrazovanje treba usuglasiti s radnim mjestima u zdravstvu. Drugim riječima školovanje treba omogućiti na specijalističkoj i diplomskoj razini te osigurati kasnije zapošljavanje.

Donesena je odluka o prihvaćanju ponude Generali osiguranja d.d. i Certitudo d.o.o. Članicama Komore nudi se 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 osiguravateljskim pokrićima. Ponuda Unika osiguranja d.d. nudi mogućnost sklapanja police dopunskog i dodatnog osiguranja po povoljnijim uvjetima, o čemu su članice Komore obaviještene putem newslettera i službene web stranice Komore.

Za kraj, osvrnula bih se i na 5. svibnja kada slavimo Međunarodni dan primalja. Ove godine održava se pod parolom: „Primalje utiru put kvalitetnoj skrbi“. Već tradicionalno diljem Hrvatske, primalje obilježavaju svoj dan različitim aktivnostima. Osim okupljanja i druženja na sam Dan primalja, svibanj je za svaku primalju prožet posebnim duhom primaljstva. Sudjelovanjem u raznim događanjima u svrhu edukacije, informiranja i okupljanja, primalje imaju priliku razmijeniti iskustva, stići nova znanja i osnažiti svoje djelovanje. Povodom Međunarodnog dana primalja, rodilištima u Hrvatskoj poslali smo materijale koji uključuju plakate, bedževe, podbradnik, naljepnice „Beba u autu“, knjige „Moja trudnoća“, čiji su autori primalje te poklone naših sponzora. Zahvaljujemo svima koji sudjeluju u ovom događaju te se nadamo da će - kao i do sada - i dalje aktivno podupirati primaljstvo te sudjelovati u promicanju primaljske skrbi.

*Srdačno Vas pozdravljam,  
Barbara Finderle*



# Međunarodni dan primalja 2018

*Primalje utiru put kvalitetnoj skrbi.*

# *Antropometrijske razlike između djevojčica i dječaka novorođenačke dobi, osobitosti skrbi*

*Karla Podgornik<sup>\*1</sup>, Deana Švaljug<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> *Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu, Preddiplomski sveučilišni studij primaljstvo*

<sup>2</sup> *Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija, Preddiplomski stručni studij primaljstvo*

*\* Autor za korenspodenciju: podgornikkarla@gmail.com*

## **SAŽETAK**

**UVOD:** Novorođenčetom nazivamo dijete tijekom prva četiri tjedna (28 dana) života. To je adaptacijsko razdoblje u kojem se novorođenče prilagođava na ekstrauterini život. Zdravo donošeno novorođenče po porodu teži od 3000 do 4200 grama, a dugo je od 49 do 51 centimetara. Izmjerimo li tjelesnu težinu, dužinu i opseg glave te usporedimo li dobivene podatake s gestacijskom dobi dobit ćemo zdravstvenu sliku te donešenost novorođenčeta.

**MATERIJALI I METODE:** Istraživanje je provedeno anketnim upitnikom od ožujka do svibnja 2017. godine u splitskom KBC-u. U istraživanju je sudjelovalo 40 ispitanica. U opisu sociodemografskih karakteristika ispitanica korištene su metode standardne deskriptivne statistike.

**REZULTATI:** Prosječna dob ispitanica je 31,05 godina, 45 % ispitanica rađa drugi put, što je ujedno i prosječan broj poroda. Ispitivanjem štetnih navika utvrđujemo da je 22,5 % trudnica pušilo cigarete tijekom trudnoće. Nijedna ispitanica nije navela konzumaciju alkohola u trudnoći. Osvrnemo li se na način dovršenja poroda 80 % ispitanica rodilo je vaginalnim putem, dok je carskim rezom rodilo njih 20 %. U 40. tjednu gestacije rodilo je 45 % trudnica. Unutar skupine trudnica koje su rodile vaginalnim putem njih 68 % navodi izvođenje epiziotomije tijekom porođaja, a 96,8 % navodi primjenu dripa. Sve ispitanice su rodile vitalnu novorođenčad, u 92,5 % Apgar je iznosio 10. Prosječna porođajna težina kod dječaka iznosila je 3642,5 grama (2840-4850 g), a dužina 51,65 centimetara (48-55 cm), dok je kod djevojčica iznosila 3576,5 grama (2990-4900 g), a dužina 51,25 centimetara (49-54 cm). Usporedimo li dobivene rezultate među spolovima muška



novorođenčad je 66 grama teža i 0,4 centimetara duža. Muška novorođenčad u prosjeku je izgubila 205 grama porođajne težine, a ženska 178 grama. Dakle, prosječni gubitak porođajne težine kod novorođenčadi muškog spola iznosi 5,6 %, dok isti gubitak kod novorođenčadi ženskog spola iznosi 5 %.

**ZAKLJUČAK:** Novorođenačko razdoblje je najkraće, ali i najosjetljivije u djetetovu životu. Sve do rođenja, novorođenče je u potpunosti zaštićeno u maternici, te se iz idealne sredine u trenutku rađanja mora prilagoditi novim i potpuno drugaćijim uvjetima života. Upravo su gestacijska dob i porođajna težina najvažniji čimbenici prilagodbe novorođenčeta na ekstruterine uvjete. Doноšena i eutrofična novorođenčad najmanje je ugrožena, naime najveći broj takve novorođenčadi prilagođava se bez poteškoća izvanmateričnim uvjetima života.

Ključne riječi: novorođenče, težina, dužina, porođaj

## UVOD

Trudnoća, porod i novorođeno dijete velika su prekretnica u životu svake žene. To je promjena koja se odražava na čitavu obitelj.

Trudnoća je normalan fiziološki proces tijekom kojeg se cijelokupan organski sustav trudnice prilagođava na novonastalu situaciju. U normalno građenih žena koje su fiziološki podobne za rađanje, uz tjelesnu i psihičku pripremu za porod, normalnu prezentaciju djeteta, urednu trudnoću bez komplikacija i faktora rizika, odgovarajuću skrb te profesionalnost opstetričara i primalje, porod prolazi bez trauma kako za dijete, tako i za majku.

Fetalni rast i razvoj ovisit će o genetskoj predispoziciji roditelja i zdravlju trudnice. Važno je da buduća majka bude educirana i pripremljena na sve što je čeka te da provodi antenatalnu zaštitu.

## MATERIJALI I METODE

### Uzorak

Istraživanje je provedeno anketnim upitnikom kojim su obuhvaćene babinjače posljednjeg dana njihova boravka u Klinici za ženske bolesti i porode splitskog KBC-a. Ispitanje je provođeno tijekom ožujka, travnja i svibnja 2017. godine.

Uzorak obuhvaća 40 babinjača: 20 ih je rodilo muško dijete, a 20 žensko dijete. Istraživanje je bilo dobrovoljno i anonimno, a sve ispitanice slučajnim odabirom ušle su u ispitivanu skupinu. Prije ispunjavanja ankete sve ispitanice su bile upoznate i informirane o cilju i svrsi ispitivanja.

### Metoda istraživanja

Anketni upitnik izrađen je u svrhu istraživanja i pisanja ovog završnog rada. Anketa je odobrena od strane Etičkog

povjerenstva KBC-a Split i sastoji se od 19 pitanja i 6 podpitanja. Sve ispitanice ispunjavaju upitnika pristupile su dobrovoljno, uz maksimalnu zaštitu identiteta. Vrijeme potrebno za ispunjavanje ankete iznosi od 5 do 10 minuta.

### Statistička obrada

Dobiveni podatci prikupljeni anketnim upitnikom uneseni su u Microsoft Excel tablice prema unaprijed pripremljenom kodnom planu. Za uređivanje i grupiranje podataka korištena je deskriptivna statistika. Za testiranje razlika između aritmetičkih sredina korištene su mjere aritmetičke sredine, standardne pogreške i standardne devijacije mjerena.

## REZULTATI

Tablica 1. Životna dob ispitanica

Dobna kategorija ispitanika	Broj ispitanika (N)	Postotak (%)
20-29 godina	18	45
30-39 godina	20	50
40-49 godina	2	5

U istraživanju je sudjelovalo 40 ispitanica. Prema životnoj dobi ispitanice su podijeljene u tri skupine. Prva skupina obuhvatila je ispitanice od 20 do 29 godina, druga od 30 do 39 godina, dok je treća skupina obuhvatila ispitanice od 40 do 49 godina. Prema podatcima prikazanim u Tablici 1. vidljivo je da je najveći postotak ispitanica u drugoj skupini, njih 20 (50%). Približno toliko ispitanica nalazi se i u prvoj skupini, njih 18 (45%), dok su svega dvije (5%) ispitanice u dobi od 40 do 49 godina. Prosječna životna dob ispitanica iznosi 31,05 godina.

Tablica 2. Redni broj porođaja

Porođaj po redu	Broj ispitanica(N)	Postotak(%)
I.	11	27,5
II.	18	45
III.	6	15
IV.	2	5
V.	3	7,5

Tablica 2. prikazuje redni broj porođaja odnosno koliko su puta do sada ispitanice rađale. Prema podatcima u tablici, 18 (45%) babinjača rodilo je drugi put, što je ujedno i prosječan broj poroda ispitanica. Ostale skupine obuhvaćaju: prvi porođaj za 11 (27,5%) babinjača, treći porođaj za njih 6 (15 %), dok je četvrti ili peti puta rodilo tek njih 5 što iznosi svega 12,5%.

Tablica 3. Štetne navike

Navike u trudnoći	DA	NE
Pušenje cigareta	9	31
Konsumira alkohol	0	0

Prema dobivenim rezultatima tijekom trudnoće 9 trudnica (22,5 %) je pušilo cigarete. Niti jedna trudnica nije konzumirala alkohol. Podaci su vidljivi u Tablici 3.

Tablica 4. Način dovršenja porođaja

Način dovršenja porođaja	Broj ispitanica (N)	Postotak (%)
Vaginalno	32	80
Epiziotomija	22	68
Drip	31	96,8
S.C.	8	20

Slijede podtaci o načinu dovršenja porođaja prikazani u Tablici 4. Prema dobivenim rezultatima 32 trudnice (80%) rodile su vaginalnim putem, dok je njih 8 (20%) rodilo carskim rezom.

U skupini trudnica koje su rodile vaginalnim putem, njih 22 (68%) navodi izvođenje epiziotomije tijekom porođaja, a 31 (96,8%) ispitanica navodi primjenu dripa.

Tablica 5. Gestacijska dob

Gestacijska dob (tjedni)	Broj ispitanica (N)	Postotak (%)
38.	6	15
39.	12	30
40.	18	45
41.	4	10

Prema gestacijskoj dobi najzastupljeniji je porođaj u 40. tjednu gestacije, 18 trudnica (45 %) rodilo je u 40. tjednu i prosječna gestacijska dob iznosi 40 tjedana. Njih 6 (15 %) rodilo je u 38. tjednu trudnoće, 12 (30 %) u 39. tjednu, dok su 4 trudnice (10 %) rodile u 41. tjednu gestacije.

Prema podatcima o Apgar ocjeni, 37 novorođenčadi odnosno 92,5 % ocijenjeno je ocjenom 10, a samo troje (7,5 %) novorođenčadi ocijenjeno je ocjenom 9.

Sagledamo li porođajnu težinu muške novorođenčadi najniža je iznosi 2840 grama, dok je najviša zabilježena 4850 grama. Proizlazi da je prosječna težina muške novorođenčadi iznosi 3642 grama.

Najniža porođajna težina ženskog novorođenčeta iznosi je 2990 grama, a najviša 4900 grama. Zaključujemo da je prosječna težina ženske novorođenčadi iznosi 3575 grama.

Prema dobivenim podatcima usporedili smo porođaju težinu 20 dječaka i 20 djevojčica. Iz usporedbe prosječne težine novorođenčadi muškog spola i prosječne težine novorođenčadi ženskog spola vidljiva je razlika koja iznosi 66 grama u korist novorođenčadi muškog spola.

Prosječna porođajna dužina novorođenčadi muškog spola iznosila je 51,65 centimetara, naime najkraća porođajna dužina iznosila je 48 cm, a najduža 55 cm. Za razliku od prosječne porođajne dužine novorođenčadi muškog spola, dužina novorođenčadi ženskog spola iznosila je 51,25 cm, naime najkraća porođajna dužina kod novorođenčadi ženskog spola iznosila je 49 cm, a najduža 54 cm.

Razlika u prosječnoj porođajnoj dužini između novorođenčadi muškog i ženskog spola iznosila je svega 0,4 cm.

Prema podatcima dobivenim iz anketnog upitnika prosječan gubitak porođajne težine kod novorođenčadi muškog spola iznosi je 205 grama; najveći gubitak težine iznosi je 300 grama, a najmanji 120 grama. Prosječan gubitak porođajne težine kod novorođenčadi ženskog spola iznosi je 178 grama; najveći gubitak težine kod iznosi je 300 grama, a najmanji 70 grama.

Uspoređujući rezultate prosječne porođajne težine i prosječni gubitak porođajne težine kod novorođenčadi muškog i ženskog spola vidljivo je da je taj gubitak kod novorođenčadi muškog spola iznosi 5,6 % porođajne težine, dok je isti gubitak kod novorođenčadi ženskog spola iznosi 5 % porođajne težine.

Uzimajući u obzir da se fiziološki gubitak porođajne težine kreće u vrijednosti od 5 do 7 %, odnosno maksimalno 10 %, rezultate dobivene ovim istraživanjem koji se odnose na donje granice fizioloških vrijednosti moguće je opravdati ranom uspostavom dojenja i dobro savladanom tehnikom dojenja kod 34 (85 %) babinjače, dok je samo njih 6 (15 %) navelo da ne doje.

Prosječna težina pri otpustu kod novorođenčadi muškog spola iznosi 3437,5 grama, dok je prosječna težina pri otpustu kod novorođenčadi ženskog spola iznosi 3398,5 grama, prema čemu je novorođenčad ženskog spola s obzirom na prosječnu težinu kod otpusta bila 39 grama lakša od novorođenčadi muškog spola.

## RASPRAVA

Neposredno nakon poroda primalja mjeri novorođenčetovu porođajnu težinu, dužinu i opseg glave. Dobivene antropometrijske podatke upisuje u sestrinsku dokumentaciju i novorođenački list. Novorođenačka težina, dužina i opseg glave ukazuju na zdravstveno stanje novorođenčeta. Usporedbom tih podataka s gestacijskom dobi prema općeprihvaćenoj tablici izračunava se odgovara li novorođenče svojoj gestacijskoj dobi (hipotrofično, eutrofično i hipertrofično).

Prema istraživanjima zdravo donešeno novorođenče teži od 3000 do 4200 grama, a njegova dužina iznosi od 49 do 51 cm. Muška djeca su u prosjeku teža od ženske za 100 – 150 grama. Razlike u težini djeteta pri rođenju uzrokuju endogeni i egzogeni čimbenici. Dokazano je da i redni broj poroda utječe na antropometrijske razlike među djecom, kao i spol djeteta, konstitucija roditelja, rasa, zemljopisni položaj, socijalni i zdravstveni život roditelja, konzumacija alkohola i duhanskih proizvoda itd. (1)

Cilj ovog istraživačkog rada jest prikaz fizioloških osobitosti novorođenčeta, osobitosti prve skrbi te antropometrijske razlike između dječaka i djevojčica. Prema dobivenim rezultatima iz anketa vidljivo je da ne odsupaju od gore navedenih dokazanih rezultata. Prosjek težine zdravog donošenog novorođenčeta iznosi je od 3500 do 3700 grama, a dužina 51 centimetar. Prosječni fiziološki gubitak težine iznosi je oko 5 %, a muška novorođenčad u prosjeku su bila teža od ženske za 66 grama. Novorođenče može izgubiti i do 10 % porođajne težine u prvih 3 – 5 dana, to je fiziološki proces u kojem novorođenče mokrenjem, stolicom, disanjem te relativnim gladovanjem gubi na težini. Uspostavom redovnog dojenja novorođenče vraća svoju porođajnu težinu u kratkom roku.

Novorođenče u prva 24 sata treba pojačan nadzor i adekvatnu skrb. Prva njega uključuje temeljito sušenje i sprječavanje pothlađivanja, oslobađanje dišnih puteva, presijecanje pupkovine, mjerjenje težine, dužine i opsegna glave, kontakt kože na kožu, ocjenjivanje vitalnosti te uspostava prvog podoja. Od iznimne je važnosti rani kontakt novorođenčeta s majkom, a osnovna njega trebala bi uključivati i podupiranje ranog dojenja (5).

Zdravo donešeno novorođenče brzo se prilagođava uvjetima ekstrauterinog života. U tom kratkom razdoblju od 28 dana novorođenče je skljono raznim infekcijama i osjetljivo je na nepovoljne vanjske uvjete. Potrebno je obratiti pažnju na ponašanje i izgled djeteta. Primalja je ta koja uočava i najmanje promjene koje bi mogle ukazivati na moguću komplikaciju. Novorođenačko razdoblje je izazov za majku i dijete, a kako će se prilagoditi novonastaloj situaciji ovisi o pravodobnoj edukaciji i skrbi koje pružaju primalje i ginekolozi te o zdravom načinu života i prehrani (2).

## ZAKLJUČAK

Tijekom cijele trudnoće tijelo žene priprema se za trenutak rađanja novog života. Porod je bolan i neugodan proces za majku i dijete. Trudnica prolazi kroz porođajnu bol i trudove, a novorođenče je izloženo naporu prolaska kroz porođajni kanal što je izuzetno iscrpljujuće za oboje. Primalja je osoba koja podržava trudnicu te joj uz pomoć svog znanja i profesionalnosti osigurava porod bez trauma, kako za nju, tako i za dijete.



Trudnoća završava činom porođaja. Novorođenče dolazi u vanjski svijet i ne ovisi više o majci, već je prepušteno samom sebi. Termsko novorođenče određuje nekoliko čimbenika: geni koje nasljeđuje od roditelja, tijek i trajanje trudnoće, način dovršenja poroda, porođajna težina, od-sutnost malformacija, pravilna skrb i njega novorođenčeta.

Zdravo donešeno novorođenče brzo se prilagođava uvjetima ekstrauterinog života. U tom kratkom razdoblju od 28 dana novorođenče je skljono raznim infekcijama i osjetljivo je na nepovoljne vanjske uvjete. Potrebno je obratiti pažnju na ponašanje i izgled djeteta. Primalja je ta koja uočava i najmanje promjene koje bi mogле ukazivati na moguću komplikaciju. Novorođenačko razdoblje je izazov za majku i dijete, a kako će se prilagoditi novonastaloj situaciji ovisi o pravodobnoj edukaciji i skrbi koje pružaju primalje i ginekolozi te o zdravom načinu života i prehrani.

## LITERATURA

1. Dražančić A. i suradnici; Porodništvo, Školska knjiga, Zagreb, 1994.
2. Habek D.; Ginekologija i porodništvo, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.
3. Hrvatska udruga primalja, Časopis, Primaljski vjesnik, broj 12, Lipanj, 2012. URL: <https://www.komora-primalja.hr/datoteke/PRIMALJSKI-2012-12.pdf>
4. Juretić M., Balarin L. i suradnici; Pedijatrija: za više medicinske sestre, Split, Klinička bolnica Split, 1995.
5. Kuvačić I., Kurjak A., Delmiš J. i suradnici; Porodništvo, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.
6. Mardešić D. i suradnici; Pedijatrija, Školska knjiga Zagreb, Zagreb, 2003.
7. Marn B.; Provjera sluha u novorođenčadi; Tiskara Kolarić; Zagreb, 2003.
8. MSD priručnik dijagnostike i terapije; Pedijatrija; URL: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/pedijatrija/zdravstvena-skrb-zdrave-dojencadi-i-djece>
9. Peter; Pedijatrija, Zagreb, 2000.
10. Švaljug D.; Primaljska skrb zdravog novorođenčeta-nastavni tekstovi, 2015.

## STRUČNI SKUP

*Vratimo porođaj ženama: fiziologija trudnoće i porođaja*

# *Samostalne primaljske jedinice uz rodilište*

*Anita Prelec, dipl.m.s., MSc (UK), pred.*

*Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije*

*Ob železnici 30a, 1000 Ljubljana*

*Izvrsna.direktorica@zbornica-zveza.si*

## **SAŽETAK:**

Porod u rodilištu izbor je većine slovenskih rodilja, rijetke su one koje rađaju kod kuće. Neovisno o mjestu rađanja, rodilišta također moraju omogućiti fiziološke porođaje te osigurati ne samo sigurno, već i ugodno okruženje za majku i dijete. Mogućnost izbora, zahvaljujući kojem (ukoliko je tijek poroda uredan) rodilja može ostvariti svoje želje, ključan je kod donošenja odluke o mjestu rađanja. Na pozitivno iskustvo porođaja utječu svi zdravstveni djelatnici uključeni u tijek rađanja, kao i oni koji pružaju medicinsku pomoć. Rad u rodilištima treba oblikovati po uzoru na dobre prakse i treba se voditi dokazima temeljenima na praksi. Uvođenje kliničkih putova i standardnog liječenja trudnica može biti koristan alat. Pri tome je ključno cjeloživotno obrazovanje zdravstvenih djelatnika. Dostupnost odgovarajućih medicinskih tretmana je iznimno značajan za trudnicu i njezina partnera, a bolničko okruženje ne smije ograničiti tijek fiziološkog porođaja. Nove preporuke National Institute for Health and Care Excellence, objavljene u prosincu 2017. godine, važan su dokument o skrbi zdrave žene tijekom porođaja, s naglaskom na fiziološki porođaj, poslijeporođajno razdoblje i izbor mesta porođaja. U Sloveniji je došlo do određenih promjena u liječenju žena tijekom porođaja i poslijeporođajnog razdoblja s promjenama koje su uvedene u bolničko okruženje, otvaranjem kuća za porođaje i oživljavanjem kućnih porođaja sa slovenskim stručnjacima. Model primaljske skrbi u Sloveniji mora se temeljiti na kontinuiranoj primaljskoj skrbi, na znanju i dobroj praksi – za dobro žena i obitelji.

**Ključne riječi:** porođaj, skrb usmjerena na ženu, primalja, model skrbi, kontinuirana skrb, samostalne primaljske jedinice



**U**vod Porođaj je u osnovi vrlo jednostavan fiziološki događaj u kojem uz roditelje i novorođenčad sudjeluju i zdravstveni djelatnici. Njegov fiziološki tijek bio je (i još uvijek jest) često ometan uvođenjem rutinskih zahvata i sve veće medikalizacije porođaja te usmjeravanjem porođaja iz domaćeg okruženja u bolnicu tijekom šezdesetih godina prošlog stoljeća. Takozvani medicinski model trudničke skrbi razvija se kao posljedica (pre)velike percepcije rizika za komplikacije (MacKenzie Bryers & van Teijlingen, 2010), ne samo kod žena s faktorima rizika, već i u zdravoj populaciji. Taj svjetski trend slijedila je i zdravstvena zaštita žena u Sloveniji.

Podrška prirodnom, fiziološkom procesu u trudnoći i porođaju ima brojne prednosti za ženu, novorođenče i cijelu obitelj (American College of Nurse - Midwives, 2012; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2017), zato je ispravno da su svakoj ženi dostupne prave informacije na temelju kojih ona donosi informiranu odluku i bira stručnjaka koji će joj omogućiti porod kakav želi. Svrha ovog rada je razmotriti stanje trudničke skrbi u Sloveniji te prikazati različite inozemne modele skrbi zdravih trudnica i rodilja kojima je dostupna kontinuirana primaljska skrb. Cilj rada je prikazati strategije za razvoj vlastitog modela primaljske skrbi koji će se svidjeti svima – kako ženama, tako i primaljama.

## SKRB ZA ŽENE TIJEKOM MAJČINSTVA

Svjetska zdravstvena organizacija (1997) u svojim preporukama trvdi, da mora postojati valjan razlog za upitivanje u fiziološki tijek porođaja. Usprkos tome, medikalizacija i (ne) potrebni medicinski postupci kod normalnih porođaja utječu na sve veći broj operativnih porođaja (Page, 2007; Parry, 2008), što dovodi do nezadovoljstva žena zdravstvenim uslugama diljem svijeta (Guilliland et al, 2006; NICE, 2017). I žene u Sloveniji devedesetih godina prošlog stoljeća izražavale su nezadovoljstvo i neslaganje sa sistemom i dostupnom skrbi tijekom trudnoće. Macun (2014) kaže da je osvještenost rodilja koje su dolazile s drugačijim željama bila sve veća, što je potaklo različite stručnjake koji skrbe o ženama da započnu propitivati postupke u porodu i provoditi praksu utemeljenu na dokazima. Želje rodilja razlikovale su se od ustaljene i predviđljive bolničke prakse, žene su ne samo željele, već i zahtjevale drugačiji pristup (porod u vodi, prisutnost osobe za podršku, lotus porod...), o kojima se nije puno znalo. Zakon o pravima pacijenata bio je na strani žena, jer svi korisnici zdravstvenih usluga imaju pravo zatražiti i dobiti informacije o određenom postupku i u konačnici imaju ga pravo odbiti. To je bio početak drugačijeg pogleda na porođaj i zdravstvenu skrb koji su morali prihvatići zdravstveni djelatnici. U manjim rodilištima promjene je bilo lakše provesti. Prva kuća za porode osnovana je u rodilištu u Postojni 2011. godine. U tri rodilišta u Sloveniji omogućen je porođaj u vodi.

## MODELI SKRBI USMJERENE NA ŽENE

Mnogi zdravstveni sustavi u državama poput Australije, Novog Zelanda, Velike Britanije i Nizozemske uveli su različite modele skrbi tijekom trudnoće, poroda i babinja (Guilliland et al, 2006). Ponovno su oživjeli porođaji kod kuće, osnovani su porođajni centri koji djeluju kao samostalne primaljske jedinice unutar ili izvan rodilišta (Guilliland et al, 2006). U svijetu, iako su ženama dostupni različiti modeli skrbi, više od 90 % porođaja odvija se u rodilištima (Ryan et al., 2013). Izuzetak je Nizozemska gdje prema podacima Nacionalnog udruženja u rodilištima rađa manje od 20 % žena (Pavlova et al, 2009). Osim što su troškovi zdravstvene zaštite viši, veći je i broj žena s tjelesnim i duševnim traumama uzrokovanim nepotrebним medicinskim zahvatima koji su utjecali na njihovo iskustvo porođaja (Parry, 2008). Christiaens (2011) tvrdi da upotreba medicinske tehnologije čini porođaj relativno predviđljivim i vođenim. Iako se žene u razvijenim zemljama suočavaju s minimalno štetnim posljedicama po zdravlje, one izražavaju visok stupanj straha i brige povezan s rađanjem (Zar et al., 2001). U mnogim dijelovima svijeta primalje su primarne stručnjakinje za zdravu trudnoću i normalni porođaj (Velika Britanija, Nizozemska, Kanada, Australija, Novi Zeland). U ostalim dijelovima svijeta skrb nad ženama provode podijeljeno liječnici i ginekolozi. Prema smjernicima *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2017) na Međunarodnom savezu primalja (*International Confederation of Midwives – ICM*, 2014) primalje trebaju biti prvi izbor, najsigurnije su i najisplativije stručnjakinje za vođenje normalnog porođaja. Ne treba zanemariti važnost kontinuirane primaljske skrbi. Od velikog je značaja da primalje imaju znanje i da su svjesne odgovornosti koje donosi samostalna, kontinuirana primaljska skrb (Wylie & Bryce, 2008), kao i da tu kontinuiranu skrb podupire zdravstveni sustav u kojem djeluju. Zdravstveni sustavi svakoj ženi trebali bi omogućiti dostupnu primaljsku skrb. Lundgren in Berg (2007) kažu da je kontinuirana skrb važna za povjerljiv odnos žene i primalje koji vodi pozitivnom iskustvu trudnoće, porođaja i poslijeporodnog razdoblja. Kontinuitet primaljske skrbi ženi i obitelji može se osigurati kroz različite modele skrbi; tzv. „caseload midwifery“, „team midwifery“, „midwifery-led care“, pri čemu prva dva modela (ali, ne i treći) nude kontinuitet pružatelja skrbi (Johnson et al., 2003). Ovi modeli pokazuju značajna poboljšanja u perinatalnim rezultatima majki u usporedbi sa standardnom skrbi, jer očekivanja žena su ispunjena, (Hatem et al, 2008), i njihovo zadovoljstvo je veće (Wiysonge, 2009). Kitzinger (2011) tvrdi, da je uvođenje samostalnih primaljskih jedinica (*midwife led units*) pravi odgovor, jer predstavlja postupan prijelaz iz medikalizirane skrbi ka skrbi usmjerene na ženu, koji se provodi u sastavu rodilišta. Uvođenje takvih jedinica u slovenska rodilišta ima budućnost i u Sloveniji je to moguće. Dokazi

govore da žene koje rađaju u takvim jedinicama imaju veću vjerojatnost normalnog porođaja u odnosu na žene koje rađaju u standardnim bolničkim jedinicama (NICE, 2017). Postiže se visoka kvaliteta i sigurnost (Sandall et al., 2010; Wiegers, 2009), manja je potreba za upotrebom analgezije i epiziotomije (Biro et al., 2000), žene imaju veću kontrolu nad porođajem, više je spontanih vaginalnih porođaja i isključivog dojenja novorođenčadi (Hatem et al., 2008). Sutcliffe (2012) opisuje primaljsku skrb kao ekonomičnu i učinkovitu zdravstvenu zaštitu ne samo žena, već i njihovih obitelji te cijele zajednice. Hodnett sa suradnicima (2011) utvrđuje, da je stalna potpora tijekom porođaja klinički značajna za žene i novorođenčad. Mnoge su žene izrazile veći osjećaj nadzora i kontrole nad tijekom poroda kada su rađale u primaljskim jedinicama u kojima je omogućena stalna prisutnost primalje. Primaljska skrb smanjuje rizik od medicinskih intervencija i povećava mogućnost za normalni porođaj (NICE, 2014), smanjuje udio carskih rezova, instrumentalno dovršenih vaginalnih porođaja te smanjuje indukcije porođaja (Biro et al., 2000). Za poslijeporođajnu skrb važno je da je zdravstveni djelatnik koji nadzire ženu upoznat s njezinim iskustvom porođaja (Zakšek & Mivšek, 2009). Jedna od prednosti je i potpora koju izabrana primalja pruža ženi pri dojenju i kućnom obilasku tijekom poslijeporođajnog razdoblja, što uključuje stalnu prisutnost primalje koja razumije i prihvata raspoloženja žene, njezina ponašanja i pruža stalne potpore. (Zakšek & Mivšek, 2009). Stalna potpora blagotvorno utječe na dužinu dojenja. Studije pokazuju učinkovitost kontinuirane primaljske skrbi i u vezi s pravodobnim liječenjem poslijeporođajne depresije (Zakšek & Mivšek, 2009). Biro i suradnici (2003) u svojem istraživanju dokazuju razliku između zadovoljstva žena koje su imale standardnu skrb u trudnoći, porođaju i poslijeporođajnom razdoblju i onih koje su imale kontinuiranu primaljsku skrb. Skupina žena, o kojoj se raspravljava u kontekstu kontinuirane primaljske skrbi izražava veće zadovoljstvo u smislu emocionalne podrške, više informacija i veće mogućnosti za suodlučivanje o zahvatima i postupcima. Hodnett (2002) je u svom istraživanju utvrdio da kontinuirana primaljska skrb smanjuje postotak hitnih carskih rezova i porodničkih operacija, smanjuje potrebu za ublažavanjem porođajnih bolova te smanjuje potrebu za poticanje porođaja. Kontinuirana podrška blagotvorno utječe i na ishod za novorođenče.

## DISKUSIJA

Istraživanja pokazuju da različiti modeli primaljske skrbi tijekom trudnoće, porođaja i nakon predstavljaju najbolju skrb za žene i njihove obitelji. U Sloveniji, još uvek prevladava biomedicinski model skrbi, drugim riječima zdravoj trudnici skrb pruža liječnik, a primalje su vrlo rijetko članovi ginekološkog tima. Žene imaju dobar

pristup javnom zdravstvu i zdravstvenim uslugama, ali tijekom trudnoće susreću cijeli niz različitih zdravstvenih djelatnika što onemogućuje kontinuiranu primaljsku skrb, iako istraživanja dokazuju da su različite informacije koje trudnicama prenose različiti zdravstveni djelatnici uzrok zbumjenosti i anksioznosti (Metcalfe et al., 2013). Svakoj ženi i njezinoj obitelji slovenski zdravstveni sustav treba omogućiti pristup kontinuiranoj primaljskoj skrbi. Primalje trebaju biti prisutne na svim razinama zdravstvene zaštite žena, kao što je i navedeno u definiciji primaljske profesije (ICM, 2011), u skladu s EU direktivom i slovenskim zakonodavstvom (Ministrstvo za zdravje, 2011). Nažalost, djelovanje primalja je vrlo ograničeno, suženo je na prijeporodajno i poslijeporodajno razdoblje. Markota sa suradnicima (2000) je kritizirao zdravstvenu zaštitu žena i ograničenu ulogu primalja u Sloveniji, prvenstveno kod planiranja obitelji, prijeporodajne i poslijeporodajne skrbi koje su još uvek u rukama ginekologa i medicinskih sestara. Slovenski zdravstveni sustav priznaje ulogu primalje u zdravstvenoj zaštiti žena, ali njihov značaj i dalje je podcijenjen.

## ZAKLJUČAK

Model kontinuirane primaljske skrbi i mogućnost odbira mjesta poroda u Sloveniji omogućit će bolji pristup, jednak ili bolji ishod zdravstvenih usluga, a prije svega veće zadovoljstvo korisnika usluga. Izradu nacionalnog modela kontinuirane primaljske skrbi treba temeljiti na potrebama korisnika, kompetencijama primalja i posebnosti zdravstvenog sustava. Da bi model bio učinkovit i pristupačan, potrebno je više vlastitih istraživanja i dokaza kojima bi se opravdale takve promjene kod onih koji oblikuju zdravstvenu zaštitu žena u Sloveniji.

## LITERATURA

- American College of Nurse - Midwives, 2012. Midwives are Primary Care Providers and Leaders of Maternity Care Homes – Position Statement.
- Biro, MA., Waldenstrom, U. & Pannifex, JH., 2000. Team midwifery care in a tertiary level obstetric service: a randomized controlled trial. Birth, vol.27, pp.168–173.
- Biro, MA., Waldenström, U., Brown, S. & Pannifex, JH., 2003. Satisfaction with team midwifery care for low and high-risk women: a randomized controlled trial. Birth, vol.30, pp.1-10.
- Christiaens, V., 2011. Pregnant women's fear of child-birth in midwife- and obstetrician-led care in Belgium and the Netherlands: test of the medicalization hypothesis. Women Health. vol.51(3), pp.220-239. doi: 10.1080/03630242.2011.560999.
- Guilliland, K., Tracy, S.K. & Thorogood, J., 2006. Australian

- and New Zealand health and maternity services. In: Pairman, S., Pincombe, J., Thorogood, C., Tracy, S. (eds), *Midwifery: Preparation for practice*, Sydney: Churchill Livingstone Elsevier, pp. 3 – 33.
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H. & Gates, S., 2008. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub2.
- Hodnett, ED., 2002. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5 Suppl Nature), pp. S160-172.
- Hodnett, ED., Gates, S., Hofmeyr, JG., Sakala, C. & Weston, J., 2011. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub3.
- International Confederation of Midwives, 2011. Definition of the Midwife. *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol. 5(4), pp.310.
- International Confederation of Midwives, 2014. The midwife is the first choice health professional for childbearing women. Position Statement. [https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20-%20English/Reviewed%20PS%20in%202014/PS2008\\_019%20V2014%20The%20Midwife%20is%20the%20First%20Choice%20ENG.pdf](https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20-%20English/Reviewed%20PS%20in%202014/PS2008_019%20V2014%20The%20Midwife%20is%20the%20First%20Choice%20ENG.pdf)
- Johnson, M., Stewart, H., Langdon, R., Kelly, P. & Yong, KL., 2003. Women-centred care and caseload models of midwifery. *Collegian*, vol.10, no.1, pp. 30-34.
- Kitzinger, S., 2011, *Birth Your Way: Choosing Birth at Home or in a Birth Center*, DK, California.
- Lundgren, I., Berg, M., 2007. Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 21(2), pp.220-228.
- MacKenzie Bryers H. & van Teijlingen, E., 2010. Risk, theory, social and medical models: a critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*, vol. 26, no. 5, pp.488-496.
- Macun, E., 2014. Spremembe porodniške in babiške prakse v SB Jesenice. In: Preleca A., ed. *Izzivom nasproti: zbornik predavanj*. 14.april 2014. Zreče: Sekcija medicinskih sester in babic Slovenije, pp.34-38.
- Markota, M., Švab, I. & Albreht, T., 2000. The reforms of the Slovenian health care system: from capitalism to socialism and back. *Zdravstveni Vestnik*, vol. 69, no.12, pp.791-798.
- Metcalfe, A., Grabowska, K., Weller, C. & Tough, SC., 2013. Impact of prenatal care provider on the use of ancillary health services during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 11, no.13, pp. 62-69.
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2011. Strategija razvoja ginekološke in porodiške službe do 2020, Državni zbor, Ljubljana.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. 2017, *Intrapartum care - care of healthy women and their babies during childbirth*. London.
- Page, L., 2007. Is there enough evidence to judge midwife led units safe? Yes. *British Medical Journal*, vol.335, no.7621, pp.642.
- Parry, DC., 2008. We wanted a birth experience, not a medical experience: exploring Canadian women's use of midwifery. *Health Care Women International*, vol.29, no.8, pp.784-806.
- Pavlova, M., Hendrix, M., Nouwens, E., Nijhuis, J. & van Merode, G., 2009. The choice of obstetric care by low-risk pregnant women in the Netherlands: implications for policy and management. *Health Policy*, vol. 93, no.1, pp. 27-34.
- Ryan, P., Revill, P., Devane, D. & Normand, C., 2013. An assessment of the cost-effectiveness of midwifeled care in the United Kingdom. *Midwifery*, vol.9, pp.368-376.
- Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., Hatem, M. & Gates, S., 2010. Improving quality and safety in maternity care: the contribution of midwife-led care. *Journal of Midwifery and Women's Health*, vol.55, no.3, pp.255- 261.
- Sutcliffe, K., Caird, J., Kavanagh, J., Rees, R., Oliver, K., Dickson, K., Woodman, J., Barnett-Paige, E. & Thomas, J., 2012. Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. *Journal of Advanced Nursing*, vol.68, no.11, pp.2376-2386.
- Svetovna zdravstvena organizacija, 1997, *Care in normal birth*, Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija, pp.7-30.
- Wylie, L., Bryce, H., 2008. *The Midwives' Guide to Key Medical Conditions: Pregnancy and Childbirth*, Philadelphia: Churchill Livingstone, pp.1-8.
- Wiegers, T., 2009. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 9, no.18, pp.1-8.
- Wiysonge, CS., 2009. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *The WHO Reproductive Health Library*; Geneva: World Health Organization.
- Zakšek, T., Mivšek, AP., 2009. Vloga babice pri obporodnih stiskah. In: Križaj Hacin U,ed. *Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo-Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja*. 9. Oktober 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; pp. 57-70.
- Zar, M., Wijma, K., & Wijma, B., 2001. Pre and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, vol.30, pp.75-81.

# Udruga „Primalja i obitelj“



**U**današnje vrijeme pretjerane medikalizacije lako je smetnuti s umu da su trudnoća i porođaj fiziološka stanja, a ujedno i događaji od neprocjenjive važnosti za ženu, njezinu obitelj i zajednicu.

Primaljska skrb predstavlja oblik skrbi koji se temelji na holističkom pristupu i koji sagledava ne samo fizičke potrebe žene i djeteta, već i emocionalne, psihičke, društvene, kulturološke i socijalne. Te su potrebe više no ikada prije naglašene danas, u gradskim sredinama, gdje ne postoji suživot žena različitih generacija, te se mlada majka može osjećati izolirano, osamljeno, jer u njezinoj blizini izostaje iskusna osoba kojoj se može obratiti za pomoć.

Tradicionalno, primalje u Hrvatskoj rade gotovo isključivo u institucijama odnosno bolnicama i liječničkim ordinacijama. No, mjesto primalje je uz ženu, a primalje trebaju biti prisutne i u zajednici. Uvidjevši navedenu potrebu rodila se ideja o osnivanju udruge koja će premostiti nedostatak primalja u zajednicama i obiteljima.

Nakon prve inicijative Hrvatske komore primalja da se 5. svibnja, povodom Međunarodnog dana primalja, organiziraju Dani otvorenih vrata u svim rodilištima diljem Republike Hrvatske, kako bi zainteresirane žene mogle upoznati primalje i vidjeti rodilište u kojem planiraju rađati, potvrđene su naše slutnje. Postalo je jasno da žene žele upoznati svoje primalje, družiti se s njima, razgovarati i naposljetku odlučiti je to doista pravo mjesto gdje žele provesti najintimnije i najljepše trenutke svoga života.

Osnovale smo udrugu s namjerom da ženama, budućim majkama, trudnicama te njihovim partnerima



odnosno obiteljima osiguramo mjesto gdje će moći, u prijateljskom ozračju, zatražiti i dobiti stručnu pomoć, kao i savjete vezane uz planiranje trudnoće, trudnoću, porođaj, dojenje i babinje.

Udrugu „Primalja i obitelj“ osnovale su visokoobrazovane primalje s nizom dodatnih edukacija vezanim uz profesiju, sve zaposlene u Općoj bolnici Pula: Teuta Grdinić, bacc. obs.-Izvršna predsjednica udruge; Nikolina Tadić Dušić, bacc. obs.- Potpredsjednica udruge; Slobodka Arsova, bacc. obs.; Nives Perhat, primalja, bacc. med.techn.; Magdalena Kurbanović, univ. bacc. obs.; Jelena Zorić, primalja, bacc. med. techn.

Aktivni članovi Udruge su i licencirana akupunkturistica dr. Elena Gattoni, ginekolog-opstetričar, pedijatrica dr. Vlasta Kocijančić koja svojom radionicom "Normalan rast i razvoj djeteta" djeluje preventivno kod mogućih odstupanja tijekom razvoja djeteta, te Monika Barak, bacc. med. techn., nastavnica strukovnih predmeta u Medicinskoj školi Pula koja je ujedno i tajnice Udruge.

Udruga je osmišljena s ciljem jačanja roditeljskih kompetencija, kao podrška roditeljstvu. Osmišljavamo radionice na kojima radimo s manjim brojem žena (od pet do osam) te njihovim partnerima odnosno obiteljima. Radionice se temelje na psihološkoj podršci ženama i uklanjanju strahova vezanih uz trudnoću i porođaj. Stoga, se sve radionice održavaju u intimnijem ozračju kako bi se žene osjećale sigurno i u otvorenoj komunikaciji mogle podijeliti svoje probleme i strahove. Na radionicama produžavamo kako prevladavti strahove, kako komunicirati s zdravstvenim osobljem te kako bez straha prebroditi razdoblje trudnoće i prve dane majčinstva. Učimo ih vještinama koje će im pomoći kod dojenja i njegе novorođenčeta. Svrha udruge „Primalja i obitelj“ je prvenstveno pomoći ženama da razdoblje trudnoće i rađanja dožive kao najljepše trenutke svog života.

Udruga u svom radu surađuje s bolničkim tečajem u sklopu Opće bolnice Pula, te uzajamno si upućujemo žene i njihove partnere kako bi im doista ponudili holistički i multidisciplinarni pristup tijekom tog osjetljivog životnog razdoblja. Također valja napomenuti da je Udruga potpisala akt o partnerstvu s Medicinskom školom Pula koja je ove školske godine upisala prvi razred Primalja – asistentica.

Cilj jest da učenici prisustvuju radionicama i dodatno se educiraju u njima najvažnijem području, a to je primaljstvo. Partnerstvo je potpisano i sa Zavodom za javno zdravstvo Istarske županije, odnosno projektom „Savjetovalište za prehranu“ koji upotpunjuje rad Udruge vezan uz prehranu trudnica, rodilja i novorođenčadi.

## RADIONICE UDRUGE

### 1. Radionica: "Doživljaj trudnoće i majčinstva"

Svaki atom u našem tijelu, tijelu žene, stvoren je s jednom namjerom, onom trudnoće i majčinstva. Radi se o jednom od najljepših doživljaja kojim su buduće majke nagrađene. Tijekom ove radionice dotičemo se tema poput planiranja trudnoće, prehrane, odijevanja, odmora, aktivnosti. Govorimo o higijeni, seksualnosti, razvoju djeteta kroz trudnoću, suočavanju sa strahovima, psihofizičkim promjene i načino na koji se s njima možemo nositi. Dotičemo sve ključne teme koje će ovaj doživljaj učiniti još sigurnijim i ljepšim.

### 2. Radionica: „Iskustvo poroda“

Cilj ove radionice jest da trudnicama ukloni strah od poroda i rađaonice, trudova te cijelog procesa rađanja, da ih osnaži da vjeruju u sebe i svoje tijelo. Pravo na radost u porodu, jačanje ženske energije, tehnike meditacije i disanja u porodu, kontrola u ne-kontroli, emocije u porodu, djeca, ljubav i briga o voljenom samo su neke od tema ove radionice.



### **3. Radionica: „Majčinstvo – nova uloga, novi identitet, nova JA“**

Tijekom ove radionice razgovara se o hormonalnim promjenama koje se događaju nakon poroda i strahovima koji se mogu pojaviti tijekom tog razdoblja. Govorimo o promjenama raspoloženja, o prihvaćanju nove sebe, prepoznavanju i sprečavanju poremećaja raspoloženja, o zbljžavanju i komunikaciji s djetetom, osjećajima koji se javljaju u tim trenutcima, odmoru i oporavku nakon poroda, promjenama u odnosu sa životnim partnerom, obitelji i okolinom. Osvrćemo se i na higijenu, odijevanje, prehranu, stvaranju čvrste veze sa djetetom i partnerom, posjetima tijekom babinja i nakon, prvim izlascima u šetnje, dotičemo se seksualnosti nakon poroda te ponovnog uspostavljanja fizioloških funkcija tijela.

### **4. Radionica: Škola dojenja**

Dojenje je način prehrane koji je evolucija namijenila svoj mладunčadi sisavaca. No, dojenje je mnogo više od samog hranjenja. Ono je dodir, davanje i primanje, izmjena hormona ljubavi, utjeha te stvaranje povezanosti majke i djeteta koja će trajati cijeli život. Iako je dojenje najprirodniji način prehrane ono ne dolazi uvijek, kod svih majki, potpuno prirodno i spontano. Dojenje je također vještina koju je potrebno naučiti.

Na radionici „Škola dojenja“ buduće majke dobivaju najnovije, relevantne informacije o prehrani majčinim mlijekom i praktične savjete o dojenju. Također dobivaju i emocionalnu potporu i podršku koja će im pomoći da steknu povjerenje u vlastitu sposobnost dojenja.

## **SAMOSTALNE RADIONICE**

### **Radionica za buduće roditelje**

U fokusu ove radionice jest praktičan rad i vježbe njegu novorođenčeta, kupanja, prebrisavanja, higijene pelenske regije, njegu pupka, oblačenja, presvlačenja, baby handlinga. Na radionici se također bavimo temom vegetarijanstva i veganske prehrane tijekom trudnoće, dojenja i babinja te važnosti planiranja takve prehrane za pravilan rast i razvoj djeteta. Što s novorođenčetom kada iz bolnice dođemo kući, kako provoditi njegu djeteta, sve o dojenju i povezivanju s djetetom teme su o kojima razgovaramo tijekom ove radionice.

### **Akupunktura**

Svim našim članovima nudimo i usluge licencirane akupunkturistice, ginekologa opstetričara Elene Gattoni. Uz individualan rad i pripremu za porođaj, akupunkturom se olakšavaju razne tegobe poput mučnina i povraćanja u trudnoći, prijevremenih trudova, stava zatkom, boli u porodu, a također se vrši prepartalna priprema stimulacija u porodu, IV porođajnom dobu, te može pomoći involuciji uterusa i laktaciji. Akupunkturom se mogu olakšati i druge tegobe kao što je glavobolja, mialgija, ishialgija, edemi, opstipacija, alergije te poremećaji spavanja.

### **Program mirnog rađanja**

Teme radionice su: bez straha uz minimum bolova, stav, filozofija, tehnike, okruženje u kojem djeca trebaju doći na svijet – nježnost, podrška, smirenost, ljubav, radost,





fizička, mentalna, duhovna priprema, otklanjanje sindroma strah – napetost – bol, manje umaranje tijekom poroda, osjećaji pulsiranja vlastitog tijela u porodu, sprečavanje hiperventilacije uzrokovano plitkim disanjem, skraćivanje razdoblja otvaranja, povezivanje bebe s mamom i tatom, što čini prije, za vrijeme i nakon poroda, te aktivna uloga partnera u porođaju.

#### Normalan rast i razvoj

Osnovna karakteristika dječjeg organizma je neprekidan rast i razvoj. Rast i razvoj djece složen je proces praćen mnogobrojnim promjenama. Od samog rađanja pratimo dijete u rastu i razvoju. Svako dijete ima svoj ritam razvoja koji nije potrebno požurivati kako ne bi došlo do problema nezrelog usvajanja viših razvojnih faza. Razvoj normalnog pokreta omogućuje normalni mišićni tonus, pokretljivost, reakcije upravljanja i reakcije ravnoteže.

Teme koje se obrađuju na radionici uključuju faze normalnog razvoja tijekom prve godine života, čimbenike rizika, različite komplikacije prije, tijekom i nakon poroda koje mogu ugroziti razvoj djeteta, nedonoščad, a razmatraju se i znakove upozorenja odnosno odstupanja u razvoju djeteta.

#### Rizična skupina: posebne prehrambene navike

Kao što Svjetska zdravstvena organizacija upozorava sve je veći broj pretilih ljudi, a pretilos ne zaobilazi ni trudnice. Cilj nam je djelovati preventivno i smanjiti moguće komplikacije navedenog stanja. S obzirom na utjecaj medija, sve je veći pritisak na mlade majke i brojne su njihove nedoumice pri uvođenja dohrane kod dojenčadi – „kada“, „koje namirnice“, „na koji način“, sve su to pitanja koja mladim roditeljima i onima koji to žele postati stvaraju

osjećaj nesigurnosti. Radionice smo dogovorili sa Savjetovalištem za prehranu u sklopu Zavoda za javno zdravstvo Istarske županije, a provoditi će ga tim stručnjaka (lijecnik i nutricionist).

#### Planiranje obitelji

Planiranje obitelji ima za cilj rađanje zdrave djece i kvalitetno ostvarivanje roditeljskih uloga, zaštite zdravlja mladih i obitelji. Radionica se bavi temama postizanja trudnoće, izbjegavanja trudnoće, prevencije spolno prenosivih bolesti i kontrole začeća, sve s ciljem zaštite zdravlja žena, smanjenja broja rizičnih trudnoća, smanjenja broja neželjenih trudnoća i pobačaja, zaštite zdravlja djece i tinejdžera te smanjenje broja spolnih bolesti.



*Teuta Grdinić bacc.obs.*

-prvostupnica sestrinstva  
-prvostupnica primaljstva  
Izvršna predsjednica  
udruge Primalja i Obitelj  
Predsjednica podružnice  
pri Hrvatskoj komori  
primalja za Istarsku  
županiju  
Član stručnog vijeća  
Hrvatske komore primalja

# Dobrobiti nošenja djece

Neda Davidović, primalja

Hrvatska udruga za promicanje primaljstva

davidovicneda@gmail.com



**B**abywearing je pojam koji se koristi od sredine osamdesetih godina prošlog stoljeća, a označava nošenje djeteta u slingu, wrapu (marami) ili nekom drugom vrsti nosiljke.

Uvođenje pojma *babywearing* pripisuje se dr. Williamu Searsu, američkom pedijatru, autoru i koautoru više od 30 knjiga o roditeljstvu i jednom od vodećih zagovornika filozofije privrženog roditeljstva. Dr. Sears je radio u dječjim bolnicama u Bostonu i Torontu, a od 2004. godine je profesor na kalifornijskom univerzitetu (*University of California*).

Nošenje djece proizašlo je iz potrebe da se majkama olakša svakodnevni život, a staro je koliko i ljudski rod. Sve do sredine prošlog stoljeća majke su nosile svoju djecu kako bi nesmetano mogle obavljati poslove oko kuće ili u polju. Pojavom separacijskog pristupa odgoju, 50-ih godina prošlog stoljeća, bebe su stavljane u koljevke i kolica te odvajane od majki odmah po rođenju. Tada su

kolica i mlijeko formula bile stvar prestiža i nošenje je nakratko zamrlo.

Dobrobiti nošenja višestruke su i neprocjenjive, ne samo za dijete i majku, već i za obitelj te društvo. Nošenje novorođenčeta u marami je poput zagrljaja: umiruje bebu, a roditelje ispunjava srećom i zadovoljstvom. Nošena djeca manje plaču, a češće su u stanju tihe budnosti, njihov kognitivni, socijalni i govorni razvoj je brži, a razvija se sigurna privrženost. Kako su majke one koje, u pravilu, najviše vremena provode s djetetom tijekom njegove prve godine života, dijete spram majke razvija primaran stil privrženosti koji najjače utječe na djetetov razvoj. Sigurno privržena djeca sklonija su istraživačkom ponašanju, bolje rješavaju probleme i ostvaruju bolje odnose s vršnjacima. Pokazuju više entuzijazma, pozitivnih emocija i upornosti, a u konačnici uspješniji su u međuljudskim odnosima i u odrasloj dobi.



Roditeljima nošenje olakšava povezivanje s djetetom. Očevi čije partnerice doje ponekad se osjećaju pomalo isključenima. Nošenje im može pomoći da se zbliže s bebom i priušte majkama trenutke odmora. Postoje istraživanja koja ukazuju na manju učestalost *babybluesa* i poslijeporođajne depresije kod majki koje su nosile dječu. Nošenje u nekoj od nosiljki fizički je i psihički manje zamorno nego li nošenje na rukama. Zahvaljujući dobro raspoređenoj težini moguće je nositi znatno dulje, a istovremeno ruke su nam slobodne za druge aktivnosti. Majke koje nose svoje bebe mobilnije su što doprinosi stvaranju osnažujućeg osjećaja.

Nošenje djeteta olakšava dojenje na zahtjev, a zaklonjenost u nosiljci dojenje u javnosti čini ugodnijim. Kod nošenja brže se uočavaju djetetove potrebe, a beba je opuštenija i lakše prihvata dojku. Manje energije koristi za prizivanje majčine pažnje i više joj ostaje za rast i razvoj. Češćim podojima djeca dobivaju više masti iz mlijeka što znači bolji prirast na tjelesnoj težini.

Iako objektivne prepreke za nošenje djece ne postoje na odluku o nošenju mogu negativno utjecati razne predrasude, nedostatak podrške, neinformiranost i strah. Otegotna je okolnost što su na tržištu nažalost dostupnije „neergonomiske“ nosiljke koje nisu preporučljive. Od velike je važnosti odabratи dobru (ergonomsku) nosiljku odnosno onu koja podržava pravilan razvoj kukova i kralježnice te osigurava idealan položaj tijela - noge i kukovi zauzimaju položaj u obliku slova M, a kralježnica zauzima prirodan položaj u obliku slova C. Nožice u položaju M ili u „položaju

žabice“ znači da su nožice u raširenom čučnju i poduprte od koljene do koljena. Kod novorođenčadi i malih beba kralježnica je prirodno zakrivljena u C položaju. Dobra ergonomski nosiljka ne smije bebi ravnati leđa, nego joj mora omogućiti da ona sama zauzme njoj idealan prirodni položaj. Osim što je važno izabrati dobru nosiljku, jednako je važno i pravilno je koristiti. To znači da bebin trbušić i prsa trebaju biti uz tijelo osobe koja je nosi. Bebu treba nositi na pravoj visini, tako da ju možemo poljubiti u čelo, ali i pritom vidjeti kuda hodamo. Brada bebe ne smije padati na njena prsa, jer to može uzrokovati gušenje. Nosiljka mora biti dobro stegnuta da beba ne isklizne, ali i da osobi koja ju nosi previše ne opterećuje leđa. Nije preporučljivo bebe nositi okrenute prema naprijed naročito prvih šest mjeseci života.

Postoje različite vrste nosiljki: tkana marama, ring sling (marama s prstenovima) i elastična marama (namijenjena novorođenčadi i bebama do cca 8 kg), Mei Tai (nosiljka s četiri trake koje se vežu oko tijela, od 4 mjeseca) te meka strukturirana (oblikovana) nosiljka – klokanica (od cca. 6 mjeseci). Najbolja je tkana marama, jer samo ona odgovara svim uzrastima djeteta, neovisno o motoričkoj spremnosti i eventualnim zdravstvenim problemima ili poremećajima. Ona djetetu omogućuje idealan položaj, raste s djetetom i od nje možete napraviti svaki put neku novu nosiljku.

Iz prakse znamo da žene koje uspiju uskladiti dojenje sa svojim načinom života duže i uspješnije doje. Nošenje olakšava i uljepšava život na toliko mnogo načina, već od prvog dana nakon poroda. Edukacijom zdravstvenih djelatnika, prvenstveno primalja i medicinskih sestara u patronažnoj skrbi dobili bismo aktivne zagovaratelje nošenja djece. Time bismo olakšali majkama prve godine djetetova odrastanja, a naročito prve dane i mjesecе koji mogu biti izuzetno stresni te posredno povećali stopu dojenja što nam je svima cilj.

## IZVOR:

- <https://en.wikipedia.org>
- <https://www.askdrsears.com>
- <https://nosenjebeba.com>
- <https://klokanica.24sata.hr>
- <https://nosi.me>
- [www.minigreeny.com](http://www.minigreeny.com)
- [www.bebologija.net](http://www.bebologija.net)
- [www.roditelji.hr](http://www.roditelji.hr)
- [www.roda.hr](http://www.roda.hr)
- [www.klinfo rtl.hr](http://www.klinfo rtl.hr)
- [www.anavie.net](http://www.anavie.net)
- [www.sarla.net](http://www.sarla.net)

# „Zreli“ ženski mozak ili menopauza

*Deni Andrić, bacc.obs.*

„Menstruacija i oscilacija energije su poput izmjenične struje. U vrijeme menopauze taj se tok energije pojačava i postojan je poput istosmjerne struje“.

(Farida Shaw)

Promijene u našem mozgu započinju, zapravo, u perimenopauzi. Poput valova vrućine koji dolaze i rastu, tako i naš mozak „vrije“. Potaknut hormonskim promjenama karakterističnim za preobrazbu tijekom menopauze, kao da je pritisnut prekidač koji najavljuje promjene u temporalnim režnjevima, dijelovima mozga povezanim s intuicijom. Kako će utjecati na nas uvelike ovisi o našoj svijesti i volji da u život unesemo promjene koje hormoni čine za nas.

Iako nas naša kultura podržava u uvjerenju da su promjene raspoloženja jednostavno posljedica „podivljalih“ hormona postoje jasni dokazi da učestali stres, odnos u vezi, djeca, nezavidna poslovna situacija, zapravo pozadinska slika koja pogoršava ionako narušenu ravnotežu hormonskog statusa.

Menopauza je prestanak menstruacije i mnoge žene taj trenutak prepoznaju kao „promjenu života“ ili jednostavno promjenu. Dijagnoza menopauze može se postaviti tek nakon 12 mjeseci amenore, odnosno izostanka menstruacije. Prijevremena menopauza nastupa prije 40-te godine života, a nastupi li nakon 55-te godine naziva se kasnom menopauzom. Rana menopauza nastupa između 40-te i 45-te godina života.

Značaj, kao i brojne promjene nadolazeće menopauze, žena osjeća 7 do 10 godina prije menopauze. Tada proizvodnja ženskih spolnih hormona polako opada, a iako reprodukcija više nije cilj, reproduktivni hormoni i dalje imaju važnu ulogu koja je od vitalnog značenja i pospješuje zdravlje žene. U tom su razdoblju fizičke i emotivne promjene najizraženije, a ono se naziva razdobljem perimenopauze.

Kako god da se zvalo, to razdoblje života jest naše, ono predstavlja dio našeg života koji donosi najveće potencijale za razumijevanje i korištenje ženske „moći“, ukoliko žena uspije savladati sve kulturološke negativnosti koje se stoljećima vezuju uz menopauzu.

U našoj kulturi starenja, većina žena, umjesto da vjeruju u svoju sposobnost da zadrže snagu, vitalnost i

privlačnost tijekom cijelog života, očekuju da njihova tijela i umovi s godinama slabe. I doista, kolektivnom svijeću društvo može nametnuti obrazac misli, ponašanja, zapreka, strahova koji se tada lako pretoče i u fizičku stvarnost. Ne možemo preko noći izmijeniti negativno mišljenje naše kulture o menopauzi i starenju.

Kako bi ostvarili najveću dobit u prijelaznom razdoblju menopauze, to razdoblje trebamo doživjeti kao proces stvaranja zdravog tijela kojeg potrebujemo u našem dalnjem životu. Korisno je i svrshiteljno razmišljati o tome kao o trenutku u kojem završavamo određene zadatke započete u mladosti. To je doista vrijeme, kada mnoge žene počinju spoznavati silovitu, žestoku potrebu za vlastitim istupom i izražavanjem onoga što su do tada skrivale i potiskivale duboko u sebi. Možda se nađemo u pomnom preispitivanju života, više se ne želimo „gušiti“ u nametnutim uvjerenjima. Istinsko značenje menopauze, kao drugog životnog razdoblja, možemo proživjeti ohrabrene i osnažene, možemo krenuti naprijed jezgrom svoje, vrijednosti, mudrosti, u spoznaji svojeg istinskog smisla i cilja.

## SIMPTOMI MENOPAUZE - JESAM LI TO JA ILI HORMONI?

Premda su razine hormona, kao i naše raspoloženje podložni velikim promjenama tijekom reproduktivnog razdoblja, a čak i više u godinama perimenopauze, istraživanja nisu uspjela prikazati značajnu razliku razine hormona kod žena koje pate od simptoma sličnih PMS-u i onih koje su od tih simptoma izuzete, a isto vrijedi za simptome u godinama premenopauze. Drugim riječima, razina hormona sama po sebi nije uzrok problemu.

Kako je to moguće, jer upravo su hormoni najveći čimbenici koji uzrokuju „požar“ u našem mozgu?!

Naime, dokumentirano je da je mozak žene koja izrazito pati od simptoma sličnih PMS-u, osjetljiviji na učinke koje izazivaju nagle promjene u razini hormona.



Pojednostavljeno rečeno, simptome stvara osobita kombinacija razina hormona kod određene žene u odnosu s postojećim kemijskim ustrojem njezina mozga, kao i trenutnom životnom situacijom.

Procjenjuje se da 27 % žena koje tijekom menstruacije osjeće uzrujanost i depresiju, te 36 % koje prije menstruacije postaju depresivne su izrazito osjetljive i na hormonske promjene u menopauzi. Menopauza zapravo i označava hormonsku promjenu tijekom koje većina žena, u određenom trenutku, iskusi hormonski pakao. Premda 15 % žena, bez obzira na hormonske promjene ne doživljava simptome menopauze, čak 85 % njih doživljava navale vrućine poput „toplotnog udara“, a gotovo 50 % žena ih podnosi s poteškoćama. Vazomotorne navale karakterizira osjećaj vrućine i znojenja, a čak 10 % žena doživljava navale svakih sat vremena što dovodi do poremećaja spavanja, prekida svakodnevnih aktivnosti, te osjećaja bijesa i nemoći zbog krajnjeg umora koji se javlja pri savladavanju simptomatologije. Kako vrijeme odmiče, žene mijenjaju „zimu za ljeto u tijelu“,

i obrnuto, bude se noću okupane znojem, otvaraju prozore.

Možda karikiram, ali nešto od navedenog svakako ćete prepoznati, vjerujem da živi s vama ili se sprema useliti kod vas (što svakako ovisi o dobi čitateljice). Brojni su simptomi koji ukazuju na približavanje menopauze koja je možda još godinama daleko, a upravo te godine koje joj prethode su godine perimenopauze.

Nepredvidljive menstruacije, razdražljivost, mušičavost, zaboravljivost, debljane, suha i naborana koža, glavobolje, migrene, osjetljivost grudi, nesigurnost, osjećaj izolacije, emocionalna prevrtanja koja „skaču“ unutar prihvatljivih granica, pa sve do nekontroliranog bijesa zbog posve nevažnih stvari – to su sastavni i nezaobilazni simptomi koje ne možemo zaustaviti.

## PERIMENOPAUZA

U mozgu zrele žene ne mijenjaju se toliko moždani kružovi, već ponestaje visokovrijednog goriva – estrogena

koji pokreće i tjera neurotransmitere i oksitocin u mozak.

Hormoni žene počinju se mijenjati nekoliko godina prije pojave same menopauze. Znanje o menopauzi jest prilično novo i samim time nepotpuno, premda spoznaje o istom brzo rastu, jer danas velika populacija prolazi kroz nekoć rijetku tranziciju. Naime, životni vijek je dramatično produžen. U skladu s time poraslo je i zanimanje za menopauzu. Premda su savjeti raznoliki – neki podupiru hormonsku terapiju tj. nadomjeske (KHT), dok drugi promoviraju prirodnu menopazu bez uzimanja hormona (bioidentični ili prirodni) – važno jest da je unatoč različitim pristupima otvorena jedna nova stranica. Konačno je srušen zid koji je uzrokovao da se značaj tog životnog razdoblja u potpunosti zanemari i obezvrijedi, ženama je uskraćena potpora te se prihvaćanje menopauze kao nečeg neminovnog pretvorilo u poteškoću. Sada imamo priliku osvijestiti da nas menopauza ne stavlja na kraj življenja. Sada je prilika da se potrudimo i pronađemo našu potpunost, da prihvativmo izazove, suočimo se sa životom i cijelom „lepezom“ simptoma koje nam donosi. Također, ovo je pravi trenutak da se suočimo s nedovršenim poslovima koje smo si natovarili tijekom prethodne polovice života. Zato, je ovo razdoblje „poklona“, mi trebamo odabrat ukrasni papir, lijep i trajan, drugim riječima, mi smo te koje biramo.

## KOLIKO ĆE TO TRAJATI'..... GDJE JE SPAS?

Koliko će dugo i intenzivno trajati ove tegobe posve je individualno, kao i način na koji svaka žena pristupa menopauzi – hoće li se prepustiti, strepiti od promjene i njezinih simptoma ili će naučiti živjeti u skladu s novim hormonskim sustavom potpore.

Danas, većina liječnika smatra da bi se svaka žena trebala nahoditi prema svojim vlastitim simptomima u menopauzi ili perimenopauzi. Kod mnogih žena hormonalno nadomjesno liječenje (HNL), posebice onima s kontinuiranim estrogenom, pridonosi stabilizaciji raspoloženja te poboljšava mentalni fokus i pamćenje. Neke žene tvrde kako im je zahvaljujući estrogenskom liječenju um opet oštar i one se ponovno osjećaju „bistro“, druge, pak, prijavljuju niz neugodnih nuspojava, poput mjesecnog krvarenja, grčeva, osjetljivost grudi, porasta tjelesne mase što ih tjera na prekid liječenja.

Trebate li uzimati hormonske nadomjeske, u menopauzi ili perimenopauzi, ovisi o većem broju čimbenika, uključujući i opće zdravstveno stanje, emocionalno i duhovno zadovoljstvo, način prehrane, življenja. Nekim ženama dostaje utjeha da su ti simptomi prolazni. Jednom kada otpustimo strepnje i otpor, simptomi također slabe.

Ipak, velik broj žena misli da se odluka o HNL-u, svodi na i/ili, da/ne odgovor. Bitno je odrediti cilj koji se želi

postići HNL-om. Program usklađen s osobnim potrebama – s hormonskim nadomjescima ili bez njih – smislen je kako bi se umanjile fizičke tegobe i zdravstveni problemi.

Svakog dana sve brojnija istraživanja dokazuju kako promjene u ponašanju, poput promjene u načina prehrane, uzimanje dodataka prehrani, tjelovježba i ljekovito bilje, mogu biti djelotvorni i olakšati život žene u prijelaznom razdoblju menopauze. Također se mogu koristiti kao nadopuna hormonskom liječenju i mogu pomoći da se smanji doza, nuspojave i mogući rizici. Drugim riječima, ne mora nužno birati između HNL-a i alternativnih pristupa. Imate li priliku odabrat ono što vam se sviđa u danom trenutku, možete izostaviti ono što vam se ne sviđa. Uzmemo li u obzir broj različitih kombinacija i doza koje nam stoje na raspolaganju, kao i mnoge alternative HNL-a, možemo stvoriti individualni program liječenja.

Dobar ginekolog, u dobroj komunikaciji sa ženom, može ciljanim razgovorom i kompletnim fizičkim pregledom dobiti uvid u sve promjene njezinog trenutnog stanja i razmjere hormonalnih promjena. Na osnovu toga procijenjuje moguću opasnosti za zdravlje žene i utvrđuje potrebu za liječenjem.

## ZAKLJUČAK

Pri donošenju najbolje odluke moraju se jasno odrediti potrebe, a potom preuzeti inicijativu kako bi te potrebe bile i zadovoljene. Potreba i želja da preuzmemu veću vlast nad svojim životom tijekom menopauze dolazi u središte pozornosti.

Danas se brojni simptomi u menopauzi koji značajno umanjuju kvalitetu života žene, mogu se ukloniti ili smanjiti, s ciljem da se normalizira svakodnevno funkciranje žene, za njezin psihički i fizičko boljšetak. Žene koje žele pomoći zbog tegoba izazvanih perimenopauzom i menopauzom, moraju znati da se uvijek mogu predomisliti, ukoliko odabran način olakšavanja tegoba ili liječenja ne uspije zadovoljiti njihova očekivanja.

Pronaći hrabrost te prigrliti nužne promjene srednjih godina i osjetiti gubitak povezan s tim promjenama, presudan je dio stvaranja čvrstog temelja za zdravlje u drugoj polovini života.

## LITERATURA:

Brizendine L., Ženski mozak, Zagreb, Profil International, 2008., str. 210., 227., 228., 230-232.

Dr. Northrup C., Mudrost menopauze, Zagreb, Planetopija, 2007., str. 37-38, 40-42., 76., 107, 133.

Dr. Northrup C., Žensko tijelo, ženska mudrost, Zagreb, Planetopija, 2007., str. 465 472., 474, 483.

Ruddock J. S., Druga polovina života, Zagreb, Mozaik knjiga, 2012., 30., 41.

# Depresija

Deni Andrić, bacc.obs.

**B**ez emocija život ne bi imao nikakvog smisla. Izostanu li ljubav, ljestvica, pravda, istina, dostojanstvo, čast, zadovoljstvo što je onda vrijedno postojanja?

Emocije su naš orientir, pokazuju nam pravi smjer. Na ravnoteži uma, tijela i duha zasniva se životni sklad. Mi vidimo, čujemo i osjećamo. Zar ne? Emocije osjećamo u našem tijelu, ne u umu. Ipak, naše misli naš su životni motor, one nas pokreću i odgovorne su za naše postojanje, naša djela i svaku minutu življenja.

Um je ponekad teško i nedostupno mjesto, odgovoran za percepciju, razmišljanje, razumijevanje i odlučivanje. Um ponekad ne prepoznaće put, ne razumije i u trenutku može „eruptirati“ u skrivenom podzemlju nekontroliranih i nesavladivih misli, bez mogućnosti kontrole cijelog organizma. Spoznaja nas samih i svijeta proizlazi iz „stupa“ svake individue, odnosno mozga. Kada riječima opisujemo svoje osjećaje spominjemo srce, to je više od metafore. Srce također „opaža“ i „osjeća“. Djelomično, ono određuje vlastiti smjer djelovanja. Kada se izražava utječe na fiziologiju cijelog našeg tijela, uključujući i mozak. U srcu ljudskog mozga nalazi se „emocionalni“ mozak što upravlja psihološkim zdravljem pojedinca i svaki emocionalni poremećaj proizlazi iz disfunkcije „emocionalnog“ mozga. Njegovo stanište je izvor našeg uma, tu je njegova kolijevka koju nosimo, „hranimo“ i ona je koridor, vodič našega života.

## RIJEČ DEPRESIJA

Vrijeme kada je depresija smatrana isključivo duševnom bolešću je odavno prošlo. Pojam depresije koji se danas prihvata u cijelom svijetu obuhvaća brojne dijagnoze i psihosomatske simptome. Ponekad je teško sagledati probleme uvjetovane psihičkim smetnjama, kao i potrebu osobnog angažmana u savladavanju istih.

Depresija može postojati čak i bez žalosti, jada ili bola. Depresija koja se prikrade može uvjetovati obiteljske ili profesionalne teškoće, a da ugrožena osoba o tome nema pojma. Depresija ima mnogo lica i mnoga od je teško prepoznati. Vrlo često je prikrivena i tegobe se pripisuju nečem drugom.

Ne treba se plašiti, jer depresija jasno izgovara ono što mislimo, bez obzira na stanje, bilo da je laka ili teška, jednostavna ili složena, prolazna ili trajna. Može se reći

kako se depresija pojavljuje da izlječi osobnost koja se već dugo vremena „loše“ osjeća.

Traženje pomoći nije znak slabosti, već naprotiv, to je pokazatelj da smo prepoznali ljubav i poštovanje prema samom sebi.

## ŠTO JE ZAPRAVO DEPRESIJA?

„Duša je svijet samo za sebe, može od raja stvoriti pakao, može od pakla napraviti raj.“

(“Izgubljeni raj” John Milton)

Depresija je, kao što je pisao romanopisac William Styron, uistinu tiha i slabašna riječ za tako tešku bolest. Tako „blaga“ riječ nije se klanjala patnji koju je osjećao, prolazeći teškim putovima njezine vlasti i okova kojim ga je stezala.

Riječ depresija ima mnogo značenja. Između ostalog depresija je uobičajen naziv za jarak ili udubinu zemlje, u svijetu financija označava ekonomski pad, u meteorologiji ciklus vremenskih pojava oluje ili uragana, pri čemu se ne može ne primijetiti bliskost s najpoznatijim značenjem riječi, onim koje se odnosi na raspoloženje. Depresija izaziva strah. Kao prvo, zato što upućuje na „ludilo“ ili postupan ulazak u nj, zbog gubitka orientira, povlačenja iz stvarnosti, sloma vitalnog poleta i povlačenja u sebe. Među laicima, pak, označava privremeno razdoblje loše provedenog dana ili jednostavno neraspoloženja.

Depresija je jedan od najčešćih medicinskih problema na svijetu. Postoje dokazi o porastu učestalosti depresije. Međutim, mnogi ljudi bolest jednostavno ne prepoznaju. Prema istraživanju globalnih posljedica bolesti, koje su proveli Svjetska banka, Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) i hardvardska Škola javnog zdravstva, depresija je na četvrtom mjestu kao uzrok nesposobnosti i preuranjene smrti.

Prema medicinskom rječniku, depresija je ozbiljna bolest koja uzrokuje smetnje pamćenja i ostalih kognitivnih funkcija, loše raspoloženje, tjelesne promjene i promjene ponašanja. Utječe na osjećaje, postupke, način razmišljanja i ponašanja, jer depresija preuzima energiju i volju u svoj turobni i mračni svijet.

Depresivna stanja javljaju se u raznim oblicima: od blage tuge ili prolazne sjete do osjećaja potpune potištenosti i

bezvoljnosti. Svi smo u životu imali depresivnih razdoblja. Ona su različitog trajanja, uz nejednako izražene osjećaje krivnje, patnje i općenito nelagode.

Sve oblike depresije na koje nalazimo najprije moramo naučiti razumijevati, moramo otkriti uzroke, što nije uvijek lako. Depresija se očituje kada joj se najmanje nadamo, na zagonetan i neshvatljiv način, jer ju ne možemo objasniti određenim motivima, nedavno proživljenim, teškim i lako uočljivim događajem.

Brojne su teorije o nastajanju depresije. I same klasifikacije depresivnih stanja prilično se razlikuju. Klasifikacija depresivnih reakcija u velikoj mjeri ovisi o metodološkom pristupu onih koji je proučavaju, a djelomično i o društvenim, ekonomskim i kulturnim uvjetima sredine u kojima su nastale.

Prirodna depresija je logična, ima posve određene uzroke i lako razumljiv tijek. Stoga što je prirodna, treba joj omogućiti neometan tijek.

## OBILJEŽJA SLIKE DEPRESIJE

Depresivni sindrom odlikuje se brojnim heterogenim simptomima. Karakteristična je istodobna pojava tjelesnih i psihičkih simptoma. Depresivno raspoloženje – gubitak interesa ili zadovoljstva u svakodnevnim aktivnostima koje su prethodno činile sretnu svakodnevnicu – povlači za sobom suženje interesa i povlačenje od svijeta. Prevladava mistično i dramatično doživljavanje života, prošlosti, budućnosti i sadašnjosti. Karakteristično je zatvaranje u sebe, gubitak energije i želje, osoba više ne vjeruje u mogućnost boljeg života te izostaje sve ono što je pokretalo volju i donosilo radost. Osoba pati od osjećaja manje vrijednosti, narušenosti cijele ličnosti, gubi vjeru da je doista vrijedna svog postojanja. U napadajima panike i anksioznosti, isključuje mogućnost izlječenja, kao i u osjećaju krivnje te u bolnom osjećaju da stanje u kojem se nalazi nikada neće okončati. Negativni stavovi prema sebi i prema vlastitim sposobnostima te prema budućnosti kao „slijepoj ulici“, kao strah te bijeg od odgovornosti ukazuju nam na bitne simptome depresije na temelju psihologičkih stajališta.

Kod depresije se ne mora pojavit niti jedan od navedenih simptoma, kod depresivnih bolesti oni ne moraju biti izraženi, a sklopove simptoma oboljeli mogu imati u različitom intenzitetu. Depresivni poremećaj treba prepoznati dijagnostičkim postupkom. Međutim, osjećaji koje osoba može „ubraziti“ mogu skrivati nešto drugo i voditi ka poremećaju raspoloženja kao patološki poremećaj samog stanja raspoloženja s intenzitetom trajanja i simptomima koji premašuju ljestvicu očekivanog i uobičajenog. S poremećajem raspoloženja u prvom planu su „oštećene“ emocije, a svijest je nedirnuta, što znači da se patnja očituje zbog stanja u samom osjećaju nemoći i

bolnom pomisli da je stanje u kojem se organizam nalazi beznadno te postepeno dolazi do devitalizacije fizičkih i mentalnih funkcija.

## DEPRESIJA I MENOPAUZA

Normalni afekti poput žalosti, боли i radosti dio su našeg svakodnevnog života i treba ih razlikovati od patoloških stanja ili poremećaja raspoloženja. Oni su univerzalni, humani odgovor na proživljene situacije, bez obzira nastaju li tiha i neprimjetna depresivna razdoblja kao reakcija na određene dane poput predmenstrualnog razdoblja i prvog postporođajnog tjedna, kao odgovor na razočaranje, neku drugu postojeću situaciju ili pak na dolazak menopauze koja se povezuje s vremenskom dimenzijom STARENJA, a zaboravlja se da je to PRIRODNI proceses izazvan gubitkom estrogena.

To prijelazno razdoblje, pravo je vrijeme za prevenciju problema koji premda ne moraju biti u izravnoj vezi s menopauzom, u tom razdoblju postaju intenzivniji. Što žena doživljava tijekom tog razdoblja ovisi o više čimbenika – od naslijeđenih osobina, preko osobnog očekivanja, kulturne sredine iz koje potječe do vlastitog vrednovanja i prehrane.

Ovisno o životnom uspjehu ili zamišljenom uspjehu, žena se može zateći u krizi koja nije toliko fiziološka, koliko razvojna. Način rješavanja krize djelovat će na njezino zdravlje na svim razinama prolaska kroz menopazu.

Što se događa dok prolazimo kroz menopazu (perimenopauzu)

Sama menopauza traje samo dvadeset četiri sata – onaj dan kada se navrši dvanaest mjeseci nakon posljednje mjesecnice. Dvanaest mjeseci prije tog dana menopauze predstavljaju posljednje mjesece perimenopauze.

U to doba precizno tempiran dijalog između jajnika i mozga postaje zbrkan. Smanjenje osjetljivosti na estrogen u mozgu, može izazvati niz simptoma koji se mijenjaju iz mjeseca u mjesec, iz godine u godinu, varirajući od valova vrućine i bolnih zglobova do tjeskobe, depresije i promjenjivih razina libida.

Depresija je iznenadjujući učestao problem u premenopauzi i menopauzi. Perimenopauza može biti vrijeme podložno promjenama raspoloženja i razdražljivosti zbog promjene razine hormona i osjetljivosti na stres. Depresija se može naglo pojaviti, čak i kod žena koje je do tada nikada nisu iskusile.

## KOJI SU UPOZORAVAJUĆI ZNAKOVI?

Svatko od nas katkad osjeti tugu, ali ukoliko raspoloženje odgovara određenom životnom trenutku te situaciji u kojoj se nalazimo, ono je neminovno. Sniženo raspoloženje je normalna reakcija na smrt bliskog prijatelja, prekid emocionalne veze, gubitak mesta postojanja. Ipak, nakon

određenog vremena tuga se povlači i ponovno se javlja osjećaj radosti. Na razvoj depresije treba posumnjati kada osjećaj usamljenosti, razdražljivosti i samog umora izostane dulje vrijeme, tijekom nekoliko mjeseci ili čak godina, tada je moguće da osoba boluje depresije, a da se ne osjeća depresivno. Može se osjećati loše, tužno, prazno. Nemogućnost koncentracije, premor, nedostatak energije, nagle promjene ponašanja – od euforije do očaja, nemogućnost pronalaska pozitivne i svijetle strane budućnosti, osjećaji koji nas navode da pomislimo kako ne možemo kontrolirati vlastiti život, nepronalaženje motivacije... U konačnici osoba se pita ima li uopće smisla živjeti.

Pomanjkanje životne radosti, razdražljivost, manjak mentalnog fokusa i umor mogu biti izazvani niskom hormonskom razinom i pogoršani nedostatkom sna. Glavni problem velikog broja žena u menopauzi jest nedostatak sna, popraćen valovima ili bez njih, jer san je temeljni tretman za obnavljanje mozga. Otprilike tri do deset žena u postmenopauzi pate od razdoblja neraspoloženosti i depresije, a čak osam od deset žena osjeća umor. Po remećaj biološkog sata za spavanje, „mentalna magla“ i promjene pamćenja tijekom tog razdoblja, uokvireni neravnotežom raspoloženja vode u „gnijezdo“ depresije i sustiže nas pad energije, nisko samopoštovanje. Isto nas upozorava da se ne oglušimo na postojeće stanje, već da djelujemo, da borbu u sebi savladamo i dobijemo.

## KAKO SE LIJEĆI DEPRESIJA U MENOPAUZI?

Sam tretman depresije vezane uz menopazu ovisi o intenzitetu simptoma i sklonosti depresiji.

Današnji je stav da se u liječenju menopauzalne depresije kao prvi lijek preporuči hormonsko nadomjesno liječenje (HNL). Dakle, ti menopauzalni simptomi su upozorenja koja ukazuju na nedostatak hormona. Istraživanja pokazuju da je učinak bolji kada se uz HNL preporuči i antidepresiv. Antidepresiv koji prema istraživanjima ima vrlo dobar učinak na simptome depresije u menopauzi, kada se samostalno primjenjuje selektivni inhibitor ponovne pohrane serotonina. Kao model liječenja depresije u menopauzi ne smije se izostaviti psihoterapija, kao ni samostalna terapija te već navedeno medikamentozno liječenje.

Depresija se može pojaviti paralelno s drugim psihičkim poremećajima, ali joj isti mogu i prethoditi te biti posljedicom. To znači da uvijek kada su zadovoljeni predloženi kriteriji depresiju treba dijagnosticirati uz već postojeći psihički poremećaj.

Nemali broj menopauzalnih žena koje su svjesne svojih promjena raspoloženja, svojih depresivnih oblika ponašanja, često ne traži stručnu pomoć, nego se vodi mišlu kako će to jednom proći. To je, međutim, krivi put.

Budući se ne može unaprijed znati koliko depresija u menopauzi može biti ozbiljna, kakve posljedice može imati, preporuka je, ipak, kod prvih znakova promjena raspoloženja potražiti stručnu pomoć, pa i za početak, kod nadležnog ginekologa.

Patite li od simptoma koji narušavaju kvalitetu Vašeg života olakšajte si prijelaz, to nije pitanje morala, niti ste slabi i nemoćni pred odlukom da se zaštitite, u slučaju, da je ta određena medicinska pomoć neophodna za dobrobit vašeg zdravlja kako bi se to prijelazno vrijeme savladalo bez unutrašnjeg razdora, kako fizičkom, tako i psihičkom smislu.

Liječenje depresije doživjelo je procvat kada su znanstvenici počeli razlikovati posebne oblike depresivnih poremećaja. Dostupne su brojne mogućnosti u liječenju depresije, uključujući lijekove i različite psihoterapijske tehnike. Sastavni dio liječenja depresije jest razgovor, odnosno stručnim nazivljem „terapija razgovorom“, savjetovanje i psihoterapija.

Iako mnogi smatraju da je traženje pomoći znak slabosti i da svoje probleme moraju riješiti samostalno, depresija je poput bilo koje druge fizičke bolesti: zahtijeva odgovarajući tretman liječenja koji sami, bez ičje pomoći, ne možemo započeti. Savladati depresiju, u konačnici je pobjeda koja jača naš duh i vraća nam vjeru da možemo voditi aktivan, ispunjen i svoj život.

## ZAKLJUČAK

Savladavši sva životna polja, u menopauzi kada se doseže vrhunac življenja, svaka žena ima pravo na potpunu potvrdu svoje osobnosti i identiteta. Taj osjećaj počiva na pobjedi, mogućnosti da priglimo život svjesni sebe i svojih snaga, na najvišoj točki životnog probroja, jer mi smo djevojke, žene, majke, mi smo „radionice“ života.

Da, s ponosom možemo reći, da to odradujemo, zar ne?

## LITERATURA

1. Brizendine L., Zagreb, Profil International 2008. str.208;str.228-231.
2. Hautzinger M., „Depresija“, Naklada Slap; Jastrebarsk o,2002,str.13-14,19,24-25,44-45,58-59,73,75.
3. Kramlinger K. Ur.,“Mayo Clinic o depresiji“, Medicinska naklada,Zagreb,2005.,str.3-5,5,7,9,67-69,87-91,132-133.
4. Nabati M. ,“Depresija-Bolest ili šansa?“, Alfa d.d.,Zagreb,2006.,str.169-170
5. <https://www.zdravobudi.hr/clanak/581/depresija-u-menopauzi-mit-ili-stvarnost>

# Prirast težine i prehrambene navike trudnica

Ivana Kljaković Gašpić <sup>\*</sup>1, Deana Švaljug <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu, Preddiplomski sveučilišni studij primaljstvo

<sup>2</sup> Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija, Preddiplomski stručni studij primaljstvo

\* Autor za korenspodenciju: ivona-kg@hotmail.com

## UVOD

Trudnoća je prirođan proces koji nastaje usajivanjem oplođene jajne stanice u endometrij maternice. Trudnoća traje 10 lunarnih mjeseci, odnosno 40 tjedana ili 280 dana. Tijekom trudnoće buduća majka doživljava niz psiholoških i fizioloških promjena koje omogućuju da se njezin organizam prilagodi trudnoći, rastu i razvoju djeteta, pripremi za porođaj, samom porođaju te dojenju. Sve prilagodbe su gotovo reverzibilne i prolaze tijekom babinja (1).

U prvoj polovini trudnoće majka gomila oko 3,5 kilograma masti i oko 900 grama bjelančevina, dok tijekom druge polovine trudnoće iskorištava rezervnu mast i povećava rezistenciju na inzulin. Humani placentarni laktogen i progesteron su hormoni odgovorni za sve metaboličke promjene (2).

Ukupna energija potrebna za povećavanje bazalnog metabolizma tijekom gestacije iznosi oko 151 MJ (36 000 kcal), a dnevna energija potrebna tijekom posljednje četvrtine trudnoće iznosi oko 0,97 MJ (230 kcal).

Zbog navedenih potreba moguće su sljedeće promjene:

- smanjenje stope sinteze lipida i pohrane masti majke,
- promjena u intezitetu tjelesnih aktivnosti,
- povećanje konzumacije hrane i unosa energije.

Rast fetusa ovisi o majčinom energetskom statusu prije trudnoće i o kvaliteti njezinih životnih uvjeta tijekom trudnoće (3). S obzirom na raznovrsne tipove prehrane i ubrzani stil života spomenut ćemo nekoliko vrsta prehrane te pozitivne i negativne učinke istih.

Brojna ispitivanja potvrdila su blagotvoran učinak i preventivnu ulogu mediteranske prehrane na pojavnost



kardiovaskularnih bolesti, kroničnih neurodegenerativnih bolesti i neoplazma, pretilosti te dijabetesa. Učinak je povezan s povećanim kapacitetom antioksidansa u serumu, s poboljšanom endotelijskom funkcijom, smanjenjem inzulinske rezistencije i sniženom incidencijom metaboličkog sindroma. Zbog navedenih blagotvornih učinaka mediteranski tip prehrane preporučuje se u trudnoći (4).

Vegetarijanska prehrana često se povezuje s mnogim zdravstvenim prednostima poput niže razine kolesterola u krvi, manje vrijednosti krvnog tlaka, manjeg rizika za razvoj hipertenzije, za oboljenje od srčanih bolesti te dijabetesa



tipa 2, kao i manjeg rizika za oboljenje od karcinoma. Vegetarijanci često imaju niži indeks tjelesne mase (ITM) i manja je vjerojatnost da će razviti pretilost (5). Ipak, trudne vegetarijanke i veganke podliježu velikom riziku koji se odnosi na deficit željeza i razvoj anemije. Nedostaci folne kiseline mogu uzrokovati pojavu hipertenzije ili EPH gestoze (6). Unatoč svim prednostima vegetarijanstva, ovako restriktivna prehrana može dovesti do znatnih deficitova vitamina B12, vitamina D, esencijalnih masnih kiselina, bjelančevina, željeza i kalcija. Zbog toga je vrlo važno, pogotovo tijekom trudnoće, organizmu osigurati navedene nutrijente povećanim unosom povrća ili dodataka prehrani, kako bi se izbjegle određene komplikacije (5). Za zdravljе majke i djeteta savjetuje se uzimanje prenatalnih vitamina tijekom trudnoće. To su posebno formulirani multivitamini koji nadoknađuju nedostatke u majčinoj prehrani (7). Dok dodatci sadrže brojne vitamine i minerale, najvažnije je uzimanje folne kiseline, željeza i kalcija (8).

Zbog učestale nepravilne prehrane i brojnih promjena u tijelu žene, trudnice mogu patiti od pojave gestacijskog dijabetesa. Sve trudnice s gestacijskim dijabetesom trebaju intenzivniji nadzor trudnoće. Mjerenjem vrijednosti šećera u krvi više puta tijekom dana (profil ŠUK-a) može se precizno odrediti izraženost poremećaja. Sukladno tomu planira se daljnji postupak i liječenje, a najčešće dostaje prilagodba prehrane. Rjeđe je potrebna inzulinska terapija i to samo privremeno do porođaja. Liječenje šećerne bolesti trudnoće ima veći značaj na zdravlje i razvoj ploda nego li na zdravlje same trudnice (9). Unos masti se treba prilagoditi unosu ugljikohidrata. U trudnoćama opterećenim gestacijskim dijabetesom povećan je rizik ponovne pojave gestacijskog dijabetesa ukoliko su žene bile na dijeti s većim unosom masti. S druge strane, povećan unos masnih kiselina smanjuje rizik nastanka gestacijskog dijabetesa te poboljšava toleranciju glukoze (10). Jedan od najvažnijih ciljeva prehrane kod osoba obojiljelih od dijabetesa jest postizanje ujednačene prehrane. Temelj planirane i pravilne prehrane su glavni obroci, ali i međuobroci (11). Tu su dakle jako važni sporo-apsorbirajući ugljikohidrati koji omogućuju neprekidno i ujednačenje pristizanje glukoze u krv, za razliku od brzo-apsorbirajućih

ugljikohidrata (10). U dijabetičkoj trudnoći cilj je da jutarnja razina glukoze (natašte) iznosi od 3,1 do 3,6 mmol/L, te manje od 6,7 mmol/L jedan sat nakon obroka (jedan sat nakon prvog zalogaja hrane) (9).

Osluškujući svoje tijelo, trudnica osluškuje i svoje dijete, što pridonosi njihovu povezivanju i komunikaciji. Laganim razgibavanjem zdjelica se otvara, što omogućuje lakši i brži porođaj. Osjeti li tijekom vježbi bol ili nelagodu znači da ne vježba ispravno, možda pretjeruje s vježbanjem ili pak određena vježba uopće nije za nju i ne bi je trebala izvoditi. Stoga je važno osluškivati tijelo, kako bi svaki položaj bio ugodan, a iznimna je važnost pravilnog disanja (12).

## ISPITANICI I METODE

### Uzorak

Istraživanje je provedeno anketnim upitnikom kao retrospektivno s obzirom da su se pitanja odnosila na razdoblje trudnoće odnosno prehrambene i životne navike tijekom trudnoće, a žene su ispitivanjem obuhvaćene nakon porođaja. Radi se o uzorku babinjača koje su tijekom siječnja, veljače, ožujka i travnja 2017. godine rodile odnosno bile hospitalizirane na Klinici za ženske bolesti i porode splitskog KBC-a i slučajnim odabirom ušle u ispitivanu skupinu.

Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno i anonimno. Suglasnost o sudjelovanju u istraživanju nije se uzimala pisanim putem, od svake ispitanice pojedinačno, već je podrazumijevana samim pristankom i ispunjavanjem anketnog upitnika uz maksimalnu zaštitu identiteta ispitanih. Prije ispunjavanja anketnog upitnika sve su ispitanice bile upoznate s ciljem i svrhom ispitivanja te su dobrovoljno pristupile istom. U istraživanju je sudjelovalo 40 ispitanica.

### Metoda istraživanja

U ovom radu korišten je anketni upitnik koji je izrađen u svrhu istraživanja i pisanja ovog završnog rada. Anketa je odobrena od strane *Etičkog povjerenstva KBC-a SPLIT*. Istraživanje se provodilo od siječnja do travnja 2017. godine pisanim anketom koja su činile 23 čestice. Prije ispunjavanja sve sudionice ankete bile su informirane o svrsi i cilju istraživanja te su dobrovoljno pristale sudjelovati. Samostalno su ispunjavale anketni upitnik. Vrijeme potrebno za ispunjavanje iznosilo je 10 do 15 minuta. Osim što su dobine usmene upute za popunjavanje anketnog upitnika, upute za ispunjavanje nalazile su se i na početnoj stranici.

### Statistička obrada

Prikupljeni podatci iz anketnog upitnika uneseni su u Microsoft Excel tablice prema unaprijed pripremljenom kodnom planu. Za obradu je korištena deskriptivna stati-

stika. Metode standardne deskriptivne statistike korištene su u opisu sociodemografskih karakteristika ispitanika. Za testiranje značajnosti razlika između aritmetičkih sredina uzoraka koristili smo mjere aritmetičke sredine, standardne pogreške i standardne devijacije mjerena.

## REZULTATI

Tablica 1. Životna dob ispitanica

Dobna kategorija ispitanika	Broj ispitanika (N)	Postotak (%)
18 - 29 godina	13	32,5
30 - 39 godina	24	60
40 - 49 godina	3	7,5

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 40 ispitanica. Prema životnoj dobi sve ispitanice su podijeljene u tri skupine. U prvoj skupini obuhvaćene su ispitanice od 18 do 29 godina života, u drugoj od 30 do 39 godina života, dok je treća skupina obuhvaćala ispitanice u dobi od 40 do 49 godina. Prema podatcima prikazanim u Tablici 1. vidljivo je da imamo najveći postotak ispitanica u drugoj skupini, njih 60 %. Prosječna dob svih ispitanica iznosi 31,18 godina.

Tablica 2. Tjelesna težina ispitanica prije trudnoće i na kraju trudnoće.

Raspon kilograma	40-59 kg	60-79 kg	80-99 kg	>100 kg
Trudnice sa (x-y) kg prije trudnoće (N)	7	29	3	1
Trudnice sa (x-y) kg na kraju trudnoće (N)	0	19	18	3

Slijede podatci o tjelesnoj težini prije trudnoće i na kraju trudnoće koji su prikazani i obrađeni u Tablici 2. Što se tiče podataka o tjelesnoj težini prije trudnoće, od ukupnog broja ispitanica najveći broj, njih 29, ima tjelesnu težinu između 60 i 79 kg što ukupno iznosi 73 %. Ostale skupine obuhvaćaju 7 (18 %) ispitanica s tjelesnom težinom od 40 do 59 kg prije trudnoće, 3 (8 %) ispitanica s tjelesnom težinom od 80 do 99 kg prije trudnoće i 1 (4 %) ispitanicu s tjelesnom težinom iznad 100 kg prije trudnoće. Prosječna težina prije trudnoće iznosi 67,6 kg.

Prosječna težina na kraju trudnoće iznosi 82,65 kg, pri čemu od ukupnog broja ispitanica na kraju trudnoće imamo podjednak broj, njih 19 (48 %) s tjelesnom težinom između 60 i 79 kg i 18 (45 %) ispitanica s tjelesnom težinom od

80 do 99 kg na kraju trudnoće. Slijedeća skupina njih 3 (8 %) obuhvaća ispitanice s tjelesnom težinom iznad 100 kg na kraju trudnoće, dok nemamo niti jednu ispitanicu u skupini s tjelesnom težinom od 40 do 59 kg na kraju trudnoće. Uzveši u obzir prosječnu težinu prije trudnoće i prosječnu težinu na kraju trudnoće, prosječni prirast tjelesne težine iznosi 15,05 kg što otprilike odgovara normalnom prirastu težine u trudnoći. Pri tome je, uzimajući u obzir pojedinačne rezultate u prirastu tjelesne težine najmanji prirast iznosio 7 kg, a najveći 30 kg.

Tablica 3. Mišljenje o potrebitosti dodatnog unošenja kalorija tijekom trudnoće

Pravilna prehrana	32,5%
Nepravilna prehrana	67,5%

Uzveši u obzir da se tijekom trudnoće kalorijske potrebe povećavaju za 200 – 300 kcal/dan u odnosu na potrebe izvan trudnoće, ispravno se hranilo njih 13 (32,5 %), dok su se ostale ispitanice, njih 27 (67,5 %) nepravilno hranile. Unutar tog broja, najveći broj njih 16 (40 %) smatra da tijekom trudnoće nema potrebe za kalorijskim povećanjem, 1 (2,5 %) ispitanica smatra da se potrebe u trudnoći povećavaju za 170 kcal/dan, dok njih 5 (12,5 %) smatra da te potrebe iznose 500 – 600 kcal/dan i 5 (12,5 %) da ono iznosi 1000 – 2200 kcal/dan.

S obzirom na različitost odgovora ispitanica na pitanje o potrebitosti dodatnog unošenja kalorija tijekom trudnoće, on prosječno iznosi 375,5 kcal/dan.

Tablica 4. Štetne navike ispitanica

	Pušenje prije trudnoće	Pušenje za vrijeme trudnoće	Alkohol u trudnoći
DA	10	6	0
NE	30	34	40

Prema podatcima prikazanim u Tablici 4. vidljivo je da je 10 (25 %) ispitanica pušilo prije trudnoće, a njih 6 (15 %) je nastavilo i za vrijeme trudnoće. Alkohol i opojna sredstva prema podatcima iz Tablice 4. nitko nije konzumirao za vrijeme trudnoće.

Tablica 5. Životne navike ispitanica

	Mediterski tip prehrane	Sport i rekreatacija	Zdravstveni problemi
DA	24	7	5
NE	16	33	35

Prema podatcima prikazanim u Tablici 5. vidljivo je da su 24 (60 %) ispitanice navele konzumaciju hrane bazirane na mediteranskom tipu prehrane. Sportom se bavilo

samo 7 (17,5 %) ispitanica. Od prethodnih sedam, njih pet je kao aktivnost navelo pilates u klubu trudnica, dok su preostale dvije navele svakodnevnu šetnju. Zdravstvene probleme za vrijeme trudnoće navelo je 5 (12,5 %) ispitanica. Problemi koje su navele bili su: hipertenzija, hipohondrija, preeklampsija i refluks.

Tablica 6. Informiranost ispitanica

Na koji ste se način informirali o prehrani u trudnoći?	Trudnice (N)
Razgovor s medicinskim osobljem	3
Od drugih rodilja	3
Na Internetu	25
Pisani materijali dobiveni od ginekologa	9

Prema podatcima iz Tablice 6. ispitanice navode kako su najviše informirane o prehrani u trudnoći putem Interneta, njih čak 25 (62,5 %). Nadalje prema navedenim podatcima, 9 (22,5 %) ispitanica navelo je pisane materijale dobivene od ginekologa, a preostalih 6 (15 %) ispitanica navodi razgovore s drugim rodiljama i medicinskim osobljem.

Tablica 7. Informiranost ispitanica od strane zdravstvenih djelatnika

Kada su u pitanju zdravstveni djelatnici od koga ste dobili najkorisnije informacije vezano za prehranu u trudnoći?	Trudnice (N)
Liječnik	1
Ginekolog	36
Specijalist	1
Med. sestra	2

Prema podatcima prikazanim u Tablici 7. ispitanice navode kako su najkorisnije informacije dobivale od ginekologa, njih 36 (90 %). Liječnike i specijaliste su navele svega 2 (5 %) ispitanice, te medicinsku sestruru također 2 (5 %) ispitanice.

## RASPRAVA

Debljina (BMI - body mass index jednak ili viši od 25) predstavlja ozbiljan zdravstveni problem koji ugrožava zdravlje kao rizični čimbenik za nastanak niza bolesti (bolesti srca i krvnih žila, raka, šećerne bolesti, itd.), te znatno pridonosi poboljševanju i smrtnosti. Rizik oboljenja i umiranja pretilih osoba puno je veći u usporedbi s osobama normalne tjelesne težine (13).

Svjetska zdravstvena organizacija prepozna je debljinu kao prioritetni javnozdravstveni problem s obilježjima glo-

balne epidemije, a slična situacija prisutna je i u Hrvatskoj. Većina pokazatelja (smrtnost, poboljšanje kroničnih bolesti te potrošnja lijekova) povezanih s debljinom kao rizičnim čimbenikom potvrđuju nužnost provedbe sveobuhvatnih i interdisciplinarnih preventivnih programa, koji moraju uključiti sve razine prevencije i društvo u cjelini (14).

Dok je u razvijenim zemljama debljina sve učestalija i postaje jedan od vodećih javnozdravstvenih problema, istovremeno se zemlje u razvoju suočavaju s problemom gladi i pothranjenosti.

Naše prehrambene navike, namirnice i piće koje odabiremo uvelike određuju naše zdravlje, daleko izravnije no što smo ranije prepostavljali, a osobitu vrijednost i značaj prehrana dobiva u trudnoći.

Zdrava prehrana u trudnoći ne razlikuje se od zdrave prehrane u bilo kojem drugom razdoblju života. U trudnoći vrijede gotovo ista pravila kao i izvan trudnoće, a to su punovrijedna i raznovrsna prehrana, prehrana bogata vitaminima i mineralima, šećer i masnoću treba unositi u što manjim količinama, s kuhanjskom solju također treba biti vrlo štedljiv, dok se proizvodi od cjelevitih žitarica preporučuju svakodnevno. Tijekom trudnoće osobito treba obratiti pozornost na sljedeće: ne pušiti, ne uzimati alkohol, unositi dovoljno tekućine, ne jesti svježe meso (opasnost toksoplazmoze), ne piti nekuhanu mlijeku i proizvode nekuhanog mlijeka (opasnost od listerioze).

Pravilna prehrana tijekom trudnoće od osobitog je značaja za majku i dijete, a namirnice koje će se koristiti tijekom trudnoće treba prilagoditi rastu i razvoju djeteta i njegovim specifičnim potrebama. S obzirom da je trudnoća zahtjevan proces za organizam žene, osobitu pažnju treba posvetiti kvaliteti hrane koju trudnica konzumira. Međutim, tijelo žene u stanju je zadovoljiti sve potrebe za esencijalnim tvarima tijekom tog razdoblja, kao i potrebe nutrijenata koji su neophodni za rast i razvoj novog organizma – djeteta. To se naravno događa u slučaju kad je prehrana žene uravnotežena i kalorijski zadovoljavajuća. Nutricionisti se slažu da je tijekom trudnoće potrebno pripaziti prije svega na kvalitetu unesene hrane, a ne toliko na količinu (15), pri čemu se prednost daje namirnicama koje su kalorijski siromašne, ali obiluju vitaminima i mineralima poput povrća, voća, krumpira, cjelevitih proizvoda od žitarica, posnog mesa i ribe, mliječnih proizvoda.

Količinski trudnica ne smije jesti za dvoje, a kalorijska vrijednost jelovnika tijekom trudnoće treba biti veći tek za 200 – 300 kcal/dan u odnosu na jelovnik izvan trudnoće. Uzimanje više kalorija no što je to potrebno za rast i razvoj djeteta nepotrebno je, pa čak i štetno, a prekomjerni dobitak na težini tijekom trudnoće vodi nizu komplikacija ne samo tijekom trudnoće i poroda, već i u kasnijem životu djeteta. Niz znanstvenih ispitivanja objavljenih posljednjih godina ukazuju da je kod novorođenčadi

težih od 4000 – 4500 grama povećan rizik od nastanka estrogen-ovisnih tumora (rak dojke u djevojčica i rak prostate u dječaka), te je češći nastanak povišenog krvnog tlaka u kasnjem životu. Prekomjerno dobivanje na težini tijekom trudnoće povezano je s nizom dodatnih rizika poput gestacijskog dijabetesa, visokog krvnog tlaka, povećanog rizika od pobačaja i carskog reza pri porođaju. I manjak kalorija u trudnoći nije bezopasan i može ugroziti rast i razvoj ploda.

Iako ne postoje stroga pravila vezana uz prirast tjelesne težine, ipak postoje preporuke prema kojima bi trudnica do 20. tjedna trebala dobiti 2 do 3 kg, a potom, svakim daljnijim tjednom, pola kilograma, što bi na kraju trudnoće iznosilo 12 do 14 kg (16). Prema drugim autorima prirast tjelesne težine trebao bi se kretati između 11 i 15 kg. Od toga 9 kg otpada na prirast težine fetusa, plodne vode, posteljice, gravidne maternice i vodu koja se u manjoj mjeri akumulira u organizmu svake trudnice. Ostatak otpada na masno tkivo. Poželjan prirast težine ovisit će i o konstituciji žene. Tako npr. mršavim ženama savjetujemo veći prirast (od 11-15 kg), dok kod gojaznih trudnica valja očekivati prirast težine od svega 6-9 kg (17).

## LITERATURA

1. Bauer J. "Nutricionizam", Zagreb, HenaCom, 2005.
2. Brošura Splitskog rodilišta o gestacijskom dijabetesu.
3. Demarin V., Lisak M., Morović S., "Mediterranska prehrana za zdrav način života i prevenciju moždanog udara" Hrčak, 2011.
4. Đelmiš J; Skrb o dijabetičnim trudnicama; Đelmiš J: Dijabetes u žena. Medicinska naklada, Zagreb, 2009., str. 207-230.
5. Hangberg H., Maršal K., Weatgren W., "Obstetrik", Adlibris, 2014.g.
6. Kuvačić I., Kurjak A., Delmiš J. i suradnici; Porodništvo, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.
7. Mecacci F, Biagioli S, Ottanelli S, Mello G., "Nutrition in pregnancy and lactation: how a healthy infant is born." 2015.
8. Position of the American Dietetic Association: "Vegetarian Diets", Journal of the American Dietetic Association. 2009.
9. Primaljski vjesnik, broj 12, Lipanj 2012.
10. Tuker Blackburn S, Loper DL., "Maternal, Fetal and Neonatal Physiology", Wb Saunders Co. Philadelphia, 1992.
11. Tyree S, Baker B, Weatherspoon D." On veganism and pregnancy.", International journal of child birth education. 2012.
12. Wang Y, Storlien L, Jenkins A, et al. Dietary variables and glucose tolerance in pregnancy. Diabetes Care 2000; 23: 460-464.
13. <http://www.nzjz-split.hr/web/index.php/hr/ostale-vijesti/650-debljina-javnozdravstve-izazov-danasnjice>.
14. <http://www.vasezdravlje.com/izdanje/clanak/271/>.
15. <http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/24702/Prehrana-u-trudnoci.html>.
16. <http://mami.hr/dobivanje-na-tjelesnoj-tezini-u-trudnoci>
17. <http://www.obpula.hr/pdf/prehrana.pdf>.



# Školovanje primalja u Republici Hrvatskoj i stjecanje kompetencija u primaljstvu

Deana Švaljug <sup>\*1</sup>, Željka Kuljak <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija, Preddiplomski stručni studij primaljstvo

<sup>2</sup> Škola za primalje Zagreb

\* Autor za korenspodenciju: deana.svaljug@uniri.hr

## SAŽETAK

U dalekoj prošlosti primaljstvom su se bavile uglavnom nepismene žene koje su svoj zanat izučavale od već iskusnih žena, a njihova praksa temeljila se na iskustvu. Dolaskom I. K. Lalanguea 1776. godine na područje današnje Republike Hrvatske postavljeni su temelji sustavnog obrazovanja primalja. Do 1959. godine primaljska skrb podrazumijevala je kontrolu trudnice neposredno prije poroda te vođenje poroda, u pravilu u domu rodilje. U šezdesetim godinama prošlog stoljeća porodničari preuzimaju cijelokupan nadzor nad rodiljama.

Zakon o primaljstvu iz 2008. godine slijedi odredbe Direktive 2005/36EZ i kao temeljno obrazovanje navodi završetak preddiplomskog studija primaljstva. Navodi i djelokrug rada primalje odnosno prvostupnice primaljstva koji se, između ostalog, odnosi na vođenje fiziološke trudnoće, poroda te po potrebi, urezivanje i šivanje epiziotomije. Ista Direktiva propisuje potrebno obrazovanje u trajanju od tri godine, 180 ECTS bodova i 4600 sati teoretske nastave i praktičnog osposobljavanja. Preddiplomski program kao takav trenutno se izvodi na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, a u postupku je pokretanje diplomskog studija primaljstva.

Isti Zakon određuje i djelokrug rada primaljskih asistentica koje imaju srednješkolsko obrazovanje i zadužene su za sve pripremne postupke koji omogućuju provedbu primaljske skrbi.

Međutim, u sustavu zdravstva prvostupnice primaljstva nisu prepoznate i trenutno obavljaju istu djelatnost kao i primaljske asistentice. Kako je Zakon samo pravni akt potrebno je donijeti provedbene propise, što do sada nije učinjeno.

Ključne riječi: primaljstvo, primalja, prvostupnica primaljstva, primaljska – asistentica, porod, Ivan Krstitelj Lalangue, Direktiva 2005/36, Zakon o primaljstvu

## UVOD

Primaljstvo je znano kao jedna od najstarijih medicinskih struka, postoji onoliko koliko i sam čovjek, jer uz ženu koja rađa oduvijek je bio netko. Bile su to stare, neuke i primitivne žene, uglavnom nepismene („nadriprimalje“) koje su zanat učile od svojih majki, baka i drugih iskusnih žena, a njihova se praksa temeljila na iskustvu. Primaljstvo je počivalo na temelju „pokušaja i pogrešaka“, a metode koje su se pokazale uspješnijima prenose su se usmeno predajom, s „koljena na koljeno“. Znanja s kojima se raspolagalo bila su nedostatna, što je uz loše životne uvjete, često uzrokovalo smrt majke i novorođenčeta. U to su vrijeme seoske žene često rađale po štagljevima i štalama ili su pak rađale na otvorenu polju bez ičije pomoći. Nakon porođaja nastavljale su raditi s novorođenčetom u rukama. Siromaštvo i neprosvijećenost, uz nestručno vođenje porođaja i primjenu „nadriprimaljskih zahvata“ vrlo često završavao je smrtnim ishodom majke i djeteta. Kako i ne bi, kad se njihova pomoći svodila na „tiskanje trbuha“, „upiranje u leđa“ i upute „puhanja u staklenu flašu“ kako bi se rodilja što bolje napinjala i prije porodila. Ukoliko se sama priroda nije pobrinula za sretan tijek poroda, smrti rodilja uzrokovane razdorom maternice i krvarenjem bile su česte. Zbrinutije nisu bile ni žene u gradovima. Rađale su u svojim kućama, a porođaje su vodile isključivo primalje. Zbog vrlo malog broja školovanih primalja, porođaje su i dalje vode neškolovane žene, uglavnom susjede ili rođakinje bliske rodilji. Babinja groznica

je uz nizak socijalni standard i rađanje u neprimjerenim higijenskim uvjetima uzimala živote mlađih žena. Obitelji su propadale u još veću bijedu.

Kako su upravo (nadri)primalje najčešće bile u prvom kontaktu s trudnicom i rodiljom, njihova sudska bina, ali i sudska njihove rođene i nerođene djece bila je u rukama tih priučenih primalja. Mnogi zločini kojima su se bavile neke (nadri)primalje ostavili su dalekosežne posljedice na primaljsku struku, do te mjere da su je pretvorile u kriminalnu. Te žene došle su na zao glas ne samo zbog komplikacija koje su se događale tijekom porođaja i smrtnih ishoda, već i stoga što su tadašnje (nadri)primalje obavljale pobačaje i činile čedomorstva. Ipak, zahvaljujući širenju medicinskih saznanja i ljudskoj spoznaji da je čovjekov život neprocjenjiv te da svatko ima pravo na njega, primaljstvu se pridaje veća pozornost.

Znatan utjecaj imala je i Rimokatolička crkva kako bi se rad primalja uskladio s principima katoličke vjere i moralnosti. Primalje su tijekom srednjeg vijeka, dozvolu za vršenje prakse dobivale od biskupa. Documentom „*Instructio obstetricum*“ (*Iuramentum Obstetricum*) koji je Rimokatolička crkva objavila 1599. godine ovlašćuje primalju na krštenje iz nužde i primaljstvo se kao struka prvi put zakonski regulira. Primalje su prisustvovale porodu, podvezivale i rezale pupkovinu, kupale su i povijale dijete. U istom dokumentu između ostalog i stoji, da kod teških slučajeva rađanja, treba pozvati iskusniju primalju.

Na području današnje Hrvatske veća pozornost primaljstvu posvećuje se u vrijeme Habsburške monarhije, od 1770. godine kada je carica Marija Terezija izdala Zakon o javnom zdravstvu (*Normativum sanitatum*) kojim je, između ostalog, reguliran i rad primalja, a nadriprimaljstvo zakonom zabranjeno. Isti normativ definira uvjete školovanja i propisuje da primalja mora položiti ispit pred liječnikom kako bi dobila dozvolu za rad, odnosno da se primaljstvom mogu baviti samo licencirane primalje koje su ovlaštenje za rad dobile od županijskih ili zemaljskih liječnika ili od zemaljske sanitarnе komisije. Inicijativom Ivana Krstitelja Lalanguea, odredbe navedenog Zakona počele su se sustavno provoditi u Hrvatskoj. Naime, u sve države carstva poslani su sposobni liječnici kako bi sproveli potrebne reforme i unaprijedili teške zdravstve i socijalno-gospodarske uvjete. Željelo se poboljšati stanje u javnome zdravstvu, a najveće težište bilo je na smanjenju visoke stope pobola i smrtnosti. Tako, Joannis Baptiste Lalangue (Ivan Krstitelj Lalangue) carskim dekretom od 1772. godine, na inicijativu slavnog profesora baruna Gerharda van Swietena i osobnog liječnika carice Marije Terezije, dolazi u Varaždin, glavni grad ondašnje Hrvatske da kao banski liječnik i županijski fizik u skladu s prosvjetiteljskim idejama onoga doba provede novu organizaciju zdravstvene službe. Iisticao se u nastojanjima da svoja znanja učini dostupnim što širem krugu ljudi, pa



se odmah po svom dolasku posvećuje izobrazbi primalja i razvoju primaljstva. Kao razlog navodi da ga je ganula tužna sudska mnogih hrvatskih majki i njihove djece, koja su stradavala u porodu ili su zbog porođajnih komplikacija ostajala trajno bolesna. Organizira prve primaljske tečajeve, koje je vodila i varaždinska primalja Elizabeta Gärting koju je Lalangue poslao na usavršavanje u Beč kod poznatih profesora opstetričara, te tako postavio temelje sustavnog obrazovanja primalja. Ono u Varaždinu datira od 1776. godine.

Kasnije se otvaraju škole za primalje u Rijeci 1786., Zadru 1821. i Zagrebu 1877. godine.

Međutim, unatoč uspostavljenom sustavu školovanja za primalje školovanih primalja i dalje nedostaje te se porođaji i dalje vode nestručno, a vitalna statistika obilježena je visokom smrtnošću rodilja, babinjača i novorođenčadi. S druge strane, u našim krajevima pomoći ženi u porođaju dugo ostaje pod utjecajem praznovjerja i isprepletene mističnog, magičnog i kulturnog. Sve do 19. stoljeća u nadi dobre trudnoće i sretnog poroda koristi se bajanje, čaranje i nošenje amuleta i talismana, a nebeskim se zaštitnicima prinose zavjetni darovi. U to su vrijeme, primalje dobro poznavale ljekovito bilje od kojeg su pripremale lijekove, ljubavne napitke i abortive.

Početkom 20. stoljeća primaljska skrb obuhvaćala je kontrolu trudnice neposredno uoči poroda i vođenje

poroda, u pravilu u kući rodilje. Njihov zadatak, uz vođenje porođaja, bio je i njega žene tijekom dva tjedna babinja. One su podučavale majke dojenju, čistile, kuhale i prale rublje. Liječnika, u pravilu opće medicine, ili kirurga zvalo se ukoliko bi došlo do zastoja u porodu.

Prije Drugog svjetskog rata na kvarnerskom području djelovala su mala privatna rodilišta, s jednim do dva kreveta. Najpoznatije rodilište na tom području bilo je ono primalje Antonije Gracijani koja je imala čak četiri kreveta za smještaj rodilja i babinjača. Kontrolirala je trudnice, a ukoliko bi primijetila određeno patološko stanje trudnicama bi preporučila porođaj u rodilištu riječke bolnice.

Prema postojećim dokumentima, primalje su sve do 1959. godine samostalno obavljale porođaje, samostalno su radile u izvanbolničkim i bolničkim rodilištima te u sustavu zaštite materinstva.

U to vrijeme započinje novi trend u zaštiti materinstva. Sazrijeva misao o kontinuiranosti i jedinstvenosti antenatalne i postnatalne fiziologije i patologije ploda, uvodi se pojam perinatalne medicine, kao sinteze maternalne i fetalne medicine te neonatologije. S današnjeg gledišta primitivno primaljstvo razvilo se u porodništvo, porodničari preuzimaju cijelokupan nadzor nad rodiljama, a primalje postaju njihove pomoćnice.

Trajanje primaljskog školovanja od početnog, organiziranog kao petomjesečni tečaj, postupno se prodluživalo. Od 1919. do 1928. godine školovanje je trajalo 12 mjeseci, od 1928. do 1946. godine 18 mjeseci, od 1946. do 1958. godine 2 godine, a od 1958. do 1964. godine 3 godine. Od 1964. godine do danas kao srednjoškolsko obrazovanje traje 4 godine.

Od svog osnutka 1877. godine u Zagrebu, Škola za primalje nastavlja sa svojim radom sve do danas kao jedina srednja primaljska škola u državi koja kontinuirano školuje primaljski kadar. U većim hrvatskim gradovima primalje se školju povremeno, prema navodnim potrebama lokalnoga zdravstva. Naziv zanimanja koje se stječe po završetku četverogodišnje srednje primaljske škole mijenjan je mnogo puta, od početnog babica ili primalja do medicinska sestra primaljskog smjera, medicinska sestra primalja, medicinska sestra ginekološko opstetričkog smjera ili primalja. Od 2008. godine školuje se primaljski kadar koji nosi naziv primalja – asistentica.

Nasuprot tome, Viša škola za medicinske sestre ginekološko-opstetričkog smjera postojala je svega nekoliko godina, a zadnja generacija viših primalja u Republici Hrvatskoj upisana je 1981. godine. Nakon ukidanja, sve do 2008. godine primalje nisu imale mogućnost po završetku srednje primaljske škole nastaviti s obrazovanjem u primaljstvu na višoj razini. Školovanje su mogle nastaviti jedino u sestrinstvu, stoga danas u Republici Hrvatskoj imamo registriran velik broj viših medicinskih sestara odnosno prvostupnica sestrinstva koje rade u primaljstvu.

Nakon osnivanja Komore primalja, 2008. godine stupa na snagu Zakon o primaljstvu temeljem kojeg su u pristupnom pregovaračkom procesu Republike Hrvatske s EU prema kompetencijama sve primalje sa završenim srednješkolskim obrazovanjem, bez obzira na minuli staž, izjednačene s primaljom - asistenticom, a njihov djelokrug rada naveden je u članku 15.a Zakona o primaljstvu.

- djelovati unutar zdravstvenog tima uz nadzor primalje i/ili liječnika, primjenjivati sva usvojena znanja iz područja primaljske skrbi sukladno načelima profesionalne etike i zakonodavstvu,
- sudjelovati u edukaciji u cilju očuvanja zdravlja i prevencije spolno prenosivih bolesti, ranog otkrivanja ginekoloških bolesti i planiranja obitelji te sudjelovati u provođenju edukacije u pripremi za porod i roditeljstvo,
- pripremiti trudnicu za pregled i dopunske pretrage u trudnoći,
- pripremiti prostor, instrumente i materijal za fiziološki porod,
- provesti postupke predoperativne pripreme i poslijepoperativne njege kod operativnog dovršavanja poroda,
- pripremiti pacijenticu za ginekološki pregled, pomoćne i specijalne pretrage u ginekologiji,
- provesti osobnu higijenu trudnice, rodilje i babinjače, provesti previjanje i kupanje novorođenčeta,
- sudjelovati u edukaciji roditelja o njezi zdravog novorođenčeta i dojenja,
- provesti nadzor nad prehranom trudnice, rodilje i babinjače,
- pratiti opće stanje tijekom bolničkog smještaja/liječenja trudnice, rodilje, babinjače i zdravog novorođenčeta; prepoznavati patološke promjene vitalnih funkcija te o istima odmah izvestiti primalju i/ili liječnika,
- pripremiti instrumente i materijal za sterilizaciju, pripremiti instrumente i materijal za pregled trudnice te za porod,
- provoditi postupke asepse, kao i postupke prevencije bolničkih infekcija,
- provesti peroralnu i parenteralnu primjenu lijekova (osim intravenske) ordiniranu od liječnika.

Nakon ulaska Republike Hrvatske u EU, a prema Direktivi 2005/36 EZ i 2013/55 EU, koja je obvezujuća za sve države članice, primaljstvo postaje regulirana profesija. Ona propisuje potrebno obrazovanje i stručne kompetencije primalja te definira profesiju na nacionalnoj razini i od pojedinih država traži da prema njezinim odredbama usklade svoje zakonodavstvo.

Zakon o primaljstvu slijedi odredbe ove Direktive.

Vezano za školovanje primalja, Zakon o primaljstvu kao temeljno obrazovanje u primaljstvu navodi završetak

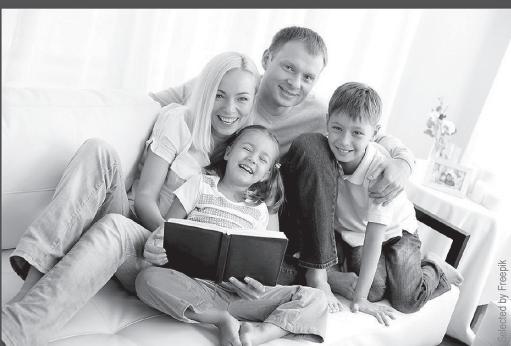
preddiplomskog studija primaljstva i stjecanje prvostupništva u primaljstvu koje se u Republici Hrvatskoj izvodi prema oba modela iz Direktive 2005/36 EZ.

Jedan od njih je redovno obrazovanje za primalje na preddiplomskoj razini, u punoj nastavnoj satnici, u trajanju od najmanje tri godine, stećenih 180 ECTS bodova i 4 600 sati teoretskog i praktičnog obrazovanja, pri čemu trajanje kliničkog obrazovanja predstavlja najmanje jednu trećinu. I drugi tzv. „Bridging program“ u trajanju od 18 mjeseci, kao model doškolovanja odnosno prekvalifikacije prvostupnica sestrinstva u prvostupnice primaljstva koje rade na poslovima primaljstva temeljem završenog srednješkolskog obrazovanja u primaljstvu te imaju potrebno radno iskustvo u provođenju primaljske skrbi.

Oba programa provode se na Sveučilištu u Rijeci, prvotno su provođeni na Medicinskom fakultetu, a danas na samostalnom Fakultetu zdravstvenih studija, koji je prepoznao potrebu za školovanjem primalja i stjecanja više razine obrazovanja u primaljstvu od postojećeg srednješkolskog te je osnovan preddiplomski studij primaljstva. Studij djeluje od 2008. godine najprije kao izvanredni, a potom i kao redovan. „Bridging program“ se otvara prema iskazanom interesu na nacionalnoj razini.

Studijski program za zanimanje prvostupnica/prvostupnik primaljstva kao redovni studij, uz spomenuti na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, provodi se i na Sveučilištu u Splitu. Oba imaju upisnu kvotu od 15 studenata/ica, uz napomenu da iste studije upisuju

# DJECA BRZO RASTU, DJELUJMO VEĆ DANAS



USVOJITE NOVE  
METODE RADA I  
VJEŠTINE, OJAČAJTE  
VAŠE POSTOJEĆE  
KOMPETENCIJE.



**Sveučilište u Rijeci**  
University of Rijeka

**FZSRI**  
[www.fzsri.uniri.hr](http://www.fzsri.uniri.hr)



**FAKULTET ZDRAVSTVENIH  
STUDIJA RIJEKA HRVASKA**

**Sveučilište u Rijeci**  
**Fakultet zdravstvenih studija**  
**University of Rijeka**  
**Faculty of Health Studies**

Viktora Cara Eminu 5  
51000 Rijeka, Hrvatska  
T: +385 (0)51 688 266  
E: [dekanatfzsri@uniri.hr](mailto:dekanatfzsri@uniri.hr)



kandidati/kandidatkinje iz cijele države, stoga se ne mogu zadovoljiti potrebe na državnoj razini. Naime, u Zagrebu ne postoji preddiplomski studij primaljstva. Iako su u posljednjih 20-tak godina postojale aktivnosti, a učinjene su i sve potrebne predradnje, isti nije pokrenut, pa je Zagreb i okolica, kao i ostatak RH koji gravitira ovom području ostalo zakinut za mogućnost studiranja primaljstva. Svi oni koji zbog finansijske situacije nisu u mogućnosti otici na studij primaljstva u Rijeku ili Split ostaju neupisani, a primaljstvu u Republici Hrvatskoj i dalje nedostaju školovane primalje. Kronični nedostatak prvostupnica/ka primaljstva najočitiji je prilikom raspisivanja natječaja, kada se na isti ne javi nitko ili se na radno mjesto primalje zaposli primaljska - asistentica.

Prema odredbi Direktive 2005/36 EZ u dijelu obavljanja stručnih poslova primalja, države članice trebaju osigurati da je primaljama omogućen pristup i obavljanje minimalno sljedećih poslova:

- primjereno informiranje i savjetovanje u vezi s planiranjem obitelji,
- dijagnosticiranje trudnoće i praćenje normalnog tijeka trudnoće, vršenje pregleda potrebnih za praćenje razvoja normalnog tijeka trudnoće,
- propisivanje ili savjetovanje o pregledima koji su potrebni za najraniju moguću dijagnozu rizičnih trudnoća,
- izvođenje programa za pripremu roditeljstva i potpuna pripreme za porod, uključujući savjete o higijeni i prehrani,
- skrb i pomoć majci tijekom poroda i praćenje stanja fetusa u maternici, odgovarajućim kliničkim metodama i tehničkim sredstvima,
- vođenje spontanih poroda uključujući, po potrebi, epiziotomiju i u hitnim slučajevima, porode na zadak,
- prepoznavanje znakova koji upozoravaju na nepravilnost kod majke ili djeteta, koji traže upućivanje na liječnika i pomoć liječnika, po potrebi; uz poduzimanje potrebnih hitnih mjera u odsutnosti liječnika, posebno

ručno odstranjanje placente koje je popraćeno ručnim pregledom maternice,

- pregled i njega novorođenčeta, uz poduzimanje svih inicijativa u slučaju potrebe i izvođenje hitnog ozivljavanja, po potrebi,
- njega majke i praćenje njezinog napretka u razdoblju nakon poroda i davanje svih potrebnih savjeta majci o njezi djetetu kako bi joj se omogućilo da svom djete pruži optimalan napredak,
- vršenje liječenja koje propiše liječnik,
- priprema potrebnih pismenih izvješća.

Iako postojeći Zakon o primaljstvu slijedi odredbe Direktive 2005/36 EZ on je samo pravni akt za čiju je primjenu potrebno donijeti i provedbene propise, što do sada nije učinjeno.

U sustavu zdravstva prvostupnice primaljstva nisu prepoznate i trenutno obavljaju istu djelatnost kao i primaljske – asistentice. U praksi, kompetencije primalje navedene u članku 15.b Zakona o primaljstvu samo su „mrtvo slovo na papiru“.

- djelovati unutar zdravstvenog tima u slučajevima kada je potreban multidisciplinarni pristup; primjenjivati sva usvojena znanja iz područja primaljske skrbi, sukladno načelima profesionalne etike i zakonodavstvu, kao i znanja iz porodništva i ginekologije,
- voditi medicinsku dokumentaciju o primaljskoj skribi; planirati, organizirati i provoditi primaljsku skrib; vrednovati plan primaljske skrbi, analizirati uvjete za njegovo izvođenje i provoditi kliničku realizaciju planirane primaljske skrbi,
- provoditi edukaciju u pripremi za roditeljstvo i porod te davati savjete o dojenju,
- utvrđivati trudnoću, voditi fiziološku trudnoću i porod na svim razinama zdravstvene zaštite, utvrditi eventualne patološke promjene u trudnoći i porodu o kojima treba obavijestiti liječnika; u hitnim slučajevima voditi porod na zadak te učiniti manualnu eksploraciju i evakuaciju materišta,
- po potrebi urezivati epiziotomije te šivati epiziotomije i rupture međice 1. i 2. stupnja,
- kao dio zdravstvenog tima sudjelovati u praćenju patoloških trudnoća i poroda te sudjelovati kod operativnog dovršenja poroda,
- provoditi postupke predoperativne pripreme i poslijoperativne njege nakon operativnog dovršenja poroda te provoditi intravensku terapiju,
- provoditi nadzor nad zdravim novorođenčetom te o eventualnim patološkim stanjima obavijestiti liječnika,
- pratiti stanje majke nakon poroda te razlikovati fiziološki od patološkog tijeka babinja,

- pripremiti i savjetovati ženu za ginekološki pregled te provesti edukaciju u cilju očuvanja zdravlja, prevencije spolno prenosivih bolesti, planiranja obitelji, seksualnog i reproduktivnog zdravlja,
- provesti peroralnu i parenteralnu primjenu lijekova ordiniranu od liječnika.

Iako su važna karika u zdravstvenoj zaštiti majke i novorođenčeta, primalje u Republici Hrvatskoj imaju potpuno drugačiju ulogu od primalja u Europi. Od ulaska Republike Hrvatske u Europsku uniju u praksi primalja nije se promijenilo ništa te primalje i dalje nemaju samostalnost i kompetencije koje im po Direktivi 2005/36 pripadaju. Samostalnost prvostupnice/ka primaljstva, primjerice primaljske skrbi roditelje, ponajviše ovisi o dobroj volji liječnika i politici ustanove u kojoj radi, iako nacionalna strategija razvoja i strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu govore drugačije.

Još jedan veliki problem provođenja primaljske skrbi proizlazi iz činjenice da je u rađaonicama vrlo mali broj prvostupnica/ka primaljstva ili ih uopće nema. Unatoč Pravilniku o minimalnim uvjetima za obavljanje zdravstvene djelatnosti koji navodi da u rađaonici mora biti jedna prvostupnica primaljstva i jedna primaljska - asistentica na 500 porođaja, rodilišta još uvek ne zapošljavaju dovoljan broj prvostupnica primaljstva, a natječaji se uglavnom raspisuju za primaljske - asistentice.

Sagledamo li sve navedeno jasno je da se razvoj primaljstva jedino može temeljiti na visoko obrazovanoj primalji, a osnivanje diplomskog studija primaljstva sljedeći je korak ka profesionalnoj samostalnosti. Mogućnost vertikalnog nastavka obrazovanja u primaljstvu iznjedrila bi kadar sposoban ne samo da rukovodi timovima primaljske skrbi, već i da upravlja odjelom, klinikom ili ustanovom primaljske skrbi što jest težnja primaljske struke. Posebna potreba za visoko obrazovanom primaljom očituje se u sustavu visokog obrazovanja. Primaljski kadar mogao bi preuzeti obrazovanje studentica primaljstva u statusu nastavnika odnosno nositelja stručnih predmeta iz primaljske skrbi, uz napomenu da se trenutno raspolaze s 10-ak primalja koje su diplomsku razinu obrazovanja stekle u nekim drugim srodnim strukama, primjerice sestrinstvu i edukacijskoj rehabilitaciji. Stjecanje diplomske razine obrazovanja u primaljstvu omogućilo bi i bavljenje znanstveno-istraživačkim radom. Za primaljsku struku takav rad u Republici Hrvatskoj je još uvek potpuna nepoznanica. Time bi se postavili temelji primaljstva zasnovani na dokazima.

Uvidjevši važnost istog, na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci u postupku je pokretanja diplomskog studija primaljstva. Njegovim otvaranjem ispravila bi se nepravda, pa čak i diskriminiranost, jer činjenica jest da primalje jedine od svih zdravstvenih djelatnika nemaju mogućnost nastavka školovanja na diplomskoj razini. Također bi se, konačno, zaustavilo uporno zanemarivanje

primaljstva i marginalizacija struke koja može pridonijeti jačanju sektora zdravstva, unaprjeđenju skrbi za majku i djetete te uvelike pridonijeti pronatalitetnoj politici našeg društva.

## REFERENCE

1. D. Švaljug, Z. Kuljak. Nadriprimaljstvo u Republici Hrvatskoj kroz povijest i danas. Pozvano predavanje, Knjiga sažetaka II. Simpozija Pravni, etički i medicinski aspekti suvremenog vođenja poroda (u elektroničkom obliku) 11.-13. 05.2017., Šibenik/Solaris
2. Ž. Kuljak, D. Švaljug. Odgovornost primaljske prvostupnlice i asistentice primaljstva kod porođaja u bolnici. Pozvano predavanje, Knjiga sažetaka II. Simpozija Pravni, etički i medicinski aspekti suvremenog vođenja poroda (u elektroničkom obliku) 11.-13. 05.2017., Šibenik/Solaris
3. D. Švaljug, Z. Kuljak. Primaljstvo u Republici Hrvatskoj – jučer, danas, sutra. Pozvano predavanje, Simpozij Psihosomatika u opstetriciji, u organizaciji Klinike za ženske bolesti i porodništvo KBC Sestre milosrdnice, Zagreb u suradnji sa Klinikom za psihijatriju KBC Sestre milosrdnice, Zagreb, 16. travnja 2016., multimediji centar KBC Sestre milosrdnice, Vinogradska cesta 29, Zagreb
4. Z. Kuljak, D. Švaljug. Primaljstvo u Republici Hrvatskoj – prava i obveze. Pozvano predavanje, Knjiga sažetaka Simpozija Pravni, etički i medicinski aspekti suvremenog vođenja poroda (u elektroničkom obliku), 08. i 09.travnja 2016., Plitvička jezera
5. Direktiva 2005/36/EZ, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036&from=HR>
6. Direktiva 2013/55/EU, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=HR>
7. Zakon o primaljstvu. NN.121/03-1710., <http://www.komoraprimalja.hr/dokumenti/zakoni/338-zakon-o-primaljstvu>
8. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. MIZ RH. 2012. NN.116/12-2519., <http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/dodatni/423339.pdf>
9. Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015. – 2020. MIZ RH <https://vlada.gov.hr/User-Docs/Images//Sjednice/2015/230%20sjednica%20Vlade//230%20-%204.pdf>
10. Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti, [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011\\_06\\_61\\_1374.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_06_61_1374.html)

*IN MEMORIAM*

# *Dragica Batrnek*



„Dragica Batrnek, rođena je 31.05.1962. godine u Osijeku.

1981. godine završava srednju Medicinsku školu u Osijeku, gdje stječe zanimanje PRIMALJE.

1982. godine zasniva radni odnos u KBC Osijek, na Klinici za ginekologiju i opstetriciju.

Naša Dragica tijekom radnog vijeka sa osmijehom na licu i entuzijazmom sveprisutna je svih ovih 37 godina na cijeloj Klinici za ginekologiju i opstetriciju.

Moramo naglasiti njen dugogodišnji predani rad u Rađaonici, te njenu ljubav prema Primaljstvu.

PRIMALJA za Dragicu nije samo zanimanje, nego poziv.

Zadnje godine svoga radnog vijeka jednako predano i požrtvovno obavlja na Zavodu za Humanu reprodukciju.

Dragica ostavlja neizbrisiv trag kod svojih kolegica, mnoge mlađe kolegice nesebično je poučavala stručnim, ali i životnim vrijednostima...

Draga Dragice, neka ti je vječna slava i hvala, bilo je lijepo poznavati te.

**Počivala u miru Božjem!“**



OBRATITE NAM SE S POVJERENJEM!

## EKSKLUSIVNA PONUDA

### PAKET FINANCIJSKIH USLUGA

TRAŽITE LI NAJPOVOLJNIJE RJEŠENJE...?

BRINE VAS RAST KAMATNIH STOPA U  
BUDUĆEM RAZDOBLJU?

IMATE NEPOVOLJAN STAMBENI ILI  
NENAMJENSKI KREDIT DRUGIH BANAKA?

ZANIMA VAS NAJPOVOLJNIJA ŠTEDNJA ZA  
MIROVINU ILI OSIGURANJE?



### CERTITUDO PARTNER d.o.o.

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

#### ŽELITE LI...

- optimizirati svoja kreditna zaduženja i poboljšati kvalitetu života
- štедimo Vaše vrijeme i nudimo na izbor više opcija
- informirajte se na jednim mjestu, uvjeti realizacije, kreditna sposobnost
- prilagođeni instrumenti osiguranja
- diskrecija i zaštićeni osobni podatci
- orientiramo se prema Vašim potrebama

Reprezentativni primjer [informativno]	Stambeni kredit [EUR]	Stambeni kredit [HRK]	Stambeni kredit [EUR]	Gotovinski kredit [zamjenski]	Gotovinski kredit
Iznos kredita	60.000	445.000	80.000 EUR	15.000 EUR	10.000 EUR
Ukupno vrijeme otplate	22 god. 9 mj.	16 god. 10 mj.	30 god.	10 god.	5 god.
Mjesečna rata	360 EUR	3.248,5 kn	357 EUR	168,04 EUR	188,71 EUR
Ukupno uplaćeni iznos	98.099 EUR	655.369,74 kn	139.911,79 EUR	21.016,80 EUR	12.403,60 EUR
Kamatna stopa	3,99% fiksna cijelo vrijeme otplate	4,00% Fiksna cijelo vrijeme otplate	3,45% Fiksna 5 godina	6,20% Kombinirana kamatna stopa	5% Fiksna cijelo vrijeme otplate
Efektivna kamatna stopa	4,41%	4,49%	3,78%	7,77%	5,54%

#### POKLONITE SEBI I DRUGIMA KULTURU I NAVIKU ŠTEDNJE !!

- Redovna godišnja kamata na štednju 1,0% [u EUR] ili 1,5% [u HRK]
- Štednja namijenjena djeci do 13 godina starosti, imaju uz redovnu godišnju kamatu, 100% kamatni bonus u drugoj godini štednje.
- Državna poticajna sredstva za 2018 godinu iznose 1,8%
- Pravo na nemajensko korištenje ušteđevine.

#### OBRATITE NAM SE S POVJERENJEM !

- Više od 10 godina iskustva u rješavanju upita klijenata, trajna edukacija iz područja bankarstva i osiguranja, visoka razina odgovornosti
- Potrebne stručne licence, odobrenja Ministarstva financija i Hrvatske Narodne Banke
- Na hrvatskom tržištu djelujemo kao ugovorni suradnik banaka i njihov vanjski kanal prodaje. Usluga posredovanja za Vas je besplatna, a plaćaju nas partneri za čije usluge posredujemo.
- Za Vas pregledamo uvjete i dostavimo ponude, kompletiramo i podnosimo zahtjev u banchi, izvještavamo Vas o statusu zahtjeva, pratimo Vas i u procesima nakon realizacije željene usluge

ZATRAŽITE BESPLATAN IZRAČUN I INFORMACIJE!



OSJEĆAJ SIGURNOSTI POTIČE UNUTARNJI MIR I  
ZADOVOLJSTVO SVAKOG ČOVJEKA!

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



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

ARISTOTEL



**CERTITUDO d.o.o. za zastupanje u osiguranju**

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

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



#### PROFESIONALNA OSIGURANJA\*:

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

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

Osiguranje naknade prihoda - **POPUST 20%**

Osiguranje finansijskih 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	<b>200,00 HRK</b>
· 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	
Iznenađna smrt uslijed bolesti	1.000,00	
Lom kosti uslijed nezgode	20,00	