



# Primaljski vjesnik



Primaljski vjesnik • Broj 27/28 • ISSN 1848-5863 • Siječanj/svibanj 2020.



#UpoznajPrimalje  
#GodinaPrimalja2020  
#Midwives2020

godina sestara i primalja



HRVATSKA UDRUGA ZA PROMICANJE PRIMALJSTVA  
CROATIAN ASSOCIATION FOR PROMOTION OF MIDWIFERY



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

## Sadržaj - Primaljski vjesnik 28

UVODNA RIJEČ	5
COVID-19 – TRUDNOĆA I POROĐAJ	7
PROJEKT PRECONNED: POMOĆU OBRAZOVANJA DO REPRODUKTIVNOG ZDRAVLJA MLADIH	10
CTG – FETALNI NADZOR U TRUDNOĆI I POROĐAJU	12
INKONTINENCIJA U PUERPERIJU	15
HUPP – POVIJEST	19
INTERVENCIJE VEZANE UZ MUČNINE I POVRAĆANJE U RANOJ TRUDNOĆI	27
PRIMALJE I KVALITETNA SKRB	30
PRIMALJSKA SKRB ZA ŽENE KOJE SU DOŽIVJELE SEKSUALNE TRAUME	34
PRIMALJSKA SKRB U ZAJEDNICI	37
ZAŠTO JE VAŽAN MIKROBIOM MAJČINOG MLJEKA?	41
DAVID ŽELI ŽIVJETI I DOJITI	45
PERINATALNI ISHODI NOVOROĐENČADI IZ BLIZANAČKIH TRUDNOĆA	49
ZAŠTO ŽENE PRESTAJU DOJITI	57

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



Poštovani/e članovi/ice,

obavještavamo vas da je žig Hrvatske komore primalja registriran pri Državnom zavodu za intelektualno vlasništvo, te osigurava Komori primalja isključivo pravo na usluge koje su njima obilježene.

Također ovim putem vas želimo obavijestiti da se ured Hrvatske komore primalja nalazi na novoj adresi Ulica grada Mainza 11, te vas molimo da sve pismene pošiljke dostavljate na novu adresu.

# Riječi uredništva

Drage primalje!



Pred vama je vaš Vjesnik koji vam i ovog puta donosi novosti i zanimljivosti.

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

Radovalo bi nas kada biste 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*

## *Uredništvo Primaljskog vjesnika*

Barbara Finderle, bacc.obs., Rijeka

Suzana Haramina, bacc.obs., Zagreb

Karmen Cecarko-Vidović, bacc.obs., Lopatinec

### ***Impresum:***

#### ***Izdavač:***

Hrvatska komora primalja, Ulica grada Mainza 11, 10000 Zagreb, [www.komora-primalja.hr](http://www.komora-primalja.hr)

Žiro-račun: 2402006-110549055 Erste banka

Hrvatska udruga za promicanje primaljstva, Ulica grada Mainza 11, 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.

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

***List je besplatan.***

## Poštovane kolegice i kolege,

izašao je novi broj Primaljskog vjesnika i na ovaj se način zahvaljujemo svima koji su sudjelovali u njegovoj pripremi i izradi.

Ukratko ćemo vas izvijestiti o najvažnijim aktivnostima koje su se odvijale od prošlog broja Primaljskog vjesnika koji je objavljen u *online* izdanju.

Izvršni odbor Svjetske zdravstvene organizacije proglašio je 2020. „Godinom medicinskih sestara i primalja“, u čast 200. obljetnice rođenja Florence Nightingale. Ova godina je značajna za Svjetsku zdravstvenu organizaciju u kontekstu jačanja i promicanja sestrinstva i primaljstva.

Hrvatska komora primalja je povodom obilježavanja „Godine medicinskih sestara i primalja“ krenula s provedbom javne kampanje kako bi odala priznanje primaljama i osvijestila javnost o njihovoj važnosti. U povodu toga je u uredu Komore održana radionica o oblikovanju javne kampanje kojoj su prisustvovali aktivne volonterke Komore koje su svojim znanjem i idejama uvelike doprinijele planiranju i uspješnosti kampanje.

Aktivnosti Hrvatske komore primalja u međunarodnoj godini medicinskih sestara i primalja osmišljene su tako da se proslavi rad primalja i demonstrira njihova važnost za trudnice, obitelji i razvoj društva u cjelini. Kampanja „Upoznaj primalje“ donosi priče primalja iz različitih hrvatskih rodilišta, kao i iskustva rodilja kojima su primalje pružile profesionalnu, stručnu i nezaboravnu podršku.

Kampanja se sastoji od intenzivne medijske akcije putem društvenih i masovnih medija, dijaloga s predstvincima

vlasti, srodnim komorama i drugim donositeljima odluka, trudničkih tečajeva u raznim dijelovima Hrvatske te sastanaka i edukacija primalja. HKP je u sklopu javne kampanje izradila poseban logo i *timeline* kampanje koje koristi na službenim mrežnim stranicama i na društvenoj mreži Komore. Službeni početak kampanje započeo je stručnim skupom u Varaždinu pod nazivom „Utjecaj iskustva porođaja na dojenje“.

Kao jednu od najvažnijih aktivnosti koju je HKP odlučila napraviti je organizacija trudničkih tečajeva/radionica koje bi se održavale *online* te bi bile namijenjene ženama, klijenticama, trudnicama i drugim zainteresiranim dionicima koji žive u ruralnim područjima i na otocima. Na taj način imali bi istu mogućnost edukacije kao i osobe u urbanim sredinama. Svaka osoba (žena, trudnica, klijentica) bi imala mogućnost poslušati jednakou kvalitetnu edukaciju gdje god da žive u Hrvatskoj.

Međunarodna godina primalja i medicinskih sestara zamišljena je kao godina slavlja, veselja i druženja. Osmišljene su razne edukacije i radionice na kojima su primalje trebale trudnicama i rodiljama prikazati svoj rad, pripremiti ih na ono **što ih čeka na porodu, naučiti ih i pokazati im kako da se što bolje pripreme za najvažniju i najljepšu ulogu u životu – onu majčinsku**. Primalje su u međunarodnoj godini primalja i medicinskih sestara planirale unaprijediti svoje znanje i vještine zajedničkim edukacijama i sastancima.

Međutim Republiku Hrvatsku, ali i cijeli svijet zadesila je situacija vezana uz pandemiju koronavirusa. Svi unaprijed napravljeni planovi su odgođeni, stavljeni na čekanje ili otkazani. Hrvatska komora primalja bila je isto tako prisiljena promijeniti planove. Odlučila je izraditi *online*



*Primalje uz žene:*  
ujedinimo se i slavimo –  
naše vrijeme je SADA!

5. svibnja  
2020.



tečajeve vezane uz trudnoću, porođaj i dojenje koji su objavljeni na YouTube kanalu Hrvatske komore primalja. *Online* tečajevi su besplatni i namijenjeni su svima kojima je to potrebno.

Nadalje, s obzirom na trenutnu situaciju, osobito zbog ograničenja kretanja, Hrvatska komora primalja izradila je veliki broj besplatnih e-tečajeva koje će naši članovi/ice moći odslušati na portalu za e-učenje HKP-a budući se veliki broj stručnih sastanaka odgodio po područnim vijećima.

Uz pandemiju koronavirusa Zagreb i okolicu pogodio je potres te su žene iz rodilišta puštene vrlo brzo kući. Hrvatska komora primalja je stoga organizirala timove primalja koje pomažu trudnicama i ženama kojima je nakon porođaja potrebna primaljska skrb, pomoć i savjetovanje, a trenutno nisu u mogućnosti doći do patronažne skrbi na vrijeme. Otvorili smo posebnu e-mail adresu na kojoj se može poslati upit za pomoć i podršku.

**Želimo naglasiti i staviti u prvi plan primalje koje su na svojim radnim mjestima dok većina svjetskog stanovništva ostaje doma kako** bi izbjegli zarazu koronavirusom. Primalje ostaju na svojim radnim mjestima i duže nego inače, odrađujući dvostrukе ili čak trostrukе smjene. Svjesne su da se svaki dan na poslu izlažu opasnosti od zaraze, pa izbjegavaju svoje ukućane kako bi njih zaštitili. Umjesto da su izolirane od svog posla, primalje su izolirane od svojih obitelji.

Nakon potresa u Zagrebu, primalje iz Slovenije pružile su nam ruku utjehe te su donirale 200 komada dječjih pokrivača, namijenjenih KBC-u Zagreb, Klinici za ženske bolesti i porode u Petrovoj ulici broj 13, obzirom na to da je ona pretrpjela najviše štete. Ovim putem im se ponovno želimo zahvaliti što misle na nas i na naše pacijentice u ovako teškim situacijama.

Hrvatska komora primalja je uz svu organizaciju i provedbu javne kampanje te borbu s pandemijom Covid-19 **ažurirala Primaljske liste sukladno napredovanju** struke te ih dostavila Ministarstvu zdravstva na žurno propisivanje sadržaja i obrasca. Također je izdala, u suradnji s Fakultetom zdravstvenih studija u Rijeci i Školom za primalje u Zagrebu, brošuru Kompetencije primalja-asistentica, prvostupnica primaljstva i magistra primaljstva koja je dostavljena u sva rodilišta i može se pronaći na službenoj web stranici.

Za kraj možemo reći da su primalje svojim požrtvovnim radom u ovoj godini već ispunile svoju misiju i pokazale da su dostoje sviakog izazova. I možda Međunarodna godina primalja i medicinskih sestara neće biti godina slavlja, ali je svakako godina koja nam još jednom pokazuje

koliko primalje doprinose zajednici te zašto im moramo iskazivati zahvalnost svakoga dana svake godine.

Ujedno je i Svjetsko udruženje primalja – ICM u sklopu obilježavanja Međunarodnog dana primalja koji će se održati 5. svibnja, kao i svake godine, uputio snažnu poruku koju je teško doslovno prevesti na hrvatski: *Midwives with women: celebrate, demonstrate, mobilize, unite- our time is NOW!*

Proslavite svoj dan i simbolično ga obilježite kako biste ukazali na važnost primalja i primaljske struke, posebice u ovim teškim vremenima.

*Srdačno vas pozdravljam  
Barbara Finderle, predsjednica HKP-a*



# Covid 19 - trudnoća i porođaj

(PREGLEDNI RAD)

*Autorice: Nika Tolić, struč. spec. admin. publ.; Tea Knezić, mag. phil.  
Hrvatska komora primalja*

## SAŽETAK:

U ovom se radu tematski obrađuje pandemija Covid-19 koja je zadesila svijet krajem 2019. godine. Autorice na temelju stranih istraživanja iznose podatke kako se virus prenosi, koji su najčešći simptomi zaraze te koji je postotak smrtnosti od koronavirusa. Rad je posebno usmjeren na trudnice i trudnoću, simptome trudnica koje su zaražene Covidom-19, utjecaj virusa na majku i novorođenče, prijenos zaraze s majke na plod te rizike u trudnoći i na samom porođaju. Analizira se i kako bi se porođaj trebao odvijati te kako postupati prilikom dojenja djeteta. Naglašava se važnost potpune opremljenosti zdravstvenih djelatnika koji sudjeluju na porođaju te kako bi se trebale ponašati trudne zdravstvene djelatnice u vrijeme ove pandemije.

**Ključne riječi:** Covid-19, prijenos zaraze, najčešći simptomi, trudnoća s koronavirusom, porođaj, oprema zdravstvenog osoblja, novorođenčad, dojenje

## UVOD

Krajem 2019. godine se u Kini, u gradu Wuhanu, pojavila nova zaraza s koronavirusom SARS-CoV-2 nazvana Covid-19 koji se rapidno proširio po cijelom svijetu zbog čega je proglašena pandemija. Koronavirusi prouzrokuju bolesti kod ljudi, ali i kod životinja. Simptomi su slični simptomima oboljelima od gripe ili prehlade, a kao najriskantnija skupina smatraju se kronično oboljele osobe. Trudnice ne spadaju u skupinu više ugroženih od ostale populacije, a prije, tijekom i nakon porođaja potrebno je pratiti strogo kontrolirane mjere opreza. S obzirom na to da se virus jako brzo širi te se podaci konstantno mijenjaju, potrebno je neprestano pratiti aktualne informacije Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo te Ministarstva zdravstva.

## COVID-19

Zaraza koronavirusom prenosi se kapljично odnosno kihanjem, kašljanjem i govorom gdje dolazi do kontakta virusa sa sluznicom osoba te se zato preporuča udaljenost od dva metra od zaražene osobe, a zbog mjera sigurnosti potrebno je držati distancu od svih u okolini. Koronavirus

se može prenijeti i preko zaraženih površina. Naime ovaj virus otkriven je u krvi i stolici.

Najčešći simptomi zaraze koronavirusom su: povišena temperatura, otežano disanje, kašalj, umor, razdražljivost te vidljive promjene u plućima. Simptomi koji se rjeđe javljaju su glavobolja, upala grla, mučnina, proljev i curenje iz nosa. Akutni respiratorni distres sindrom (ARDS) javlja se kod 20% zaraženih dok je kod 12,3% slučajeva potrebna mehanička ventilacija. Iz statističkih podataka možemo vidjeti da je tijek same bolesti u većini slučajeva blag, ali se kod određenog broja bolesnika javlja i teži oblik bolesti. Naime 81% slučajeva zaraze koronavirusom razvije samo blage simptome bolesti, teže simptome 14% zaraženih dok je 5% zaraženih razvilo ozbiljnu bolest sa šokom, multiorganskim i respiratornim zastojima. Trenutni podaci pokazuju da je smrtnost od koronavirusa 2,3% te je ona veća kod starijih i bolesnih pacijenata. Kod djece zaraza je rijetka, a ako i dođe do zaraze, bolest lakše podnose. Istraživanja navode da čak u 50% slučajeva zaraze koronavirusom kod djece može proći bez ikakvih simptoma.

## COVID-19 I TRUDNOĆA

Malo je saznanja o tijeku zaraze koronavirusom u trudnoći. Prema dosadašnjim podacima, trudnice ne spadaju u skupinu više ugroženih od ostale populacije, ali valja posvetiti posebnu pažnju trudnicama s pridruženim bolestima. Bolest kod zaraženih trudnica manifestira se u obliku blage gripe ili prehlade, s temperaturom višom od 38 °C te kašljem, dispnejom ili gastrointestinalnim teškoćama. Za sada je poznat jedan primjer trudnice kojoj je bila potrebna mehanička ventilacija s hitnim carskim rezom u 30. tijednu trudnoće nakon čega je oporavak bio poprilično brz. Podaci o smrtnosti trudnica zbog Covid-19 za sada nisu poznati.

Intrauterina i perinatalna zaraza nije zabilježena. Nakon ispitivanja plodne vode, posteljice i pupkovine te nakon uzimanja brisa ždrijela novorođenčadi i analize majčinog mlijeka zaraženih trudnica nema laboratorijskih dokaza da virus prelazi na plod u trudnoći. Sukladno tome, postoji mala vjerojatnost prirođenih oštećenja ploda zbog virusa.



Podaci o povećanom riziku od pobačaja nisu zabilježeni. Nadalje, izvještaji o prijevremenim porođajima zbog Covida-19 postoje, ali za donošenje takvih zaključaka trenutno postoji premalo podataka.

U slučaju akutne zaraze s Covidom-19 u trudnoći, redoviti ginekološki pregledi (UZV kontrola rasta ploda, OGTT) odgađaju se za preporučeno vrijeme izolacije, odnosno 14 dana nakon završene infekcije. Pregled trudnica s patološkom trudnoćom procjenjuje se individualno. Na temelju pojave 60% IUGR kod SARS infekcija i pojave abrupcije posteljice kod MERS infekcije, savjetuje se UZV praćenje rasta ploda doplerskim mjerjenjem protoka svaka dva tjedna. Ako dođe do zaraze Covidom-19 u trudnoći, trudnice se moraju pridržavati svih službeno objavljenih preporuka.

## COVID-19 I POROĐAJ

Izvještaji o prijevremenim porođajima zbog Covida-19 postoje, ali za donošenje takvih zaključaka trenutno postoji premalo podataka, a ne postoje dokazi da se virus prenosi na plod porođajem. Covid-19 ne treba utjecati na sam način porođaja. Trudnice sa znakovima infekcije kojima počinje porođaj moraju prethodno obavijestiti rodilište o svom dolasku, a u kontaktu sa zaraženom rodiljom treba biti samo nužno potrebno osoblje.

Elektivne zahvate kod infekcije virusom potrebno je obaviti na kraju operativnog programa, operaciju, ako je mogu-

će, treba izvoditi u drugoj operacijskoj sali sa zaštićenim osobljem prema važećem protokolu.

Oprema zdravstvenog osoblja na porođaju i kod carskog reza:

- kod simptomatskih roditelja sa sumnjom na zarazu ili potvrđenom infekcijom Covid-19;
- kod asimptomatskih roditelja koje su u doticaju sa zaraženim članovima obitelji.

Potrebno je: FFP3 maska, zaštitna kapa, zaštitne naočale koje dobro prijanaju (alternativna: maska za obraz s filterom i zaštitna kapa), vodootporni ogrtač s manžetama, produžene nitrilne rukavice.

Oprema zdravstvenog osoblja na porođaju i kod carskog reza:

- kod asimptomatskih roditelja koje nisu bile u doticaju sa zaraženim od Covida-19;
- sve roditelje u trenutku epidemije.

Potrebno je: maska s vizirom (alternativa: maska IIR i zaštitne naočale), pregača s rukavima, kratke nitrilne rukavice.

U porođaju je potrebno kontrolirati temperaturu, frekvenciju disanja, krvni tlak, EKG i saturaciju kisika koja kod žena mora biti iznad 94%. Kod trudnica s težom infekcijom potrebna je stalna kontrola unosa tekućine i diureze kako ne bi došlo do preopterećenja tekućinom. Uvođenje proširenog praćenja stanja uvodi se prema kliničkoj slici.

Zbog povećanog rizika od fetalnog distresa savjetuje se kontinuirani CTG tijekom porođaja. Ako je rodilja stabilno, sama infekcija virusom ne zahtijeva dovršenje porođaja carskim rezom izuzev respiratornog stanja rodilje koje zahtijeva hitno dovršenje trudnoće. Kod rodilja sa sumnjom ili potvrđenim Covidom-19 se na početku porođaja savjetuje epiduralna analgezija kako bi se smanjila potreba za općom anestezijom u slučaju hitnog carskog reza jer se rizik od proširivanja virusa tada povećava. Odgođeno presijecanje pupkovine je još uvijek preporučljivo, a novorođenče se normalno prebršće. Kontraindikacije za spinalnu ili epiduralnu analgeziju zbog same infekcije Covidom-19 ne postoje.

Kod prijema u rađaonicu uzima se bris rodnice (bris se uzima kao i za ostale respiratorne viruse). Za uzimanje brisa koristi se tampon ili četkica, bris se potapa u transportni medij te tamo i ostaje. Poslije samog porođaja uzima se komadić posteljice (oko 0,5 x 0,5 cm) koji se stavlja u suhu sterilnu posudicu te se šalje na mikrobiološki pregled. Uzorci pupkovine i posteljice pohranjuju se u duplu ambalažu te se s uputnicom odnosno pratećim listom koji se pričvršćuje na vanjsku stranu ambalaže šalju na patohistološki pregled.

## **COVID-19, NOVOROĐENČAD I DOJENJE**

Sva novorođena djeca majki koje su pozitivne na Covid-19 testiraju se na SARS-CoV-2 u prva 24 sata nakon porođaja uzimanjem brisa nazofarinksa. Ako je bris negativan, on se ponavlja nakon sedam dana. Nakon otpusta novorođenčeta iz rodilišta, potrebna je daljnja kontrola. Rodilja prije samog otpusta mora odabratи pedijatra koji će obavljati kontrole nad novorođenčetom.

Ako je test pozitivan, a novorođenče ne pokazuje nikakve simptome, potrebno ga je izolirati uz promatranje. U slučaju znakova otežanog disanja, predviđa se premještaj novorođenčeta u klinički odjel za intenzivnu terapiju djece. Ako su vidljivi znakovi potpuno razvijene respiratorne infekcije (povišena temperatura, kašalj, iskašljaj, upala pluća) individualno se odlučuje o razdvajanju majke i djeteta.

Prema dosadašnjim saznanjima nije dokazan prijenos virusa dojenjem. Dojenje se svakako preporuča jer su dobrobiti dojenja veće od rizika prijenosa infekcije. Prijenos infekcije zbog bliskog kontakta kod dojenja je moguć pa je potrebno educirati rodilju. Ako majka doji, treba se pridržavati sljedećih zaštitnih mjeru: pranje ruku prije diranja djeteta, dojke/izdajalice ili boćice; nošenje maske tijekom dojenja; u slučaju izdajanja mlijeka majka mora imati svoju izdajalicu. Nakon svake upotrebe potrebno se dosljedno pridržavati mjera čišćenja izdajalice. Druga zdrava osoba može hraniti dijete izdojenim mlijekom.

## **PREPORUKA ZA TRUDNE ZDRAVSTVENE DJELATNICE**

Na temelju trenutno dostupnih podataka, rizik od infekcije SARS-CoV-2 i rizik od komplikacija Covid-19 nije viši kod trudnih zdravstvenih djelatnica, nego kod zdravstvenih djelatnica koje nisu trudne. S obzirom na to da je zaraženost Covidom-19 povezana s mogućim komplikacijama trudnoće kao što je IUGR, prijevremeni porođaj te abrupcija posteljice preporuča se trudne zdravstvene djelatnice premjestiti na radna mjesta s nižim rizikom od zaraze.

## **ZAKLJUČAK**

Prema istraživanjima, Covid-19 čiji simptomi su kašalj, respiratorični problemi, površena temperatura, povraćanje i glavobolja, kod velikog broja zaražene populacije, posebice kod djece, ne izaziva nikakve simptome te je stoga potrebno držati sigurnu udaljenost od drugih osoba. Provedena su i mnoga istraživanja o Covidu-19 i trudnoći, porođaju i dojenju. Dokazi o prijenosu virusa na plod sa zaražene majke nakon ispitivanja nisu zabilježeni isto kao i mogućnost prijevremenog porođaja. Dojenje se i dalje svakako preporuča jer dobrobiti nadvladavaju rizik od prijenosa infekcije. Kod dolaska u rodilište, na porođaju te kod dojenja novorođenčeta majka, stručno osoblje i obitelj se moraju pridržavati stroga preporučenih mjera.

## **IZVORI:**

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives, Royal College of Paediatrics and Child Health, Public Health England, Health Protection Scotland. Coronavirus (COVID-19) infection and pregnancy. Dostupno na: <https://www.rcog.org.uk/coronaviruspregnancy>.
2. World Health Organization WHO Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Interim guidance. 13 March 2020. Dostupno na:
3. <file:///C:/Users/Marijana/Downloads/clinical-management-of-novel-cov.pdf>
4. Favre, G., Pomar, L., Qi X., Nielsen-Saines, K., Musso, D., Baud, D., Guidelines for pregnant women with suspected SARS-CoV-2 infection. Lancet Infect Dis 2020; published online March 3.
5. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30157-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30157-2). Dostupno na: [https://www.thelancet.com/cms/10.1016/S1473-3099\(20\)30157-2/attachment/43fed2cd623a-495a-a16c-691355138a81/mmc1.pdf](https://www.thelancet.com/cms/10.1016/S1473-3099(20)30157-2/attachment/43fed2cd623a-495a-a16c-691355138a81/mmc1.pdf)

Ljubljana, 17. ožujka 2020. (druga ažurirana verzija)

Pripremila Ginekološka klinika UKC Ljubljana

Obavijesti se redovito ažuriraju, zato pratite web stranicu



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



## *Projekt PreconNet: pomoću obrazovanja do reproduktivnog zdravlja mladih*

*STRUČNI RAD*

*Boštjan Žvanut, Patrik Pucer, Ana Polona Mivšek,  
Petrica Petročnik i Mirko Prosen*

### **ABSTRACT:**

*Midwives are primary health professionals for normal pregnancy, birth and postpartum period. However, nowadays more and more attention is devoted also to the health before the pregnancy. Preconception health care is more than family planning; it captures far longer period, therefore its importance should be presented already to adolescents. World Health Organization defines preconception risk factors for fertility that can be placed into the category of environment, genetic and medical preconditions and lifestyle. Promotion of lifestyle that preserves fertility is becoming an important issue of midwifery care, since young people postpone pregnancies in their thirties or even forties. In order to competently counsel to young clients, midwives need to know the effects of lifestyle decisions for the reproduction. The PreconNet projects was created to build preconception healthcare model and to gather all the evidence-based information on this matter. Educational tools for health educators and midwives, developed within the project, will be freely available on the webpage of the project.*

**Key words:** preconception, reproductive health, fertility, midwife

### **SAŽETAK:**

Primalje su primarni zdravstveni djelatnici koji educiraju o normalnoj trudnoći, porođaju i postporođajnom razdoblju. Međutim, danas se sve više i više pažnje posvećuje zdravlju prije same trudnoće. Reproduktivno zdravljje je puno više od planiranja obitelji; obuhvaća duži period i stoga je njegovu važnost potrebno predstaviti već adolescentima. Svjetska zdravstvena organizacija kao čimbenike rizika za

reproduktivnost i plodnost svrstava u kategorije okoliša, genetskih i medicinskih preduvjeta te stila života. Promocija stila života koji čuva plodnost postaje veoma važan problem primaljske skrbi, budući da mladi ljudi odgađaju trudnoću za tridesete, čak i četrdesete godine. Kako bi primalje bile u mogućnosti u potpunosti savjetovati mlađe klijente, moraju biti upoznate s efektima koje određeni životni stil ima na reprodukciju. PreconNet projekti su kreirani kako bi izgradili model reproduktivnog zdravlja i kako bi sakupili sve dokazane informacije u vezi ovog modela. Edukacijski alati odnosno materijali za zdravstvene edukatore i primalje koji su razvijeni u sklopu ovog projekta, bit će besplatno dostupni na stranicama projekta.

**Ključne riječi:** reproduktivnost, reproduktivno zdravljje, plodnost, primalja

U posljednjim godinama je broj rođenja u Europskoj uniji dramatično opao (Peristat, 2018), a suvremeni potencijalni roditelji sve više odgađaju rođenje svog prvog, a često i jedinog djeteta (Brase, 2016). Odgađanje, bilo radi karijere ili zbog suvremenog načina života, ima veliki utjecaj na plodnost žena i muškaraca. Drugim riječima: biologija plodnosti ne prilagođava se suvremenim socijalnim trendovima (WHO, 2010). Zbog tih negativnih trendova, primalje i drugi zdravstveni djelatnici, pogotovo oni koji se bave promocijom zdravlja, sve više će morati obraćati pažnju na ovaj problem.

Jedan od brojnih razloga za smanjenje plodnosti je zasigurno nedostatak znanja i pouzdanih informacija na ovom području. Brojni nekvalitetni tekstovi na internetu i forumi bez nadzora stručnjaka pogoršavaju tu situaciju. Bilo da su to djeca, adolescenti, mlađi ili stariji odrasli, svi potencijalni roditelji trebaju vjerodostojne resurse

gdje mogu brzo i učinkovito dobiti pouzdane odgovore na pitanja o reproduktivnom zdravlju (LANCET series, 2018). Tim slovenskih istraživača „Zdravstvene fakultete“ s ljubljanskog sveučilišta (doc. dr. Polona Mivšek i viš. pred. asist. Petra Petročnik) i „Fakultete za vede o zdravju“ s Primorskog univerziteta (doc. dr. Mirko Prosen, doc. dr. Patrik Pucer i izvanr. prof. dr. Boštjan Žvanut), u suradnji s: Tampere University of Applied Sciences, Finska; Carinthia University of Applied Sciences, Klagenfurt, Austrija i VIVES University of Applied Sciences, Brugge, Belgija ujedinili su svoje znanje i iskustvo u projektu PreconNet, skraćenica za PRECONCEPTION HEALTH OF YOUTH, bridging the gap in and through education: hrvatski doslovni prijevod Reproduktivno zdravlje mladih, premošćivanje jaza u samom obrazovanju i pomoću obrazovanja. Kako neki od slovenskih stručnjaka tijesno surađuju s hrvatskim sveučilištima, odlučili su se uz pomoć hrvatskih kolega prevesti najvažnije sadržaje na portalu projekta PreconNet i relevantne materijale vezane uz sam projekt: [www.preco.tamk.fi](http://www.preco.tamk.fi) (PreconNET, 2020).



Slika 1

Svi koje zanima problematika reproduktivnog zdravlja mogu se informirati na portalu [preco.tamk.fi](http://preco.tamk.fi) (slika 1). Namijenjen je pretežno srednjoškolskim i visokoškolskim učiteljima zdravstvenih smjerova gdje osim prezentacije projekta mogu pronaći zanimljive *online* edukativne materijale. Spomenuti edukativni materijali mogu se jednostavno uključiti u nastavu ili druge aktivnosti promocije zdravlja. Neki od *online* materijala (PCHC Tools) su već pripremljeni za upotrebu u nastavi i prevedeni na hrvatski jezik (slika 2) dok su e-udžbenici (PCHC Handbooks) tek u fazi pripreme i bit će dostupni u 2021. godini (PreconNET, 2020)

Slika 2.

Vezano uz projekt, bit će organizirani i besplatni događaji u Sloveniji i Austriji. Da biste bili informirani, pratite Facebook stranicu Project PreconNet gdje se objavljaju događaji i novi sadržaji vezani uz problematiku. Za bilo kakva pitanja vezana uz projekt, možete se obratiti nacionalnim koordinatorima projekta [polona.mivsek@zf.uni-lj.si](mailto:polona.mivsek@zf.uni-lj.si) ili [bojan.zvanut@fvz.upr.si](mailto:bojan.zvanut@fvz.upr.si)

**Zahvala:** Zahvaljujemo se doc. dr. sc. Robertu Lovriću, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo, Sveučilište J. J. Strossmayer u Osijeku i Maji Frenci Žvanut, dipl. psih. – prof., Čuječna soba, Koper, za pomoć kod prijevoda. Projekt PreconNet financiran je iz Erasmus+ KA2 (*Cooperation for innovation and the exchange of good practices*).

#### LITERATURA:

- Brase, G. L., The relationship between positive and negative attitudes towards children and reproductive intentions. *Personality and individual differences*, 90: 143-149, 2016.
- LANCET series, Preconception health 2018. Raspoloživo na: <https://www.thelancet.com/series/preconception-health> (pristupljeno 11.04.2020.)
- Peristat (2018). Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. Raspoloživo na: [www.euro-peristat.com](http://www.euro-peristat.com) (pristupljeno 10.04.2020.)
- PreconNET. PRECONCEPTION HEALTH OF YOUTH, bridging the gap in and through education. Raspoloživo na: [www.preco.tamk.fi](http://www.preco.tamk.fi) (pristupljeno 14.04.2020.)
- WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen. Fifth edition, Geneva, WHO, 2010.

# CTG - fetalni nadzor u trudnoći i porođaju

(PREGLEDNI RAD)

Autorice: Teuta Grdinić bacc. obs., Barbara Finderle bacc. obs.  
Hrvatska komora primalja

## SAŽETAK

Kardiotokografija (CTG) predstavlja pretragu kojom se prate otkucaji fetalnog srca i kontrakcija maternice tijekom trudnoće i porođaja. Informacije koje pružatelji zdravstvene zaštite dobivaju iz CTG zapisa tijekom porođaja pomažu im da odluče hoće li ili ne intervenirati u procesu porođaja. U ovom prikazu pojašnjava se pojam kardiotokografije, opisuje njezin povijesni razvoj, prikazuju različite vrste izvođenja kardiotokografije te prednosti i nedostaci ove pretrage, a daju se i prijedlozi kako poboljšati postojeću praksu.

**Ključne riječi:** kardiotokografija, nadzor fetusa, trudnoća, porođaj

## UVOD

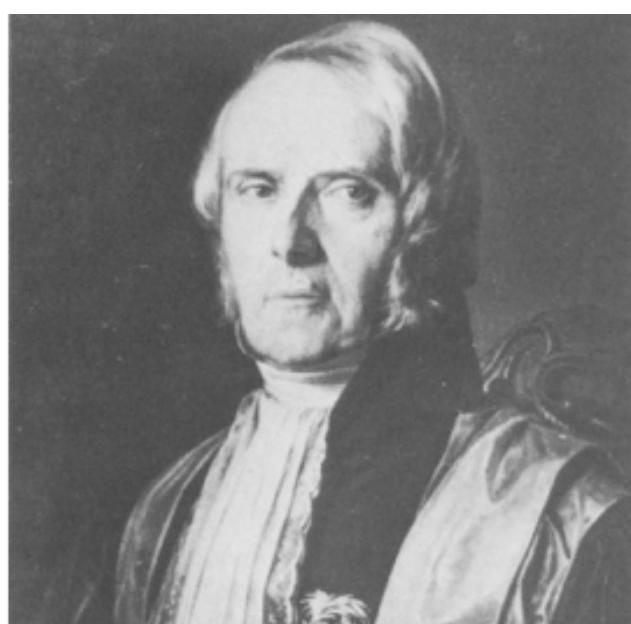
Kardiotokografija (CTG) kao kontinuirano i istodobno bilježenje fetalne srčane frekvencije i trudova oblik je elektronskog praćenja fetusa (eng. EFM – *electronic fetal monitoring*) te se primjenjuje u posljednjim tjednima trudnoće i tijekom porođaja. Ona je najraširenija neinvazivna metoda nadzora ploda u trudnoći i porođaju te je bitno unaprijedila pruženu skrb. Provodi se u odsutnosti kontrakcija kao non-stress test – NST, kada se provjerava kako plod reagira na uvjete u maternici i dobiva li dovoljno kisika te pomaže zdravstvenim djelatnicima u procjeni je li potrebna intervencija. Pod oksitocinskim opterećenjem se provodi kao stresni test – OST.



Slika 1. Primjer CTG ispisa

## KRATKA POVIJEST PRAĆENJA AUSKULTACIJA FETALNOG SRCA

Praćenje auskultacija otkucaja fetalnog srca veže se za 1650. godinu i pripisuje se francuskom liječniku Marsacu, iako se izravno slušanje otkucaja fetalnog srca prislanjanjem uha na trbuh majke obavljalo i stoljećima ranije. Wrisberg 1766. godine pribavlja drugo izdanje Roederersovog djela *Elementa artis obstetriciae* i vodi zabilješke o auskultaciji fetalnog srca prilikom dijagnostike trudnoće. Ženevski kirurg Francois Isaac Mayor 1818. godine prvi opisuje auskultaciju fetalnog srca prigodom sastanka pariške Akademije. Tri godine kasnije, Jean Alexandre Le Jumeau (Vicomte de Kergaradec) opisuje auskultaciju fetalnog srca Laennecovim stetoskopom ili drvenim fetoskopom na sjednici pariške Akademije te prepostavlja povezanost promjena u srčanoj aktivnosti i stanja fetusa. Iako nije bio opstetričar, Kergaradec je prepoznao važnost praćenja fetalnih otkucaja srca u praktičnoj opstetriciji. Njegova se publikacija prevodi na njemački jezik i objavljuje 1822. godine. Laennec, njegov učitelj, je bio utemeljitelj auskultacije torakalnih organa te je potvrdio njegove opservacije.

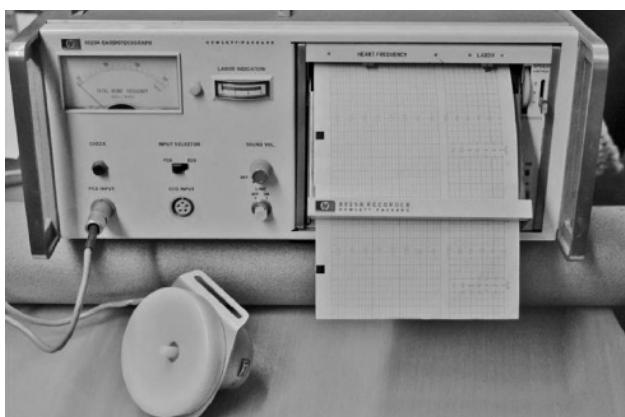


Slika 2. Jean Alexandre Le Jumeau, Vicomte de Kergaradec, Pariz (1787-1877)

Irski porodničar Evory Kennedy u svojoj monografiji opisuje učinak kompresije pupkovine i glavice na otkucaje fetalnog srca. Dr. Kilian 1849. godine objavljuje „stetoskopske indikacije za forceps“. Potom 1867. godine Kehler prvi opisuje vezu između fetalne bradikardije i kompresije glavice fetusa. Sredinom 60-ih godina 20. stoljeća obavlja se diskontinuirano praćenje fetalne srčane frekvencije modificiranim Pinardovom slušalicom („trubicom“). Tih je godina zabilježeno mnogo pokušaja kontinuiranog praćenja fetalnih otkucaja srca i to pokušajima fonokardiografije, fonoskopije, fetalne kardiotelefonije i elektrokardiografije. Počeci zapisa trudova javili su se otprilike 50 godina nakon otkrića otkucaja fetalnog srca. Schatz 1872. godine objavljuje prve krivulje trudova čija se preciznost i kvaliteta mogu mjeriti s današnjim zapisima. To su bili intrauterini zapisi trudova, pa je kontinuirano praćenje aktivnosti uterusa došlo u kliničku primjenu mnogo kasnije.

Pojedini se događaji mogu izdvojiti kao važni za razvitak uređaja za kliničku uporabu koji istodobno i kontinuirano registriraju fetalnu srčanu frekvenciju i aktivnost uterusa. Profesor Edward Hon 1957. godine je uspio u odvajanju fetalnih signala od abdominalno snimljenih zvukova majčinog i fetalnog porijekla čime je položio temelje moderne kardiotokografije. Profesor Roberto Caldeyro-Barcia i njegova radna skupina u Montevideu (Urugvaj) je istraživala nastanak trudova i mogućnost medikamentoznog utjecaja na trudove, no njihova metoda simultanog transabdominalnog uvođenja katetera u amnijsku šupljinu i balonkatetera nije prihvaćena u Europi.

Konrad Hammacher u suradnji s tvrtkom Hewlett-Packard razvija prijenosni kardiotokograf baziran na fonokardiotahografiji i eksternoj tokografiji.



Slika 3. Jedna od ranijih verzija Hammacherovog i Hewlett-Packardovog prijenosnog kardiotokografa pogodnog za kliničku upotrebu

To je otkriće razvilo metodu registriranja razlike između dvaju srčanih udara koji slijede jedan za drugim (njem. *Schlag zu Schlag*, eng. *beat to beat*), što je stvorilo osnovu za nastanak suvremene teoretske i praktične kardiotokografije.

Kardiotokografija je u hrvatskoj opstetričkoj praksi u širokoj praktičnoj primjeni nadzora fetusa tijekom kasne trudnoće i poroda od 1974. godine.

## VRSTE KARDIOTOKOGRAFSKOG NADZORA

Kardiotokografski nadzor može biti kontinuirani ili povremeni (isprekidani). Mnoge bolnice redovito koriste kontinuirano elektroničko praćenje fetusa tijekom porođaja.

Neke bolnice imaju mobilne, bežične, vodootporne kardiotokografske sonde. Za razliku od tradicionalnih, te bežične sonde su otporne na vodu (mogu se koristiti pod tušem i u kadi) ili za vrijeme aktivnih položaja rođilje daleko od bolničkog kreveta.

Isprekidano elektroničko praćenje fetusa koristi se samo povremeno tijekom porođaja ili samo kratko vrijeme nakon prijema u rađaonu, kao početna mjera praćenja fetusa. Uobičajeno je da se prilikom prijema u rodilište napravi kratko, obično 20-minutno, bilježenje fetalnih otkucaja srca i maternične aktivnosti. CTG pregled prilikom prijema je uveden da se prepoznaju rođilje s povišenim rizikom od fetalne hipoksije tijekom poroda koje je tada potrebno kontinuirano pratiti i da se eventualno primijene hitne intervencije ako je potrebno.

FIGO smjernice navode da kontinuirani elektronički nadzor fetalnih otkucaja srca tijekom poroda koristi prilikom praćenja visoko rizičnih rođilja i treba ga provoditi od trenutka prijema u rodilište. Kratkotrajni prijamni CTG zapis kod nisko rizičnih rođilja može biti koristan u otkrivanju neočekivane kronične fetalne hipoksije. Nije utvrđena znanstvena dobit intrapatalne kardiotokografije za sve rođilje, pa se odluka za kontinuirani CTG nadzor tijekom poroda donosi individualno.

## RAZLOZI ZA KARDIOTOKOGRFIJU

### 1. MEDICINSKI RAZLOZI ZA KARDIOTOKOGRFIJU:

- ako je fetus tijekom cijele trudnoće bio aktivan, a ta se aktivnost naglo smanjila u određenom periodu;
- ako se ultrazvukom utvrdi da rast fetusa nije u skladu s gestacijskom dobi;
- ako je utvrđeno da rođilja ima previše ili premalo plodove vode;
- ako rođilja boluje od šećerne bolesti, visokog krvnog tlaka ili nekog drugog medicinskog stanja koje bi moglo negativno utjecati na stanje ploda;
- ako je trudnica bila podvrgnuta kasnoj amniocentezi, kako bi se utvrdilo da nije došlo do oštećenja fetusa tijekom zahvata;

- ako trudnica ima opterećenu opstetričku anamnezu (spontani pobačaji, incidenti tijekom prethodnih porođaja);
- ako je termin poroda prošao, kako bi se utvrdilo stanje fetusa.

## **2. PRAVNI RAZLOZI KORIŠTENJA CTG NADZORA**

CTG služi za zaštitu bolnice u slučaju tužbe jer se njegov ispis može koristiti kao obrazloženje za ispravno postupanje tijekom porođaja.

## **3. OSTALI RAZLOZI KORIŠTENJA CTG NADZORA**

Nedostatak resursa i vremena jedan je od čestih razloga zašto je jednostavnije koristiti CTG nadzor prilikom praćenja porođaja. Mnogim bolnicama nedostaje dovoljan broj ultrazvučnih uređaja s mogućnošću doplerskih pretraga fetalne cirkulacije, a još je veći nedostatak broja pružatelja medicinske skrbi i vremena koje oni mogu provesti pored trudnice kako bi ju pratilo drugim metodama. Pinardova slušalica zahtijeva veliko iskustvo i podložna je subjektivnoj interpretaciji.

## **POTENCIJALNE MANE CTG NADZORA**

### **1. KARDIOTOKOGRAFIJA OGRANIČAVA KRETANJE U PORODU**

Kako je kretanje u porodu od velike važnosti za olakšavanje porođajne боли, bolje pozicioniranje i spuštanje fetusa, a elastični pojasevi koji pridržavaju sonde na trbuhi su nespretni, sputavaju majku u kretanju i lošije očitavaju otkucaje kad je rodilja u pokretu, rodilja je često zamoljena da legne na krevet dok traje snimanje. Iako bi u teoriji snimanje trebalo trajati oko 20 minuta, ono se često oduži te pretvoriti u kontinuirani nadzor. Većini rodilja ležanje u porodu otežava sam porođaj, a kontinuirano CTG praćenje onemogućava spontano kretanje.

### **2. KARDIOTOKOGRAFIJA POSTAJE MJERILO PRAĆENJA PORODA, UMJESTO RODILJE**

Prema radu autora Dekker i Bertone iz 2018. godine, nekim rodiljama je gledanje monitora i slušanje fetalnih otkucaja srca odvraćalo pozornost od trudova, a drugima pridonijelo stresu te uvećalo porođajnu bol. Normalne promjene u ritmu fetalnih otkucaja srca tijekom kontrakcija mogu zabrinuti rodilju te stvoriti dodatan stres koji dokazano pojačava bol.

Postoji opasnost da kardiotokografija skrene pozornost s rodilje na način da analiza CTG krivulje postane glavno

mjerilo praćenja porođaja radi čega se zanemaruje rodiljin osjećaj porođaja i umanjuje osjećaj podrške. Tada rodilje imaju veći osjećaj boli i postaju manje zadovoljne svojim iskustvom poroda. Može se dogoditi da intenzitet očitanja trudova CTG-om i rodiljin osjećaj trudova nisu usklađeni pa rodilje često posumnjuju u signale svoga tijela, što stvara dodatan stres.

## **3. POVEĆAN RIZIK OD NEPOTREBNIH INTERVENCIJA I CARSKOGL REZA**

Rodilje stavljene na CTG prilikom prijema imaju veću vjeratnost da će se dogoditi određena intervencija uključivši i carski rez, bez poboljšanja ishoda porođaja. Prilikom primjene kontinuiranog CTG nadzora postoji do 63% veća šansa da će se primijeniti carski rez i 15% veća šansa da će se upotrijebiti vakuum ili forceps prilikom porođaja. Do navedenih intervencija dolazi jer, iako CTG očitava fetalne otkucaje točnije od drugih metoda, ipak istovremeno daje veći broj lažno pozitivnih nalaza koje pružatelji medicinske skrbi tumače kao potrebu za intervencijom. Broj perinatalnih smrti se nije smanjio sa širom primjenom CTG-a, a Apgar ocjene su ostale iste. Elektronsko praćenje ima prednost kod rodilja s povиšenim rizikom. Za niskorizične trudnice neki autori umjesto CTG-a preporučuju primjenu auskultacije fetalnih srčanih otkucaja pomoću stetoskopa, Pinardovog stetoskopa ili ručnog doplerskog ultrazvuka.

## **ZAKLJUČAK**

Napredak tehnologije omogućuje bolji nadzor ploda, no još uvijek nedostaju čvrsti dokazi da određene metode antenatalne zaštite pridonose smanjenju komplikacija u trudnoći i porodu. CTG nadzor uveden je u rađaonice 1970-ih godina, unatoč činjenici da nije bilo znanstvenih dokaza njegove sigurnosti i/ili učinkovitosti. Različita su ispitivanja pokazala da je kontinuirani CTG nadzor prilikom poroda niskorizičnih rodilja pridonio povećanju stope carskog reza, ali bez ikakvog smanjenja pojave cerebralne paralize, poboljšanja u Apgar ocjenama, učestalosti primanjima u jedinice intenzivne neonatalne skrbi i smanjenja perinatalnog mortaliteta.

Iako se maternalna i perinatalna smrtnost smanjila, ipak broj djece rođene s neurološkim poteškoćama nije pratio taj trend. Svrha nadzora fetusa trebala bi primarno biti dijagnoza hipoksije i intrauterinog zastoja u rastu, pošto su to najčešći uzroci fetalne i perinatalne smrti ili trajnih neuroloških oštećenja.

Realnost je da u bolnicama postoje sustavni pritisci koji ograničavaju liječnike, primalje i ostalo zdravstveno osoblje da uistinu podržavaju želje i potrebe budućih roditelja. Premalen broj medicinskog osoblja i povećane birokratske obaveze ograničavaju individualniji pristup rodiljima.

Jedna od prednosti auskultacije otkucanja fetalnog srca je ta što zahtijeva da medicinsko osoblje provodi više vremena s rođiljom, a njihova češća fizička prisutnost može smanjiti bol i povećati zadovoljstvo njihovih klijentica. Istraživanja pokazuju da je kontinuirana podrška tijekom porođaja povezana sa smanjenjem rizika od carskog reza za 25%, povećanjem vjerojatnosti spontanog porođaja za 8%, smanjenjem upotrebe bilo kakvih lijekova za ublažavanje bolova za 10%, smanjenjem trajanja trudova za prosječno 41 minutu, te za 38%-tним smanjenjem rizika za nisku vrijednost Apgar ocjene u petoj minuti.

Pretjerana upotreba CTG-a u niskorizičnim trudnoćama može dovesti do nepotrebnih zahvata, što se najčešće odnosi na povećan broj carskih rezova, a bez pravog benefita za majku i dijete. Stoga je nužno pratiti najnovije smjernice u okviru prenatalne dijagnostike kako bi se omogućile najefikasnije metode nadzora uz najmanji rizik.

## LITERATURA

1. Brković, J., Kontinuirani CTG nadzor: U čemu je problem. (Lele Doula), 2018., raspoloživo na: <https://lele.hr/blog/porod/kontinuirani-ctg-nadzor-u-cemu-je-problem/>, (pristupljeno 07.04.2020.)
2. Harni, V., Gudelj, M., Šemnički, N., „Kardiotokografija: Od otkrića otkucanja čedinjeg srca do FIGO smjernica“, Gynaecol Perinatol, 15(1):19-29, 2006.
3. Wulf, K. H., „History of Fetal Heart Rate Monitoring“, Künzel W. Eds., Fetal Heart Rate Monitoring, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, pp. 3-15, 1985.
4. Blazer, S., Zimmer E. Z., „The Embryo: Scientific Discovery and Medical Ethics“, Karger Medical and Scientific Publishers, str. 292, 2005.
5. Salig, E., Dräger, M., Stupin, J. H. (Eds.), „The Beginnings of Perinatal Medicine“, De Gruyter, str. 16, 2014.
6. Dekker, R., Bertone, A., Fetal Monitoring. (Evidence Based Birth), 2018., raspoloživo na: <https://evidencebasedbirth.com/fetal-monitoring/>, (pristupljeno 07.04.2020.)
7. MAYDAY Series: Ref #2 (2019), A Quick History of Fetal Monitoring as a Verb: Auscultation ~ and names of physician-inventors (Faith Gibson), raspoloživo na: <https://faithgibson.org/mayday-series-a-quick-history-of-fetal-monitoring-as-a-verb-auscultation-and-names-of-physician-inventors/>, (pristupljeno 11.04.2020.)
8. Tadić, M., Kardiotokografija (CTG), (Trudnoća.hr), 2012., raspoloživo na: <https://www.trudnoca.hr/trudnoca/pregledi-i-pretrage-u-trudnoci/kardiotokografija-ctg/>, (pristupljeno 07.04.2020.)
9. Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H. i sur., Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care (The Lancet), raspoloživo na: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/P11S0140-6736\(14\)60789-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/P11S0140-6736(14)60789-3/fulltext), (pristupljeno 11.04.2020.)
10. Jaram, L., „Nadzor fetusa u trudnoći i porođaju“, Diplomski rad, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2018.

# Inkontinencija u puerperiju

(PREGLEDNI RAD)

*Autor: Marina Jurić, studentica treće godine prediplomskega stručnog studija primaljstva*

*Ustanova: Fakultet zdravstvenih studija Rijeka*

## SAŽETAK

Prevalencija urinarne inkontinencije u puerperiju prema pojedinim istraživanjima i statističkim podacima doseže gotovo 50 do 70%, a na temelju toga možemo zaključiti da je to problem koji pogađa gotovo svaku drugu ženu u puerperalnom razdoblju. Inkontinencija stolice nije toliko rijedak problem, međutim često se o njoj ne govori zbog neugodnosti. Gotovo jedna od deset žena se susreće s pojmom fekalne inkontinencije u puerperiju. Žene često nisu upoznate da postoje različite vrste inkontinencije u razdoblju puerperija, a prema samoj vrsti inkontinencije, intervencije će biti različite. Vrste urinarne inkontinencije u puerperiju su: traumatske inkontinencije podrazumijevaju stanja u kojem je došlo do značajnijih ozljeda tijekom poroda. Ozljede se najčešće odnose na uretru,

mokračni mjehur ili mokračovod što naposljetu dovodi do komunikacije s rođnicom. Urgentna inkontinencija je vrsta inkontinencije koju karakterizira subjektivna potreba za mokrenjem iako mokračni mjehur nije u potpunosti pun. Stresna inkontinencija podrazumijeva nemogućnost zadržavanja mokraće do koje dolazi nakon manjeg ili većeg napora (kašljivanje, kihanje, smijanje, vježbanje ili podizanje težih stvari). Glavni uzrok ovog poremećaja povezujemo sa slabosti mišića dna zdjelice uz ili bez značajnijih oštećenja tkiva, koje proizlaze iz porođaja ili menopauze. Bitno je razumjeti faktore rizika koju utječu na nastanak inkontinencije. Izbjegavati i po mogućnosti u potpunosti eliminirati rizične čimbenike tijekom poroda, a koji značajno utječu na rizik nastanka inkontinencije. **Ključne riječi:** urinarna inkontinencija, fekalna inkontinencija, Kegelove vježbe

## UVOD

Žene se kroz cijelo vrijeme puerperija susreću s različitim promjenama svoga tijela. Nerijetko niti same nisu dovoljno upoznate s promjenama koje ih očekuju, a potom nisu dovoljno educirane kako bi mogle raditi na prevenciji ili otklanjanju različitih stanja. Veza urinarne inkontinencije (UI) s trudnoćom i porođajem poznata je nepoznatica. Prevalencija urinarne inkontinencije u puerperiju, prema pojedinim istraživanjima i statističkim podacima, doseže gotovo 50 do 70%, na temelju toga možemo zaključiti da je to problem koji pogarda gotovo svaku drugu ženu u puerperalnom razdoblju. Žene često nisu upoznate da postoje različite vrste inkontinencije u razdoblju puerperija, a prema samoj vrsti inkontinencije, intervencije će biti različite. (1)

## RAZRADA

Pod pojmom inkontinencije podrazumijevamo stanje u kojem osoba nije u mogućnosti kontrolirati mokrenje, odnosno ne može zadržati urin. Sukladno tome može doći od manjih „bježanja“ mokraće do potpune nemogućnosti voljnog zadržavanja mokraće. Iako inkontinencija najčešće nije stanje koje zahtijeva hitnu reakciju, ona bi ipak trebala biti procijenjena od strane ginekologa, ali i urologa. Inkontinencija u puerperiju nije rijetka stvar, ali zahtijeva ozbiljan pristup toj problematici. Ona kod žena izaziva osjećaj nelagode, ponekad srama i ograničava njihove prijašnje navike. (2)

## VRSTE URINARNE INKONTINENCIJE U PUEPERIJI

Traumatske inkontinencije podrazumijevaju stanja u kojem je došlo do značajnijih ozljeda tijekom poroda. Ozljede se najčešće odnose na uretru, mokračni mjehur ili mokračvod što naposljetku dovodi do komunikacije s rodnicom. Takve ozljede moguće je gotovo odmah dijagnosticirati po porodu stoga je potrebno pristupiti njihovom zbrinjavanju u svrhu što boljeg očuvanja urinarne funkcije. Ako dođe do traumatske ozljede usred koje dolazi do komunikacije urinarnog sustava i rodnice, tada govorimo o fistulama. Sveže traumatske fistule koje nastaju odmah i moguće ih je promptno dijagnosticirati treba razlikovati od kasnih koje se javljaju od 10 do 14 dana po porodu i uzrok im je nekroza tkiva. U obje vrste fistula događa se da mokraća pasivno teče kroz nastali otvor u rodnici. (3)

Urgentna inkontinencija je vrsta inkontinencije koju karakterizira subjektivna potreba za mokrenjem iako mokračni mjehur nije u potpunosti pun. Karakteristično u ovoj situaciji je da žena osjeća potrebu za mokrenjem iako je nedavno već mokrila te rijetko ima osjećaj da joj je mjehur prazan. Ovu vrstu inkontinencije najčešće možemo povezati s oštećenjem živčanih vlakana do kojeg

može doći za vrijeme trudnoće ili poroda. Također može nastati uslijed bolesti središnjeg živčanog sustav (multipla skleroza, Morbus Parkinson, demencija). (3)

Stresna inkontinencija podrazumijeva nemogućnost zadržavanja mokraće do kojeg dolazi nakon manjeg ili većeg napora (kašljanje, kihanje, smijanje, vježbanje ili podizanje težih stvari). Glavni uzrok ovog poremećaja povezujemo sa slabostima mišića dna zdjelice uz ili bez značajnijih oštećenja tkiva, koje proizlaze iz porođaja ili menopauze. Nemogućnost zadržavanja mokraće prisutna je samo u nabrojanim situacijama uslijed kojih dolazi do povećanja abdominalnog tlaka. (3)

## FEKALNA INKONTINENCIJA

Fekalna inkontinencija podrazumijeva nemogućnost kontrole pražnjenja crijeva i vjetrova. Težina može varirati od blage, tijekom koje se ne može kontrolirati zadržavanje vjetrova, do izrazito teške, tijekom koje dolazi do nemogućnosti kontroliranja izlaska tekuće i tvrde stolice. Inkontinencija stolice nije toliko rijedak problem, međutim često se o njoj ne govori zbog neugodnosti. Gotovo jedna od deset žena se susreće s pojavom fekalne inkontinencije u puerperiju. Fekalna inkontinencija se također može podjeliti na kompletну i parcijalnu. Kompletну inkontinenciju karakterizira situacija u kojoj osoba ne može voljno zadržati kontrolu tvrde stolice, a parcijalna fekalna inkontinencija podrazumijeva stanje tijekom kojeg dolazi do nemogućnosti kontrole tekuće stolice. Možemo razlikovati pasivnu inkontinenciju, koja je direktna posljedica oštećenja mišića unutarnjeg analnog sfinktera i urgentnu inkontinenciju koja može biti uzrokovana oštećenjem mišića vanjskog analnog sfinktera. Oštećenje vanjskog i unutarnjeg analnog sfinktera možemo definirati kao stanja i ozljede do kojih može doći tijekom poroda, neadekvatnim vođenjem drugog porodnog doba, instrumentalnim dovršenjem poroda i primjenom neprikladnih postupaka. (4)

## ČIMBENICI RIZIKA ZA POJAVU INKONTINENCIJE

Činjenica je da gotovo nikada inkontinenciju ne možemo sa sigurnošću predvidjeti, no pojавa i prisustvo različitih čimbenika mogu nam ukazati na povećani rizik od pojave inkontinencije u razdoblju puerperija. Neki od njih su godine života. Dobna granica rađanja se značajno pomiče u odnosu na razdoblje prije 15 do 20 godina, sukladno tome s dobi žene smanjuje se postotak prugastih mišića koji sačinjavaju uretru, što poslijedno u određenom broju slučajeva dovodi do smanjenja tlaka koji je prisutan u uretri. Pušenje također predstavlja izuzetno značajan čimbenik rizika, jer se pušenje povezuje s učestalom kašljem koji poslijedno dovodi do povećanog abdominalnog tlaka. Prekomjerna tjelesna težina prije i tijekom same trudnoće

dovodi do stalnog povišenja intraabdominalnog tlaka i slabljenja zdjeličnog dna usred prekomjernog pritiska. Tjelesna neaktivnost također dovodi do slabljenja mišića zdjeličnog dna, poslijedno često povezivana sa stresnom inkontinencijom. Učestalo, intenzivno i snažno tiskanje tijekom drugog porodnog doba jasno upućuje na povećanu stopu ozljeda perinealnog tkiva, kao i veću stopu pojave inkontinencije u razdoblju puerperija. Utjecaj epiduralne analgezije na pojavu inkontinencije još uvijek je diskutabilan. U manjem broju istraživanja upotreba epiduralne se povezuje s pojmom stresne inkontinencije u kratkom periodu nakon poroda. Epiziotomiju sukladno dosadašnjim istraživanjima ne možemo smatrati glavnim faktorom rizika, ali sa sigurnošću možemo zaključiti da primjena rutinske epiziotomije u svrhu prevencije urinarne inkontinencije nije opravdana. Carski rez kao način dovršenja poroda također sukladno znanstvenim istraživanjima nije opravdan, sukladno tome da stopa inkontinencije kod žena koje su rodile vaginalnim putem i carskim rezom ne pokazuje značajne razlike. (3)

## **PREVENCIJA OŠTEĆENJA DNA ZDJELICE**

Na samoj prevenciji je poželjno, ali i nužno raditi još prilikom trudnoće. U tome ulogu ima i pohađanje tečaja za trudnice gdje se može steći dodatna edukacija. Vježbe zdjeličnog dna trebale bi se sastojati od 20 do 30 ponavljanja dnevno tijekom trudnoće. Cilj takvih vježbi je postizanje svjesne kontrakcije mišića dna zdjelice u trajanju od nekoliko sekundi. Takve vježbe tijekom trudnoće nisu samo i jedino dobre u svrhu prevencije urinarne inkontinencije, nego i za kontrolu tijekom poroda i trudova. Trudnice treba savjetovati da izbjegavaju veliko povećanje tjelesne težine, sukladno tome da prekomjerena težina sa sigurnošću dovodi do povećanog pritiska na mišiće dna zdjelice i njihovo slabljenje. Neposredno nakon poroda bi trebalo raspravljati i razmatrati sve dostupne načine za oporavljanje dna zdjelice. (3)

## **PSIHOLOŠKA KOMPONENTA INKONTINENCIJE U PUPERPERIJU**

Iako inkontinencija u puerperiju predstavlja problem fiziologije urinarnog sustava, ne smijemo niti trebamo zaboraviti i neizbjegnu psihološku komponentu. Neovisno o kojoj vrsti inkontinencije govorimo, mjeri u kojoj je ona prisutna, vremenu javljanja ona je izuzetna prepreka u obavljanju svakodnevnih obveza i normalnog funkciranja žene. Žene nisu sigurne kada će se nekontrolirano mokrenje javiti, stoga im odlazak izvan prostora svoje kuće izaziva stres i nelagodu. U tim situacijama bitno ih je educirati o velikom broju žena koje imaju isto stanje, potom iskoristiti to kao dodatnu motivaciju za redovitu i

discipliniranu primjenu Kegelovih vježbi. Važno je skrenuti pažnju na odabir prikladne odjeće kako bi neugodnost bila što manja. Nerijetko je upravo psihološka komponenta puno veći uteg u normalnom funkcioniranju.

## **LIJEČENJE INKONTINENCIJE**

Ako govorimo o inkontinenciji uzrokovanoj fistulama i otjecanju urina kroz rodnicu, liječenje u određenom broju slučajeva je kirurški. Također uz drenažu trajnim kateterom, manje fistule veličine 2,3 mm mogu spontano zacijeliti kroz 3 do 4 tjedna, a taj period smatra se razumnim i optimalnim vremenom cijeljenja.

U slučajevima stresne urinarne inkontinencije gdje je prisutna slabost mišićnog dna tada možemo govoriti o vježbama za jačanje te ciljane mišićne skupine poznatijim kao Kegelove vježbe. Krajem četrdesetih godina prošlog stoljeća, američki ginekolog Arnold Kegel prvi je uveo ovu metodu za liječenje postporođajne inkontinencije i poboljšanje funkcije i tonusa mišića dna zdjelice nakon porođaja. Kegelove vježbe su bile uspješne jer su žene koje su izvodile ove vježbe nakon porođaja, u redovitim vremenskim intervalima zabilježile stopu izlječenja čak 84%, a stope poboljšanja čak 100%. Kegelove vježbe su najčešće preporučena konzervativna terapija za žene u puerperiju sa stresnom urinarnom inkontinencijom. Vježbe vode do jačanja vanjskih sfinktera i mišića zdjelice. Počinje se raditi u ležećem položaju (najlakši jer mišići ne rade protiv sile gravitacije). Kad mišići ojačaju prelazi se na vježbanje u sjedećem i stojećem položaju (sila gravitacije djeluje kao dodatno opterećenje). Mogu se koristiti vaginalni ulošci (čunjnici) – pojačavaju opterećenje. Trening se sastoji od vježbi za jačanje mišića zdjeličnog dna. Nakon kratkog vremena uspostavlja se ravnoteža između područja trbuha i zdjeličnog dna. Cilj je ojačati mišiće zdjeličnog dna kojima je funkcija zadržati i poduprijeti organe na mjestu kod povećanog intraabdominalnog tlaka kako bi spriječio nekontrolirani gubitak mokraće. Umjerenim vježbanjem snaže se mišići, održava njihova elastičnost i povećava prokrvljenost ovog područja. Uskladiti vježbe s disanjem (pri udisaju povećava se intraabdominalni pritisak, a pri izdisaju smanjuje i nastupa relaksacija te se u toj fazi izvodi kontrakcija zdjeličnog dna). Također opcija u liječenju stresne i urgente inkontinencije jest primjena elektromagnetske stimulacije. Naime tretman nije bolan, zahtijeva sjedenje na stolici koja emitira puls magnetnog polja uslijed kojeg dolazi do kontrakcije mišića dna zdjelice. Žena također tijekom postupka biva poticana da samovoljno kontrahira mišiće u mjeri u kojoj je to moguće. Efekti magnetske stimulacije su povećanje snage i izdržljivosti sfinktera i mišića zdjelice. Najčešće se terapija provodi 2 do 3 puta tjedno, trajanje tretmana je otpriklike 15 do 20 minuta, intenzitet se postupno povećava. (4)

## PRIMALJSKA SKRB ZA PACIJENTICU S INKONTINENCIJOM

Primalja će u velikom broju slučajeva biti osoba kojoj će se pacijentica obratiti vezano za nelagodu inkontinencije. Od ključne je važnosti educirati o učestalosti inkontinencije i razbiti dojam o „tabu“ temi koja pacijentici treba izazvati neugodu i sram. Ako govorimo o stresnoj urinarnoj inkontinenciji, primalja će biti osoba koja će educirati o izvođenju Kegelovih vježbi nakon izlaska iz bolnice kroz duži period puerperija. Istaknut će važnost učestalog i pravilnog izvođenja vježbi u procesu oporavka i liječenja. Bez adekvatne edukacije primalje, pacijentice teško pravilno izvode vježbu – mišići su na dnu zdjelice i rijetko se kontrahiraju svjesno. Primalja treba educirati pacijenticu kako osjetiti mišiće dna zdjelice. Često se aktivira glutealna, adduktorna ili abdominalna muskulatura umjesto mišića zdjeličnog dna – kompenzacija (to povećava intraabdominalni tlak i povećava problem). Kako bi se osvijestili mišići dna zdjelice koristi se tehnika zaustavljanja mlaza mokraće pri mokrenju – u početku 3/5 pa do 10/5 tri puta dnevno. Potrebno je educirati o izuzetnoj važnosti pravilne higijene kako bi se spriječio mogući nastanak infekcije. U slučaju inkontinencije nastale zbog urogenitalnih fistula, primalja će sudjelovati u postupku dijagnostike, liječenja i skrbi tijekom oporavka.

## ZAKLJUČAK

Sa sigurnošću možemo reći da inkontinencija pogađa velik postotak žena u razdoblju puerperija te predstavlja izuzetnu prepreku tijekom perioda oporavka i brige za novorođenče, ali i svakodnevno funkcioniranje. Bitno je razumjeti faktore rizika koji utječu na nastanak inkontinencije. Treba izbjegavati i po mogućnosti u potpunosti eliminirati rizične čimbenike tijekom poroda, a koji značajno utječu na rizik nastanka inkontinencije. Neki od njih su pravilno vođenje klijentice kroz drugo porodno doba bez poticanja na intenzivno i konstantno tiskanje. Edukacija o pravilnoj prehrani i vježbanju tijekom trudnoće zauzima izuzetno veliku ulogu u prevenciji nastanka urinarne inkontinencije, što dovodi do smanjivanja pritiska na mišiće dna zdjelice i njihovo ojačavanje. Saznanje o tome da rutinska epiziotomija ne dovodi do prevencije urinarne inkontinencije, mora dovesti do primjene tih znanstveno dokazanih činjenica i u kliničkoj praksi. Naposljetku možemo zaključiti da je uloga primalje u prevenciji urinarne inkontinencije zapravo i veća negoli u samom liječenju. Pravovremeno dijagnosticiranje vrste inkontinencije i njezina uzroka od ključne je važnosti za početak liječenja u ranoj fazi puerperija. Pacijentici je u tijeku liječenja inkontinencije potrebno pružiti podršku te biti otvoreni za pitanja tijekom cijelokupnog procesa. Ne možemo niti smijemo zaboraviti niti psihološke aspekte koji su prisutni uz narušenu fiziologiju urinarnog sustava,

stoga je neizbjjezan multidisciplinarni pristup. Činjenica je da gotovo nikada inkontinenciju ne možemo sa sigurnošću predvidjeti, no pojava i prisustvo različitih čimbenika mogu nam ukazati na povećani rizik od pojave inkontinencije u razdoblju puerperija. Neki od njih su godine života, pušenje, prekomjerna tjelesna težina, epiziotomija, kao i epiduralna analgezija. Na samoj prevenciji je poželjno, ali i nužno raditi još prilikom trudnoće. U tome ulogu ima i pohađanje tečaja za trudnice gdje se može steći dodatna edukacija. Vježbe zdjeličnog dna trebale bi se sastojati od 20 do 30 ponavljanja dnevno tijekom trudnoće. Cilj takvih vježbi je postizanje svjesne kontrakcije mišića dna zdjelice u trajanju od nekoliko sekundi. Iako inkontinencija u puerperiju predstavlja problem fiziologije urinarnog sustava, ipak ne smijemo niti trebamo zaboraviti i neizbjježnu psihološku komponentu. Neovisno o kojoj vrsti inkontinencije govorimo, mjeri u kojoj je ona prisutna, vremenu javljanja ona je izuzetna prepreka u obavljanju svakodnevnih obveza i normalnog funkciranja žene. Fekalna inkontinencija podrazumijeva nemogućnost kontrole pražnjenja crijeva i vjetrova. Težina može varirati od blage, tijekom koje se ne može kontrolirati zadržavanje vjetrova, do izrazito teške, tijekom koje dolazi do nemogućnosti kontroliranja izlaska tekuće i tvrde stolice. Inkontinencija stolice nije toliko rijedak problem, međutim često se o njoj ne govorи zbog neugodnosti.

## LITERATURA

1. Habek, D., Ginekologija i porodnišvo za visoke zdravstvene studije, 2. izdanje, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.
2. Đelmiš, J., Orešković, S. i sur., Fetalna medicina i opstetricija, 1. izdanje, Medicinska naklada, Zagreb, 2014.
3. Carley, M. E., Carley, J. M., Vasdev, G., Lesnick, T. G., Webb, M. J., Ramin, K. D., Lee, R. A., Factors that are associated with clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery (mrežne stranice). Rochester; American journal of obstetrics and gynecology. 2002 Aug (citirano 14. travnja 2020.). Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12193938>
4. Woodley, S. J., Boyle, R., Cody, J. D., Mørkved, S., Hay-Smith, E. J. C., Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (mrežne stranice). Otago, New Zealand: Cochrane Database of Systematic Reviews; 22 December 2017 (citirano 14. travnja 2020.). Dostupno na: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007471.pub3/full>
5. Stian Langeland Wesnes, Gunnar Lose. Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review (mrežne stranice). Bergen, Norway; 23 February 2013 (citirano 14. travnja 2020.). Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23436034>

# *Hrvatska udruga za promicanje primaljstva kroz povijest*

*(PREGLEDNI RAD)*

*Autorica: Erika Spirić, bacc. obs.  
Hrvatska komora primalja*

## **SAŽETAK:**

Organiziranje primalja u udružu kako bi se zajednički izborile za bolje radne i životne uvjete seže još u vrijeme prije Drugog svjetskog rata. Pet godina nakon povezivanja europskih primalja 1952. godine osniva se Udruženje primalja Narodne Republike Hrvatske. Udruženje je uspješno rješavalo mnoge probleme u primaljstvu kao što je doškolovanje primalja, briga za bolje radne i životne uvjete, pomoći starim iznemoglim primaljama koje nisu ostvarile pravo na mirovinu, rad na osnivanju prvo četverogodišnje škole za primalje, zatim i više primaljske škole u Zagrebu.

Od samog početka te kroz sve godine djelovanja Udruge izlazi Primaljski vjesnik, koji donosi stručne članke, novosti u medicini, ali i obavijesti primaljama o mogućnosti i načinu polaganja posebnog stručnog ispita i postizanje adekvatne stručne spreme, a upoznaje ih sa svim promjenama u zakonu, koje se tiču njihove struke.

Još je jedna manifestacija, koju je pokrenulo Udruženje primalja Republike Hrvatske i nastavilo s njom do današnjih dana, za edukaciju primalja od iznimne važnosti, jesu simpoziji koji se organiziraju redovito svake godine, osim za vrijeme trajanja Domovinskog rata, kada je i Udruga kratko prekinula s radom.

Kroz sve godine djelovanja Udruga se angažirala na poticanju školovanja primalja i otvaranju studija primaljstva, osiguravanju radnih mjesta za primalje, povezivanju sa srodnim udrugama, učlanjenju u ICM i Europsku udrugu primalja, i u konačnici sudjeluje u kreiranju Zakona o primaljstvu i osnivanju Hrvatske komore primalja.

Primalje su u jednom dijelu svog postojanja izgubile identitet. Počeli su ih nazivati sestrama, same su se nazivale sestrara i trebalo je mnogo godina napora i aktivnosti Udruge primalja da bi se ženama približila primalja te da bi žene ponovo prihvatile, prepoznale i počele cijeniti primalju.

Sve ono što je Društvo primalja nekad uspjelo postići, kada nisu imale ni osnovna sredstva za rad, mi danas možemo mnogo više i bolje, ako budemo složne i vjerujemo u sebe, svoje znanje i svoje sposobnosti. Za početak će biti dovoljno da se počnemo nazivati primaljama.

**Ključne riječi:** primalja, udruga primalja, školovanje primalja, simpozij primalja, povijest

## **UVOD:**

Ideja o organiziranju primalja u udružu kako bi se zajednički izborile i rješile probleme s kojima se susreću u svakodnevnom radu seže još u vrijeme prije Drugog svjetskog rata. U Europi i u Hrvatskoj, primalje se u svom svakodnevnom radu susreću s mnogim problemima koje je potrebno rješavati. S obzirom na to da ništa nikada ne može riješiti pojedinac, a primaljstvo je oduvijek bila struka od sveopćeg značenja, primalje se 1952. organiziraju i u Hrvatskoj, pet godina poslije udruživanja primalja u Europi, te osnivaju Udruženje primalja NR Hrvatske.

Nema puno pisanih podataka o radu primalja iz tog vremena. U Primaljskim vjesnicima iz 60-ih godina prošlog stoljeća može se iščitati koji su problemi mučili naše prethodnice i način na koji su ih rješavale. Tadašnji naziv udruženja bio je Udruženje diplomiranih primalja NR Hrvatske i takav je ostao do promjene imena u Udruženje medicinskih sestara primaljskog smjera Socijalističke Republike Hrvatske nakon 1964. godine. (1)

Kad je osnovano „babičko udruženje“ imalo je mali broj članica, unatoč tomu što je bilo dobro zamišljeno. Već su tada primalje nastojale da napreduju u poslu, struci, bolnicama i na terenima. Kada bi se organizirali početni skupovi, na njima su dominirali problemi, ne osobni, već cijelog kadra. Članice su iznosile poteškoće koje nisu mogle riješiti zbog niza dužnosti i obaveza. Rješavalo se što se riješiti moglo.

## **ŠKOLOVANJE PRIMALJA**

Ono što je značajno za to doba je školovanje primalja. Uvjet za upis u primaljsku školu, koja je trajala dvije godine, je bila starost polaznica između 20 i 30 godina života i najmanje četiri razreda osnovne škole.

Razvojem medicine, posebno ginekologije i opstetricije postavljaju se potrebe za još kvalitetnijim kadrom pa se Udruženje primalja bori za bolje obrazovanje te je od 1958. godine školovanje produženo na tri godine.

Velikim zalaganjem Udruženja, uz svesrdnu podršku ginekologa, ali i društvene zajednice, organizirani su tečajevi kojima su postojeće primalje, nakon odslušanog tečaja i polaganja ispita, mogle obaviti dokvalifikaciju. Da bi se primaljama olakšala priprema za taj posebni stručni ispit, tiskane su skripte prema izdanom programu Savjeta za narodno zdravlje, a organizirana su i potrebna predavanje i seminari.

„Da bi Upravni odbor imao uspjeh u svom radu na uzdizanju primalje u općeobrazovnom i stručnom pogledu, trebao je zato stvoriti uvjete u samom sistemu organizacije Udruženja. Ove je uvjete postigao Upravni odbor uspješno provedenom decentralizacijom Udruženja, osnutkom 26 podružnica na teritoriju NR Hrvatske. U osnovanim podružnicama okupio je Upravni odbor pretežni dio sviju primalja tako da organizacija primalja broji danas preko 1.400 članica“, piše u dokumentima.

## BORBA ZA PLAVU UNIFORMU

Trogodišnje školovanje pokazalo se nedostatnim te je sljedeći veliki zadatak Udruženja bio inzistirati na četverogodišnjem školovanju za primalje, a nakon toga i na dokvalifikaciji za sve postojeće primalje u radnom odnosu, u čemu u potpunosti uspijeva. U to su vrijeme primalje s trogodišnjom školom nosile svjetlozelene uniforme, a one sa završenom četverogodišnjom školom svjetloplave. Boja uniforme je bila oznaka završene stručne spreme. Medicinske sestre su već imale četverogodišnje obrazovanje, a primalje su se tek trebale za to izboriti i o tome su kasnije govorile kao o „borbi za plavu uniformu“.

„Pri uzdizanju kadra Upravni odbor obratio je i naročitu pažnju na obrazovanje budućeg kadra. U tu svrhu Upravni je odbor održao više sastanaka na kojima se potanko diskutiralo o školovanju budućeg kadra, pa je zauzeo stanovište, da se školovanje primalja treba produžiti u cilju postizanja srednjeg ranga, kako bi primalje postigle viši stepen opće obrazovanosti i viši stepen u stručnom pogledu. Ovo stanovište zastupali su odlučno i delegati Upravnog odbora na sastancima posebnih komisija osnovanih za unapređenje školstva pri Narodnom odboru grada Zagreba, Savjetu za narodno zdravlje NRH, Mjesnom i Republičkom odboru Sindikata zdravstvenih radnika pa se mora priznati da je Upravni odbor u tom pogledu i imao uspjeha, jer je donesenim zakonom o medicinskim školama produženo školovanja primaljama, nakon uspješno završene 8-godišnje škole, na 4 godine, a za postignuće višeg ranga predviđena je i za primalje viša medicinska škola s postdiplomskim ispitom. Upravni odbor mora naglasiti da je u tom pothvatu imao jaku podršku naših predstavnika liječnika ginekologa.“ (1)

To je izvještaj o radu iz 1960. godine koji je Upravni odbor Udruženja diplomiranih primalja podnio na skupštini 1961. Trebalo je proći još neko vrijeme i voditi još neke

borbe prije negoli će primalje dobiti četverogodišnju školu i plavu uniformu.

## ČETVEROGODIŠNJA ŠKOLA

Od 1964. godine nastavni programi su proširen na četiri godine, a uvjet za upis bila je završena osmogodišnja škola. U skladu s produljenjem školovanja, prošireni su i nastavni planovi i programi, i to u stručnom i općeobrazovnom dijelu, a škola mijenja ime u Škola za medicinske sestre primaljskog smjera.

Nakon završetka školovanja i postizanja IV. stupnja stručne spreme, medicinske sestre primaljskog smjera zapošljavale su se, osim u rodilištima i na ginekološkim bolničkim odjelima, u ginekološkim ambulantama po domovima zdravlja i dispanzerima za žene. Ostvarenje navedenog kadrovskog poboljšanja u praksi, te šire djelatne mogućnosti primalja bili su tek neki od progresivnih koraka i sustavne brige za stručnu educiranost kadrova u zdravstvu vodstva škole, ali i Udruženja. (3)

Zakone društva i Statut stručnog društva trebalo se uvijek uvažavati i tako je tijekom godina uz mnogo prepreka Udruženje primalja dobilo novo ime Udruženje medicinskih sestara primaljskog smjera SR Hrvatske.

Primaljski vjesnik, koji datira od kada, i Udruženje dobiva također ime profila kojem služi, Vjesnik medicinskih sestara primaljskog smjera. Vjesnik je bio i ostao jedino stručno glasilo gdje možemo ukazati na ono što radimo i čemu težimo.

## AKTIVNOSTI UDRUGE

Jedna od velikih aktivnosti Udruge primalja bila je i briga za stare i iznemogle primalje, koje su niz godina radile savjesno i neumorno u interesu zaštite zdravlja majki i djece, a ostale su bez sredstava za uzdržavanje jer nisu bile socijalno osigurane.

„Da bi se tim primaljama prethodno do rješenja pitanja njihovih penzija osigurala potrebna sredstva za život, Upravni se odbor obratio predstavkom na Izvršno vijeće Sabora NR Hrvatske, koje je na sjednici 2. veljače 1960. zaključilo da se ponovno preporuči narodnim odborima općina, da pitanje zaštita babica riješe vlastitim propisima i vlastitim sredstvima i na taj način da osiguraju pružanje pomoći svim onim babicama, koje su školovanjem osposobljene za obavljanje babičke djelatnosti i koje su tu djelatnost, koja im je bila osnovni izvor prihoda, obavljale do 15. svibnja 1945. najmanje 15 godina, ali radi bolesti, starosti i iznemoglosti nisu bile zaposlene u javnoj službi, propisano vrijeme za stjecanje prava za osobnu mirovinu.“ (1)

Izvršno vijeće Sabora NRH je preporučilo da ta mjesecna pomoći ne bude niža od 5.000 dinara mjesечно. Međutim, te se odluke pridržavao minimalni broj općinskih narodnih

odbora, pa je Upravni odbor pitanje hitne pomoći starim i iznemoglim primaljama ponovno stavio pred skupštinu.

„Kako bi ublažio bijedu ovih primalja Upravni je odbor iz ukazanog ostatka koncem 1959. godine, a početkom 1960. godine podijelio tim primaljama bez razlike jednokratnu pomoć u visini od 3.000 dinara, a osim toga je posebnom jednokratnom pomoći pomogao četiri primalje koje je tijekom 1960. godine zadesila teška bolest.“ (1)

Jedna od zadaća Udruženja bila je i održavati veze s ostalim udruženjima u državi, međutim, „te su veze redovito postojale samo sa slovenskim babičkim društvom, dok su veze s ostalim udruženjima gotovo potpuno zatajile.“ (1)

## **SAVEZ UDRUŽENJA BABICA**

Koliko se iz zapisnika može zaključiti, osnovan je Savez udruženja babica, sa sjedištem u Beogradu, koji nije ispunio svoju ulogu pa se „nehaj i nered protivan postojećim pravilima Saveza udruženja očitovao gotovo u svim problemima, koje je Udruženje stavilo pred Savez, tako da su gotovo svi problemi ostali neriješeni, osim problema učlanjenja Saveza u Međunarodnu konfederaciju babica u Londonu“, za koje je dobivena prethodna suglasnost Sekretarijata za narodno zdravlje Saveznog izvršnog vijeća od 12. prosinca 1960.

Kako Savez nije poduzeo ništa da sudjeluje na kongresu Međunarodne konfederacije babica koji se održao u Rimu, od 2. do 7. listopada 1960. godine, Udruženje se obratilo Sekretarijatu konfederacije babica u Londonu od kojeg su dobine suglasnost da mogu prisustvovati kongresu, ali samo kao promatrači. Tako su tom kongresu kao promatrači nazočile primalje iz hrvatskog i slovenskog udruženja. S obzirom na to da je članicama iz Hrvatske i Slovenije bilo dopušteno da prisustvuju kongresu samo kao promatrači, može se zaključiti da do učlanjenja u međunarodnu udružgu primalja nije došlo, te da će to članstvo morati čekati neka bolja vremena.

## **PRIMALJSKI VJESNIK**

Od samog početka osnivanja Udruge izlazi i stručno glasilo Primaljski vjesnik, koji donosi stručne članke, novosti u medicini, ali i obavijesti primaljama o mogućnosti i načinu polaganja posebnog stručnog ispita i postizanje adekvatne stručne spreme, kao i sve promjene u zakonu, koje se tiču primalja.

Dugogodišnji urednik Primaljskog vjesnika i veliki podržavatelj primaljstva i rada primalja bio je doc. dr. Srećko Zanella, a njegov rad je s istim uspjehom i žarom nastavio i njegov sin prim. dr. Davor Zanella.

Iz govora na 8. godišnjoj skupštini Udruženja diplomiranih primalja vidljivo je koliko doc. dr. Srećko Zanella cijeni i potiče rad Udruženja i primalja. U svom govoru naglasio

je: „da prati dugi niz godina, zapravo od osnutka Udruženja, da je to rad kojem se divi te da to treba uzeti kao konstataciju, a ne kao kompliment. Neuspjeh prije rata, u ondašnjem primaljskom društvu bio je zato, što je stvar bila loše postavljena. Postavljena su bila lica koja nisu pripadala primaljskom staležu da vode primaljsko društvo, jer se nije vjerovalo u sposobnosti primalja, a to je bila pogreška u društvenom uređenju, koja je kočila društveni život uopće. Današnji gordi uspon treba priznati, trebaju shvatiti sve članice u prvom redu, a i odbor kojemu ste povjerili društvo. To ističem jer niste zaostali ni za jednom drugom narodnom republikom.“ (1)

O Primaljskom vjesniku mnogi stručnjaci su se pohvalno izražavali, a na jednoj sjednici o medicinskim časopisima, koja je održana u Beogradu, Primaljski vjesnik Udruženja diplomiranih primalja NR Hrvatske proglašen je „najboljim časopisom za srednje zdravstvene kadrove“. (2)

Postojaо je i problem prikupljanja radova za Primaljski vjesnik, pa se pozivaju primalje da aktivno sudjeluju u tome i pišu članke i izvještaje iz podružnica.

Iz svega do sada navedenog, vidljivo je da je Udruženje imalo veliku ulogu i zadaću u brizi za primalje, njihovo obrazovanje i rad. Kad bismo to preslikali na današnje vrijeme, Udruženje primalja je imalo funkciju Komore primalja, Udruge primalja i Sindikata. I uspjelo je uspješno obavljati sve te poslove.

## **DOKVALIFIKACIJE I USAVRŠAVANJE**

Aktivnosti na brizi o postizanju dokvalifikacije za primalje koje imaju završenu dvogodišnju i trogodišnju školu, za stare i nemoćne primalje koje nemaju prihoda, briga za edukaciju i radna mjesta primalja, kao i traženje četverogodišnje škole, ali i školovanja na višoj razini proteže se godinama unatrag. Tako se traži od Savjeta za narodno zdravlje NRH da se u svim gradovima gdje se nalaze medicinski centri ili primaljske škole „formira komisija za polaganje posebnog stručnog ispita za zvanje babica IV. vrste za priznavanje stručne spreme višeg stepena iz razloga da bi kandidatima ispit bio bliži i da kandidati ne bi bili izvrgnuti velikim putnim troškovima“. (2)

Da bi Udruženje imalo više uspjeha i da se približi svakoj primalji, osnivaju se podružnice. U njima se organiziraju sastanci i predavanja i iznose problemi, koji se onda prezentiraju na skupštini. Tako je iz većine izvještaja vidljivo da se terenske babice rijetko odazivaju predavanjima, ali i da se one u svom radu susreću s određenim problemima, primjerice, nemaju dovoljno babičkih torbi, nemaju potrebne rezervne dijelove za rad, kao što je bicikl i drugo. Postavlja se i problem osobnog dohotka pa je preporuka primaljama da „iskoriste svaku priliku da uđu u Upravne odbore ili Komisije za donošenje pravilnika kojima se predviđa visina osobnog dohotka i stručna spremna za



HRVATSKA UDRUGA ZA  
PROMICANJE PRIMALJSTVA  
CROATIAN ASSOCIATION FOR  
PROMOTION OF MIDWIFERY

pojedino radno mjesto, jer se to odlučuje na nivou zdravstvene ustanove". (2)

Isto tako se preporučuje terenskim babicama da „svaka uporno traži od nadležnih rukovodioca da im osigura potrebne rezerve (babičku torbu, bicikl i dr.) za obavljanje svoje dužnosti“. (2)

Na nivou FNRJ djeluje Savez društava medicinskih radnika FNRJ koje preporučuje Udrženju diplomiranih primalja NRH da se učlane u Savez, jer će to koristiti i Udrženju. Nažalost, prema dostupnim dokumentima, proći će mnogo godina prije negoli Udruga primalja Hrvatske postane članicom Saveza zdravstvenih radnika Jugoslavije i to na vrlo kratko vrijeme.

Savez primalja Jugoslavije kao takav nikada nije zaživio i primalje Hrvatske su uvijek bile organizirane u Udrugu samo na području svoje republike.

Već 1963. godine, na godišnjoj skupštini primalje se zalaže za to da patronažne babice, s obzirom na njihovu ulogu i značaj u radu, trebaju imati višu stručnu spremu. No bez obzira na to što su temelji za školovanje primalja na višoj razini napravljeni već 1960. kroz zakon o medicinskim školama, viša škola za medicinske sestre primaljskog smjera otvorena je tek 1973. godine pri Višoj školi za medicinske sestre, Mlinarska 38.

U toj su školi školovane četiri generacije viših primalja, posljednja je generacija upisana 1982., (1973., 1975., 1978. i 1982.), a onda je to školovanje prestalo. Uz sve napore Udruge nije pokrenuto do 2008. godine, kada je osnovan izvanredni studij primaljstva u Rijeci.

## DISKVALIFICIRANJE STRUKE

Kad je 2008. godine Hrvatski sabor donio odluku o izjednačavanju stručnih naziva i zadužio Rektorski zbor da napravi popis stručnih naziva, popisani su svi osim primalja. Primalje su bile jedini zdravstveni djelatnici više

stručne spreme kojima ona nije priznata i nisu uvrštene u popis za izjednačavanje stručnih naziva. Za to se tada trebala pobrinuti Komora primalja, koja je bila mlada, tek osnovana i rukovodstvo se nije snašlo i reagiralo na vrijeme, a kad je 2012. reagiralo i tražilo da se primaljama prizna viša primaljska škola, bilo je prekasno.

Zdravstveno veleučilište je odlučilo da se u nazivu brišu smjerovi te da se prizna viša medicinska škola, tako da je viša medicinska sestra ginekološko-opstetričkog smjera (viša primalja) dobila potvrdu da se smije koristiti nazivom prvostupnica sestrinstva. Zdravstveno veleučilište je tada zanijekalo postojanje viših primalja koje su se školovale na tom istom Veleučilištu i sve ih proglašilo prvostupnicama sestrinstva, iako su se nastavni programi za školovanja primalje i sestara bitno razlikovali. Da bi dotične primalje mogle steći naziv prvostupnice primaljstva, koji im i pripada, morale su, zajedno s primaljama koje su imale završenu višu školu za medicinske sestre završiti *bridging* program na Sveučilištu u Rijeci, odnosno morale su ponavljati višu primaljsku školu.

Viša škola za medicinske sestre primaljskog smjera (kasnije ginekološko-opstetričkog smjera) otvorena je za potrebe udruženog rada i rečeno je da će se otvarati prema potrebi, ali, kao što znamo, potrebe nije bilo dok to Europa nije od nas tražila. Tako školovane primalje radile su u školama gdje su se i educirale buduće generacije primalja i predavale teoretsku i praktičnu nastavu u općoj i specijalnoj njezi, ali i na rukovodnim mjestima na ginekološko porođajnim odjelima, a dio u patronaži.

Godine 1987. Republička samoupravna interesna zajednica usmjerena obrazovanja u oblasti zdravstva, a na prijedlog Programske savjeta za zdravstvo donosi odluku o prestanku školovanja učenica za zanimanje primalja i primaljska škola se ukida. Društvo medicinskih sestara primaljskog smjera je već tada ukazivalo na činjenicu da će se to prelamati u praksi, naročito na ginekološko-porođajnim odjelima gdje je primaljski kadar i do tada bio deficitaran, a nužan, ali sve je bilo bezuspješno.

Takvo je stanje potrajalo trinaest godina, usmjereno obrazovanje se pokazalo posebno neuspješnim u školama sa strukovnim programima, a za primaljsku struku je bilo upravo pogubno. I tada dolazi do prijedloga nove konцепcije odgojno-obrazovnog sustava i tu Društvo medicinskih sestara primaljskog smjera vidi priliku za ponovno otvaranje škole za medicinske sestre primaljskog smjera, tim više što se u praksi tada već jako osjećao nedostatak tog specifičnog i stručno profiliranog kadra. (3)

## OTVARANJE SREDNJE I VIŠE ŠKOLE

U srpnju 1990. godine Društvo pokreće inicijativu za ponovnim otvaranjem škole, dobiva potporu i od Zdravstvenog obrazovnog centra i Ginekološke sekcije Hrvatskog

lječničkog zbora. Ministarstvo prosvjete i kulture RH prihvata inicijativu i pristupa se izradi nastavnih planova i programa u koje je uključeno i Društvo medicinskih sestara primaljskog smjera (Nada Juzbašić, predsjednica). Škola ponovno počinje s radom 1991. i mijenja naziv u Škola za primalje. Ubrzo nakon toga i naziv Društva se mijenja u Hrvatska udruga primalja.

To trinaestogodišnje razdoblje ostavilo je traga i u zapošljavanju primalja. S obzirom na to da na tržištu rada nije bilo primalja, na ginekološko porođajnim odjelima, u dispanzeraima za žene i u patronaži se zapošljavaju medicinske sestre, koje polako preuzimaju poslove iz djelokruga rada primalje.

U to vrijeme patronaža prelazi iz monovalentne (gdje je skrb o trudnici, roditelji i babinjači i novorođenčetu bila u domeni primalje, odvojena od skrbi za kroničnog bolesnika) u polivalentnu patronažnu skrb (gdje jedna patronažna sestra brine o trudnici, roditelji, babinjači i novorođenčetu, ali i o kroničnim bolesnicima) i primalje gube važno područje rada. Društvo medicinskih sestara primaljskog smjera je reagiralo, ali bezuspješno. Sistematisacijom je propisano da na patronaži trebaju raditi više medicinske sestre i to dodatno opterećuje Društvo i još više ukazuje na činjenicu da je potrebno školovati i primalje na višoj razini te se i dalje ustraje na traženju ponovnog otvaranja više škole za primalje.

Da je školovanje primalja usko povezano s momentalnom političkom klimom u zemlji ukazuje i činjenica da, bez obzira na to što su primalje organizirane u svoju Udrugu, cijelo vrijeme pokazuju da znaju i da mogu, o primaljama uvijek odlučuje netko drugi.

Još je 1961. na godišnjoj skupštini Udruženja, primalja iz Beograda u svom obraćanju skupu istakla je da „se babice moraju zajednički boriti za svoju bolju budućnost, stručno i obrazovno, jer će se u budućnosti tražiti visokokvalificirane babice“. Rekla je da „kod njih ima doktora, koji kažu i govore što će njemu babica stručno obrazovana i visokokvalificirana, jer je glavno da je on takav i baš zato se mora babica boriti da bude što bolje usavršena“.

Udruga je 1996. godine ponovno pokrenula inicijativu za otvaranje više primaljske škole, i tada je gotovo iste riječi ponovio jedan uvaženi porodničar od kojeg smo tražile podršku, koji je tada rekao: „Što će meni školovana primalja, imam školovanu medicinsku sestraru, a s primaljama sam jako zadovoljan ovakvima kakve jesu“. No, bez obzira na to, za otvaranje visoke primaljske škole dobivene su privole i preporuke Hrvatskog društva ginekologa i opstetričara (1998.), Hrvatskog društva za perinatalnu medicinu (2000.) i Ministarstva zdravstva (2000.).

Najviše truda je uloženo u pregovore s današnjim Zdravstvenim veleučilištem. Pregovori su započeli 1998. godine. Od Udruge su se tražili programi, objašnjenja... Nakon što je Udruga izradila nekoliko programa, prvo za dvogodišnji,

a zatim i za trogodišnji studij primaljstva uskladen s europskim direktivama i Bolonjskom deklaracijom, pribavila dvije recenzije iz europskih studija primaljstva (Slovenija i Škotska) koje su pozitivno ocijenile program, dobila usporedne programe školovanja primalja od europskih udruženja (Slovenija, Njemačka, Engleska, Škotska), usprkos svemu tome, studij primaljstva nikada nije pokrenut uz obrazloženje: „Visoka zdravstvena škola neće školovati primalje na trogodišnjem studiju primaljstva, već samo sestre, a nakon studija sestrinstva će biti specijalizacija za primalje u trajanju od dvije godine. Tada je rečeno „a vi primalje, ako želite direktni upis, tražite si nekog drugog da vas školuje“. Nakon punih šest godina rada, iscrpljivanja i dokazivanja da je studij primaljstva potreban.

## NAPOKON I STUDIJ PRIMALJSTVA

Udruga je tada predala zahtjeve za školovanje primalja i programe koje je izradila medicinskim fakultetima u Hrvatskoj (Rijeka, Split, Osijek...).

U međuvremenu, Ministarstvo zdravstva 2002. godine osniva Povjerenstvo za školovanje medicinskih sestara i primalja, u koje je prvi put uključena i Udruga primalja, ali samo deklarativno.

Kao i nekad, primalje su do bile sve kada je to politika odlučila. Naša prelomnica je bio ulazak Hrvatske u Europsku uniju. Uz pomoći i preporuke europskih stručnjaka, napokon je, nakon 20 godina molbi, dokazivanja... dobivena dopusnica i u Rijeci je 2008. godine otvoren izvanredni studij primaljstva. Tri godine nakon toga u Splitu se otvara redovni studij primaljstva, a u Zagrebu još i danas nema sluha za pokretanje takvog studija.

Devedesetih godina prošlog stoljeća došlo je do cijepanja zajedničkog Sindikata na strukovne sindikate. Prvo se odvojio lječnički sindikat, a 1991. godine osniva se samostalni sindikat medicinskih sestara i tehničara. S obzirom na to da je primalja malo, da na ginekološko porođajnim odjelima rade i sestre i primalje, da su problemi s kojima se susreću primalje u ostvarivanju svojih prava vrlo slični ili isti kao i problemi medicinskih sestara, Hrvatska udruga primalja apelira na primalje da se priključe sestrinskom sindikatu.

Kasnije se pokazalo da to i nije bila najsretnija odluka, jer se Sindikat nije bavio problemima primalja, već samo medicinskih sestara, pa su tako u kolektivnom ugovoru koji je Sindikat potpisao 2005. godine primalje u radaonama, koje su do tada imale bodove za najveći stupanj odgovornosti, vrlo loše prošle, jer je stav Sindikata bio da primalja u radaonici gotovo i nema odgovornosti pa joj i ne treba adekvatni dodatak na težinu radnog mjesta.

Ta je nepravda donekle ublažena potpisivanjem novog Kolektivnog ugovora kada je 2013. pri Sindikatu osnovano Povjerenstvo za primalje, koje je moglo lobirati za poslove iz domene primaljstva.

Još je jedna manifestacija, koju je pokrenulo Društvo primalja RH i nastavilo s njom do današnjih dana, za edukaciju primalja od iznimne važnosti, a to je simpozij.

## EDUKACIJA KROZ SIMPOZIJE

Društvo medicinskih sestara primaljskog smjera, svjesno da edukacija primalja mora biti kontinuirana i da se primalje moraju upoznavati sa svim novostima u struci, organizira savjetovanje društva medicinskih sestara primaljskog smjera RH. Savjetovanja su se održavala svake godine u drugom gradu, organizator je bilo Društvo i Podružnica, obrađivale su se najnovije teme s kojima se primalje susreću u svakodnevnom radu, poticalo se primalje da pišu referate i govore o svojim iskustvima. Dugo godina su predavači na primaljskim skupovima bili naši najeminentniji ginekolozzi, porodničari i neonatolozi i svi su rado dolazili, jer im je bilo važno da na radnim mjestima imaju dobro educirane primalje.

Prvo savjetovanje održano je 1973. godine u Varaždinu. S obzirom na teme koje su obrađivane i na broj dana koliko je trajalo, činilo se primjerenijim savjetovanje preimenovati u simpozij. Simpoziji su bili vrlo dobro organizirani od strane Društva i još bolje posjećeni. Mnogim je primaljama, zbog nemogućnosti daljnog školovanja, simpozij bio jedino mjesto gdje može upotpuniti i produbiti svoje znanje i na kojem se može upoznati sa svim novostima u perinatalnoj medicini, koje su predavači, među kojima je sve više primalja, nesobično pružali.

Osvrt urednika Primaljskog vjesnika prim. dr. Davora Zanelle na jedan simpozij: „...naši su simpoziji postali arena za iznošenje najvećih i najzanimljivijih problema struke, a kvaliteta raste iz godine u godinu. Aplauz, onaj spontani i iskreni koji je popratio završetak izlaganja mnogih predavanja, a posebice onih kolegica iz Ljubljane, bio je tome najpouzdanija potvrda“. (4)

Ssimpoziji su organizirani svake godine u drugom gradu, a organizatorice su to smatrале čašću i potvrdom svog dobrog rada i zalaganja na promicanju primaljstva.

Simpoziji su održani: 1973. u Varaždinu; 1974. u Slavonskom Brodu; 1975. u Šibeniku; 1976. u Puli; 1977. u Dubrovniku; 1978. u Rijeci; 1979. u Čakovcu; 1980. u Pakracu i Daruvaru; 1981. u Virovitici; 1982. u Dubrovniku; 1983. u Sisku; 1984. u Bjelovaru; 1985. u Zadru; 1986. u Šibeniku; 1987. u Varaždinu; 1988. u Splitu; 1989. u Zagrebu u Općoj bolnici „Dr. Josip Kajfeš“.

Godine 1990. godine zbog ratnog stanja simpozij nije održan, a i Udruga smanjuje svoje aktivnosti.

Ponovne jače aktivnosti Udruge počinju 1995. godine organizacijom simpozija u Opatiji. Na taj su simpozij došle kolegice iz Slovenije s namjerom da pozovu naše primalje da nakon završenog školovanja dođu raditi u Sloveniju. Slovenija je, naime ukinula srednju primaljsku školu,

školovanje na višoj razini još nije započelo i našli su se u situaciji da nemaju primalja. Nekoliko primalja je te godine nakon završetka škole za primalje otišlo raditi u Sloveniju. Za Udrugu primalja Hrvatske je to bio dokaz da je dobro učinjeno što je vraćena srednja primaljska škola, iako će se to u godinama koje slijede pokazati kao uteg oko vrata koji smo si same stavile.

Od tada se simpoziji opet redovito organiziraju sljedećim redom: 1995. u Opatiji; 1996. u Dubrovniku; 1997. u Osijeku; 1998. u Puli; 1999. u Sisku; 2000. u Slavonskom Brodu; 2001. u Varaždinu; 2002. u Dubrovniku; 2003. u Zagrebu, u OB Sestara milosrdnica; 2004. u Opatiji; 2005. u Zadru; 2006. u Zagrebu u Petrovoj bolnici; 2007. u Trogiru; 2008. u Osijeku; 2009. u Čakovcu; 2010. u Vodicama; 2011. u Dubrovniku; 2012. u Vinkovcima; 2013. u Zaboku; 2014. u Puli; 2015. u Zagrebu u OB Merkur; 2016. u Opatiji; 2017. u Biogradu; 2018. u Čakovcu i 2019. u Vukovaru.

## UDRUGE I KOMORA PRIMALJA

Kroz rad Društva postojala je želja da se primalje na nivou SFRJ ujedine u zajedničko udruženje kako bi se zajednički mogle boriti za poboljšanje radnih i životnih uvjeta. No to nikako nije zaživjelo i najveću povezanost od samih početaka pa do danas Društvo je ostvarilo s Društvom babica Slovenije. Primalje su u ostalim republikama bile povezane u Savez zdravstvenih radnika Jugoslavije.

Hrvatska udruga primalja se priključila Savezu 1987. i tamo ostala do osamostaljenja Hrvatske. Savez zdravstvenih radnika Jugoslavije je djelovao na način da predsjedništvo svake godine preuzme jedna republika članica, pa je tako 1988. godine dužnost predsjednice Saveza zdravstvenih radnika Jugoslavije obnašala Nada Juzbašić, tadašnja predsjednica Udruženja medicinskih sestara primaljskog smjera SR Hrvatske, a za to vrijeme je dužnost predsjednice našeg Udruženja obnašala Erika Spirić.

Već u samim počecima djelovanja Društva postojala su sporadična traženja i potreba da se primalje povežu s međunarodnom udrugom primalja. No zbog svih problema s kojima su se susretale i koje su godinama morale rješavati, što uspješno, što manje uspješno, povezivanje s europskom i svjetskom udrugom je nekako došlo u drugi plan.

Potreba za povezivanjem s ICM-om se ponovo javlja nakon Domovinskog rata, te tadašnja predsjednica šalje zahtjev za učlanjenje u ICM. S obzirom na to da je trebalo ispuniti i određene uvjete (jedan od uvjeta je bio poslati Statut Udruge preveden na engleski jezik), to je ostavljeno sljedećem rukovodstvu Udruge da učini.

Nakon toga 1997. godine na redovitim izborima mijenja se rukovodstvo udruge. Novo rukovodstvo ponovno šalje zahtjev za učlanjenje u ICM, ispunjava sve uvjete koji su postavljeni, šalje sve potrebne dokumente i 2000. godi-

ne Hrvatska udruga primalja napokon postaje članicom ICM-a. Odmah se pokreću i aktivnosti za povezivanje s europskim udrugama, te 2003. postaje članicom Europske udruge primalja (centralne europske regije). U svim tim radnjama smo imale nesebičnu pomoć primalja iz Udruge babc Slovenije, s kojima od samih početaka djelovanja njegujemo dobar stručni i prijateljski odnos.

Novo doba pred Udrugu stavlja i nove zahtjeve. Pitanje školovanja primalja se provlači kao gorući problem kroz sve godine djelovanja. I kako je Udruga u počecima djelovanja uspjela u svojim nastojanjima da za primalje osigura prvo četverogodišnje školovanje, a zatim i višu primaljsku školu, kasnije sve teže i teže postiže određene rezultate.

I dok Hrvatska udruga primalja sve svoje snage koncentriра na školovanje primalja, 2003. HUMS osniva Komoru, koja medicinskim sestrama daje samostalnost u radu i licencu za obavljanje poslova. Hrvatska udruga primalja u dogovoru s predsjednicom HKMS-a pokreće postupak za promjenu Zakona u sestrinstvu (angažira se i odvjetnica koja će pomoći oko pravnih stvari), te, iako je to bila sugestija predsjednice Komore, HKMS ipak odlučuje da neće mijenjati Zakon o sestrinstvu, već se, prema naputku ministra zdravstva dr. Andrije Hebranga u okviru postojećeg zakona osniva Strukovni razred za primalje, kao dobrovoljni dio Komore.

Strukovni je razred bio sramotan i primalje je stavio u jednu drugorazrednu poziciju, ali je stav Udruge bio da se to prihvati kako bi se zaštitila radna mjesta primalja. Kako nije bilo riješeno školovanje primalja (školovanje samo na srednjoj razini), nije se moglo zahtijevati osnivanje Komore primalja. Otvaranjem HKMS-a došlo je do zatvaranja pojedinih radnih mjesta za primalje pa je tako primalja brisana iz Zakona o radu iz cijele primarne zdravstvene zaštite, uključujući i ginekološke ambulante. Hrvatska udruga primalja je žurno reagirala dopisom prema Ministarstvu zdravstva, uz argumentirano objašnjenje, te je dotični zakon promijenjen i primalja je vraćena u primarnu zdravstvenu zaštitu.

S obzirom na to da je članstvo u Strukovnom razredu za primalje bilo dobrovoljno, primalje nisu dobivale licence, što je imalo za posljedice kod prijema primalja u radni odnos, naime, glavne sestre bolnica nisu u rodilištu željele zaposliti primalju, jer nije imala licencu, nego su radile uzele medicinsku sestru s licencom. I tada je postalo jasno da se trebamo okrenuti sebi i ako želimo zaštititi primalje i primaljstvo, moramo početi raditi na osnivanju vlastite komore.

Tu nam je pomogla situacija u kojoj se Hrvatska našla pred prijemom u EU, čiji su stručnjaci već preporučili, kako školovanje primalja na studiju primaljstva, tako i donošenje Zakona o primaljstvu i osnivanje Komore primalja. Već su tada stručnjaci iz EU-a, koji su bili zaduženi da snime situaciju u Hrvatskoj, a vezanu uz školovanje medicinskih

sestara i primalja, profesija koje su određene Direktivom EU-a, preporučivali da se ukine školovanje primalja na srednjoškolskoj razini te da se primalje školuju samo na studiju primaljstva.

## **KOČNICA U ŠKOLOVANJU I NAPREDOVANJU**

Međutim, Udruga nikako nije mogla prihvati činjenicu da se ukine jedina škola koju imamo, srednja primaljska škola, a studij još nije otvoren, a ni oni koji o tome odlučuju nisu bili skloni ukidanju srednje primaljske škole.

S obzirom na tu odluku, primalje su nakon ulaska Hrvatske u EU bile jedine kojima nije priznato zatećeno stanje (Europa ne prepoznaje primalje školovane na srednjoškolskoj razini), a i danas nam je to kočnica u školovanju i napredovanju primalja. Dodatni problem je to da se srednje primaljske škole diljem Hrvatske nekontrolirano otvaraju i dolazi do hiperproducije primaljskih asistentica, koje se nemaju gdje zaposliti, a studiji primaljstva, koji su samo u Rijeci i Splitu, ne i u Zagrebu, upisuju između 13 i 15 studenata godišnje, što je za naše prilike premalo.

Osnivanje Hrvatske komore primalja se u jednom trenutku postavlja kao imperativ pred Hrvatsku udrugu primalja. Tako 3. listopada 2008. Hrvatski sabor donosi Zakon o primaljstvu, a u proljeće 2009. Hrvatska udruga primalja i Ministarstvo zdravstva osnivaju Hrvatsku komoru primalja, čija je osnovna zadaća da štiti prava i interes primalja, bori se za školovanje i radna mjesta primalja.

Hrvatska udruga primalja, koja je u međuvremenu promjenila naziv u Hrvatska udruga za promicanje primaljstva i dalje organizira simpozije te briga za edukaciju primalja ostaje jedini i glavni zadatak Udruge.

Vrlo je malo podataka o predsjednicama društva iz početaka djelovanja. Ne može se pronaći podatak koja je bila prva predsjednica. Godine 1960. predsjednica je bila Jagica Krajačić, a 1963. Rozalija Eterović, koja je odgojila mnoge generacije vrsnih primalja i koje se današnje starije primalje još jako dobro sjećaju.

Na čelo Društva 1976. godine dolazi Anica Bačić, primalja iz OB „Dr. Ozren Novosel“ (današnja OB Merkur) i ostaje predsjednica do 1983.

Nakon nje predsjednica Udruge postaje Nada Juzbašić, viša primalja i viša medicinska sestra iz OB „Dr. Josip Kajfeš“ (današnja OB Sveti Duh) i ostaje na tom mjestu do 1996. Od 1997. do 2005. predsjednica Hrvatske udruge primalja postaje Erika Spirić, viša primalja i prvostupnica primaljstva iz Varaždina.

U kratkom razdoblju, od 2005. do 2006. godine, dužnost predsjednice obnaša dotadašnja dopredsjednica Udruge Vera Divjak, primalja, viša medicinska sestra iz KB Sestre milosrdnice iz Zagreba.

Na izborima 2006. godine za predsjednicu je izabrana

Barbara Finderle, primalja, viša medicinska sestra i prvostupnica primaljstva iz Rijeke. Ona ostaje predsjednicom do 2009., kada prelazi na mjesto predsjednice Hrvatske komore primalja.

Od 2009. do 2016. predsjednica/izvršna direktorica Udruge je Iva Podhorsky Štorek, primalja, viša medicinska sestra i prvostupnica primaljstva iz KB Sestre milosrdnice iz Zagreba (kada je Udruga promjenila naziv u Hrvatsku udrugu za promicanje primaljstva, mijenja se i naziv predsjednica u izvršnu direktoricu).

Od 2017. do 2020. izvršna direktorica Hrvatske udruge za promicanje primaljstva je Karmen Cecarko Vidović, prvostupnica primaljstva iz OB Čakovec.

## JEDINSTVO I BORBA ZA PRIMALJSTVO

S obzirom na to da je Udruga dobrovoljna organizacija koja okuplja primalje na razini Hrvatske, od samog osnivanja ima problema s članstvom, što naročito dolazi do izražaja u našoj novijoj povijesti. Još od osnivanja Društva postoji problem financiranja, kao i financiranja stručnog glasila primalja.

S vremena na vrijeme se apelira na primalje da obavljaju svoje „članske dužnosti“ (2). Urednik Primaljskog vjesnika prim. dr. Davor Zanella 1986. godine „apelira na sve kolege i njihove ustanove da redovito reguliraju svoje obaveze prema Udruženju i pretplati za list, a posebno da učlane sve kolege, medicinske sestre porodiljskog smjera u Udruženje. Nezamislivo je da liječnik u Hrvatskoj nije član ZLH, a jednako tome da sestra nije član ovog udruženja.“ (4)

Da bi se točno znalo koliko je primalja u Udrudi, pokušava se napraviti registar primalja. Međutim, članstvo u Udrudi je dobrovoljno i registri nikako ne pokazuju stvarno stanje broja primalja.

Stanje u Udrizi je teško posljednjih desetak godina, a dodatno se pogoršalo osnivanjem Komore primalja, u kojoj je članstvo obavezno. Primalje koje ne žele biti članice Udruge, uvijek postavljaju isto pitanje „Što ja dobivam od Udruge?“, ali nikad se ne upitaju „Što ja Udrizi dajem?“.

Mnoge članice misle da je Udruga, u novije vrijeme Komora kriva za pomanjkanje školovanja primalja, neregulirani status postojećih primalja i mali broj radnih mjesta za primalje. Međutim, nikada se ne upitaju što su one učinile da to tako ne bude. Većina članstva još uvijek misli kako bi bilo bolje da u nazivlju postoji „medicinska sestra“, te da nije dobro što su ukinuti smjerovi. Mnoge se još i danas nazivaju sestrama, iako to već dugi niz godina nisu, ni prema školovanju ni prema kompetencijama koje imaju.

Primalje su u jednom dijelu svog postojanja izgubile identitet. Počeli su ih nazivati sestrama, same su se nazivale sestrama i trebalo je mnogo godina napora i aktivnosti Udruge primalja da bi se ženama približila primalja te

da bi žene ponovo prihvatile, prepoznale i počele cijeniti primalju.

Da bismo to zadržale, trebamo prvenstveno mi primalje postati svesne svog identiteta, svoje vrijednosti, znanja i sposobnosti. Za to nam je potrebno jedinstvo i zajednička borba za boljšak struke i primaljstva. Ovako razjedinjene, osipane, bez svijesti o tome tko smo zapravo, samo ćemo još više pogoršati situaciju u kojoj se nalazimo. Sve ono što je Društvo primalja nekad uspjelo postići, kada nisu imale ni osnovna sredstva za rad, mi danas možemo mnogo više i bolje, ako budemo složne i ako vjerujemo u sebe, svoje znanje i svoje sposobnosti. Za početak će biti dovoljno da se počnemo nazivati primaljama.

## ZAKLJUČAK:

Primalje su se još od prije početka Drugog svjetskog rata počele udruživati u udruge kako bi se izborile za bolje radne i životne uvjete. Od samih početaka udruženja primalja su služila za rješavanje problema u primaljstvu koji su se javili kod školovanja i obrazovanja primalja, brige za bolje radne uvjete, pomoći starijim primalja koje nisu ostvarivale pravo na mirovinu i niz drugih.

Razvojem medicine, posebno ginekologije i opstetricije postavljaju se potrebe za još kvalitetnijim kadrom pa se Udruženje primalja bori za bolje obrazovanje te je od 1958. godine školovanje produženo na tri godine. Trogodišnje školovanje pokazalo se nedostatnim te se uvodi i četverogodišnje školovanje za primalje, a nakon toga i dokvalifikacija za sve postojeće primalje u radnom odnosu. Ulaskom u EU u Rijeci je 2008. godine otvoren izvanredni studij Primaljstva, a u Splitu tri godine kasnije.

Od samog početka osnivanja Udruge izlazi i stručno glasilo Primaljski vjesnik koje objavljuje stručne članke, novosti u medicini, obavijesti o primaljama, načine polaganja stručnih ispita, načine polaganja posebnog stručnog ispita i postizanje adekvatne stručne spreme, kao i sve promjene u zakonu, koje se tiču primalja. Jedna od bitnijih aktivnosti Udruge je organizacija simpozija svake godine kako bi se primalje mogle sastati na jednom mjestu i produbiti svoja znanja te izmijeniti iskustva.

Hrvatska udruga primalja se uz sve to povezuje i s europskim udrugama u promicanju primaljske struke.

Danas, Hrvatska udruga primalja, koja je u međuvremenu promjenila naziv u Hrvatska udruga za promicanje primaljstva i dalje organizira simpozije, dok je Hrvatska komora primalja preuzela zakonodavan dio.

## LITERATURA:

1. Primaljski vjesnik br. 1-4, Zagreb, 1961.
2. Primaljski vjesnik br. 1-3, Zagreb, 1963.
3. 120 godina Škole za primalje u Zagrebu, Zagreb, 1997.
4. Primaljski vjesnici, Zagreb, 1977., 1979., 1981., 1984., 1986., 1987., 1990.
5. Svi Primaljski vjesnici tiskani nakon 1995.

# *Intervencije vezane za mučnine i povraćanje u ranoj trudnoći*

(PREGLEDNI RAD)

*Neda Davidović, primalja  
Hrvatska komora primalja*

## **SAŽETAK**

Mučnina i povraćanje jedni su od prvih znakova trudnoće. Iako se smatraju nesigurnim znacima trudnoće, ipak ih osjeća trećina do polovice trudnica. Najčešće prestaju do 12. tjedna, ali kod malog broja trudnica mogu trajati i čitavo razdoblje trudnoće. Mučnina i povraćanje mogu biti blažeg, umjerenog i težeg oblika. Ako je mučnina dugotrajna i praćena učestalim povraćanjem može dovesti do dehidracije i gubitka na težini, taj poremećaj nazivamo *hyperemesis gravidarum*. Više je mogućih intervencija koje se mogu primijeniti za olakšavanje mučnina i povraćanja u ranoj trudnoći, od kojih će neke biti prikazane u ovom radu. Ključne riječi: trudnoća, mučnine, povraćanje, dehidracija, gubitak težine

## **UVOD**

Jutarna mučnina (lat. *nausea*) i povraćanje (lat. *emesis*) jedni su od prvih znakova trudnoće koje iskusi trećina do polovice trudnica. Iako se najčešće javljaju ujutro, ipak se mogu javljati bilo kada tijekom dana. Stope prevalencije su između 50 i 80% za mučninu, a do 50% za povraćanje i teško povraćanje. Patofiziologija mučnina i povraćanja u ranoj trudnoći nije u potpunosti razjašnjena, ali se smatra da su uzrokovani djelovanjem hormona trudnoće (HCG – humani korionski gonadotropin i progesteron) te da na njih utječu fizički i emocionalni čimbenici poput usporene probave, viška želučane kiseline, konzumiranja premalo ili previše hrane, vrlo željena ili neželjena trudnoća, neprikladni socijalni uvjeti, strahovi u prvoj trudnoći itd. *Hyperemesis gravidarum*, karakteriziran teškim i postojanim povraćanjem, rjeđe je stanje i zahvaća između 0,3 i 3% trudnica.

Kod većine trudnica mučnina traju tijekom prvog tromjesečja trudnoće odnosno do 12. tjedna, kod određenog broja žena mogu potrajati i nešto duže – do 16. tjedna otplikite dok se ne osjeti micanje ploda. Manji broj trudnica ima navedene simptome tijekom cijele trudnoće, što je posebice izraženo kod višeplodne trudnoće ili kad su trudnice izložene tjelesnim i/ili emocionalnim naporima.

## **VRSTE MUČNINA I POVRAĆANJA U TRUDNICA**

Jutarna mučnina i povraćanje obično su češći i teži u prvoj trudnoći. Iako je pojava ovih simptoma neugodna ipak rijetko ugrožavaju zdravlje trudnice i rast i razvoj ploda. Napad mučnine i povraćanja mogu izazvati mirisi koje je trudnica do tada sasvim dobro podnosi, kao i neke vrste hrane i pića. Mučnina i povraćanje mogu se javiti u blagom, umjerenom i teškom obliku.

## **BLAGI OBLIK MUČNINA I POVRAĆANJA U TRUDNICA**

Najčešće se radi o jutarnjoj mučnini i povraćanju, ali trudnica može povraćati i dva do tri puta na dan. Ponekad se radi samo o odbojnosti prema određenoj vrsti hrane, pića i/ili mirisa. Ako je riječ o blagom obliku, tjelesna težina trudnice se ne smanjuje, plod napreduje dobro te nije potrebno liječenje. Savjet je izbjegavanje većeg unosa ugljikohidrata (visokorafiniranih šećera), češće uzimanje manjih obroka, uzimanje zdravih međuobroka prije napada mučnine te laganijih obroka prije spavanja. Uz to je potrebno konzumiranje dovoljno tekućine jer se povraćanjem gubi voda iz organizma. Ako uzimanje tekućine također stvara mučninu, preporučuje se uzimanje čvrste hrane s visokim sadržajem vode, kao što su svježe voće i povrće.

## **UMJERENI OBLIK MUČNINA I POVRAĆANJA U TRUDNICA**

Umjereni se oblik mučnina očituje tako da trudnica povraća i do deset puta dnevno, bez obzira na uzimanje hrane. Uz učestalije povraćanje dolazi do gubitka tjelesne težine, subfebrilnosti, ubrzavanja srčanog ritma (do 100 otkucaja u minuti), a može doći i do ketoacidoze te se povećava rizik za razvoj anemije. Kod trudnica koje ne mogu tolerirati oralnu tekućinu tijekom duljeg razdoblja ili se pojave znakovi dehidracije potrebna je hospitalizacija radi nadoknade tekućine i korekcije poremećene ravnoteže elektrolita intravenoznom infuzijom.

## TEŠKI OBLIK MUČNINA I POVRAĆANJA U TRUDNICA

U teškom obliku mučnina i povraćanja dominira teško povraćanje, čak do dvadeset puta na dan. Očituje se velikim padom tjelesne težine, teškom dehidracijom i teškim poremećajem ravnoteže elektrolita čiji su simptomi suha i smežurana koža, suha usta sa zadahom acetona, porast tjelesne temperature, ubrzano disanje i rad srca te smanjeno mokrenje. *Hyperemesis gravidarum* zahtjeva bolničko liječenje jer ugrožava život trudnice i ploda i najčešći je razlog za odlazak u bolnicu tijekom prvog tromjesečja trudnoće.

## INTERVENCIJE ZA MUČNINE I POVRAĆANJE U RANOJ TRUDNOĆI

Različite su preporuke intervencija za mučnine i povraćanje u ranoj trudnoći. Kako patogeneza mučnina i povraćanja još uvijek nije poznata, liječenje može predstavljati izazov jer nisu poznati niti optimalni ciljevi za liječenje niti puni učinci potencijalnih tretmana na fetus u razvoju. Terapija je usmjerena na poboljšanje simptoma uz minimiziranje rizika za majku i fetus. Načini liječenja ovise o težini simptoma i kreću se od promjena prehrambenih navika do intravenske rehidratacije (uključujući elektrolite i vitamine), farmakološkog liječenja i hospitalizacije.

## NEFARMAKOLOŠKI TRETMAN MUČNINA I POVRAĆANJA U RANOJ TRUDNOĆI

1. Dijeta – promjena prehrambenih navika. Jutarnje mučnine mogu se preduhitriti unosom manjih zdravih obroka prije ustajanja. Mučnine tijekom cijelog dana mogu se smanjiti konzumiranjem više manjih zdravih obroka tijekom dana, poput voća, povrća, bijele ribe i posnog mesa. Vrlo je važno izbjegavanje alkohola, nikotina, gaziranih pića i prekomjernog unosa kofeina, uz uzimanje dovoljne količine tekućine poput vode, juhe te sokova od svježeg voća i povrća.

Čajevi koji smanjuju mučninu su đumbir, kamilica, pepermint i metvica. Osjećaj mučnina ublažava miris agruma, pa može pomoći aromaterapija eteričnim uljima agruma. Veliki broj trudnica s mučninama veoma uspješno reagira na homeopatski lijek *Nux vomica*.

2. Akupresura/akupunktura. Smanjenju mučnina pridonose i akupunktura i akupresura pojedinih točaka. Nekoliko studija je pokazalo je da akupresura na akupunktursku točku *pericardium 6* na zapešću (P6 ili Neiguan) može pomoći prilikom smanjenja mučnina i povraćanja, ali su prednosti ovih terapija još uvijek neuvjerljive.

3. Intravenska hidratacija. Primjenjuje se kod žena s *hyperemesis gravidarum*.

Za stabilizaciju općeg stanja trudnice ponajprije je važan uredan način života koji se odnosi na mnogo sna i odmora, redovite zdrave obroke te stabilne emocionalne situacije. Farmakološki tretman mučnina i povraćanja u ranoj trudnoći

- 1. Antihistaminici.** Antihistaminici se obično koriste tijekom rane trudnoće za liječenje mučnine i povraćanja. To se odnosi na difenhidramin (Benadryl), dimenhidrinat (Dramamin), meklizin (Antivert) i doksilamin koji neizravno utječu na vestibularni sustav, smanjujući stimulaciju centra za povraćanje.
- 2. Antiemetici.** Klorpromazin (Torazin) i proklorperazin maleat (Compazine) smanjuju simptome mučnina i povraćanja u trudnoći. Njihova upotreba u prvom tromjesečju trudnoće povezana je s povećanim rizikom od urođenih mana ploda.
- 3. Benzamidi.** Metoklopramid (Reglan, Metopran) je antagonist receptora dopamina i serotoninu čija je primjena česta u liječenju mučnina i povraćanja u trudnica.
- 4. Antagonisti serotoninskih receptora.** Antagonisti serotoninskih receptora su nazučinkoviti antiemetici za sprječavanje simptoma mučnina i povraćanja u trudnica.
- 5. Lijekovi za smanjenje želučane kiseline.** Određene studije pokazale su da žgaravica i refluks kiseline imaju utjecaj na povećane simptome mučnina i povraćanja tijekom trudnoće stoga ih se preporučuje tretirati.
- 6. Kortikosteroidi.** Korištenje kortikosteroida za mučnine i povraćanje tijekom trudnoće povezano je s blagim povećanjem velikih malformacija orofacialnih rascjepa u novorođenčadi, te se preporučuje kod trudnica koje nisu reagirale na drugu terapiju.

Američko društvo opstetričara i ginekologa preporučuje liječenje mučnina i povraćanja u trudnoći čim prije kako bi se sprječilo razvoj *hyperemesis gravidarum*. Važno je prepoznati vrijeme početka simptoma. Kod gotovo svih zahvaćenih žena simptomi mučnina i povraćanja se manifestiraju prije 9. tjedna gestacije. Ako mučnina i povraćanje nastaju prvi puta nakon 9. tjedna trudnoće diferencijalno dijagnostički dolaze u obzir i druga stanja bolesti sustava za probavu (crijeva, želudac, jetra, žučni mjehur, gušterača...) neurološkog sustava, infektivne bolesti, teže bolesti mokraćnog trakta (upala bubrega, kamenac mokraćnog trakta) ponekad dovode do iste simptomatologije pa se zato u postavljanju dijagnoze hiperemeze u trudnoći prvenstveno trebaju isključiti drugi mogući razlozi.

Preporuke Odjela za kliničke smjernice Američkog društva opstetričara i ginekologa:

- 1. Preporuke razine A** (izrađuju se na temelju dobrih i dosljednih znanstvenih dokaza):  
Korištenje vitamina B6 (piridoksina) samog ili u kombinaciji s doxilaminom kao farmakoterapija prvog reda,  
Uzimanje prenatalnih vitaminu mjesec dana prije oplodnje.

## **2. Preporuke razine B** (izrađuju se na temelju ograničenih ili nedosljednih znanstvenih dokaza):

Korištenje đumbira kao nefarmakološke opcije zbog blagotornih učinaka u liječenju mučnine i povraćanja tijekom trudnoće.

Uzimanje metilprednizolona koji je učinkovit u nekim refraktornim slučajevima teške mučnine i povraćanja u trudnoći (trebao bi se smatrati lijekom posljednjeg izbora zbog rizika).

## **3. Preporuke na razini C** (temelje na konsenzusu i stručnom mišljenju):

Treba prevenirati rane mučnine i povraćanja u trudnoći da ne napreduju u *hyperemesis gravidarum*.

Intravenska hidratacija treba biti ordinirana pacijenticama koje ne mogu tolerirati oralnu tekućinu tijekom duljeg razdoblja i ako se pojave klinički znakovi dehidracije.

Treba pratiti mogući razvoj ketoze i nedostatka vitamina, uključiti dekstrozu i vitamine u terapiju u slučajevima produljenog povraćanja; razmotriti primjenu tiamina prije infuzije dekstroze kako bi se spriječila Wernickeova encefalopatija.

Početi s enteralnom prehranom (nazogastrično ili nazoduodenalno) kao prvim izborom liječenja kod žena s *hyperemesis gravidarum* koje ne reagiraju na medicinsku terapiju i ne mogu održati svoju težinu.

Upotrijebiti centralne katetere kao posljednji izbor u žena s *hyperemesis gravidarum*, zbog značajnih komplikacija povezanih s ovom intervencijom, posebice mogućnosti ozbiljnog morbiditeta rođilja.

## **REZULTATI ISTRAŽIVANJA**

Podaci o štetnim posljedicama za majku i dijete su bili ograničeni i nisu pronađena nikakva istraživanja koja su ispitala djelotvornost promjena prehrane ili promjena drugih životnih navika.

Vrlo malo studija analiziralo je utjecaj promatranih intervencija na zdravlje majke i djeteta, odnosno potencijalne štetne učinke tih postupaka, i vrlo malo informacija je pronađeno o učinkovitosti istraženih terapija za poboljšanje kvalitete života u ranoj trudnoći.

Budući da ne postoji dovoljno dokaza koji bi dokazali da je neka metoda liječenja povraćanja u trudnica bolja od neke druge, potrebno je nastaviti provoditi velike kliničke studije o djelotvornosti i sigurnosti tih terapija. Potrebno je više istraživanja u kojima će se ispitati nuspojave i sigurnost, kao i ekonomske troškove i prednosti ovih metoda liječenja kako bi se pomoglo u odabiru optimalnog liječenja.

## **ZAKLJUČAK**

Mučnina i povraćanje u trudnoći prilično su česti, ali većinom prestaju u razdoblju od 16. do 20. tjedna gestacije. Ovisno o jačini mučnine i povraćanja primjenjuju se određene intervencije. Najčešće se mučnina i povraćanje mogu korigirati pravilnim odabirom prehrane uz kombinaciju vitamina, no u težim slučajevima je potrebna liječnička intervencija u obliku hospitalizacije i medikamenata. Preporučljivo je u svakom slučaju izbjegavati stresne situacije i voditi uredan način života, u smislu redovnih zdravih obroka i dovoljno odmora i sna.

## **LITERATURA**

1. Dedeić, D., „Nove smjernice za mučnine i povraćanje u trudnoći“, HDGO, 2010., raspoloživo na: <http://www.hdgo.hr/Default.aspx?sifraStranica=1158> (pristupljeno 11.04.2020.)
2. Boćina, I., „Mučnina i povraćanje u trudnoći – Od neugode do opasnosti“, ZZJZPGZ, 2012., raspoloživo na: <http://www.zzzpgz.hr/nzl/52/mucnina.htm> (pristupljeno 11.04.2020.)
3. Matthews, A., Dowswell, T., Haas, D. M., Doyle, M., O'Mathúna, D. P., „Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy“, The Cochrane Collaboration, Published by JohnWiley & Sons, Ltd., 2010., str. 2.i 65-77.
4. Bustos, M., Venkataraman, R., Caritis, S., „Nausea and Vomiting of Pregnancy-What's New?“, Auton Neurosci, 2017., 202: 62-72.
5. <https://www.cochrane.org/hr>



# Primalje i kvalitetna skrb

(PREGLEDNI RAD)

Dajana Mladenić  
Hrvatska komora primalja

## SAŽETAK

Ovaj rad daje okvir visokokvalitetne maternalne skrbi i skrbi za novorođenčad. Ispitivanja provedena od niza autora relevantnih za primaljsku struku uvidjela su potrebu za stvaranjem okvira prema kojem će se moći procjenjivati kvaliteta primaljske skrbi. Valja uzeti u obzir da je istraživanje provedeno na globalnoj razini te u različitim okruženjima.

**Ključne riječi:** kvaliteta, primaljstvo, trudnoća, porođaj, zdravstveni djelatnici

## UVOD

Kako bi se procijenila kvaliteta primaljske skrbi, razvijen je okvir kvalitete maternalne skrbi i skrbi za novorođenče, koji može pomoći boljem planiranju skrbi za majku i novorođenče. Loša maternalna skrb i skrb za novorođenče povezani su s većim brojem mrtvorodene djece, višem mortalitetu djece u prvom mjesecu života te višem postotku maternalnog mortaliteta. Loša skrb ne doprinosi samo mortalitetu, već i akutnom i kroničnom kliničkom i psihološkom morbiditetu žena koje su preživjele porod. Loša maternalna skrb i skrb za novorođenčad imaju negativni ekonomski efekt na zajednice i zemlje. Loša skrb se odnosi na nedostupne resurse u medicinskom sustavu te na nepotrebne intervencije u trudnoći, tijekom poroda i u ranim tjednima života novorođenčeta. Iako se stupanj i tip rizika vezanih za trudnoću, rođenje i postpartalni period razlikuju od zemlje do zemlje, ipak je zajednička potreba za implementacijom učinkovitih, održivih i dostupnih poboljšanja kvalitete skrbi.

## DEFINIRANJE PRIMALJSTVA

U nekim zemljama puni opseg skrbi kojeg bi mogle pružati kvalificirane primalje ograničen je zdravstvenim sustavom i kulturnim preprekama, te postoje neizbjegna preklapanja u ulogama i odgovornostima različitih zdravstvenih stručnjaka. U mnogim zemljama neke aspekte primaljske

skrbi pružaju opstretičari, obiteljski liječnici, medicinske sestre i dr. Primjerice, u Sjevernoj Americi liječnici su primarni skrbitelji većine trudnica, dok u drugim zemljama, kao što su Australija, Novi Zeland, Nizozemska, Ujedinjeno Kraljevstvo i Irska, postoje mnoge kombinacije primaljske skrbi. Stoga je potrebno definirati primaljsku praksu kao kompletan set usluga kako bi se identificirali važni aspekti i pružila struktura za ocjenu i pregled kvalitete primaljske skrbi.

U tom se kontekstu primaljska skrb definira kao vještina, educirana i suošćečajna skrb za trudnice, novorođenčad i cijele obitelji tijekom razdoblja prije, za vrijeme i nakon trudnoće. Ključne karakteristike uključuju optimizaciju normalnih bioloških, psiholoških, socijalnih i kulturnih procesa reprodukcije i ranog života; pravovremenu prevenciju i upravljanje komplikacijama; savjetovanje i kooperaciju s drugim uslugama; uvažavanje ženskih individualnih okolnosti i pogleda, te rad u partnerstvu sa ženama u jačanju vlastitih sposobnosti da se brinu o sebi i svojim obiteljima. Procjena primaljske skrbi bitna je ako se želi povećati broj žena koje odabiru primaljsku skrb koju vode primalje naspram one koju vode liječnici opstretičari/ginekolozi.

## OKVIR VISOKOKVALITETNE MATERNALNE SKRBI I SKRBI ZA NOVOROĐENČAD

Okvir kvalitetne maternalne skrbi i skrbi za novorođenčad opisuje karakteristike skrbi potrebne ženama, novorođenčadi i obiteljima u periodima predtrudnoće, trudnoće i rođenja te kasnije. Osnovne komponente uzete u obzir su: učinkovita praksa, organizacija skrbi, filozofija i vrijednosti zdravstvenih djelatnika koji rade u zdravstvenom sustavu te karakteristike zdravstvenih djelatnika.

Grafikon 1. prikazuje okvir kvalitetne maternalne skrbi i skrbi za novorođenčad, odnosno zdravstvene komponente maternalne skrbi i skrbi za novorođenčad potrebnu trudnicama i novorođenčadi.

	Za sve trudnice i novorođenčad	Za trudnice i novorođenčad pod komplikacijama			
Kategorije prakse	Edukacija Informacija Promocija zdravlja	Procjena Screening (probiranje) Planiranje skrbi	Promocija normalnih procesa, prevencija komplikacija	Neposredno upravljanje komplikacijama	Zdravstvene opštetičke neonatalne usluge
Organizacija skrbi	Dostupne, pristupačne, prihvatljive, visoko-kvalitetne usluge - adekvatni resursi, kompetentna radna snaga Kontinuitet, usluge integrirane diljem zajednice i ustanova				
Vrijednosti	Poštovanje, komunikacija, znanje zajednice i razumijevanje Skrb prilagođena okolnostima i potrebama žena				
Filozofija	Optimiziranje bioloških, psiholoških i kulturnih procesa; jačanje sposobnosti žena Povratni menadžment, korištenje intervencija samo u slučaju indikacija				
Pružatelji skrbi	Djelatnici koji kombiniraju kliničko znanje i vještine sa interpersonalnim i kulturnim vještinama Podjela uloga i odgovornosti bazirano na potrebama, kompetencijama i resursima				

Grafikon 1. Okvir kvalitetne maternalne skrbi i skrbi za novorođenčad

Izvor: Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H. i sur., „Midwifery and quality care: findings from a new evidence informed framework for maternal and newborn care“, Lancet 384: 1129-45, 2014.

Primjeri edukacije, informacija i promocije zdravlja uključuju maternalnu prehranu, planiranje obitelji i promociju dojenja. Primjeri procjene, screeninga i planiranja skrbi uključuju planiranje preporuke i prebacivanja na druge skrbi po potrebi, screening za spolno prenosive bolesti, dijabetes, HIV, preeklampsiju, probleme mentalnog zdravlja i procjenu napretka poroda. Primjeri promocije normalnih procesa i prevencije komplikacija uključuju prevenciju prenošenja HIV-a s majke na dijete, poticanje mobilnosti tijekom porođaja; kliničku, emocionalnu i psihosocijalnu skrb tijekom normalnog poroda.

## PROCJENA KOMPONENTA KVALITETNE MATERNALNE SKRBI I SKRBI ZA NOVOROĐENČAD

### Stajališta i iskustva žena o maternalnoj skrbi i skrbi za novorođenčad

Ženska stajališta i iskustva o maternalnoj skrbi i skrbi za novorođenčad pokazala su da je najvažniji međuodnos različitih komponenti prikazanih na grafikonu 1. Informiranost i edukacija u žena su se pokazale kao esencijalne u učenju o sebi samima, pokazalo se da je potrebno da žene razumiju organizaciju usluga kako bi im mogle pravovremeno pristupiti, da usluge moraju biti pružene na obziran način i da osoblje treba biti od povjerenja. Skrb treba biti personalizirana i prilagođena njihovim osobnim potrebama te pružena od strane empatičnog i ljubaznog osoblja. Žene su pokazale naklonost zdravstvenim djelatnicima koji kombiniraju kliničko znanje i vještine s interpersonalnim i kulturnim kompetencijama.



## UČINKOVITE PRIMALJSKE PRAKSE U MATERNALNOJ SKRBI I SKRBI ZA NOVOROĐENČAD

**Učinkovite prakse primaljstva prema kategorijama iz grafikona 1. pojašnjene su detaljno u sljedećoj tablici.**

ORGANIZACIJA SKRBI
<ul style="list-style-type: none"><li>Alternativni nasuprot konvencionalnim institucionalnim uvjetima za porođaj.</li><li>Programi procjene poroda kako bi se odgodilo odgađanje prijema u porođajnu salu sve dok porod ne uđe u aktivnu fazu.</li><li>Isključivo dojenje do barem 6 mjeseci starosti djeteta kako bi se postigli optimalni zdravstveni benefiti.</li><li>Skupne intervencije zajednice kako bi se smanjili maternalni i neonatalni mortalitet i morbiditet te poboljšali neonatalni ishodi.</li><li>Modeli kontinuiteta koje vode primalje nasuprot ostalim modelima skrbi za trudnice.</li><li>Nesmanjivanje rasporeda antenatalnih posjeta u okruženjima gdje je broj posjeta već nizak.</li></ul>
EDUKACIJA, INFORMIRANJE, PROMOCIJA ZDRAVLJA, JAVNO ZDRAVSTVO
<ul style="list-style-type: none"><li>Savjeti vezani uz posebne prehrambene potrebe.</li><li>Intervencije vezane uz promociju prestanka pušenja u trudnoći.</li><li>Zdravstvena edukacija i potpora za promociju dojenja.</li><li>Suplementacija folnom kiselinom, cinkom, željezom, kalcijem, mikronutrijentima.</li><li>Edukacija o upotrebi kontraceptivnih sredstava za žene poslije poroda.</li></ul>
PROCJENA, SCREENING I PLANIRANJE SKRBI
<ul style="list-style-type: none"><li>Screening i tretman antenatalne infekcije nižeg genitalnog trakta za prevenciju prijevremenog poroda.</li></ul>
PROMOCIJA NORMALNIH PROCESA I PREVENCIJA KOMPLIKACIJA
<ul style="list-style-type: none"><li>Antiretrovirusna terapija za smanjenje rizika od prenošenja HIV-a s majke na dijete.</li><li>Antenatalna digitalna masaža perineuma za sprečavanje perinealne traume.</li><li>Stimulacija dojki za sazrijevanje cerviksa ili induciranje trudova.</li><li>Kontinuirana potpora tijekom trudova i poroda.</li><li>Uspravni položaji u prvim fazama poroda.</li><li>Tehnike relaksacije za olakšavanje boli tijekom poroda.</li><li>Uranjanje u vodu u prvoj i drugoj fazi poroda.</li><li>Perinealne tehnike u drugoj fazi poroda.</li><li>Restriktivna epiziotomija.</li><li>Aktivno upravljanje trećom fazom poroda.</li><li>Profilaktička upotreba ergometrina ili oksitocina u trećoj fazi poroda.</li><li>Kontakt koža-na-kožu majke i novorođenčeta u prvih 24 sata od rođenja.</li><li>Paracetamol (jedna doza) za ranu postporođajnu bol ili bilo koji tip odobreog analgetika za olakšanje boli nakon vaginalnog poroda.</li><li>Potpore majki u dojenju.</li><li>Intervencije za olakšanje konstipacija u trudnoći.</li><li>Topikalni tretmani za vaginalnu kandidijazu u trudnoći.</li></ul>
NEPOSREDNO UPRAVLJANJE KOMPLIKACIJAMA
<ul style="list-style-type: none"><li>Antibiotici za gonoreju, bakterijsku vaginozu, asimptomatske bakterije u trudnoći.</li><li>Intervencije za liječenje genitalne Chlamydia trachomatis infekcije u trudnoći.</li><li>Tretmani za simptomatske infekcije urinarnog trakta tijekom trudnoće</li><li>Primjena anti-D imunoglobulina u trudnoći i nakon trudnoće za sprečavanje Rh senzibilizacije.</li><li>Intervencije za sprečavanje i tretiranje boli u zdjelicima i leđima u trudnoći.</li><li>Tretman za žene s anemijom - uzrokovanim nedostatkom željeza nakon poroda.</li><li>Liječenje endometritisa antibioticima.</li><li>Klokan-njega kako bi se smanjio mortalitet i morbiditet nedonoščadi.</li><li>Preventivne nefarmaceutske psihosocijalne i psihološke intervencije za prevenciju postnatalne depresije.</li><li>Hitne intervencije – magnezij za žene s preeklampsijom i eklampsijom.</li></ul>

*Tablica 1. Učinkovitost primaljske prakse u maternalnoj skrbi i skrbi za novorođenčad*

Izvor: Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H. i sur., „Midwifery and quality care: findings from a new evidence informed framework for maternal and newborn care“, Lancet 384: 1129-45, 2014.

## Neučinkovite primaljske prakse u maternalnoj skrbi i skrbi za novorođenčad

Neučinkovite primaljske prakse u maternalnoj skrbi i skrbi za novorođenčad koje se odnose na edukaciju, informaciju, promociju zdravlja i javno zdravstvo su suplementacija vitaminom A za žene u postnatalnom periodu te suplementacija kalcijem (osim za prevenciju hipertenzije).

Neučinkovite primaljske prakse za trudnice i novorođenčad u procjeni, screeningu i planiranju skrbi odnose se na kontinuirano CTG praćenje tijekom poroda. Neučinkovite primaljske prakse u promociji normalnih procesa i prevenciji komplikacija odnose se na:

- Rutinsko perinealno brijanje prilikom primanja na porod.
- Klistiranje tijekom poroda.
- Ograničenu upotrebu dude varalice u dojenčadi za produljenje trajanja dojenja.
- Amniotomiju za skraćivanje spontanog poroda.
- Tempiranje profilaktičke uterotonike tijekom trećeg porođajnog doba (prije ili poslije poroda posteljice nakon vaginalnog poroda).

Neučinkovite primaljske prakse u neposrednom upravljanju komplikacijama odnose se na hospitalizaciju i preporuku ležanja u krevetu za višestruke trudnoće, intraumbilikalnu injekciju za liječenje zaostale posteljice.

## USPOREDBA PRIMALJSKOG MODELA SKRBI S MATERNALNOM SKRBI I SKRBI ZA NOVOROĐENČAD OSTALIH ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA

Usporedba primaljskih skrbi se odnosi na prakse kada je primalja glavni profesionalni zdravstveni djelatnik tijekom trudnoće i poroda (u suradnji s lječnicima opstretičarima i ginekologima), naspram situacije gdje je to opstretičar, ginekolog ili obiteljski lječnik (u suradnji s primaljama). Istraživanja na globalnoj razini su pokazala da su žene kojima su primalje bile glavni zdravstveni djelatnici u vođenju trudnoće i poroda u značajno manjem broju slučajeva zaprimile regionalnu analgeziju ili anesteziju,

epiziotomiju i rodile uz pomoć instrumenata. Žene čije su trudnoće nadzirane pod primaljskom skrbi imale su manji broj preuranjenih poroda i gubitka fetusa prije 24 gestacijskog tjedna. Razlika u broju carskih rezova nije zabilježena. Većina studija prijavila je veće zadovoljstvo majki u takvom načinu nadzora trudnoće.

Primaljski model skrbi fokusiran je na klijenta odnosno roditelju i obitelji, te prihvata holističke i humanističke principe održavanja i promocije zdravlja, edukacije i savjetovanja klijenata i suradnje. Žene koje vode različite stilove života koriste primaljsku skrb. Istraživanje refleksija žena koje su primile primaljsku skrb identificiralo je pozitivne ocjene u kategorijama potpore, informiranja, intervencije, sudjelovanja i donošenja odluka i olakšanja boli.



## ZAKLJUČAK

Kako bi se donijele smjernice na temelju kojih se može procijeniti kvaliteta maternalne skrbi i skrbi za novorođenčad, donesen je okvir kvalitetne maternalne skrbi i skrbi za novorođenčad, odnosno zdravstvene komponente maternalne skrbi i skrbi za novorođenčad potrebnu trudnicama i novorođenčadi. Navedeni je okvir temeljen na globalnim iskustvima i istraživanjima trenutnih praksi. Prilikom istraživanja primijećeno je da je primaljstvo povezano s većom efikasnosti u upotrebi resursa i poboljšanim ishodima, u slučajevima kada su primalje educirani i licencirani zdravstveni profesionalci. Buduća planiranja maternalne skrbi i skrbi za novorođenčad mogu profitirati od korištenja okvira za kvalitetnu skrb u planiranju radne snage i alokacije resursa.

## LITERATURA

1. Sandall, J., Soltani, H., Gates, S. i sur., „Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women“, The Cochrane Collaboration, John Wiley & Sons, str. 2, 2013.
2. Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H. i sur., „Midwifery and quality care: findings from a new evidence informed framework for maternal and newborn care“, Lancet, 384: 1129-45, 2014.
3. Doherty, M. E., „Midwifery Care: Reflections of Midwifery Clients“, The Journal of Perinatal Education, 19(4): 41-51, 2010.
4. Symon, A., McFadden, A., White, M. i sur., „The importance of evaluating primary midwifery care for improving the health of women and infants“, Midwifery, 73: 26-34, 2019.

# Primaljska skrb za žene koje su pretrpjеле spolno zlostavljanje

(PREGLEDNI RAD)

*Autor: Suzana Haramina, bacc. obs.  
Hrvatska komora primalja*

## SAŽETAK

Primaljska skrb za žene koje su pretrpjele spolno zlostavljanje svakako je jedan od izazova maternalne skrbi u Republici Hrvatskoj. Trudnoća i porođaj događaji su u ženskom životu koji mogu pobuditi traumatična sjećanja na spolno zlostavljanje iz djetinjstva ili kao odrasle osobe. Stoga je vrlo važno prilikom pristupa ženi koja je zlostavljana uzeti u obzir psihičke posljedice koje mogu uzrokovati fizičke promjene u trudnoći i fizički dodiri prilikom pregleda. Nekolicina je indikatora koji daju naslutiti da je žena žrtva spolnog zlostavljanja, te su razne tehnike kojima im primalje mogu pomoći i olakšati trudnoću, porod i postnatalno razdoblje.

Ključne riječi: primaljska skrb, spolno zlostavljanje, trudnoća

## UVOD

Prema istraživanjima Svjetske zdravstvene organizacije, čak je jedna od triju žena (35%) pretrpjela fizičko ili spolno zlostavljanje u svome životu (ne uključujući seksualno uznemiravanje), a neka nacionalna istraživanja daju visok postotak od čak 70% žena zlostavljenih od strane intimnog partnera.

Istraživanje, kojeg je provela FRA – Agencija Europske unije za temeljna prava, provedeno na uzorku od 42.000 žena u 28 država članica Europske unije, pokazalo je da je nešto više od jedne od 10 žena (12%) doživjelo neki oblik spolnog zlostavljanja ili incidenta od odrasle osobe prije 15. godine života. Kao krajnost, 1% žena navodi da su u djetinjstvu bile prisiljene na spolni odnos s odraslim osobom. Otprilike 27% žena doživjelo je neki oblik tjelesnog zlostavljanja u djetinjstvu (prije 15. godine) od odrasle osobe. Čak jedna od triju žena doživjela je neki oblik tjelesnoga i/ili spolnog zlostavljanja od 15. godine života. Jedna od 10 žena doživjela je neki oblik spolnog nasilja od 15. godine života, a jedna od 20 žena bila je žrtva silovanja od 15. godine života. Čak 30% žena koje su doživjele seksualnu viktimizaciju od prijašnjega ili sadašnjeg partnera je također doživjelo spolno nasilje u djetinjstvu, 73% majki koje su bile žrtve tjelesnoga i/ili spolnog nasilja od partnera navodi da je najmanje jedno od njihove djece bilo svjesno da se takvo nasilje događa. Od žena koje su doživjele nasilje od prijašnjeg partnera

i koje su bile trudne tijekom te veze, 42% doživjelo je nasilje od partnera za vrijeme trudnoće.

Ti visoki postoci ukazuju na to da je vrlo vjerojatno da će se primalja u svojoj praksi susresti sa ženom koja je bila ili jest spolno zlostavljana. Pažljiv pregled svih trudnica i specifične intervencije tijekom pregleda i postupaka mogu pomoći žrtvama spolnog zlostavljanja da shvate trudnoću i porod kao priliku za ozdravljenje i osnaživanje. Smatra se da je potrebno da primalje i drugi zdravstveni djelatnici imaju razumijevanje za emocionalne i ponekad i fizičke posljedice spolnog zlostavljanja.

## ZAŠTO TRUDNOĆA I POROD MOGU POTAKNUTI SJEĆANJE NA SEKSUALNO ZLOSTAVLJANJE?

Ako se zlostavljanje odvijalo u djetinjstvu, te je sjećanje na to potpuno ili djelomično potisnuto, trudnoća i porod mogu potaknuti traume nastale nakon zlostavljanja i uzrokovati psihičke poteškoće. To se odnosi i na spolno zlostavljanje žena u odrasloj dobi. Više je razloga tome, primjerice:

- fizičke promjene tijela u trudnoći mogu biti okidač somatskih sjećanja na spolno zlostavljanje u djetinjstvu i/ili u zreloj dobi;
- zlostavljane žene mogu fizički dodir i pregledne doživljavati kao opasne ili uznemirujuće te im mogu biti okidač na sjećanja spolnog zlostavljanja;
- zlostavljane žene se mogu osjećati zarobljeno ili izvan kontrole tijekom perinatalnih pregleda, što može pobuditi osjećaj nesigurnosti ili sjećanja na zlostavljanje;
- iskustvo same trudnoće može biti zastrašujuće i neke žene mogu biti zabrinute da je njihovo dijete na neki način oštećeno ili ozlijeđeno zbog spolnog zlostavljanja koje su pretrpjele;
- žene se mogu bojati vaginalnog porođaja i mogu biti zabrinute da će im porođajna bol povratiti uznemirujuća sjećanja na zlostavljanje u djetinjstvu i/ili u odrasloj dobi;
- moguće je da će se zlostavljane žene koje će imati mušku djecu brinuti da bi mogle na neki način i same odgojiti zlostavljača, zbog traume koje su pretrpjele;
- moguće je da zlostavljane žene koje će imati žensku djecu budu zabrinute da bi njihova djevojčica mogla biti izložena zlostavljanju;
- zlostavljane žene se mogu bojati da će i one same

postati zlostavljačice te se brinuti kako dodirnuti svoje dijete na siguran način;

- u žena koje i dalje trpe spolno zlostavljanje postoji strah da će zlostavljava biti i njihova djeca i/ili da će biti svjedoci zlostavljanja.

Utvrđeno je da medicinski susret koji kombinira golotinju, dodirivanje, nametanje, bol ili nelagodu, nemoć ili depersonalizaciju često ostavlja žene poniženima i povrijeđenima te može reproducirati dinamiku seksualnog nasilja.

### **POTEŠKOĆE KOJE ZLOSTAVLJANE ŽENE MOGU IMATI TIJEKOM TRUDNOĆE I POROĐAJA**

Žene koje su doživjele seksualne traume mogu imati niz poteškoća tijekom trudnoće i poroda, posebice prvorotke. To se može očitovati kao flashbackovi ili iznenadna prisjećanja na traumatične događaje zlostavljanja tijekom trudnoće ili poroda koja su samoj ženi često nejasna i nerazumljiva. Žene se mogu osjećati disocijativno i otuđeno od samog stanja trudnoće i poroda. To može rezultirati time da im je izmijenjen prag боли, odnosno da pregledi, trudovi i porod mogu biti percipirani kao mnogo bolniji, ili da roditelji imaju osjećaj nepovezanosti sa svojim tijelom, pa time i s bolima. Trudnica može osjetiti paniku i strah zbog nedostatka kontrole tijekom trudnoće i poroda.

Proces epiziotomije prilikom poroda može biti posebno uznemirujući. Žene mogu osjetiti više straha i anksioznosti prilikom postnatalne brige o djetetu, a mogu se pojaviti i poteškoće s dojenjem.

### **INDIKATORI SPOLNOG ZLOSTAVLJANJA**

Sljedeća tablica prikazuje moguće indikatore spolnog zlostavljanja.

*Tablica 1. Indikatori spolnog zlostavljanja.*

Izvor: Jackson, K. B., Fraser, D., „A study exploring UK midwives' knowledge and attitudes towards caring for women who have been sexually abused“, Midwifery, 25:253-263, 2009.

Indikatori spolnog zlostavljanja navedeni u prethodnoj tablici trebaju se promatrati s odmakom te nije nužno da postojanje jednog ili više indikatora potvrđuje povijest spolnog

zlostavljanja trudnice/roditelje. Svakako je najpouzdaniji indikator verbalna ili pismena izjava žene o zlostavljanju. Nekolicina je „stilova poroda“ koji mogu biti pokazatelji za prepoznavanje spolno zlostavljenih žena. Oni uključuju prenaglašena ponašanja u smislu borbe, preuzimanja kontrole, predaje i povlačenja. Lako su navedena ponašanja prisutna i kod žena koje nisu pretrpjeli spolno zlostavljanje, ipak su često ekstremna i izrazita kod žena koje jesu.

### **PRIMALJSKA SKRB SPOLNO ZLOSTAVLJANIH ŽENA**

Primalje mogu imati veliku ulogu u identificiranju slučajeva nasilja nad trudnim ženama i pomaganju pri njihovom sprečavanju. Prikladna pomoć može se ostvariti na način da se za sve žene prilikom prvog antenatalnog pregleda utvrdi rutinsko ispitivanje o spolnom zlostavljanju u djetinjstvu i zrelosti kako bi im se olakšala odgovarajuća perinatalna briga. Potrebno je osigurati da se za svaki dodir i fizički kontakt ima dopuštenje, te da se minimiziraju vaginalni pregledi i pregledi spekulomom. Bilo bi preporučljivo da se ženama koje su pretrpjele spolno zlostavljanje pruže informacije o podršci žrtvama spolnog zlostavljanja. Najvažnije je da primalje i zdravstveno osoblje uključeno u prenatalnu i postnatalnu skrb posjeduju vještine savjetovanja prilagođene potrebama spolno zlostavljenih žena, te da prepoznaju granice prilikom komunikacije i fizičkih dodira.

Educiranost primalja o spolnom zlostavljanju i njegovim posljedicama je krucijalna. Važno je uspostaviti povjerenje i uvažavati ženinu privatnost i želju da o tom iskustvu ne govori ako ne želi. Prihvatanje i neumanjivanje ženine boli i neugode prilikom razgovora, pregleda i poroda je vrlo važno za uspostavljanje povjerenja i za adekvatnu pomoć u prenatalnoj i postnatalnoj primaljskoj skrbi.

INDIKATORI VEZANI ZA MAJČINSTVO	PSIHOLOŠKI INDIKATORI	OPĆI INDIKATORI	FIZIČKI INDIKATORI
Passivno ponašanje prilikom poroda	Psihozra Depresija	Verbalna ili pismena izjava o zlostavljanju	Vaginalni iscijedak
Skrivanje trudnoće	Poremećaji u prehrani	Neinhibirano ponašanje	Modrice i otekline
Tinejdžerska trudnoća	Nisko samopouzdanje	Povučenost	Ponavljajuće urinarne infekcije
Negativan stav prema dojenju	Znakovi samoozljedivanja	Neprikladno ponašanje	Ponavljajuća ili rana povijest
Često preskakanje zakazanih sastanaka	Osjećaj manje vrijednosti	Nedostatak kontakta očima	spolno prenosivih bolesti
Carski rez na zahtjev	Oskrivljanje prilikom razdijevanja za pregled	Sramežljivost	
Prenaglašena briga za dijete	Povijest pokušaja samoubojstva	Introvertiranost	
Nepovjerenje u zdravstvene djelatnike	Povijest poteškoća u ponašanju u djetinjstvu	Otkrivanje prilikom razdijevanja za pregled	

## PRENATALNA PRIMALJSKA SKRB

Studije su pokazale kako je najveća potreba kod spolno zlostavljenih žena upravo potreba za uspostavom kontrole nad situacijom. Kako bi spolno zlostavljanje žene osjetile što veću kontrolu nad svojim tijelom i iskustvom trudnoće i porođaja, potrebno je posebno paziti na njihovu uključnost u sve odluke o njihovoj skrbi. Potrebno je omogućiti što veću sigurnost i privatnost tijekom prenatalnih sastanaka. Preporučljivo je provođenje vježbi i satova disanja, opuštanja i kontrole anksioznosti prilikom pripreme za porođaj, te uključiti strategije upravljanja traumama od spolnog zlostavljanja u planove trudnoće i poroda. Ako se smatra prikladnim, bilo bi dobro uputiti ženu psihijatru ili psihologu na procjenu psihičke traume koja je proizašla iz spolnog zlostavljanja.

## PRIMALJSKA SKRB TIJEKOM PEROĐAJA

Primaljska skrb tijekom porođaja za žene koje su pretrpjele seksualne traume također se odnosi na pažljiv odnos prilikom fizičkog dodira, odnosno potrebno je osigurati da je za svaki dodir i kontakt tijekom poroda roditelja dala dopuštenje. Kako bi se osiguralo što više privatnosti za ženu tijekom porođaja, bilo bi preporučljivo smanjiti broj uključenog osoblja.

Kako bi se osiguralo da je roditelja prisutna u sadašnjem trenutku kako ne bi iskusila ili minimizirala *flashback*ove i neugodna sjećanja, potrebno ju je fokusirati na sadašnjost i ponavljano joj objašnjavati:

- gdje se nalazi i što radi, osjećivati je o sadašnjem trenutku,
- koji je dan i godina sada,
- da je bol koju doživjava trenutna, a ne iz prošlosti,
- da joj se ništa loše trenutno ne događa,
- da je bol koju osjeća normalna, od rađanja njenog djeteta.

Ako se sjećanja na zlostavljanje počnu javljati za vrijeme porođaja, potrebno joj je dati jasne protuargumente koji će joj pomoći da ostane fokusirana na sadašnjost, dakle:

- uvjeriti je u njenu sigurnost u ovom trenu,
- podsjetiti je gdje je sada, što radi i zašto doživjava bol,
- pomoći joj da razlikuje prošlost od sadašnjosti,
- usredotočiti se na disanje i brojanje udisaja i izdisaja,
- pomoći joj opisati predmete i boje u sobi,
- pomoći joj da se služi anti-stres lopticama,
- po mogućnosti joj pustiti umirujuću glazbu,
- po mogućnosti u prostoriji osigurati umirujuće mirise.

## POSTNATALNA PRIMALJSKA SKRB

Postnatalno se s roditeljom koja je pretrpjela spolno zlostavljanje preporuča razgovarati o poteškoćama koje je možda iskusila tijekom porođaja, te ju uvjeriti da to nije neobično kod žena koje su iskusile spolno zlostavljanje. Preporučeno je osigurati odgovarajuću postnatalnu podršku

za njene potencijalne brige, poput poteškoća s dojenjem, početnim strahovima od sigurne brige za dijete. Po potrebi ponuditi pojačanu postnatalnu primaljsku skrb u smislu dodatne podrške, preporučiti grupu podrške za dojenje i postnatalne skrbi, te grupu za podršku ranom roditeljstvu. Ako se procijeni da su njene poteškoće složene i ozbiljne, potrebno je dogоворити procjenu perinatalnog mentalnog zdravlja i psihološku podršku.

## ZAKLJUČAK

Važno je prepozнати načine na koje je spolno zlostavljanju ženi poljuljano povjerenje u ljude, uključujući primalje u čijoj su skrbi takve žene. Valja imati na umu da su te žene većinom zlostavljanje od strane bližnjih, bilo u dječjoj ili odrasloj dobi, te da im je povjerenje u ljude narušeno. Stoga im je potrebno pristupiti pažljivo i profesionalno, posebice pazeci da je svaki fizički kontakt odobren s njihove strane kako bi se osjećale sigurnima i da je kontrola nad trudnoćom i porođajem u njihovim rukama.

Poželjno je da su primalje informirane i educirane o spolnom zlostavljanju. Potrebno je biti otvoren za mogućnost da bilo koja žena u primaljskoj skrbi može biti žrtva spolnog zlostavljanja te je potrebno uvažavati ženinu potrebu za povjerljivosti. Također, važno je uvažavanje njene boli i neugode te osobnog iskustva zlostavljanja.

Prilikom prepoznavanja da se zlostavljanju ženi vraćaju sjećanja na seksualne traume kod pregleda ili posebice poroda, kada je gotovo nemoguće obustaviti fizički dodir, važno je konstantno komunicirati s trudnicom/roditeljom te ju usmjeravati na sadašnji trenutak kako bi se smanjio povratak traume i negativnih sjećanja.

## LITERATURA

1. World Health Organization, Violence against women, WHO, 2017., raspoloživo na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> (pristupljeno 13.04.2020.)
2. UN Women, Facts and figures: Ending violence against women, UN, 2019., raspoloživo na: <https://www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures> (pristupljeno 13.04.2020.)
3. FRA – Agencija Europske unije za temeljna prava, *Nasilje nad ženama: istraživanje provedeno diljem Europske unije – Kratki pregled rezultata*. Luxembourg: Ured za publikacije Europske unije, str. 13, 2014.
4. FRA – Agencija Europske unije za temeljna prava, *Nasilje nad ženama: istraživanje provedeno diljem Europske unije – Kratki pregled rezultata*. Luxembourg: Ured za publikacije Europske unije, str. 9, 2014.
5. FRA – Agencija Europske unije za temeljna prava, *Nasilje nad ženama: istraživanje provedeno diljem Europske unije – Kratki pregled rezultata*. Luxembourg: Ured za publikacije Europske unije, str. 11, 2014.
6. The Perinatal Mental Health Service, *Working with women during pregnancy and childbirth who have experienced sexual abuse*. Perinatal Abuse Leaflet. Exeter: PALS Team, Devon Partnership NHS Trust, str. 2, 2017.
7. Kitzinger, J., „Sexual violence and midwifery practice“ u Kargar, I., Hunt, S. C. eds., *Challenges in midwifery care*, Basingstoke, Hampshire and London: Macmillan Press, str. 6-8, 1997.
8. Jackson, K. B., Fraser, D., „A study exploring UK midwives' knowledge and attitudes towards caring for women who have been sexually abused“, *Midwifery*, 25:253-263, 2009.

# Primaljska skrb u zajednici

(PREGLEDNI RAD)

Sonja Kočić Čovran, bacc. obs., mag. med. techn.  
Hrvatska komora primalja

## SAŽETAK

Primaljska skrb u zajednici obuhvaća zalaganje za prava žena i novorođenčadi, zaštitu trudnoće, osnaživanje majčinstva, zaštitu obitelji te zaštitu reproduktivnog zdravlja mladih i rad s rizičnim skupinama. Ovaj rad daje pregled uloga primaljske skrbi u zajednici te donosi osvrt na primaljsku skrb u zajednici u Republici Hrvatskoj.

**Ključne riječi:** primaljska skrb, trudnoća, porod, novorođenčad, dojenje, zajednica, obitelj

## UVOD

Primalstvo je jedna je od najstarijih medicinskih struka. I u povijesti medicine primalje su prepoznate kao iznimno važan faktor u skrbi za trudnice, majke i novorođenčad, a briga o roditeljima bila je pokazatelj društvenog razvoja još od antičkih vremena. Primaljska uloga u pružanju potpora majkama u zajednici u prenatalnoj skrbi očituje se u prenatalnoj edukaciji, u sudjelovanju u vođenju poroda, stručnom savjetovanju o postpartalnoj njezi i važnosti

dojenja za fizički i emocionalni razvoj djece. Primalje unapređuju zdravlje majki i novorođenčadi prije, za vrijeme i poslije poroda. Primalstvo podrazumijeva primarno skrb o ženama. Iako je često ograničeno na skrb za vrijeme porođaja, ipak može obuhvaćati druge aspekte ženina reproduktivnog zdravlja, poput planiranja obitelji i drugih ginekoloških stanja.

Uloga primalstva u zajednici se odnosi na zalaganje za prava žena, očuvanje i zaštitu trudnoće, osnaživanje majčinstva, skrb za novorođenčad i promociju dojenja, zaštitu obitelji te zaštitu reproduktivnog zdravlja mladih i rad s rizičnim skupinama.

## ULOGE PRIMALJSTVA U ZAJEDNICI

Primaljska skrb u zajednici odnosi se na više faktora. To su: zalaganje za prava žena, očuvanje i zaštitu trudnoće, osnaživanje majčinstva, skrb za novorođenčad i promocija dojenja, zaštitu obitelji te zaštitu reproduktivnog zdravlja mladih i rad s rizičnim skupinama.



## ZALAGANJE ZA PRAVA ŽENA

Prema Međunarodnoj konfederaciji primalja (ICM):

1. Svaka žena ima pravo na skrb samostalne, kompetentne primalje u porodu.
2. Svaka žena ima pravo biti uvažavana kao osoba.
3. Svaka žena ima pravo na tjelesnu sigurnost.
4. Svaka žena ima pravo biti slobodna od bilo koje vrste diskriminacije.
5. Svaka žena ima pravo na recentne informacije o zdravlju.
6. Svaka žena ima pravo aktivno sudjelovati u odlukama o svojoj zdravstvenoj skrbi, kao i na informirani odabir.
7. Svaka žena ima pravo na privatnost.
8. Svaka žena ima pravo odlučiti gdje će roditi.

Za kvalitetan sustav nužno je osigurati:

- kvalitetan regulatorni sustav,
- kvalitetno školovanje,
- cjeloživotnu edukaciju,
- sigurno zdravstveno okruženje za zdravstvene djelatnike i za pacijente/klijente,
- kvalitetan dijalog svih dionika.

## OČUVANJE I ZAŠTITA TRUDNOĆE

Studije su pokazale da primaljska skrb u očuvanju i zaštiti trudnoće pruža velike benefite za majku i dijete te ju se svakako preporučuje. Sudjelovanje primalje u skrbi za trudnice rezultira manjim brojem nepotrebnih intervencija tijekom trudnoće i poroda, a koje mogu negativno utjecati na ishod poroda. U mnogim dijelovima svijeta, primalje su glavni zdravstveni djelatnici u pružanju skrbi za trudnice i roditelje. Drugdje su to opstretičari, ginekolozi ili liječnici obiteljske medicine, a u mnogim zemljama je skrb kombinirana. Međusobni odnos primalje i roditelje počinje kroz nadzor trudnoće, nastavlja se nadzorom poroda, a trebao bi obuhvatiti i razdoblje nakon poroda, skrb za novorođenče i promociju dojenja.

## OSNAŽIVANJE MAJČINSTVA I SKRB NOVOROĐENČAD TE PROMOCIJA DOJENJA

Osnova maternalne skrbi treba biti kvalitetan odnos prema svakoj pojedinoj ženi. To se odnosi na uvažavanje svake žene i njezinog dostojanstva. Svaki je zdravstveni stručnjak, pa time i primalja, osobno odgovoran majci, obitelji, zajednici i zdravstvenom sustavu za kvalitetu pružene skrbi. Uloga primalje u osnaživanju majčinstva odnosi se na zaštitu i promociju sigurnosti i autonomije žene, uz poštivanje njenih iskustava, izbora, prioriteta, vjerovanja i vrijednosti, pritom uvažavajući i osiguravajući poštivanje ljudskih prava majke i novorođenčeta i reproduktivnih

prava majke. Primalje osnažuju majčinstvo na način da pružaju znanstveno dokazane i iskustvene informacije o trudnoći, te brizi o ženi i djetetu, uz prihvatanje majčinog izbora za svoje i djetetovo zdravje (ako je to u regulativi zakonskih okvira). Primalja pruža skrb usmjerenu na ženu i nastoji roditelji omogućiti da zadovolji potrebe i želje tijekom rađanja, što se odnosi na razumijevanje porođajne boli kao normalne popratne pojave rađanja te otklanjanje straha od poroda. Primalje pružaju majkama potporu, i medicinsku i psihološku, te im omogućuju da povrate vjeru u svoje tijelo. To se odnosi i na postnatalnu brigu za dijete i sebe.

Žena i dijete primarni su fokus primaljske prakse, zato skrb treba biti sigurna, podupiruća, odgovorna i suočajna, uzimajući u obzir potrebe žene, djeteta i njene obitelji. Primaljska skrb trebala bi biti planirana kroz partnerstvo sa ženom, uz uvažavanje ženinog prava na privatnost i povjerljivost štiteći njezine osobne podatke.

Primalje u sklopu svoje skrbi promoviraju i potiču dojenje, ali prvobitno pružaju savjete i skrb vezano za način na koji žena želi hraniti svoje novorođenče, uvažavajući njezinu želju i informirani izbor.

## ZAŠTITA OBITELJI

Zaštita obitelji zapravo je prošireni pogled na zaštitu i prava trudnica, majki i novorođenčadi. Primalje rade u partnerstvu sa ženom i njenom obitelji, uspostavljajući vezu od povjerenja. Informacije koje pruža primalja trebaju biti prilagođene i razumljive potrebama majke i njene obitelji, uz preporuku dodatne zdravstvene skrbi ako je to potrebno. Zaštita obitelji unutar primaljske skrbi odnosi se i na planiranje obitelji, osiguravanje željene i zdrave trudnoće te sigurnog poroda. Primalje često pomažu prilikom donošenja plana porođaja, koji određuje mjesto porođaja i prisutne osobe, a s kojim je upoznat i njezin partner, te ako je potrebno i njena obitelj.

Primalje prilikom rada s obiteljima imaju priliku susresti se s različitim tipovima obiteljskih zajednica, a prilikom toga trebaju biti neutralne i ne osuđivati. U slučajevima kada su ugroženi zdravlje i opstanak majke i djeteta, dužne su intervenirati prema nadležnim službama kako bi zaštitile majku i dijete.

## ZAŠTITA REPRODUKTIVNOG ZDRAVLJA MLADIH I RAD S RIZIČNIM SKUPINAMA

Temeljne aktivnosti u cilju zaštite reproduktivnog zdravlja mladih su kontinuiran i znanstveno utemeljen zdravstveni odgoj, savjetodavni rad, te redoviti preventivni i ginekološki pregledi. Mladi su ponekad izloženi rizičnom spolnom ponašanju, odnosno preuranjenim spolnim odnosima, odnosom bez zaštite, neprikladnoj uporabi kontraceptiva

i čestom promjenom spolnog partnera što može dovesti do dugotrajnih posljedica kao što su neželjena i adolescentna trudnoća, spolno prenosive bolesti, seksualno zlostavljanje, cervikalna displazija i rak vrata maternice. Primalje se često susreću s adolescentskim trudnoćama koje su posljedica nedovoljne zaštite reproduktivnog zdravlja mlađih. Svjetski primjeri su pokazali da se edukacijom mlađih znatno smanjuje rizično ponašanje navedene skupine. Uvođenjem primalja kao stručnog djelatnika u programe edukacija omogućilo bi se prenošenje iskustvenog znanja mlađima te rad na prevenciji rizičnog ponašanja.

## **PRIMALJSKA SKRB U ZAJEDNICI U REPUBLICI HRVATSKOJ**

Hrvatska komora primalja 3. travnja 2018. godine brojila je 2.606 registriranih članica. Danas u Hrvatskoj ima 2.616 registriranih primalja. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, sa zaposlenjem u samom zdravstvenom sustavu 3. travnja 2018. radio je 1.781 primalja i to 82% u stacionarnim zdravstvenim ustanovama, a 18% u djelatnostima na primarnoj razini zdravstvene zaštite. Zdravstvena skrb žene za vrijeme trudnoće obuhvaća antenatalnu, partalnu i postpartalnu skrb. Primaljska skrb u zajednici u Republici Hrvatskoj najviše se odnosi na skrb tijekom trudnoće i poroda u zdravstvenim ustanovama. Primalja ima izuzetno važnu ulogu u pružanju potpore roditeljama tijekom i neposredno poslije poroda sudjelovanjem u vođenju poroda te stručnim savjetima o postpartalnoj skribi i važnosti dojenja za fizički i emocionalni razvoj djece. Tu ulogu treba proširiti uključivanjem primalja u prenatalnu edukaciju odnosno provođenje trudničkih tečajeva i pripremu trudnica i njihovih partnera za roditeljstvo. Izmjenama Zakona o primaljstvu i Zakona o zdravstvenoj zaštiti iz 2019. propisana je mogućnost da primalje imaju mogućnost obavljati privatnu praksu, što će omogućiti veću dostupnost primaljske skrbi koja se tada može provoditi kontinuirano.

Primaljska skrb u Republici Hrvatskoj najizraženija je u bolnicama gdje primalje nadziru roditelju kroz sve porođajne faze. Primalja pomaže savladati strah i opustiti roditelju, te joj omogućava odabir najpovoljnijeg položaja za rađanje, što ima utjecaj na pozitivno iskustvo u porodu te osjećaj važnosti zbog aktivnog sudjelovanja u porodu. Prilikom poroda, primalja, dok još pupkovina pulsira, stavlja dijete roditelji na prsa i tako ostvaruje prvi kontakt koža-na-kožu čime omogućava zblžavanje majke i djeteta. Nakon poroda, primalja nadzire krvarenje kod roditelje, pruža pomoć kod uspostave prvog podoja, utopljava roditelju, dok majčino tijelo pomaže zadržati toplinu tijela novorođenčeta. Ako je i partner prisutan na porodu, primalja omogućuje roditeljima nesmetano uživanje i upoznavanje s novorođenčetom. Bitan čimbenik je i u dalnjim postupcima primalje tijekom cijelog boravka u rodilištu, gdje primalja pomaže

kod dojenja, osobne higijene i majke i novorođenčeta. Primaljska skrb tijekom trudnoće u domu roditelje odnosi se na skrb patronažne sestre. Patronažna sestra usko surađuje s obiteljima, liječnicima, domovima zdravlja, dječjim klinikama, te s drugim suradnicima koji joj pomažu u njenom radu. Patronažna sestra je zdravstveni djelatnik educiran za patronažu. Obujam patronaže u Republici Hrvatskoj nadilazi primaljsku skrb, što dovodi do nemogućnosti dovoljne kontinuirane skrbi trudnice te kasnije majke i djeteta. Svrha posjeta patronažne sestre trudnici je provođenje mjera primarne i sekundarne prevencije u cilju procjene zdravstvenog, psihičkog, socijalnog i ekonomskog stanja trudnice, njenih mogućnosti usvajanja novih znanja, vještina, navika i stavova u odnosu na trudnoću i buduće materinstvo te pravovremeno otkrivanje čimbenika ugroženosti kroz unapređenje i održavanje zdravlja, sprečavanje bolesti, otkrivanje visokorizičnih trudnoća te savladavanja prepreka. Prilikom obavljanja prvog pregleda kod ginekologa i dokazivanja trudnoće, obavještava se patronažna sestra o novoj trudnici. Prvi posjet se obavlja između 4. i 5. mjeseca trudnoće. Patronažna sestra trebala bi saznati trudničine prehrambene navike, aktivnosti kojima se bavi, o poslu kojeg obavlja, boluje li od nekih težih bolesti te uzeti obiteljsku anamnezu. Patronažna sestra trebala bi educirati trudnicu o pravilnoj prehrani, higijeni tijekom trudnoće te educirati i savjetovati o pripremama za dojenje.

Skrb za ženu u sklopu patronažne službe vezano za trudnoću i puerperij u mnogim razvijenim zapadnim zemljama obavlja primalja. Međutim u Hrvatskoj to nije tako.

Trudnički tečajevi također su dio primaljske skrbi u zajednici. Organizirani su u okviru Domova zdravlja i u drugim zdravstvenim i nezdravstvenim ustanovama, kao i u rodilištima. Strukturirani su na način da budućim roditeljima pruže dostatan broj informacija o trudnoći, razvoju ploda, zaštiti zdravlja trudnice, porodaju, boravku u rodilištu, prehrani i njezi novorođenčeta, zdravstvenoj njezi novorođenčeta, psihološkim aspektima roditeljstva te pravnim propisima vezanimi uz roditeljstvo. Iako su navedene aktivnosti neupitno vezane za primaljsku skrb, sve se odnose i na druge zdravstvene djelatnike prema potrebi.

## **ZAKLJUČAK**

Neupitna je važnost primaljske skrbi u zajednici u brzi za trudnicu, majku i novorođenče, ali i njihovu obitelj. Istraživanja pokazuju benefite kontinuirane primaljske skrbi poput jačanja samopouzdanja i samostalnosti majki, manjeg broja nepotrebnih medicinskih intervencija tijekom poroda i smanjenje maternalnog i dojenačkog mortaliteta i morbiditeta.

Primaljska skrb i znanje mogli bi predstavljati važan faktor u prevenciji rizičnog ponašanja mlađih i zaštite njihovog reproduktivnog zdravlja.



Primaljsku skrb u prenatalnom i postnatalnom periodu u Republici Hrvatskoj u smislu edukacije trudnica i rodilja o djetetovim potrebama, zdravlju majke i djeteta te i praktičnoj primjeni znanja većinom ne obavljaju primalje, za razliku od razvijenih zapadnih zemalja gdje je navedena skrb dio

primaljske skrbi za ženu. Primaljska skrb u Hrvatskoj od strane educiranih primalja najviše se odvija u bolnicama, u rodilištima i rađaoni.

Izgledno je, ali i krajnje potrebno da bi primjenjeni model kontinuirane primaljske skrbi u antenatalnom, partalnom i postpartalnom razdoblju donio najviše benefita za trudnice, majke i novorođenčad, a time i njihove obitelji.

## LITERATURA

1. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Međunarodni dan primalja, HZJZ, 2018., raspoloživo na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-javno-zdravstvo/međunarodni-dan-primalja/> (pristupljeno 11.04.2020.)
2. Primaljski vjesnik, „Kratka povijest primaljstva“, iz knjige dr. Marsena Wagnera „Pripremite se za porodaj“, Primaljski vjesnik, 5: 3-4, 2007.
3. World Health Organization, „Foundation module: The midwife in the community“, u Education material for teachers of midwifery: midwifery education modules. – 2nd ed., Geneva, WHO, str. 5, 2008.
4. Povelja o pravima žena i primalja, Roda, 2018., raspoloživo na: <http://www.roda.hr/udruga/projekti/prekinimo-sutnju/povelja-o-pravima-zena-i-primalja.html> (pristupljeno 11.04.2020.)
5. International Confederation of Midwives Bill of Rights for Women and Midwives, ICM, 2017., raspoloživo na: [https://internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/01/cd2011\\_002-v2017-eng-bill\\_of\\_rights-2.pdf](https://internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/01/cd2011_002-v2017-eng-bill_of_rights-2.pdf) (pristupljeno 11.04.2020.)
6. Hatem, M., Sandall, J., Devane, D. Soltani, H., Gates, S., Midwife-led versus other models of care for childbearing women (Review), The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd., str. 3, 2009.
7. Nursing and Midwifery Board of Ireland, Practice Standards for Midwives, NMBI, 2015., raspoloživo na: <https://www.nmbi.ie/nmbi/media/NMBI/Publications/Practice-Standards-for-Midwives-2015.pdf?ext=.pdf> (pristupljeno 13.04.2020.)
8. Stokić, Đ. Uloga primalje u pripremi rodilje za samostalno majčinstvo. Diplomski rad. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2018.
9. Juretić, K., Šarić, M., „Adolescentne trudnoće u Splitsko-dalmatinskoj županiji i postupci medicinske sestre/primalje u prevenciji i skrbi“, Primaljski vjesnik, 22: 39-45, 2017.



# Zašto je važan mikrobiom majčinog mlijeka?

(PREGLEDNI RAD)

izv. prof. dr. sc. Anita Pavičić Bošnjak, dr. med.

Klinički bolnički centar Zagreb, Odjel za podršku dojenju, Banka humanog mlijeka, Hrvatska banka tkiva i stanica, Klinički zavod za transfuzijsku medicinu i transplantacijsku biologiju, Petrova 13, Zagreb

## SAŽETAK

Svojim jedinstvenim i složenim sastavom majčino mlijeko osigurava sve potrebne nutrijente za optimalan rast djeteta, te brojne bioaktivne i imunoregulatorne komponentne koje djeluju na programiranje djetetova zdravlja direktnim učinkom ili putem njegova mikrobioma. Pri tome važnu ulogu imaju bakterije u majčinom mlijeku koje koloniziraju djetetov probavni sustav, doprinose razvoju njegove zdrave crijevne mikrobiote i utječu na razvoj djetetova imunosnog sustava. U ovom preglednom radu iznijet će se suvremene spoznaje o mikrobiomu majčinog mlijeka – njegovom sastavu i čimbenicima koji na to utječu, podrijetlu mikrobnih zajednica u mlijeku te utjecaju mikrobioma majčinog mlijeka na zdravlje djeteta.

**Ključne riječi:** majčino mlijeko, mikrobiota majčinog mlijeka, novorođenče, dojenje

## UVOD

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO), UNICEF i stručna medicinska udruženja zalažu se za isključivo dojenje tijekom prvih 6 mjeseci djetetova života, a potom, uz dohranu drugim namirnicama, za nastavak dojenja do 2 godine ili duže, koliko to majka i dјete žele. Procjenjuje se da se dojenjem godišnje može spasiti više od 800.000 dječjih života. Tome treba pridodati i brojne druge dokazane pozitivne učinke dojenja na zdravlje djece, majki i društva, zbog čega je promicanje dojenja jedno od najvažnijih javnozdravstvenih prioriteta. Svojim jedinstvenim i složenim sastavom majčino mlijeko osigurava sve potrebne nutrijente za optimalan rast djeteta, te brojne bioaktivne i imunoregulatorne komponentne koje djeluju na programiranje djetetova zdravlja direktnim učinkom ili putem njegova mikrobioma. Dojenje pruža djetetu zaštitu od niza bolesti kao što su: infekcije probavnog sustava, nekrotizirajući enterokolitis (NEC), infekcije dišnih putova i smanjuje učestalost sindroma iznenadne dojenačke smrti. Studije su također pokazale da dojena djeca imaju

smanjeni rizik od pojave kroničnih bolesti poput alergija, astme, dijabetesa, pretilosti, sindroma iritabilnog crijeva i Crohnove bolesti u djetinjstvu pa sve do odrasle dobi. Nadalje, dojenje je povezano s boljim kognitivnim razvojem djeteta (1, 2). Zbog toga se majčino mlijeko može smatrati najspecifičnijom personaliziranom medicinom koja se primjenjuje od prvog dana života (1). U svjetlu toga iznijet će se suvremene spoznaje o mikrobiomu majčinog mlijeka te njegovom utjecaju na zdravlje djeteta.

## MIKROBIOTA MAJČINOG MLIJEKA

Pojam mikrobiota odnosi se na skup svih mikroorganizama koji nastanjuju određeni sustav. Kada se govori o mikrobioti majčinog mlijeka, obično se misli na skup svih bakterija koje se nalaze u majčinu mlijeku. Istraživanja su pokazala da majčino mlijeko sadržava žive komenzalne i probiotičke bakterije iz roda *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Enterococcus*, *Lactobacillus* i *Bifidobacterium* u količini  $10^3$  do više od  $10^6$  koloniformnih jedinica (*colony-forming unit*, CFU) u jednom mililitru mlijeka (3). Uz dnevni unos oko 800 ml majčina mlijeka dojeno će dijete svakodnevno unijeti u svoj probavni sustav oko 10 milijuna živih bakterija. Do sada je identificirano više od 700 različitih bakterija u majčinu mlijeku. Međutim, majčin imunosni sustav ne doživljava prisutnost ovog obilja različitih bakterija u mlijeku kao infekciju, niti je utvrđena povezanost između broja bakterija i količine imunosnih stanica u mlijeku zdravih žena (4). Bakterije u majčinom mlijeku imaju sasvim drugačije značenje i ulogu – one koloniziraju djetetov probavni sustav, doprinose razvoju zdrave crijevne mikrobiote i utječu na razvoj djetetova imunosnog sustava.

Zahvaljujući uporabi molekularnih metoda dokazivanja bakterijske DNA od 2011. godine poznat je mikrobiom majčinog mlijeka. Pojam mikrobiom odnosi se na genetski materijal svih mikroorganizama koji se nalaze u majčinu mlijeku, pri čemu se najčešće misli na bakterije i njihov genetski materijal. Osnovu mikrobioma majčina mlijeka čini

devet bakterijskih rodova: *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Propionibacterium*, *Corynebacterium*, *Serratia*, *Pseudomonas*, *Ralstonia*, *Sphingomonas* i *Bradyrhizobiaceae* (5). Oni predstavljaju oko 52% svih mikroorganizama, dok se ostalih 48% mikrobioma majčinog mlijeka razlikuje od žene do žene. Novije studije potvrđile su ovaj nalaz (6, 7). To znači da je bakterijski sastav majčinog mlijeka personaliziran. Tijekom dojenja majka će dio tog vlastitog mikrobioma predati djetetu utječući tako na programiranje njegova zdravlja.

## PODRIJETLO BAKTERIJA U MAJČINOM MLIJEKU

Podrijetlo bakterija u majčinom mlijeku nije sasvim razjašnjeno. Pretpostavljaju se tri moguća izvora bakterija: 1) površina kože dojke, 2) sluznica usne šupljine djeteta i 3) crijevna mikrobiota majke. Ranije se smatralo da su bakterije u majčinom mlijeku većinom prispjele s površine kože bradavice i dojke te iz usne šupljine djeteta.

Primjenom ultrazvuka nađeno je da se tijekom sisanja mlijeko retrogradno vraća u mlijecne kanaliće dojke, a dodatne studije su potvrđile da se u majčinom mlijeku nalaze bakterije koje su stanovnici površine kože te da zrelo mlijeko odgovara sastavom oralnoj mikrobioti djeteta (3, 8). Međutim, bakterijska zajednica u mlijeku razlikuje se od one na majčinoj koži. Osim toga, nalaz bakterija u majčinom mlijeku i prije nego je dijete rođeno, kao i nalaz živih anaerobnih bifidobakterija, koje ne mogu preživjeti na koži i u usnoj šupljini djeteta, dokaz su o drugaćijem – enteromamarnom podrijetlu barem dijela bakterija u mlijeku (9).

Suvremene spoznaje upućuju da je crijevna mikrobiota majke najznačajniji izvor bakterija u majčinom mlijeku. Smatra se da bakterije nakon translokacije kroz crijevni epitel dospijevaju u mlijecne žljezde putem enteromamarne cirkulacije. Pri tomu važnu ulogu imaju majčine dendritičke stanice i leukociti (9). Dendritičke stanice penetriraju crijevni epitel i preuzimaju žive bakterije iz lumena crijeva. Potom se antigen-prezentirajuće stanice (dendritičke stanice i makrofazi unutar kojih su bakterije) sele iz sluznice crijeva te putem limfatičke i krvne cirkulacije prenose bakterije do udaljenih sluzničkih površina, uključujući i mlijecne žljezde, i koloniziraju ih. Na sličan način putem enteromamarne cirkulacije u mlijecnu žljezdu dospijevaju limfociti te plazma stanice koje luče

imunoglobulin A specifičan za majčine crijevne bakterije. Dakle, tijekom laktacije postoji selektivna kolonizacija mlijecne žljezde stanicama imunosnog sustava koje su programirane u majčinu crijevu.

Nekoliko kliničkih studija pružilo je dokaz za vertikalni prijenos bakterija od majke na dijete putem dojenja, odnosno za endogeno podrijetlo bakterija u majčinom mlijeku (7, 10, 11). Primjerice, dvije studije terapijske primjene laktobacila izoliranih iz majčinog mlijeka (*Lactobacillus salivarius* i *Lactobacillus fermentum*) u cilju liječenja mastitisa pokazale su da se nakon oralne primjene terapijskih sojeva ovih bakterija isti nalaze u mlijeku majki (10, 11).

## ČIMBENICI KOJI UTJEĆU NA SASTAV MIKROBIOTE MAJČINOG MLIJEKA

Na sastav mikrobiote majčinog mlijeka utječe niz čimbenika: majčini čimbenici (način prehrane, imunološki status, pretlost, atopijske bolesti, genetski faktori), te postnatalni i okolišni čimbenici (način poroda, gestacijska dob djeteta, primjena antibiotika u majke, trajanje laktacije, stres, demografsko područje) (3, 12, 13). Primjerice, nađeno je da mlijeko majki koje su tijekom trudnoće imale prekomjeran prirast tjelesne mase sadrži manji broj bifidobakterija u usporedbi s mlijekom majki koje su u trudnoći imale normalan prirast tjelesne mase, te da mlijeko pretilih žena ima manju raznolikost bakterijskih zajednica u usporedbi s mlijekom žena normalne tjelesne mase (8). U mlijeku žena s celijkom i atopijskim bolestima nalazi se manje bifidobakterija nego u mlijeku žena koje ne bolju od ovih bolesti zbog čega je u njihove dojenčadi odgođena kolonizacija bifidobakterijama. Promjene u raznolikosti bakterijskog sastava mlijeka i odgođena kolonizacija bifidobakterijama i pogoduju razvoju atopijskih bolesti u djece (3).

U mlijeku žena koje su rodile vaginalnim putem mikrobiota je obilnija i raznovrsnija nego u žena koje su rodile planiranim carskim rezom (8). Ova razlika manje je izražena ili ne postoji kada se uspoređuje sastav mikrobiote mlijeka žena koje su rodile neplaniranim carskim i onih koje su rodile vaginalnim putem (3, 6). Primjena antibiotika u trudnoći i tijekom dojenja smanjuje broj bifidobakterija u mlijeku majki zbog čega se smanjuje broj i raznolikost bifidobakterija u stolici njihove dojenčadi.

Mikrobiom majčina mlijeka mijenja se s trajanjem laktacije, a najobilniji je u kolostrumu. U kolostrumu prevladavaju



bakterije iz roda *Weissella*, *Leuconostoc*, *Staphylococcus*, *Streptococcus* i *Lactococcus*, dok se u mlijeku nakon prvoga i šestoga mjeseca laktacije u znatno većem broju nalaze tipični stanovnici usne šupljine iz roda *Veillonella* i *Prevotella* (8). Utjecaj trajanja gestacije na mikrobiom majčinog mlijeka slabo je proučen, a rezultati studija nisu istoznačni. Prema nekim istraživanjima majke donošene novorođenčadi imaju veći broj bifidobakterija u mlijeku u usporedbi s mlijekom majki nedonošadi, dok drugi autori ne nalaze razlike u mikrobiomu majki donošene i nedonošene djece (3, 6).

## **OLIGOSAHARADI U MAJČINOM MLIJEKU**

Oligosaharidi su složeni šećeri koji imaju prebionitičku funkciju – pospješuju rast bifidobakterija u probavnom sustavu djeteta. Ovi šećeri su, uz laktozu i masti, treća najzastupljenija komponenta na koju otpada 8% tvari u majčinom mlijeku. Unatoč tom obilju, dijete ih ne probavlja niti iskorištava u kalorijskom smislu, već oni prolaze kroz probavni sustav i ostvaruju specifičnu korist za mikrobiom djetetovih crijeva. Poznato je oko 200 različitih frakcija oligosaharida koje imaju različite funkcije. Većina crijevnih bakterija ih ne može koristiti za rast, međutim, *Bifidobacterium longum infantis* je bakterija koja je razvila enzime potrebne za iskorištavanje oligosaharida i koristi ih za svoj rast čime pospješuje razvoj zdrave crijevne mikrobiote u djeteta (13). Osim prebionitičke funkcije, oligosaharidi sprječavaju vezanje patogena (npr. *rotavirus*, *E. coli*, *Campylobacter jejuni*) na mukozne receptore u crijevima i tako štite dijete od infekcije.

## **UTJECAJ MIKROBIOTE MAJČINOG MLIJEKA NA ZDRAVLJE DJETETA**

Bakterije iz majčinog mlijeka jedan su od najvažnijih izvora bakterija kojima se kolonizira probavni sustav dojenčeta. Procjenjuje se da u jednomjesečnog dojenog djeteta više od četvrtine crijevnih mikroba potječe iz majčinog mlijeka (14). Te bakterije pridonose razvoju zdrave crijevne mikrobiote u dojenčeta. Mikrobiota majčinog mlijeka ima višestruki utjecaj na zdravlje djeteta i to na poboljšanje imuniteta, utjecaj na metabolizam hranjivih tvari, poboljšanje funkcije crijevne barijere u sinergističkom djelovanju s oligosaharidima i jačanje funkcionalne osi crijevo-mozak (13). Posebno je važan učinak na imunosni razvoj zbog još nezrelog imunosnog sustava u novorođenčadi i dojenčadi što ih čini osjetljivim prema infekciji. Dospijećem u probavni sustav bakterije iz majčinog mlijeka pospješuju sazrijevanje pomoćničkih T limfocita tip 1 što povećava sposobnost djeteta da se odupre infekciji. Ako se dijete ne doji, remeti se sastav njegove crijevne mikrobiote (disbioza) prema manje poželjnom. To ga čini sklonijim bolestima kao što su NEC i kasna sepsa. Ovome su

posebno sklona nedonoščad, pa je za svako nedonošče iznimno važno da se hrani majčinim mlijekom od prvoga dana života. U dugoročnom smislu disbioza se povezuje s pojmom atopijskih bolesti, pretilosti, šećerne bolesti i kroničnih upalnih bolesti crijeva.

Treba naglasiti da su prve bakterije koje koloniziraju probavni sustav djeteta najvažnije za maturaciju njegova imunosnog sustava (12). To su, dakle, bakterije iz majčinog mlijeka i bakterije kojima se kolonizira u trenutku rođenja. Pri vaginalnom porođaju novorođenče se kolonizira bakterijama iz majčinog urogenitalnog sustava, a potom se tijekom kontakta koža na kožu neposredno nakon rođenja dodatno kolonizira majčinim bakterijama. Pri porođaju carskim rezom novorođenče se kolonizira bakterijama s površine kože i iz bolničkog okružja, od kojih neke mogu biti opasne po njegovo zdravlje. Nadalje, način poroda i primjena antibiotika tijekom poroda utječu na bakterijski sastav majčina mlijeka i mijenjaju ga. Taj je utjecaj vidljiv i mjesec dana nakon poroda (15).

Kolostrum, kojeg novorođenče prima u prva dva do tri dana i koji je u usporedbi s prijelaznim i zrelim mlijekom najobilniji izvor mikrobioma, treba prije svega promatrati u svjetlu „prijenosne“ imunosnog sustava, a manje u svjetlu kalorijskog unosa. Posebno treba naglasiti da kod djece koja se doje i čije majke namjeravaju isključivo dojiti primjena zamjenskog mlijeka (dojeničke formule) može nepovoljno utjecati na crijevnu mikrobiotu djeteta. Ovo treba imati na umu uvijek kada se savjetuje uvođenje zamjenskog mlijeka u prehranu dojenog dojenčeta bez da je to medicinski opravdano. Rani prekid dojenja dovodi do pomaka u mikrobioti crijeva, poput one kod odraslih, pa dominiraju bakterije iz roda *Bacteroides*, *Bilophila*, *Roseburia* i *Clostridium*. Za razliku od toga, u dojenčadi koja se i sa 12 mjeseci doje mikrobiota crijeva još uvijek je obogaćena bakterijama iz majčinog mlijeka, uključujući *Bifidobacterium*, *Lactobacillus* i *Veillonella* (16). Nakon navršene jedne do dvije godine mikrobna se populacija djetetovih crijeva stabilizira i održava karakteristike kao u odrasle osobe.

Slijedom navedenog valja imati na umu da neki zdravstveni postupci, poput neopravdane primjene antibiotika u trudnoći i tijekom dojenja te primjene zamjenskog mlijeka kad za to ne postoji medicinsko opravdanje, mogu negativno utjecati na mikrobiotu majčinog mlijeka i razvoj crijevne mikrobiote djeteta, a time i na njegovo zdravlje. Takve bi postupke trebalo izbjegavati ili ih barem što više umanjiti. Svi zdravstveni djelatnici koji skrbe o majkama i djeci imaju važnu ulogu u savjetovanju majki o dojenju. Bolničke prakse i postupci koji promiču dojenje trebaju se zasnovati na medicini temeljenoj na dokazima i biti u skladu s programima „Rodilište prijatelj djece“ i „Rodilište prijatelj djece za odjele neonatologije“ (17, 18). Pri tomu je pomoći i podrška odgovarajuće educiranog osoblja ključna za uspješno uspostavljanje dojenja i svladavanje

početnih teškoća pri dojenju. Podrška dojenju prijeko je potrebna i nakon otpusta iz rodilišta te cijelo vrijeme dojenja kako bi se pomoglo majci da ostvari svoj cilj u vezi isključivog dojenja i trajanja dojenja, u čemu važnu ulogu imaju različiti oblici podrške dojenju u lokalnoj zajednici (pedijatrijske ordinacije, patronažna služba, grupe za potporu dojenja, IBCLC savjetnice, civilne udruge itd.). Na taj način, uz podršku dojenju i prehrani majčinim mlijekom, zdravstveni djelatnici pridonijet će razvoju zdrave crijevne mikrobiote u djece, njihovom zdravlju i općenito izgradnji zdravog društva.

## ZAKLJUČAK

Mikrobiota majčinog mlijeka utječe na razvoj djetetovog imunosnog sustava i na metabolizam hranjivih tvari, ima protuupalni i imunomodulirajući učinak, te programirajući i dugotrajan učinak na djetetovo zdravlje općenito. Zbog toga, kao i zbog pozitivnih zdravstvenih učinaka povezanih s ostalim bioaktivnim tvarima u mlijeku, prehranu majčinim mlijekom nazivamo personaliziranom medicinom.

## LITERATURA:

- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., et al., „Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect“, Lancet, 387:475-490, 2016.
- Pavičić Bošnjak, A., Grgurić J., „Dugotrajni učinci dojenja na zdravlje“, Lječnički vjesnik, 129:293-298, 2007.
- Ojo-Okunola, A., Nicol, M., Du Toit, E., „Human Breast Milk Bacteriome in Health and Disease“, Nutrients, 10(11), 2018.
- Boix-Amorós, A., Collado, M. C., Mira, A., „Relationship between Milk Microbiota, Bacterial Load, Macronutrients, and Human Cells during Lactation“, FrontMicrobiol, 7:492, 2016.
- Hunt, K. M., Foster, J. A., Forney, L. J., et al., “Characterization of the diversity and temporal stability of bacterial communities in human milk”, PLoS One, 6:e21313, 2011.
- Urbanik, C., Angelini, M., Gloor, G. B., Reid, G., „Human milk microbiota profiles in relation to birthing method, gestation and infant gender“, Microbiome, 4, 1, 2016.
- Murphy, K., Curley, D., O'Callaghan, T. F., et al., „The composition of human milk and infant faecal microbiota over the first three months of life: A pilot study“, Sci Rep, 7, 40597, 2017.
- Cabrera-Rubio, R., Collado, M. C., Laitinen, K., Salminen, S., Isolauri, E., Mira A., „The human milk microbiome changes over lactation and is shaped by maternal weight and mode of delivery“, Am J Clin Nutr, 96:544-51, 2012.
- Rodríguez, J. M., „The origin of human milk bacteria: is there a bacterial entero-mammary pathway during late pregnancy and lactation?“, Adv Nutr, 5:779-84, 2014.
- Jiménez, E., Fernández, L., Maldonado, A., et al., „Oral administration of Lactobacillus strains isolated from breast milk as an alternative for the treatment of infectious mastitis during lactation“, Appl Environ Microbiol, 74(15):4650-4655, 2008.
- Arroyo, R., Martín, V., Maldonado, A., Jiménez, E., Fernández, L., Rodríguez, J. M., „Treatment of infectious mastitis during lactation: antibiotics versus oral administration of Lactobacilli isolated from breast milk“, Clin Infect Dis, 50:1551-1558, 2010.
- Pavičić Bošnjak, A., „Probiotici u trudnoći i zdravlje djece“, Gynaecol Perinatol, 23 (Suppl. 2):S71-S76, 2014,
- LaTuga, M. S., Stuebe, A., Seed, P. C., „A review of the source and function of microbiota in breast milk“, Semin Reprod Med, 32:68-73, 2014.
- Pannaraj, P. S., Li, F., Cerini, C., et al., „Association between breast milk bacterial communities and establishment and development of the infant gut microbiome“, JAMA Pediatr, 171:647-654, 2017.
- Hermansson, H., Kumar, H., Collado, M. C., Salminen, S., Isolauri, E., Rautava, S., „Breast Milk Microbiota Is Shaped by Mode of Delivery and Intrapartum Antibiotic Exposure“, Front Nutr, 6:4, 2019.
- Bäckhed, F., Roswall, J., Peng, Y., et al., „Dynamics and stabilization of the human gut microbiome during the first year of life“, Cell Host Microbe, 17, 690-703, 2015.
- Pavičić Bošnjak, A., „Podrška dojenju u jedinicama intenzivne neonatalne skrb: koraci i izazovi“, Paediatr Croat, 62 (Suppl 1):66-72, 2018.
- O'Sullivan, A., Farver, M., Smilowitz, J. T., „The Influence of Early Infant-Feeding
- Practices on the Intestinal Microbiome and Body Composition in Infants“, Nutr
- Metab Insights, 8 (Suppl 1):1-9, 2015.



# *David želi živjeti i dojiti!*

## *Prikaz slučaja uspostavljanja dojenja kod djeteta rođenog u 25. tjednu trudnoće*

(*STRUČNI RAD*)

*Jelena Jović, bacc. med. techn, KBC Split*

*Vanda Marović, medicinska sestra, KBC Split*

*Matea Dolić, mag.med.techn., Sveučilišni odjel zdravstvenih studija*

*Sveučilišta u Splitu*

### **SAŽETAK:**

Dojenje je idealan način hranjenja za svu novorođenčad i dojenčad što također uključuje i prijevremeno rođenu djecu. Za nedonošče je majčino mlijeko posebno važno, ali izravno dojenje ponekad može biti izazov. Zdravstveni djelatnici moraju biti pažljivi u odabiru riječi i pronaći način za motivaciju dojenja. Uspješno dojiti nedonošče je veliki izazov. Usvajanje veštine dojenja za nedonoščad predstavlja izazov zbog njihove neurološke nezrelosti, hipotonije, slabije kontrole stanja svijesti, smanjenih oralnih motoričkih vještina, komorbiditeta i često nepodržavajućeg okoliša u jedinicama intenzivnog neonatološkog liječenja (JINL). Svladavanje ovog izazova jedna je od prioritetnih zadaća neonatološke skrbi, a stopa prehrane majčinim mlijekom pri otpustu iz bolnice jedan od indikatora kvalitete skrbi u JINL-u. Poteškoće nastaju i u osiguravanju dovoljnih količina mlijeka što predstavlja stres za majku. Za uspješno dojenje potreban je poticaj i edukacija majke, pravilan pristup očuvanju i transportu mlijeka u vremenu kad dijete još nije sposobno potaknuti laktaciju, potrebno je mnogo strpljenja, ustrajnosti i podrške dojenju.

U Republici Hrvatskoj se, prema rezultatima nacionalnog istraživanja provedenog 2015. godine u 13 JINL isključivo majčinim mlijekom hrani 62% nedonoščadi, dok podaci o dojenju u nedonoščadi vrlo niske rodne mase te o trajanju dojenja i isključivog dojenja nakon otpusta iz JINL nisu poznati.

U radu je prikazano uspješno uspostavljanje dojenja kod nedonoščeta rođenog u 25. tjednu trudnoće s brojnim medicinskim dijagnozama.

**Ključne riječi:** nedonošče, dojenje, prehrana

### **UVOD**

Dojenje je idealan način hranjenja za svu novorođenčad

i dojenčad što također uključuje i prijevremeno rođenu djecu (1). Za nedonošče je majčino mlijeko posebno važno, ali izravno dojenje ponekad može biti izazov. Prema definiciji SZO nedonošče je svako novorođenče rođeno prije navršenih 37 tjedana trudnoće. Fiziološki problem nedonoščadi je nezrelost svih organa i organskih sustava zbog čega dijete brže podliježe različitim oštećenjima. Funkcionalne promjene različitih organa se više približavaju patološkim što je dijete rođeno s manjom porodajnom težinom i u ranijem tjednu gestacije. Prehrana majčinim mlijekom posebno je važna za nedonoščad jer pridonosi njihovom rastu, razvoju i ukupnim zdravstvenim ishodima smanjujući pobol od nekrotizirajućeg enterokolitisa, kasne sepse i retinopatije nedonoščadi dok je u dugoročnom smislu povezana s boljim neurokognitivnim ishodima, manjom učestalosti metaboličkog sindroma i boljim kardiovaskularnim zdravljem (2).

Poput svih organskih sustava, nedonošče ima problema s probavnim sustavom, a oni se očituju slabo razvijenim refleksom sisanja, gutanja i njihovim usklađivanjem s disanjem. Probavni sustav je nezreo i nije sposoban za potpuno razgrađivanje i apsorpciju hrane. Izlučivanje potrebnih enzima je slabije pa je i resorpcija hranjivih tvari poremećena. Kapacitet želuca je malen što zahtijeva prehranu manjim, ali češćim obrocima, također ima smanjene energetske pričuve, usporenu crijevnu peristaltiku i smanjene ukupne količine žučnih kiselina. Nedonošče ima slabije razvijen refleks kašljivanja, skljono je povraćanju i zbog svih tih poteškoća ima visoki rizik od aspiracije želučanog sadržaja (1).

Način hranjenja i volumen obroka ovisi prvenstveno o kliničkom stanju djeteta, njegovoj zrelosti i tjelesnoj masi. Većina nedonoščadi se hrani enteralno i parenteralno. Veliku važnost ima uvođenje enteralne prehrane što ranije. Ako je to moguće, najbolje je enteralnu prehranu započeti s majčinim mlijekom jer ono pozitivno djeluje na razvoj

crijevne sluznice, stimulira sazrijevanje probavnog trakta, potiču se probavni hormoni, omogućava se razvoj zaštitne flore crijeva, potiče se i poboljšava mekonijsko pražnjenje, a u konačnici dijete brže dobiva na masi i smanjuje se period u kojem je potrebna parenteralna prehrana (3, 4).

Usklađivanje refleksa gutanja, sisanja i disanja se uspostavlja otprilike između 32. i 35. tjedna gestacije. Jedan od bitnih faktora za uspješno dojenje je i sama majka, a kad imamo majku nedonešenog djeteta, čije je zdravstveno stanje najčešće teško i komplikirano, pred zdravstvenog djelatnika (edukatora o dojenju) se stavlja veliki zadatak. Majke čija su djeca na neonatologiji, često su nervozne, zabrinute, slabije koncentrirane, nestrpljive i nižeg samopouzdanja u vezi s dojenjem (5). Zdravstveni djelatnici moraju biti pažljivi u odabiru riječi i pronaći način za motivaciju dojenja. Dok dijete još nema refleks sisanja i dok zbog svog općeg stanja nije sposobno dojiti, potiče se rani kontakt „koža na kožu“, jer se na taj način jača emocionalna povezanost, osnažuje se osjećaj sigurnosti, povećava volja i samopouzdanje majke, a to naposjetku rezultira većom uspješnosti dojenja.

Uspješno dojiti nedonošče je veliki izazov. Usvajanje vještine dojenja za nedonoščad predstavlja izazov zbog njihove neurološke nezrelosti, hipotonije, slabije kontrole stanja svijesti, smanjenih oralnih motoričkih vještina, komorbiditeta i često nepodržavajućeg okoliša u jedinicama intenzivnog neonatološkog liječenja (JINL) (6). Svladavanje ovog izazova jedna je od prioritetnih zadaća neonatološke skrbi, a stopa prehrane majčinim mlijekom pri otpustu iz bolnice jedan od indikatora kvalitete skrbi u JINL-u (7). Poteškoće nastaju i u osiguravanju dovoljnih količina mlijeka što predstavlja stres za majku. Za uspješno dojenje potreban je poticaj i edukacija majke, pravilan pristup očuvanja i transport mlijeka u vremenu kad dijete još nije sposobno potaknuti laktaciju, potrebno je mnogo strpljenja, ustrajnosti i podrške dojenju (8).

U Republici Hrvatskoj se, prema rezultatima nacionalnog istraživanja provedenog 2015. godine u 13 JINL isključivo majčinim mlijekom hrani 62% nedonoščadi, dok podaci o dojenju u nedonoščadi vrlo niske rodne mase te o trajanju dojenja i isključivog dojenja nakon otpusta iz JINL nisu poznati (9).

Stoga bi svaka ustanova koja skrbi o nedonoščadi trebala imati program usmjeren na podršku dojenju u ovoj najranjivoj skupini djece (10, 11, 12). Kako se upornost i trud uvijek isplati i rezultira posebnom vezom između majke i djeteta, prikazat ćemo kroz slučaj dječaka Davida B.

## PRIKAZ SLUČAJA

Muško nedonošče, David B., rođeno u 25. tjednu trudnoće i s porođajnom masom od 900 grama primljen je na Odjel neonatologije Klinike za ženske bolesti i porode KBC-a Split

s medicinskom dijagnozom bakterijemije. Dječak je rođen iz druge trudnoće, prvog vaginalnog poroda. Pri prijemu je dijete bijedosivkaste boje kože, hipotonično, bradikardno, odmah intubirano, primilo Curosurf i postavljeno na aparat za mehaničku ventilaciju i monitor za trajno praćenje vitalnih funkcija te smješteno u inkubator. Postavljen je centralni umbilikalni venski kateter, a 23-eg dana života postavljen je periferni centralni kateter.



*Slika 1. David na neonatologiji*

Izvor: Privatni album

Uvjetovano dijagnozom dijafragmalne hernije, dječak se počeo hraniti sedmi dan života pomoću orogastricne sonde. Prvi obrok je iznosio 0,5 ml, koje je dijete dobro istoleriralo, hranjen je izdojenim majčinim mlijekom te se narednih dva dana hranilo tom količinom mlijeka po obroku (8 obroka u 24 sata). Nakon uredne tolerancije obroka i urednog pražnjenja mekonija, obroci su se narednih dana postepeno povećavali na 1 ml, zatim na 2 ml itd. Majka je od samog poroda pokazala veliki interes, spremnost i volju za dojenjem. Otpuštena je kući četvrti dan od poroda, educirana je o važnosti majčinog mlijeka, pravilnoj higijeni dojki, načinu i tehnicu izdajanja mlijeka, načinu pohranjivanja, roku trajanja mlijeka na sobnoj temperaturi, hladnjaku i zamrzivaču, kao i o pravilnom i adekvatnom transportu mlijeka. Mlijeko joj je počelo nadolaziti u većoj količini peti dan od poroda. Nakon nekoliko dana (otprilike četiri dana od nadolaženja mlijeka), majka se obratila osoblju neonatologije za pomoć zbog upaljenih, tvrdih i bolnih dojki i nesigurnosti u vlastite vještine izdajanja. Pružena joj je pomoć, ohrabrena je od strane osoblja i vrlo brzo je postignut željeni cilj: majka se nastavila uspješno samostalno izdajati.

Po primarnoj stabilizaciji stanja Davida B., organizirali smo kontakt „koža na kožu“ između majke i djeteta. Tijekom 10 tjedana boravka na našem odjelu, dijete je udvostručilo svoju tjelesnu masu. Sedam tjedana je uz enteralni način hranjenja dobivao i djelomičnu parenteralnu prehranu, a nakon ukidanja parenteralne prehrane još je narednih deset dana primao trajnu intravensku infuziju omjera 5:1 s 10%-tnom otopinom glukoze i 0,9%-tnim NaCl-om. Obroci su bili rijetko preskakani, osim u trenucima pogoršanja općeg stanja djeteta uzrokovanim intrahospitalnim infekcijama. Sve vrijeme je hranjen majčinim mlijekom i najveću količinu mlijeka koju je mogao probaviti i istolerirati za vrijeme boravka na našem odjelu je 30 ml.

Tijekom boravka David B. u više navrata je primio transfuziju deplazmatiziranih ozračenih eritrocita, antibiotike rezerve zbog razvoja intrahospitalne infekcije te je provođena fototerapija. Svih 10 tjedana na Odjelu neonatologije provodilo se strojno ventiliranje uz povremenu sedaciju midazolomom. U 35. tjednu korigirane gestacijske dobi (KGD) razvila se retinopatija trećeg stupnja (ROP III) te se uvela terapija Avastina u oba oka. Pratio se intraokularni tlak zbog kongenitalnog glaukoma za što je također predviđeno operativno liječenje. U 35. tjednu KGD i sa 1.820 grama težine, David B. se premješta na Zavod za dječju kirurgiju KBC-a Split gdje je uspješno operiran. Nakon kirurškog operacijskog zahvata, zbog postoperativnog oporavka i slabosti, hranjen je i dalje isključivo pomoći sonde, a u istom razdoblju je prvi put ekstubiran i počeo je samostalno disati. U 39. tjednu KGD primjećeno je da svoje ručice i predmete koji mu se nalaze u blizini stavljaju u usta i siše, ponuđena mu je bočica s majčinim mlijekom koju je odmah dobro prihvatio. Prvi pokušaj dojenja bio je tjedan dana od početka hranjenja s boćicom. Počeci su bili vrlo iscrpljujući i često bezuspješni jer nije imao snage za sisanje. Svako hranjenje prvo bi mu bila ponuđena dojka te je s vremenom uspijevao povući nekoliko gutljaja, a zatim bi hranjenje bilo dovršeno boćicom. Tijekom narednih tjedana su se kombinirali dojenje i boćica. Nakon dva mjeseca truda i pokušaja boćica je kao sredstvo hranjenja potpuno izbačena i majka je počela isključivo dojiti.



Slika 2. David doji  
Izvor: Privatni album

## PRIČA MAME DAVIDA B.

Kad si mlada trudnica puna života i ljubavi za biće koje nosiš u sebi, ne razmišljaš o lošim stvarima, već s radošću iščekuješ dan kad ćeš roditi i postati majkom. Nažalost, u mom slučaju taj je trenutak došao iznenadno i prerano. Moje malo čudo od 900 grama rodilo se u svom 25. tjednu, tako krhko, sitno i nespremno za ovaj svijet, a opet tako snažno. Puna straha, u vrtlogu emocija, nesvesna svega oko sebe gledala sam u inkubator i borila se da ne zaplačem dok mi je osjećaj nemoći parao srce. U tom trenutku očaja topli, nježni glas primalje na moj upit o tabletu Bromergon (za sprječavanje mlijeka), rekavši mi da je majčino mlijeko najjači prirodni antibiotik, ulio mi je snagu i spoznaju da ipak mogu pomoći svom heroju u njegovoj borbi za život i pružiti mu toliko potrebnu zaštitu preko te dragocjene tekućine. Taj dan je krenula moja borba s izdajanjem. Odlučila sam da neću odustati doslovno do posljednje kapljice mlijeka. Naravno, početak je bio najteži. Nisam uspijevala izdojiti puno mlijeka i došlo je do zastojne dojke. Spasile su me ruke dobrih duša primalja s neonatologije koje su unatoč gužvi na odjelu i velikom poslu uhvatile malo vremena da mi pomognu. Nakon ručno izdojenih 10 ml mlijeka koje je tada mom palčiću bilo dovoljno za cijeli dan osjećala sam se poput heroja. Odbacila sam izdajalice i krenula izdajati ručno. Bilo je puno suza, modrica, rana, problema s kralježnicom, ali uz pomoć obitelji i dragog Boga nisam odustajala. Kad si majka prerano rođenog djeteta s nizom dijagnoza odustajanje nije opcija. Izdajanje je postala moja svakodnevница i praktički rutina. Izdajala sam se gdje god sam stigla: na parkingu, u bolnici, u autu na putu do Zagreba, prostor i vrijeme nisu bili bitni. U težim danima kad sam bila umorna i ukočena od izdajanja samo sam molila: „Bože, još samo ovaj tjedan, molim Te, nemoj još da ostanem bez mlijeka“, neprestano zamišljajući prekrasno lice mog Davida i sanjajući ga kako doji.

Unatoč operiranoj dijafragmalnoj herniji i slabim, nerazvijenim plućima ja sam čvrsto vjerovala da će moje Božje čudo jednog dana dojiti. Poticala sam sve mame lavice na neonatologiji da ne odustaju, vidjevši kako moj David dobro probavlja i nema nikakvih problema s crijevima. Svako večernje hranjenje izlazila bih s tugom u srcu prolazeći kraj majki koje doje i maze svoju djecu dok je moje bilo zarobljeno u onoj kutiji i lišeno mojih zagrljaja i poljubaca. Strpljenje mi nikad nije bilo vrlina, ali sam znala da mi uz vjeru ono jedino preostaje.

Kad je moje dijete stiglo kući nakon malo više od 4 mjeseca bilo mi je naporno uskladiti izdajanje i hranjenje, praktički sam izdajanjem gubila vrijeme za odmor. Dobivala sam razne savjete da uvedem adaptirano mlijeko jer mi je „slabo napredovao na težini“ (u prosjeku 800 g mjesечно), da mu dam bocu pa sam „mirna“. Ali mene je gurala činjenica da moje dijete u zimskim mjesecima

stalnih kontrola i pretraga u bolnici, punoj virusa i gripe, nije niti zakašljalo i bilo je savršeno zdravo. Probala bih ga dojiti s vremena na vrijeme, znao je lijepo povući, ali brzo bi se umorio i uvijek sam morala imati bocu u rezervi. Budila bih se po noći nervozna i umorna, ali znala sam da je to jedini način da zadržim mlijeko. U tim trenucima bih se sjetila riječi jedne sestre iz bolnice: „Mama, on se izborio za sebe. Sad je vrijeme da se vi borite za njega.“ Svaki put kad bih osjećala da imam manje mlijeka, ja bih povećala broj izdajanja i češće se budila po noći.

Nakon dugih 6 mjeseci moj je David počeo dojiti. Taj osjećaj čiste sreće i ljubavi nikad neću zaboraviti. Plakala sam od sreće svaki put kad bih ga stavila na prsa, tako ponosna na sebe, na njega i na sve primalje i sestre s neonatologije i dječje intenzivne koje su me hrabrike i gurale. Moj David, danas osmomjesečni dječak (korigirano 3 mj.) od 5,5 kg koji se samo smije, obožava dojiti i zaspati na grudima, polako pobija dijagnoze jednu po jednu i prkosí svemu kao Božje čudo, čudo koje pokazuje da se nikad ni od najtežih slučajeva ne smije odustati, jer napisljetku, medicina ipak ide do nekih granica, dok majčinska i Božja ljubav pobjeđuju sve!

## ZAKLJUČAK

Poteškoće pri dojenju vrlo često imaju i zdrava terminska novorođenčad. U ovom slučaju, gdje je dijete opterećeno osobnom anamnezom i gdje je između njega i majke postavljeno mnogo velikih prepreka, ideja o dojenju je izgledala gotovo nemoguća. Kvalitetna edukacija, dobra informiranost, volja, upornost, strpljenje, podrška i neizmjerna ljubav doveli su do naizgled teško izvedivog cilja. Neka ovaj slučaj bude poticatelj i vodilja svim primaljama i medicinskim sestrama na odjelima neonatologije.



Slika 3. David ne bira ni mjesto ni vrijeme za dojenje  
Izvor: Privatni album



Slika 4. David u sigurnom tatinom zagrljaju  
Izvor: Privatni album



Slika 5. Zadovoljno dojeno dijete  
Izvor: Privatni album

**LITERATURA:**

1. Pavičić Bošnjak, A., „Grupe za potporu dojenju; Priručnik za voditeljice grupe“, Ured UNICEF-a za Hrvatsku. Zagreb, 2014. Raspoloživo na: <http://hugpd.hr/wp-content/uploads/2014/12/Priru%C4%8Dnik-za-voditeljice-grupe-za-potporu-dojenju.pdf>
2. American Academy of Pediatrics, „Breastfeeding and use of human milk“, Pediatrics 2012; 129: 827-41.
3. Armano, G., Gracin, I., Jovančević, M., „Priručnik za dojenje“, Grad Zagreb, Gradska ured za zdravstvo, 2018. Raspoloživo na: <https://www.zagreb.hr/userdocsimages/archiva/zdravlje/Priru%C4%8Dnik%20za%20djenje-eBook.pdf>
4. Unapređenje zdravlja Švicarska i unapređenje dojenja Švicarska, „Dojenje je zdrav početak života“, Stillförderung Schweiz, Zurich. Raspoloživo na: [https://www.stillfoerderung.ch/logicio/client/stillen/archive/document/material/broschuer/Stillbroschuer\\_sh.pdf](https://www.stillfoerderung.ch/logicio/client/stillen/archive/document/material/broschuer/Stillbroschuer_sh.pdf)
5. Barić, N., „Djenje kao protektivni faktor“, diplomski rad, Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2017. Raspoloživo na: <https://repozitorij.erf.unizg.hr/islandora/object/erf%3A286/dastream/PDF/view>
6. Pavičić Bošnjak, A., „Program podrške dojenju u jedinicama intenzivne neonatalne skrbi: koraci i izazovi“, Paediatr Croa., 2018; 62 (Supl 1): 66-72. Raspoloživo na: <http://www.hpps.com.hr/sites/default/files/Dokumenti/2018/lijevcnici/Dok%2018.pdf>
7. Green, Z., O'Donnell, C. P. F., Walshe, M., „Oral stimulation techniques in preterm infants - International research challenges“, J Neonatal Nurs, 19: 168-74, 2013.
8. Profit, J., Gould, J. B., Zupancic, J. A., et al., „Formal selection of measures for a composite index of NICU quality of care: Baby-MONITOR“, J Perinatol, 31: 702-10, 2011.
9. Pavičić Bošnjak, A., „Promicanje dojenja u jedinicama intenzivnog neonatalnog liječenja i njegе“, U: Filipović-Grcić, B. (ur) i sur., Neonatologija 2016., Zagreb, Medicinska naklada, 66-74, 2016.
10. WHO, UNICEF. „Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, updated and expanded for integrated care“, Geneva, WHO, 2009.
11. Moro, G. E., Arslanoglu, S., Bertino, E., et al., „XII. Human Milk in Feeding Premature Infants: Consensus Statement“, J Pediatr Gastroenterol Nutr., 61 (1): 16-9. 2015.

# *Perinatalni ishodi novorođenčadi iz blizanačkih trudnoća*

(PREGLEDNI RAD)

*Katarina Tkalac<sup>1</sup> i Deana Švaljug<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Sveučilište u Rijeci Fakultet zdravstvenih studija, Rijeka, Republika Hrvatska

<sup>2</sup> Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija, Katedra za primaljstvo, Rijeka, Republika Hrvatska

Autor za korespondenciju: Katarina Tkalac, [katarinatkalac@yahoo.com](mailto:katarinatkalac@yahoo.com)

## SAŽETAK

Višeplodna trudnoća nosi povećanu opasnost pobola i perinatalne smrti novorođenčadi i povećani je rizik za trudnicu. Zahtijeva pojačani antenatalni nadzor i intenzivnu skrb u porodu. Danas, nakon upoznavanja i korištenja metoda potpomognutog zanošenja, blizanci nisu rijetkost.

Procesi evolucije su definirali reproduktivne karakteristike žene kao monoovulatorne i monofetalne, ali kao i svako drugo pravilo u prirodi i kod ovog ima ponekad odstupanja. Tako dolazi ponekad do produkcije više od jednog jajašca, a time se bitno povećava vjerojatnost za blizanačku ili troplodnu trudnoću, isto tako iz nepoznatih razloga jedna se zigota podijeli u dva embrija.

Prava učestalost višeplodnih trudnoća se i dalje podcjenjuje. Drži se da se u čak 50% začetih blizanaca, nakon prvih nekoliko tjedana trudnoće, dalje razvija samo jedan plod. Novorođenčad iz višeplodnih trudnoća predstavlja visokorizičnu skupinu, prvenstveno zbog visoke učestalosti

prematuriteta, što se očituje prije svega u višem fetalnom, ranom neonatalnom i perinatalnom mortalitetu. Osim toga u višeplodnim trudnoćama je veća učestalost prirođenih anomalija, EPH gestoza i eklapsije, abrupcije placente, patologije pupkovine, anomalija smještaja plodova i posljedičnih porođajnih trauma.

Može se reći da rezultati nadzora i ishoda blizanačkih trudnoća ne govore samo o kvaliteti skrbi blizanačkih trudnoća, nego i o antenatalnoj i perinatalnoj zaštiti općenito. Procjenjuje se da blizanačka trudnoća nastaje u 12% spontanih trudnoća, a da samo 14% preživi do termina. Prema istraživanjima i u raznoj literaturi se navodi kako su djeca iz blizanačkih trudnoća niže porodne težine i duljine od onih iz jednoplodnih iste gestacije, 59% blizanaca rađa se prije navršenih 37 tjedana, 21% blizanačkih trudnoća završi prije 35. tjedna trudnoće, a 11% prije navršena 32 tjedna. Uz to, zbog velike učestalosti prijevremenih porođaja, blizanci imaju i veću učestalost Apgar ocjena

manjih ili jednakih 7. Intrauterini zastoj rasta uz nedošenost je komplikacija novorođenčadi iz blizanačkih trudnoća. Učestalost IUGR-a je 5 do 7 puta veća nego u jednoplodnim trudnoćama. Više od polovice blizanaca ima porođajnu težinu manju od 2.500 grama. Drugi blizanac ima manju porodnu težinu i dužinu od prvog.

**Ključne riječi:** blizanačka trudnoća, novorođenčad, carski rez, rodilja

## UVOD

Učestalost višeplodnih trudnoća je u porastu u cijelome svijetu. S jedne strane, uzrok tomu je starija dob trudnica, a s druge strane, veća učestalost primjene postupaka medicinski potpomognute oplodnje kao što su indukcija ovulacije i *in vitro fertilizacija*.

Rana ultrazvučna procjena daje točnu procjenu gestacijske dobi, koja je važna u svim trudnoćama, ali posebno je važna u blizanačkim trudnoćama zbog veće učestalosti komplikacija. Procjena fetalnog rasta osobito je važna u blizanačkoj trudnoći jer su ograničenje rasta i prijevremeni porodi glavni uzroci viših stopa morbiditeta/mortaliteta novorođenčadi.

## CILJ RADA

Cilj ovog rada je prikazati ishode novorođenčadi iz blizanačkih trudnoća, odnosno utvrditi gestacijsku dob blizanačkih trudnoća, Apgar, spol, duljinu i težinu novorođenčadi nakon poroda. Također je potrebno utvrditi dob majke i koja je trudnoća po redu.

## METODE I ISPITANICI

Istraživanje je provedeno retrospektivno, uvidom u medicinsku dokumentaciju – Knjigu rađaonskog protokola na Klinici za ginekologiju i porodništvo Kliničkog bolničkog centra Rijeka u razdoblju od 1. siječnja do 31. prosinca 2018. godine. Uzorak obuhvaća sveukupno 45 porođajnih listova majki s višeplodnom trudnoćom. Postupak prikupljanja podataka uvidom u medicinsku dokumentaciju bio je anoniman štiteći pravo privatnosti babinjača i novorođenčadi. U svrhu istraživanja i pisanja ovog završnog rada izrađen je obrazac za prikupljanje podataka koji se sastoji od sljedećih parametara: starost majke, paritet, način zanošenja, komplikacije u trudnoći, gestacijska dob, način dovršenja poroda; Apgar blizanaca, spol, porođajna težina i duljina. Istraživanje je odobreno od strane predstojnika Klinike za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka, Etičkog povjerenstva KBC-a Rijeka i Etičkog povjerenstva Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci.

## STATISTIČKA OBRADA PODATAKA

Dobiveni podaci prikupljeni uvidom u medicinsku

dokumentaciju uneseni su u Microsoft Excell tablice prema unaprijed pripremljenom kodnom planu. Za uređivanje i grupiranje podataka koristila se deskriptivna statistika.

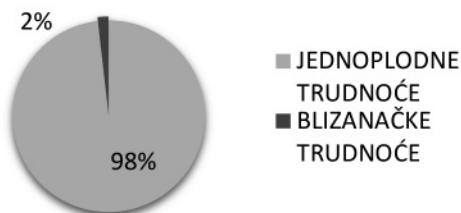
## REZULTATI

Na Klinici za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka, od 1. siječnja do 31. prosinca 2018. godine, bilo je 2.474 poroda. Od tog broja, 2.429 (98,18%) poroda je jednoplodnih trudnoća, dok je 45 (1,82%) blizanačkih poroda. Rezultati su prikazani u tablici i grafički.

*Tablica 1. Prikaz broja i postotka jednoplodnih u odnosu na blizanačke trudnoće*

2018.	BROJ (N)	POSTOTAK (%)
JEDNOPLODNE TRUDNOĆE	2.474	98,18%
BLIZANAČKE TRUDNOĆE	45	1,82%

## PODJELA JEDNOPLODNIH I BLIZANAČKIH TRUDNOĆA



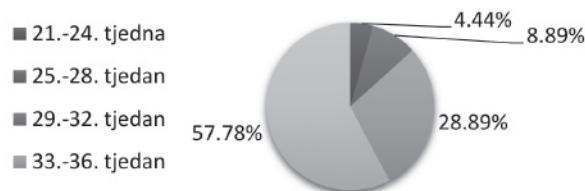
*Slika 1. Prikaz odnosa jednoplodnih i blizanačkih trudnoća na Klinici za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka od 1. siječnja do 31. prosinca 2018. godine*

Od 45 blizanačkih poroda, 26 blizanaca (57,78%) je rođeno na termin odnosno od 37. do 40. tjedna gestacije. Od 33. do 36. tjedna gestacije rođeno je njih 13 (28,89%), od 29. do 32. tjedna gestacije je bilo 4 (8,89%) poroda blizanaca, a od 25. do 28. tjedna gestacije nije bio niti jedan porod blizanaca, dok su bila 2 (4,44%) poroda blizanaca od 21. do 24. tjedna gestacije. Rezultati su prikazani u tablici i grafički.

*Tablica 2. Prikaz gestacijske dobi poroda*

GESTACIJSKA DOB	BROJ (N)	POSTOTAK (%)
21-24. tjedna	2	4,44%
25-28. tjedan	0	0
29-32. tjedan	4	8,89%
33-36. tjedan	13	28,89%
37-40. tjedan	26	57,78%

## GESTACIJSKA DOB KOD PORODA BLIZANACA



Slika 2. Prikaz gestacijske dobi prilikom poroda blizanaca

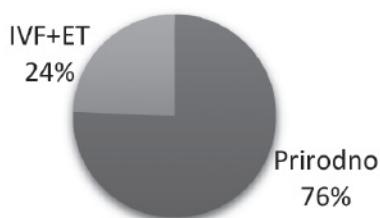
Od 45 poroda blizanaca, 34 (75,76%) je začeto prirodnim putem, a njih 11 (24,44%) je začeto pomoću *in vitro fertilizacije* i embrio transfera (IVF+ET).

Podaci su prikazani u tablici i grafički.

Tablica 3. Prikaz načina zanošenja blizanaca

NAČIN ZANOŠENJA	BROJ (N)	POSTOTAK (%)
Prirodno	34	75,76%
IVF+ET	11	24,44%

## NAČIN ZANOŠENJA BLIZANAČKIH TRUDNOĆA



Slika 3. Prikaz načina zanošenja blizanaca

Od 45 poroda blizanaca, njih 17 (37,78%) je dovršeno vaginalnim putem, a 28 (62,22%) ih je porođeno carskim rezom. Rezultati su prikazani u tablici i grafički.

Tablica 4. Prikaz načina dovršenja blizanačkih trudnoća

NAČIN PORODA	BROJ (N)	POSTOTAK (%)
Vaginalno	17	37,78%
Carski rez	28	62,22%

## NAČIN DOVRŠENJA PORODA BLIZANAČKIH TRUDNOĆA



Slika 4. Prikaz načina dovršenja poroda blizanačkih trudnoća

Nakon prve minute od poroda, Apgar ocjenu od 0 do 3 imalo je 4 (8,89%) prvorodjenih blizanaca, te 3 (6,67%) drugorođena blizanca. Od 4 do 7 ocjenu imala su 4 (8,89%) prvorodjena novorođenčeta, a 6 (13,33%) drugorođena novorođenčeta. Od 8 do 10 ocjenu imalo je 37 (82,22%) prvorodjenih blizanaca, a 36 (80%) drugorođenih blizanaca.

Nakon pete minute od poroda Apgar ocjenu od 0 do 3 su imala 2 (4,44%) prvorodjena blizanca, te 2 (4,44%) drugorođena blizanca. Od 4 do 7 ocjenu je imalo 3 (6,67%) prvorodjena novorođenčeta, te 5 (11,11%) drugorođenih, a od 8 do 10 ocjenu imalo je 40 (88,89%) prvorodjenih blizanaca, te 38 (84,45%) drugorođenih blizanaca. Rezultati su prikazani u tablici i grafički nakon prve i nakon pete minute od poroda.

Tablica 5. Prikaz Apgar ocjene nakon prve minute od poroda za gemina I

APGAR NAKON PRVE MINUTE	BROJ (N)	POSTOTAK (%)
0 do 3	4	8,89%
4 do 7	4	8,89%
8 do 10	37	82,22%

Tablica 6. Prikaz Apgar ocjene nakon prve minute od poroda za gemina II

APGAR NAKON PRVE MINUTE	BROJ (N)	POSTOTAK (%)
0 do 3	3	6,67%
4 do 7	6	13,33%
8 do 10	36	80%

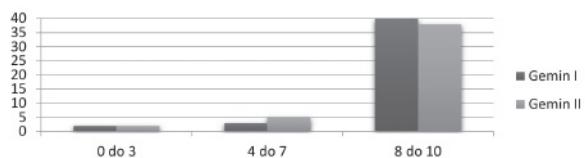
Tablica 7. Prikaz Apgar ocjene nakon pete minute od poroda za gemina I

APGAR NAKON PETE MINUTE	BROJ (N)	POSTOTAK (%)
0 do 3	2	4,44%
4 do 7	3	6,67%
8 do 10	40	88,89%

Tablica 8. Prikaz Apgar ocjene nakon pete minute od poroda za gemina II

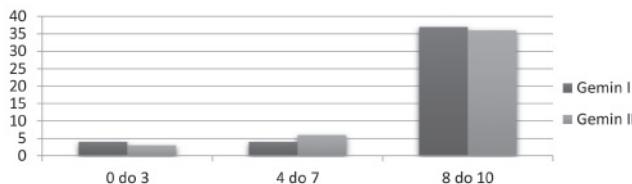
APGAR NAKON PETE MINUTE	BROJ (N)	POSTOTAK (%)
0 do 3	2	4,44%
4 do 7	5	11,11%
8 do 10	38	84,45%

APGAR OCJENA NAKON PRVE MINUTE



Slika 5. Prikaz Apgar ocjene nakon prve minute od poroda za oba gemina

APGAR OCJENA NAKON PETE MINUTE



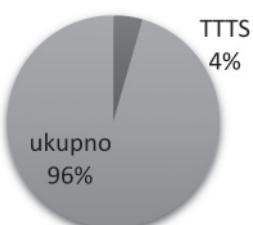
Slika 6. Prikaz Apgar ocjene nakon pete minute od poroda za oba gemina

Od 45 blizanačkih trudnoća, kod 2 (4,44%) je dijagnosticiran TTS. Rezultati su prikazani u tablici i grafički.

Tablica 9. Prikaz TTS-a u blizanačkim trudnoćama

TTS U TRUDNOĆI	BROJ (N)	POSTOTAK (%)
TTS	2	4,44%
Ukupno	43	95,66%

OMJER TRUDNOĆA SA I BEZ TTS-A



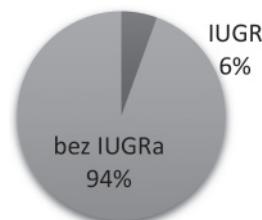
Slika 7. Prikaz omjera blizanačkih trudnoća sa i bez TTS-a

Od 45 blizanačka poroda, kod njih 5 (5,56%) je zamijećen IUGR jednog od blizanaca. U ostalih 40 (94,44%) poroda IUGR nije zamijećen. Rezultati su prikazani u tablici i grafički.

Tablica 10. Prikaz IUGR-a u blizanačkim trudnoćama

IUGR U TRUDNOĆI	BROJ (N)	POSTOTAK (%)
IUGR	5	5,56%
Bez IUGR-a	85	94,44%

OMJER TRUDNOĆA SA I BEZ IUGR-A



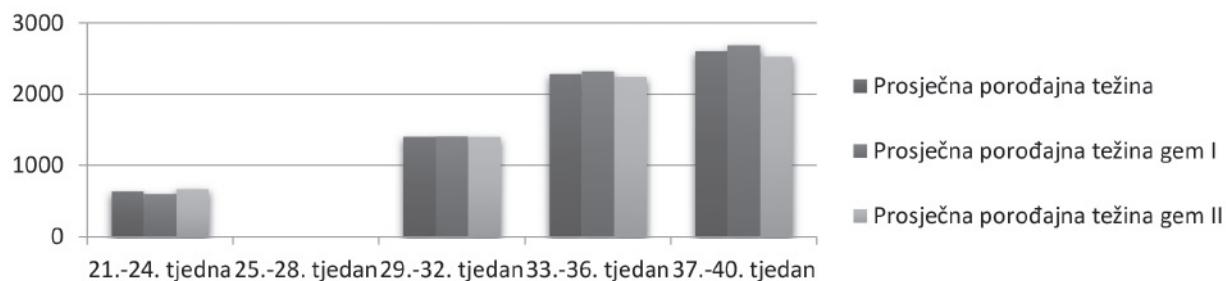
Slika 8. Prikaz omjer trudnoća sa i bez IUGR-a

Na termin, odnosno od 37. do 40. tjedna gestacije, rođeno je 26 blizanaca, prosječna porođajna težina terminskih blizanaca je 2.607 grama. Od 33. do 36. tjedna gestacije je rođeno njih 13, a njihova prosječna porođajna težina je 2.283 grama. Od 29. do 32. tjedna gestacije je bilo 4 poroda blizanaca i njihova prosječna porođajna težina je 1.406 grama, dok su od 21. do 24. tjedna gestacije bila 2 poroda blizanaca s prosječnom porodnom težinom novorođenčeta od 635 grama. Prosječna težina sve novorođenčadi je 2.289 grama. Rezultati su prikazani u tablici i grafički.

Tablica 11. Prikaz prosječnih porođajnih težina po tjednima gestacije

	Prosječna porođajna težina	gem I	gem II
21-24. tjedan	635 g	600 g	670 g
25-28. tjedan			
29-32. tjedan	1.406 g	1.411 g	1.400 g
33-36. tjedan	2.283 g	2.321 g	2.245 g
37-40. tjedan	2.607 g	2.684 g	2.530 g
Ukupno	2.289 g	2.373 g	2.264 g

## POROĐAJNE TEŽINE BLIZANACA PO TJEDNIMA



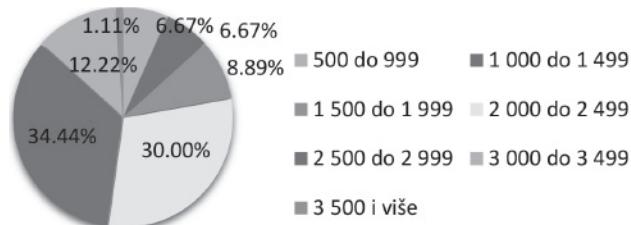
Slika 9. Prikaz prosječnih porođajnih težina po tjednima gestacije

Najveća porođajna težina za gemina I je 3.480 grama, a za gemina II iznosi 3.500 grama. Najmanja porođajna težina za gemina I je 540 grama, za gemina II je 570 grama. Od 500 do 999 grama imalo je 6 (6,67%) novorođenčadi, od 1.000 do 1.499 grama imalo je 6 (6,67%) novorođenčadi; od 1.500 do 1.999 grama imalo je 8 (8,89%) novorođenčadi; od 2.000 do 2.499 grama imalo je 27 (30,00%) novorođenčadi; od 2.500 do 2.999 grama imalo je 31 (34,44%) novorođenče, od 3.000 do 3.499 grama imalo je 11 (12,22%) novorođenčadi, samo je 1 (1,11%) novorođenče imalo 3.500 grama. Rezultati su prikazani u tablici i grafički.

Tablica 12. Prikaz podjele novorođenčadi po porođajnoj težini

POROĐAJNA TEŽINA	BROJ (N)	POSTOTAK (%)
500 do 999 g	6	6,67%
1.000 do 1.499 g	6	6,67%
1.500 do 1.999 g	8	8,89%
2.000 do 2.499 g	27	30,00%
2.500 do 2.999 g	31	34,44%
3.000 do 3.499 g	11	12,22%
3.500 g i više	1	1,11%

## POROĐAJNE TEŽINE BLIZANACA



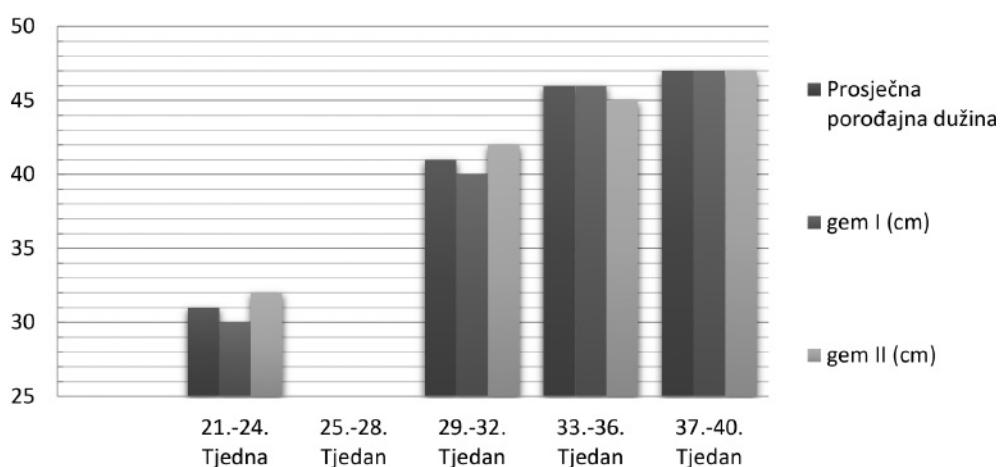
Slika 10. Prikaz podjele novorođenčadi po porođajnoj težini

Od 21. do 24. tjedna gestacije prosječna porođajna dužina novorođenčadi je 31 centimetar. Od 29. do 32. tjedna gestacije prosječna porođajna dužina je 41 centimetar. Od 33. do 36. tjedna gestacije prosječna porođajna dužina je 46 centimetara, a od 37. do 40. tjedna gestacije prosječna porođajna dužina novorođenčadi je 47 centimetara. Najveća dužina za gemina I je 51 centimetar, a za gemina II 54 centimetara. Najmanja zabilježena dužina za gemina I je 27 centimetara, a za gemina II iznosi 31 centimetar. Prosječna dužina sve novorođenčadi je 46 centimetara. Rezultati su prikazani u tablici i grafički.

Tablica 13. Prikaz prosječnih porođajnih duljina novorođenčadi

POROĐAJNA DUŽINA	Prosječna porođajna dužina (cm)	Porođajna dužina gem I (cm)	Porođajna dužina gem II (cm)
21-24. tjedna	31 cm	30 cm	32 cm
25-28. tjedan			
29-32. tjedan	41 cm	40 cm	42 cm
33-36. tjedan	46 cm	46 cm	45 cm
37-40. tjedan	47 cm	47 cm	47 cm
Ukupno	46 cm	45 cm	46 cm

## POROĐAJNE DUŽINE BLIZANACA



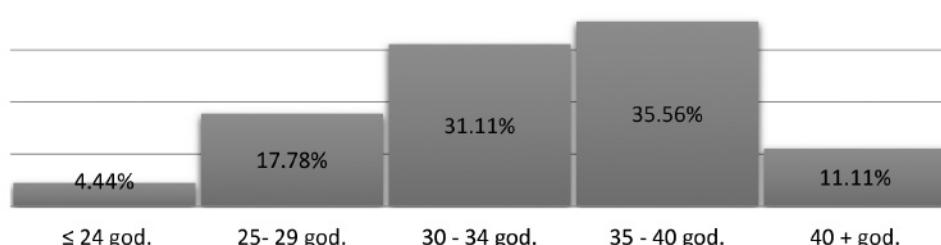
Slika 11. Prikaz porođajne duljine blizanaca po tjednima

Od 45 poroda blizanaca 2018. godine, 2 (4,44%) rodilje su imale do 24 i 24 godine, 8 (17,78%) ih je imalo od 25 do 29 godina, 14 (31,11%) ih je bilo između 30 i 34 godine, 16 (35,56%) od 35 do 39 godina, a 5 (11,11%) ih je imalo 40 i više godina. Rezultati su prikazani u tablici i grafički.

Tablica 14. Prikaz dobi rodilja blizanaca

DOB RODILJE	BROJ (N)	POSTOTAK (%)
do 24 i 24 godine	2	4,44%
25 do 29 godina	8	17,78%
30 do 34 godine	14	31,11%
35 do 40 godina	16	35,56%
40 godina i više	5	11,11%

## DOB ŽENA KOJE SU RODILE BLIZANCE



Slika 12. Prikaz dobi rodilja koje su rodile blizance

Od 45 rodilja, prvi porod je bio kod 26 (57,78%) rodilja, drugi porod je bio kod njih 16 (35,56%), za njih 2 (4,44%) je to bio treći porod, a 1 (2,22%) rodilji je to bio četvrti porod. Rezultati su prikazani u tablici i grafički.

Tablica 15. Prikaz broja poroda kod rodilja s blizanačkom trudnoćom

BROJ PORODA	BROJ (N)	POSTOTAK (%)
Prvi porod	26	57,78%
Drugi porod	16	35,56%
Treći porod	2	4,44%
Četvrti porod	1	2,22%

## PARITET RODILJA



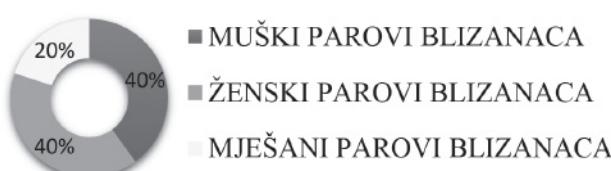
Slika 13. Prikaz pariteta rodilja koje su rodile blizance

Od 45 poroda blizanaca, njih 36 (80%) blizanačkih parova je bilo jednakog spola. Od njih 36, 18 (40%) poroda je bilo ženske novorođenčadi, a 18 (40%) poroda muške novorođenčadi. Ostalih 9 (20%) je bilo žensko-muških parova. Rezultati su prikazani u tablici i grafički.

Tablica 16. Prikaz spolova u blizanačkim trudnoćama

SPOL NOVOROĐENČADI	BROJ (N)	POSTOTAK (%)
MUŠKI PAROVI	18	40%
ŽENSKI PAROVI	18	40%
MIJEŠANI PAROVI	9	20%

## SPOL NOVOROĐENČADI IZ BLIZANAČKIH PAROVA



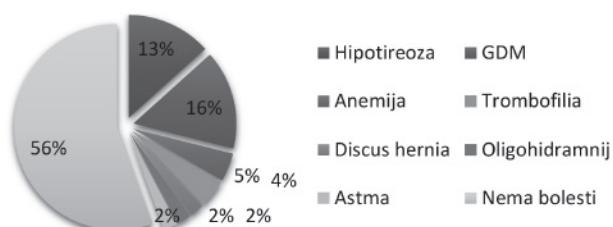
Slika 14. Prikaz spolova u blizanačkim trudnoćama

Od 45 rodilja, njih 7 (15,56%) je imalo gestacijski dijabetes u trudnoći, 6 (13,33%) je imalo hipotireozu, anemiju su imale 2 (4,44%) rodilje, također i trombofiliju 2 (4,44%), discus herniju, oligohidramnij i astmu je imala po 1 (2,22%) rodilja. Navedenu bolest nije imalo 25 (55,56%) rodilja. Rezultati su prikazani u tablici i grafički.

Tablica 17. Prikaz bolesti majke u trudnoći

BOLESTI U TRUDNOĆI	BROJ (N)	POSTOTAK (%)
Hipotireoza	6	13,33%
GDM	7	15,56%
Anemija	2	4,44%
Trombofilija	2	4,44%
Discus hernia	1	2,22%
Oligohidramnij	1	2,22%
Astma	1	2,22%
Nema bolesti	25	55,56%

## BOLESTI MAJKE U TRUDNOĆI



Slika 15. Prikaz bolesti majke u trudnoći

Istraživanje je pokazalo da od 45 poroda blizanaca, iz jedne trudnoće oba blizanca nisu preživjela perinatalno razdoblje. Dok iz još jedne blizanačke trudnoće prvorodenici blizanac nije preživio perinatalno razdoblje. Rezultati su prikazani u tablici i grafički.

**Tablica 18. Prikaz perinatalne smrtnosti u blizanačkim trudnoćama**

PERINATALNA SMRTNOST	BROJ (N)	POSTOTAK (%)
Gemin I	2	4,44%
Gemin II	1	2,22%
Ukupno (N=90)	3	3,33%

## MORTALITET BLIZANAČKIH TRUDNOĆA



**Slika 16. Prikaz omjera umrle i preživjele novorođenčadi u perinatalnom razdoblju**

## ZAKLJUČAK

Blizanački trudnoće su izložene svim komplikacijama kao i jednoplodne, a još sa sobom nose neke komplikacije koje su vezane samo uz višeplodne trudnoće. Važno je biti upoznat za rizicima koje takva trudnoća nosi, nužno je da trudnoću i porod vodi iskusan opstetrički tim, koji je sposoban pravovremeno reagirati i donijeti ispravne odluke koje su na dobrobit majke i njezine novorođenčadi. Ispitivanja su pokazala da se značajan broj blizanačkih trudnoća ne prepoznaje do trećeg tromjesečja ili do porođaja.

Blizanačka trudnoća sa sobom nosi mnoge rizike koji trebaju biti prepoznati i na vrijeme otklonjeni. Većina se poroda dovršava elektivnim carskim rezom s obzirom na to da smo danas upoznati s mogućim komplikacijama i posljedicama vaginalnog poroda.

Od 1. siječnja do 31. prosinca 2018. godine na Klinici za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka je bilo 2.474 poroda od čega 45 blizanačkih, što iznosi 1,82%. Istraživanje je pokazalo da ih se prije 37. tjedna gestacije rodilo 42,22%. Istraživanje je također pokazalo da je za 57,78% rodilja to bio prvi porod, a 35,56% rodilja je između 35 i 40 godina. Porod blizanačkih trudnoća je češće dovršavan carski rezom (u 62,22%) nego vaginalnim putem. Ukupno 74,44% novorođenčadi je imalo porođajnu težinu od 2.000 do 2.999 grama. Prosječna porođajna dužina novorođenčadi iz blizanačkih trudnoća je 46 centimetara.

Apgar ocjena je nakon prve minute kod 82,22% prvorodenih i 80% drugorođenih blizanaca bila jednaka 8 ili veća od 8. Intrauterini zastoj rasta je zamijećen kod petero

novorođenčadi (5,56%). Ukupni mortalitet iz blizanačkih trudnoća iznosi 3,33%.

## LITERATURA

- Peter, B., Bilić, I., Prpić, I., Perinatalni i neuromotorni ishod novorođenčadi rođenih iz trudnoća nakon postupka IVF et ET, Stručni rad, Medicina, 2007.
- Chasen, S. T., Twin Pregnancy: Labor and delivery, MD Frank A Chervenak, MDSection
- Dražančić, A. i suradnici, Porodništvo, Školska knjiga, Zagreb, 1994.
- Đelmiš, J., Orešković, S. i suradnici, Fetalna medicina i opstetricija, Medicinska naklada, Zagreb, 2014.
- Kuvačić, I., Višeplodna trudnoća, KBC Zagreb, Zagreb, 2001.
- Charles J. Lockwood, Monoamniotic Twin Pregnancy, MD, MHCM Anthony Odibo, 2019.
- Habek, D., Ginekologija i porodništvo za visoke zdravstvene studije, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.
- Gomella, T. L., Neonatology, Multiple Gestation, London, Lange, 1997.
- Kos, M., Ultrazvučno određivanje koriciteta i amnioniciteta u višeplodnoj trudnoći, OB Sv. Duh, Zagreb
- Peter, B., Novorođenčad iz višeplodnih trudnoća, KBC Zagreb, Zagreb, 2002.
- Edward J. Hayes, Triplet Pregnancy, MDSection, 2018.
- Burić, M., Tijek i ishod blizanačkih trudnoća na klinici za ginekologiju i porodništvo Kliničke bolnice "Sveti Duh", Diplomski rad, Zagreb 2017.
- Škrablin, S., Kalafatić, D., Kuvačić, I., Antenatalna skrb višeplodnih trudnoća, KBC Zagreb, Zagreb, 2002.
- Rochon, M., Multifetal pregnancy reduction and selective termination, MDSection, 2017.
- Šegeregr, J., Blizanačka trudnoća u rođilištu Opće bolnice Virovitica, Stručni članak, Gynaecol Perinatol 2006.
- Mandy, G. T., Neonatal complications, outcome, and management of multiple births, MD Section, 2018.
- Marinović V., Učestalost, komplikacije i ishod višeplodnih trudnoća, Diplomski rad, Zagreb, 2017.
- Šurina, A., Novije spoznaje u neurofiziologiji fetusa i fetalno ponašanje, Diplomski rad, Zagreb, 2018.
- Vulić, M., et al., Postoji li razlika u perinatalnom ishodu jednoplodnih i blizanačkih trudnoća nakon medicinski potpomognute oplodnje, Acta Clin Croat 2013.
- Kolar, N., Ivanic, M., Mikulčić, K., Perinatalni pokazatelji višeplodnih trudnoća, Istraživački rad, Virovitica, 2014.
- Klaric, J., Porodaj kod blizanaca, Završni rad, Split, 2014.
- BergHELLA, V., Caesarean delivery: Postoperative issues, MDSection, 2017.
- Tadin, I., Vulić, M., Banović, I., Roje, D., Vulić, R., Višeplodna trudnoća i serklaža, KBC Split, Split, 2004.
- Lockwood, C. J., Kuczynski, E., Markersofrisk for pretermdelivery. J Perinat Med, 1999.
- Tahirović, H., Postnatalni rast djece intrauterino zaostala rasta i male porođajne težine i/ili dužine u odnosu na gestacijsku dob, Paediatr Croat, 2003.

## POPIS TABLICA

- Tablica 1. Prikaz broja i postotka jednoplodnih u odnosu na blizanačke trudnoće
- Tablica 2. Prikaz gestacijske dobi poroda
- Tablica 3. Prikaz načina zanošenja blizanaca
- Tablica 4. Prikaz načina dovršenja blizanačkih trudnoća
- Tablica 5. Prikaz Apgar ocjene nakon prve minute od poroda za gemina I
- Tablica 6. Prikaz Apgar ocjene nakon prve minute od poroda za gemina II
- Tablica 7. Prikaz Apgar ocjene nakon pete minute od poroda za gemina I
- Tablica 8. Prikaz Apgar ocjene nakon pete minute od poroda za gemina II
- Tablica 9. Prikaz TTTS-a u blizanačkim trudnoćama
- Tablica 10. Prikaz IUGR-a u blizanačkim trudnoćama
- Tablica 11. Prikaz prosječnih porođajnih težina po tjednima gestacije
- Tablica 12. Prikaz podjele novorođenčadi po porođajnoj težini
- Tablica 13. Prikaz prosječnih porođajnih duljina novorođenčadi
- Tablica 14. Prikaz dobi rodilja blizanaca
- Tablica 15. Prikaz broja poroda kod rodilja s blizanačkom trudnoćom
- Tablica 16. Prikaz spolova u blizanačkim trudnoćama
- Tablica 17. Prikaz bolesti majke u trudnoći
- Tablica 18. Prikaz perinatalne smrtnosti u blizanačkim trudnoćama

# Zašto žene prestaju dojiti

(STRUČNI RAD)

*Barbara Finderle bacc. obs.; IBCLC  
Hrvatska komora primalja*

## SAŽETAK:

U ovom radu govori se o situacijama zbog kojih žene prestaju s dojenjem ranije od preporučenih smjernica. Iako postoji opsežna literatura o razlozima zbog kojih majke prestaju dojiti ranije nego što je preporučeno, ipak ima mnoštvo informacija o tome kako na te razloge utječu drugi faktori. U radu smo iznijeli rezultate ankete koju smo proveli među ženama koje su dojile ili još uvijek doje svoje prvo dijete unatrag deset godina. Dobiveni rezultati nisu podržavajući za dojenje i trebalo bi napraviti znatne izmjene u društvu i zdravstvenom sustavu kako bi se u Hrvatskoj unaprijedilo dojenje.

**Ključne riječi:** dojenje, trudnoća, prestanak dojenja, novorođenče

## UVOD:

Prednosti dojenja za majku i dijete i društvo nadaleko su poznate (1). Niz studija provedenih u razvijenim zemljama pokazale su da djeca koja nisu dojena najmanje 6 mjeseci imaju 3,5 puta veću vjerojatnost od djece koja su dojena da budu hospitalizirana zbog respiratornih infekcija poput upale pluća, 2 puta veću vjerojatnost da obole od proljeva, 1,6 puta veću mogućnost od infekcije uha i 1,5 puta veću vjerojatnost da će imati prekomjernu težinu tijekom djetinjstva (1). Zbog brojnih prednosti dojenja, Američka akademija za pedijatriju, Odjel o dojenju, preporučuje da majke doje isključivo prvih 6 mjeseci nakon rođenja djeteta i nastave dojiti najmanje prvu godinu života djeteta (1). Unatoč mnogim dobrobitima dojenja, najnovija Nacionalna anketa o imunizaciji pokazala je da je samo 55% novorođenčadi u SAD-u, koji su rođeni 2004. godine, dojeno svega 3 mjeseca, do šest mjeseci dojeno ih je samo 42%, a do 12 mjeseci svega 21% (1).

Iako postoji opsežna literatura o razlozima zbog kojih majke prestaju dojiti ranije nego što je preporučeno, ipak ima mnoštvo informacija o tome kako na te razloge utječu faktori, kao što su: majčine edukacije i nivo prihoda, koja je trudnoća po redu, karakteristike načina života poput pušenja, kao i opstetrički i neonatalni čimbenici (2).

Prema rezultatima Međunarodne mreže za akciju u prehrani dojenčadi (IBFAN) 42% majki u Hrvatskoj prestaje s dojenjem već tri mjeseca nakon poroda, a nakon 6. mjeseca taj broj povećava se na čak 81%.

Saznanja o glavnim razlozima zbog kojih majke prestaju dojiti u različitim vremenima tijekom prve godine djetetova života trebala bi biti korisna zdravstvenim djelatnicima kada pokušavaju pomoći majkama u prevladavanju prepreka pri dojenju i onima koji pokušavaju osmisiliti ciljane intervencije dojenja u ishodima i aktivnostima koja su važna za podršku dojenju (1).

U istraživanju smo pokušali doći do razloga zbog kojih žene prestaju s dojenjem ranije od preporučenih smjernica Svjetske zdravstvene organizacije.

## CILJ ISTRAŽIVANJA:

Cilj ovog rada je istražiti različite uzroke zbog kojiži žene prestaju dojiti svoju djecu unutar godine dana života djeteta.

## METODE:

Varijable korištene u ovom radu su spol, dob, paritet, dužina dojenja, vrijeme dojenja, razlog prestanka dojenja, edukacija o dojenju, pomoć dobivena prilikom dojenja i tko ju je pružio.

Populacija koju smo ispitivali su žene u Hrvatskoj koje su unatrag 10 godina dojile ili još uvijek doje svoje prvo dijete. Koristio se anketni upitnik i anketa je bila anonimna, te se provodila online preko društvenih mreža i drugih elektronskih mogućnosti (mail, Viber i dr.)

Dobili smo odgovore različitih grupa žena iz svih dijelova Hrvatske kako bi rezultati ankete bili što objektivniji.

Sve ispitnice koje su pristale odgovoriti na upitnik obavještene su o namjeri/svrsi provedbe istraživanja, odnosno navedeno je da će se istraživanje provesti u svrhu izrade diplomskog rada, te će se rezultati objaviti u Primaljskom vjesniku i prezentirati na primaljskim edukacijama.

## REZULTATI:

Odgovore smo dobili od 2.564 žena iz Hrvatske koje su dojile ili još doje svoje prvo dijete unatrag 10 godina.

Rezultati su pokazali da:

- 10% žena (256) je zbog vraćanja na posao moralo prekinuti dojenje;
- 13,7% žena (350) moralo se ranije vratiti na posao zbog financijskih situacija;

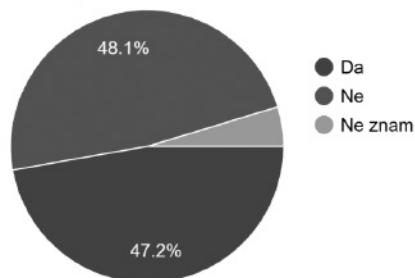
- 15,2% žena je isključivo dojilo manje od jednog mjeseca;
- 28,6% žena je sveukupno dojilo uz dohranu manje od šest mjeseci;
- 75% žena (1.924) nije pohađalo nikakvu edukaciju o dojenju;
- od onih koje su bile na edukaciji najviše ih je u Domu zdravlja, pa u rodilištu;
- 41,8% ih smatra da im navedena edukacija nije koristila.

Poražavajuća je činjenica da se 75% žena ne educira za pripremu za dojenje, a od onih koje se educiraju preko 40% smatra da im navedena izobrazba nije koristila.

Svakako bi trebalo organizirati kvalitetne edukacije za trudnice i kontrolirati tko ih i na koji način provodi.

Jeste li prema Vašem mišljenju u sklopu rodilišta dobili od primalja adekvatnu podršku i pomoći vezano za dojenje s prvim djetetom?

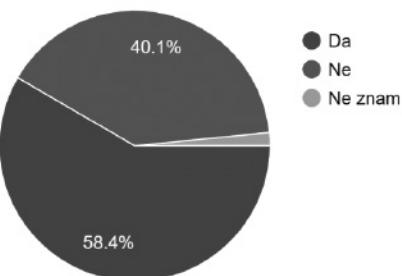
2,564 responses



Preko 48% žena smatra da nisu dobile adekvatnu primaljsku skrb vezanu za dojenje. To su podaci koje svakako treba iskoristiti, te pokušati dodatno educirati primalje koje rade s majkama koje doje, odnosno pokušati povećati broj primalja na rodilištu, kako bi imale dovoljno vremena posvetiti se rodiljama kojima treba pomoći.

Je li Vam nakon prvog porođaja omogućen neprekidan kontakt koža na kožu s djetetom u trajanju od sat vremena?

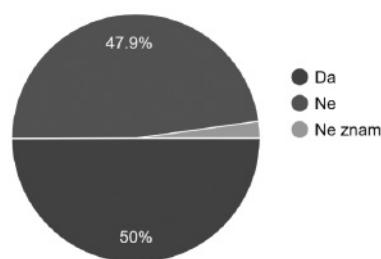
2,564 responses



Iako su sva naša rodilišta ujedno i „Rodilišta prijatelji djece“ gdje je kontakt koža na kožu nakon porođaja obavezan, ipak preko 40% žena kaže da taj kontakt nisu ostvarile.

Mnoge studije govore u prilog dobrobiti ovog postupka i svakako bi se, ako za to postoje uvjeti, trebao omogućiti.

Je li vam unutar sat vremena nakon prvog porođaja omogućeno i pomognuto da pokušate dojiti?  
2,564 responses



Iako nije nužno da majka doji unutar sat vremena nakon porođaja, prijeko je potrebno omogućiti majci da pokuša s dojenjem. Neprihvatljivo je da preko 47% žena smatra da im nije omogućeno i da im nije pružena pomoć u pokušaju dojenja unutar sat vremena nakon porođaja.

- 31% žena (796) nikada nije dojilo u javnosti;
- 21,4% (400) od onih koje doje u javnosti je doživjelo neki oblik neugodnosti zbog dojenja na javnom mjestu;
- 174 žena (koje su dojile ili još doje) smatra da nije u redu dojiti u kafiću/restoranu/kinu;
- 116 žena smatra da se dojiti treba isključivo u privatnosti svoga doma.

Smjernice su da je za dijete najbolje dojenje na zahtjev, međutim ako majka ne može ili ne želi dojiti u javnosti, to znatno otežava i praktički onemogućuje isključivo dojenje na zahtjev.

## ZAKLJUČAK:

U zaključku bi trebalo napomenuti da dobiveni rezultati nisu podržavajući za dojenje u Hrvatskoj i da bi trebalo inicirati znatne promjene u društvu kako bi se unaprijedilo dojenje.

Potrebno je:

- Kontinuirano informirati javnost o dobrobitima dojenja.
- Omogućiti majkama koje doje svu potrebnu pomoći i podršku.
- Kontinuirano educirati zdravstvene djelatnike koji pružaju skrb za vrijeme dojenja.
- Kontinuirano educirati zdravstvene djelatnike o unapređenju komunikacijskih vještina.
- Zakonski bolje regulirati dojenje i uvesti sankcije za kršenje reklamiranja nadomjesnog mlijeka (Kod).
- Regulirati i kontrolirati edukacije koje se nude vezano za dojenje.
- Razgovarati s trudnicama o dojenju – savjetovališta”.

## LITERATURA:

1. Li R., Fein S. B., Chen J., Grummer-Strawn L. M., „Why mothers stop breastfeeding: Mothers' self-reported reasons for stopping during the first year“, Pediatrics, 122 (SUPPL. 2), Oct. 2008.
2. Brown C. R. L., Dodds L., Legge A., Bryanton J., Semenic S., Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding“, Can J Public Heal, 2014.



#### 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 od nesretnog slučaja s poboljšanim tablicama invalidnosti **POPUST 20%**
- Auto osiguranja na daljinu uz dodatni popust od **10%**, nakon svih popusta po cjeniku
- Auto kaska uz komorski popust od **15%** nakon svih popusta po cjeniku

#### OSIGURANJE PRIVATNIH RIZIKA:

- Standardni popust za članove HKP-a na osiguranje privatne imovine (kuće, stanovi, vikendice) iznosi **25%**

#### POVEŽITE RAZLIČITE POLICE OSIGURANJA I DODATNO UŠTEDITE:

- ugovaranjem obaveznog auto osiguranja, ostvarujete **POPUST OD 50%** na osiguranje privatne imovine, kuće, stanove i vikendice, na gotovo sve rizike (požar, eksplozija, olje, poplava, bujica, visoka voda, istjecanje vode iz vodovodnih i kanalizacijskih cijevi, provalna krađa, privatna odgovornost, itd.), osim potresa.

#### STANDARDNI POPUST ZA ČLANOVE HKP-A NA DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE IZNOSI 10%.

- **Pokriće bez ograničenja na godišnji iznos troškova:** participacije u sustavu javnog zdravstva Republike Hrvatske, **lijekova s osnovne (A)** i **lijekova s dopunske (B) liste lijekova.**

# Popusti za članove Hrvatske komore primalja i članove uže obitelji uz predočenje članske iskaznice HKP-a

- PROFESIONALNA OSIGURANJA
- DODATNA POKRIĆA UZ DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

**Želimo Vam biti dostupni, prenesite dio tereta ovog vremena na naša leda, Vaš Certitudo tim.**



**VRIJEME JE ZA ODGOVORNO PONAŠANJE I SIGURNOST!**

#ostanimo odgovorni

**NAŠI KONTAKTI:**  
**info@certitudo.hr**  
**andrija.stojanovic@certitudo.hr**

**T: 01/5802 532 M: 098 340 540**

Pristupna dob (godine)	18 - 40	41 - 60	61 - 65
Iznos mjesечne premije (u HRK)	63,00	70,00	90,00
Iznos godišnje premije (u HRK)	756,00	840,00	1.080,00

\*navedene cijene u tablici su bez popusta

#### Dodatna pokrića uz DOPUNSKO zdravstveno osiguranje

##### I. KUĆNA NJEGA: za 8,00 HRK mjesечно

Kućna njega nakon nezgode ili bolesti, psihološka pomoć nakon nezgode, posjet bliske osobe i drugo liječničko mišljenje

##### II. DNEVNA NAKNADA ZA LIJEĆENJE U BOLNICI

Dnevna naknada za liječenje u bolnici kao posljedice nesretnog slučaja ili bolesti

Pristupna dob (godine)	18 - 40	41 - 60	61 - 65
Iznos mjesечne premije (u HRK)	63,00	70,00	90,00
Iznos godišnje premije (u HRK)	756,00	840,00	1.080,00

\*navedene cijene u tablici su bez popusta

#### POVEŽITE RAZLIČITE POLICE OSIGURANJA I DODATNO UŠTEDITE:

- ugovaranjem obaveznog auto osiguranja, ostvarujete dodatnih **10% POPUSTA** na Dopunsko zdravstveno osiguranje i/ili ostvarite **50% POPUSTA** na osiguranje od nezgode.



HRVATSKA UDRUGA ZA PROMICANJE PRIMALJSTVA  
CROATIAN ASSOCIATION FOR PROMOTION OF MIDWIFERY

# XLIV. SIMPOZIJ

## Hrvatske udruge za promicanje primaljstva

**“Žensko zdravlje i primaljska  
skrb”**

**PRVA OBAVIJEST**

**Međunarodna godina  
medicinskih sestara i primalja  
2020.**

**04. - 05. rujna 2020.  
Jastrebarsko, Hotel PRINCESS**



Poštovani/e,

ove godine XLIV. simpozij Hrvatske udruge za promicanje primaljstva (HUPP) održat će se u Jastrebarskom u rujnu 2020. godine i trajat će dva dana. Jastrebarsko je mali grad koji se nalazi u blizini Zagreba i Karlovca.

Tema ovogodišnjeg Simpozija je **“Žensko zdravlje i primaljska skrb”**. Namjera nam je da se programski malo odmaknemo od stereotipa o ulozi primalja i njihovog radnog mjesta samo u rađaonici. Na ovom Simpoziju više ćemo se posvetiti edukacijama o ginekološkim bolesnicama, ženama s problemima u fertilitetu i prikazom kako primalje u takvim slučajevima postupaju u hrvatskim bolnicama.

Svoja predavanja možete slati do 1. lipnja 2020. godine. Ove godine održava se Izborna skupština HUPP-a.

Sve ostale informacije možete pratiti na [www.hupp.hr](http://www.hupp.hr) ili službenoj [Facebook stranici Hrvatska udruga za promicanje primaljstva](#).

*Srdačan pozdrav*

*Karmen Cecarko Vidovic, bacc. obs. /Midwife / Izvršna direktorica HUPP-a*