



Primaljski vjesnik



Primaljski vjesnik • Broj 29 • ISSN 1848-5863 • Listopad 2020.



HRVATSKA KOMORA
PRIMALJA
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES

HRVATSKA UDRUGA ZA
PROMICANJE PRIMALJSTVA



HRVATSKA UDRUGA ZA PROMICANJE PRIMALJSTVA
CROATIAN ASSOCIATION FOR PROMOTION OF MIDWIFERY



HRVATSKA KOMORA®
PRIMALJA
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES

Sadržaj

UVODNA RIJEČ	5
AROMATERAPIJA U POROĐAJU I BABINJU	6
DOJENJE I KORONAVIRUS	10
JA SAM PRIMALJA	13
MOJE ISKUSTVO PORODA	14
KONZUMACIJE HRANE I PIĆA TIJEKOM POROĐAJA	15
LOTUS POROD	17
PROCJENA EDUCIRANOSTI ŽENA PRIJE I TOKOM TRUDNOĆE O ŠTETNIM UČINCIMA CIGARETNOG DIMA KOJU PROVODE ZDRAVSTVENI DJELATNICI	21



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

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.

Stavovi autora/ica izneseni u ovom časopisu ne predstavljaju službene stavove

Hrvatske komore primalja i Hrvatske udruge za promicanje primaljstva, izdavača Primaljskog vjesnika.

Riječi uredništva



Drage primalje!

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

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

Radovalo bi nas kada 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. 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

Glavna urednica:

Barbara Finderle, bacc. obs., Hrvatska komora primalja, Rijeka

Članice uredničkog odbora:

Suzana Haramina, bacc. obs., Hrvatska komora primalja, Zagreb

Karmen Cecarko-Vidović, bacc. obs., Hrvatska udruga za promicanje primaljstva, Lopatinec

Impresum:

Izdavač:

Hrvatska komora primalja, Ulica grada Mainza 11, 10000 Zagreb, www.komora-primalja.hr

Žiro-račun: 2402006-110549055 Erste banka

Hrvatska udruga za promicanje primaljstva, Ulica grada Mainza 11, 10000 Zagreb

www.hupp.hr, žiro-račun: 2360000-1101743245 Zagrebačka banka

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

Priprema i tisak: Alfacommerce d.o.o., II. Zagorska 8, 10 000 Zagreb

www.alfacommerce.hr

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

List je besplatan.

Poštovane kolegice i kolege!

Pred vama se nalazi novi broj Primaljskog vjesnika te bismo se ovim putem htjeli zahvaliti svima koji su sudjelovali u njegovom nastanku i izradi. Ovaj broj Primaljskog vjesnika vam donosimo u on-line izdanju.

U ovoj uvodnoj riječi iskoristit ćemo priliku te ukazati na najvažnije aktivnosti koje su se odvijale od prošlog dvobroja Primaljskog vjesnika koji je objavljen u on-line i tiskanom izdanju.

Budući da se situacija s pandemijom Covida-19 još uvijek nije stabilizirala, nažalost svi su događaji koje je Hrvatska komora primalja planirala povodom obilježavanja „Godine medicinskih sestara i primalja“ morali biti stopirani. Kako je zbog pandemije u zdravstvenoj skrbi došlo do određenih mjera i zabrana, točnije – mjera zabrane pratnje na porođaju te boravka roditelja uz dijete prilikom hospitalizacije, Hrvatska komora primalja je Ministarstvu zdravstva u nekoliko navrata poslala dopis u kojem se traži da se ponovno omogući pratnja na porođaju i prisustvo roditelja uz svoje dijete u bolnici.

Kao zahvalu i iskazivanje časti primaljama koje su u ovoj neizmjerno teškoj situaciji iskazale svoju požrtvovnost, snagu i ljubav prema svojem pozivu, 1. listopada 2020. godine u suradnji s Gradom Zagrebom Zagrebačke fontane i fontane Grada Čakovca – u Perivoju Zrinskih te na Franjevačkom trgu svijetlike su upravo za njih! Fontane su svijetlike za naše primalje u sklopu Nacionalnog tjedna dojenja u Hrvatskoj koji se obilježavao od 1. do 7. listopada 2020. godine.

Beneficije dojenja za majku, dijete, društvo, ali i okoliš opće su poznate. Uz razvijanje emocionalne povezanosti između majke i djeteta, dojenje je svakako najzdraviji, najprirodniji i najekonomičniji način ishrane djeteta.

Nadalje, u suradnji s Privrednom bankom Zagreb, Hrvatska komora primalja je za svoje članove/ice osigurala povoljnije kreditiranje. Svi zainteresirani mogu više informacija o povolnjem kreditiranju pronaći na službenim internetskim stranicama Hrvatske komore primalja. U suradnji s Cammeo Taxijem, Hrvatska komora primalja je svojim članovima/cama do 30. rujna 2020. godine osigurala 20% popusta za sve gradske vožnje.

Certitudo d.o.o. je i ove godine pripremio pogodnosti za naše članove/ice i njihove obitelji u obliku voucher-a s posebnim pogodnostima koje se mogu iskoristiti sve do njihova opoziva. Vouchere možete pronaći na Facebook stranici Hrvatske komore primalja.

S obzirom na trenutnu tešku situaciju koja nas je zadesila, ovim se putem želimo zahvaliti svim primaljama na velikom trudu, snazi i hrabrosti koju su pokazale te ih pozivamo da na način kako paze trudnice, žene, novorođenčad, paze i na same sebe.

Srdačno vas pozdravljam!

*Barbara Finderle,
predsjednica Hrvatske komore primalja*



Aromaterapija u porođaju i babinju

(PREGLEDNI RAD)

*Maja Dernaj, prvostupnica primaljstva
Opća županijska bolnica Našice, Našice*

SAŽETAK

Umjetnost aromaterapije oslanja se na ljekovitu sposobnost biljaka za poboljšanje fizičkog i psihičkog blagostanja uz korištenje esencijalnih ulja. Porođajna bol obično se opisuje kao jedna od najjačih boli ikada doživljenih, prožeta strahom, tjeskobom i neizvjesnošću. Mnoge žene današnjice sve više teže nefarmakološkim metodama ublažavanja bolova i relaksiranja u porođaju. Babinje u nekim slučajevima postaje vrlo stresno za novopečenu majku. Protkan strahom, stresom i anksioznošću najčešće vezano uz brigu za dijete. Zašto koristiti umjetne farmakološke pripravke, ako nam majka priroda nudi drevnu snagu mirisa koja zadržava. Svako ulje sadrži svoju energiju kojom se može djelovati na energetsko polje čovjeka.

Svrha ovoga rada je proučavanje djelovanja aromaterapije kao nefarmakološke metode u porođaju i babinju te si uzima za cilj naglasiti kako primalje kao saveznice žena trebaju istraživati utjecaj aroma na polju majčinstva da bi se porođaj u konačnici vratio ženama i njegovoj fiziologiji.

Eterična ulja poznata su po svojim blagodatima u borbi protiv raznoraznih infekcija, jačanju imunološkog sustava te u prirodnom ublažavanju bolova. Smatra se kako kemijska svojstva tih ulja potiču oslobađanje endorfina, serotonina i encefalina. Načini na koje esencijalna ulja ulaze u tijelo su putem udisanja i apsorpcije u kožu. Aromaterapija je stoljećima upotrebljavana u njezi žena. Mnoge žene porođaj doživljavaju kao stresan događaj. Kao metoda ublažavanja stresa i anksioznosti kod žena smatra se aromaterapija. Primalja koja želi koristiti esencijalna ulja u praksi ne mora biti kvalificirana aromaterapeutkinja, ali mora proći odgovarajuću obuku kako bi bila kompetentna za provođenje aromaterapije.

Iako brojne studije navode nedostatak dokaza i istraživanja kojima se možemo voditi ako želimo primjenjivati aromaterapiju za vrijeme trudnoće, porođaja i babinja, postoji i dostatan broj onih koji potvrđuju njezinu učinkovitost. Primalje su zapravo u idealnom položaju za provođenje daljnjih istraživanja, razumijevajući složenost

holističkog pristupa te ujedno i subjektivnog i objektivnog mjerjenja najčešćih promatranih faktora.

Ključne riječi: aromaterapija, porođaj, babinje, eterična ulja, primalje

UVOD

Umjetnost aromaterapije oslanja se na ljekovitu sposobnost biljaka za poboljšanje fizičkog i psihičkog blagostanja uz korištenje esencijalnih ulja. Tijekom trudnoće, s radosnim iščekivanjem djeteta često se javlja nervozna, odnosno psihofizička zabrinutost. Porođajna bol obično se opisuje kao jedna od najjačih boli ikada doživljenih, prožeta strahom, tjeskobom i neizvjesnošću. Mnoge žene današnjice sve više teže nefarmakološkim metodama ublažavanja bolova i relaksiranja u porođaju. Često se postavlja pitanje na koji način esencijalna ulja djeluju na organizam i je li moguće korištenjem aromaterapije utjecati na određene fiziološke čimbenike. Vrlo je važno da rodilje postignu osjećaj blagostanja i da na taj način dočekaju svoje novorođenče. Danas je još uvijek većina alternativnih metoda izvan zdravstvenih ustanova, no u svijetu je primjećeno da se aromaterapija u kombinaciji s masažom sve više primjenjuje od strane primalja i medicinskih sestara kako bi se pridonijelo rađanju u fiziološkim uvjetima i praksi temeljenoj na posvećenosti ženama i njihovom stanju. Babinje u nekim slučajevima postaje vrlo stresno za novopečenu majku. Ono postaje protkan strahom, stresom i anksioznošću najčešće vezano uz brigu za dijete. Zašto koristiti umjetne farmakološke pripravke, ako nam majka priroda nudi drevnu snagu mirisa koja zadržava. Svako ulje sadrži svoju energiju kojom se može djelovati na energetsko polje čovjeka. No pitanje je koje se ulje smije upotrebljavati, koje su njegove prednosti i nedostaci, sadrži li ono neka toksična svojstva te, u ovom slučaju, kako djeluje na plod. Tajni svijet mirisa nosi sa sobom povijesnu tradiciju u mnogim kulturama. Možemo reći kako gotovo ne postoji životno područje u kojem ne nalazi svoje mjesto.

Svrha ovoga rada je proučavanje djelovanja aromaterapije kao nefarmakološke metode u porođaju i babinju te si uzima za cilj naglasiti kako primalje kao saveznice žena trebaju istraživati utjecaj aroma na polju majčinstva kako bi se porođaj u konačnici vratio ženama i njegovoј fiziologiji.

RASPRAVA

1. AROMATERAPIJA

Znanost i umijeće koje uključuje koncentrirana esencijalna ulja ekstrahirana iz biljaka radi njihovih psihofizičkih i terapijskih učinaka na tijelo nazivamo aromaterapijom. Ona se smatra holističkim oblikom komplementarne medicine, koji djeluje zbog kombinacije kemijskih sastojaka, metoda primjene te učinka aromaterapije na raspoloženje, odnosno limbički sustav (1). Danas bi bilo teško zamisliti vrijeme u kojem ljudi nisu cijenili utjecaj biljnih aromatika, primjerice, na promjenu raspoloženja pod utjecajem mirisa ruže ili limunove korice. Rane civilizacije regija Bliskog istoka, Azije i Sjeverne Afrike koristile su esencijalna ulja za prevenciju bolesti, liječenje, higijenu, estetiku, balzamiranje i duhovne svrhe. U Europi tijekom srednjeg vijeka esencijalna ulja su se koristila u parfumerijskoj industriji, dok su se tijekom osamnaestog i devetnaestog stoljeća koristila u svrhu liječenja zaraznih bolesti. Moderna povijest aromaterapije je započela u ranim 1900-im godinama nakon što je francuski kemičar René-Maurice Gattefossé zadobio tešku ozljedu u laboratorijskoj nesreći. Svoju ranu je premazao esencijalnim uljem lavande te je bio zadvljen brzim oporavkom. Nakon toga odlučio je svoju znanstvenu karijeru posvetiti istraživanju esencijalnih ulja te je osmislio izraz „aromaterapija“. Aromaterapija se može definirati i kao primjena biljnih esencijalnih ulja u preventivne ili terapeutske svrhe, temeljenih na znanstvenim dokazima (2).

2. MODERNA MEDICINA

Tijekom porođaja roditelje proživljavaju izrazitu bol koja se doživjava kao jedno tradicionalno iskustvo koje pripada svakoj ženi dok rađa. Mnoge žene porođajnu bol opisuju kao najjaču bol koju su ikada doživjele. Često moderna medicina pokazuje da brojne patofiziološke promjene koje se događaju u organizmu trudnice tijekom bolnih podražaja mogu biti potencijalno opasne i za nju i za njezino dijete. Danas postoje farmakološke i nefarmakološke metode ublažavanja boli, dok se one farmakološke upotrebljavaju sve više (3). Analgezija postaje sve veći dio opstetričke svakodnevice (4). Najčešće primjenjivane farmakološke metode ublažavanja boli u porođaju, danas su intravenska primjena opioida i epiduralna analgezija (3). Razvijen je sve veći broj metoda analgezije čija upotreba ovisi o pravilima pojedinih ustanova, raspoloživim resursima, a danas najviše i o željama samih roditelja koje dolaze sve

više informirane o vrstama analgezije (4). Sukladno tome, mnoge bi žene voljele izbjegći farmakološke invazivne metode upravljanja bolom u porođaju, a to bi uvelike moglo pridonijeti popularnosti alternativnih metoda liječenja bola (5). Nefarmakološke metode vrlo su privlačne ženama koje su sklone što prirodnijem načinu života pa samim time i porođaja (4). Okruženje rađanja u samom okrugu primaljstva je i dalje predmet rasprave u teoriji i praksi. Uporaba aromaterapije za vrijeme porođaja dovodi do dinamike između olfaktornog sustava i do stimulacije normalnih prirodnih procesa, što se zapravo čini fascinantnim za žene i primalje. Smatra se kako su primalje te koje koristeći aromaterapiju doprinose pozitivnom načinu porođaja (6).

3. AROMATERAPIJA U PEROĐAJU

Eterična ulja poznata su po svojim blagodatima u borbi protiv raznoraznih infekcija, jačanju imunološkog sustava te u prirodnom ublažavanju bola. Smatra se kako kemijska svojstva tih ulja potiču oslobođanje endorfina, serotoninu i encefalina. Načini na koje esencijalna ulja ulaze u tijelo su putem udisanja i apsorpcije u kožu (1). Aromaterapija je stoljećima upotrebljavana u njezi žena. Pokazalo se da uporaba eteričnih ulja ne uzrokuje štetu te ih sve više žena prihvata (7). Korištenje eteričnih ulja biljaka koja se utrjavaju u kožu, dodavanje tih ulja u vodu ako se porođaj odvija u vodi ili korištenje eteričnih ulja u obliku pare ili dima, odnosno inhalacije podrazumijeva pojam aromaterapije (4). Mnoge žene porođaj doživljavaju kao stresan događaj. Kao metoda ublažavanja stresa i anksioznosti kod žena smatra se aromaterapija (8). Pozitivno mišljenje javnosti o korištenju alternativnih metoda poput aromaterapije u svrhu poboljšanja zdravlja je jedan od glavnih utjecaja na njihovo širenje unutar zdravstvenog sustava. U tom slučaju ni skrb za majke nije iznimka. Aromaterapija se smatra jednom od najpopularnijih metoda u primaljstvu vezano uz skrb za žene, uključujući još masažu, akupunkturu, vizualnu terapiju slikama i biljnim terapijama (2).

4. AROMATERAPIJA U BABINJU

Zdravstveni sustavi sve više žele integrirati aromaterapiju, kao jeftinu, sigurnu i učinkovitu alternativnu metodu, a sve to kako bi se smanjila bol, mučnina, tjeskoba i u konačnici poboljšao san (9). Stres, anksioznost, postporođajna tuga i depresija su najčešći problemi koji se javljaju u babinju obzirom na psihičko stanje babinjača. Aromaterapija primijenjena tijekom porođaja smanjuje stres kod majki. Obzirom na naknadni pad razine hormona, odnosno na biološka stanja specifična za babinje, udisanje mirisa lavande tijekom četiri tjedna može spriječiti stres, anksioznost i depresiju u babinju (10, 11). Također istraživanja pokazuju kako udisanje pare

ulja lavande i ružine vodice od 38-og tjedna trudnoće pa sve do šest tjedana nakon porođaja značajno pridonosi smanjenju postpartalne depresije te se preporuča upotreba aromaterapije (12).

5. AROMATERAPIJA I PRIMALJSTVO

Primalja koja želi koristiti esencijalna ulja u praksi ne mora biti kvalificirana aromaterapeutkinja, ali mora proći odgovarajuću obuku kako bi bila kompetentna za provođenje aromaterapije (13). Primalje koje koriste aromaterapeutska ulja u svojoj praksi moraju nadograđivati svoje vještine i znanje vezano uz njih, dok primalje asistentice mogu obavljati aromaterapiju esencijalnim uljima samo uz nadzor educirane primalje aromaterapeutkinje koja je i pripremila odgovarajući mješavini potrebnih ulja. One primalje koje ne primjenjuju aromaterapiju duže od godinu dana neće je moći koristiti dok ponovno ne prođu obuku. Aromaterapija služi kao sredstvo pomoći u ublažavanju bolova i nelagode u porođaju te na neki način pomaže ženama da lakše podnose fiziološke simptome koje porođaj nosi sa sobom. To je zapravo terapija koja vraća filozofiju prirodnoga porođaja. Aromaterapija se ne treba nametati ženama, već one koje to žele daju usmeni pristanak primalji.

KRITERIJI ZA AROMATERAPIJU:

- latentna faza porođaja;
- spontani početak porođaja ili inducirani porođaj;
- 37. do 40. tjeđan gestacije;
- jednoplodna trudnoća;
- fiziološki položaj posteljice;
- situs longitudinalis, presentatio occipitalis;
- uredne vrijednosti krvnoga tlaka;
- AFI u granicama normale.

Primalje svoju aromaterapijsku praksu moraju zasnivati na pažnji posvećenoj ženama, zdravim principima, dostupnim znanjima i vještinama te kada god je to moguće upotpunjavati i unapređivati svoje znanje i vještine.

KONTRAINDIKACIJE ZA PRIMJENU

AROMATERAPIJE:

- neprihvatanje od strane rodilje;
- antenatalno razdoblje, krvarenje, placenta praevia;
- multipla trudnoća;
- polihidramnij i oligohidramnij;
- astma ili drugi respiratorni simptomi, alergije;
- hipotenzija ili hipertenzija, preeklampsija;
- epilepsija;
- poprečni ili kosi položaj djeteta, IUGR;
- prijevremen porođaj;

- anemija ili poremećaji zgrušavanja krvi;
- HIV pozitivna rodilja;
- komplikirane trudnoće (dijabetes, duboka venska tromboza...).

Preporučuje se minimalna doza esencijalnih ulja koja je dovoljna za učinak. Primalje kompetentne za provođenje aromaterapije imat će dostupan popis ulja te njihov način upotrijebe, odnosno korištenja. Još uvijek nema dokaza da su esencijalna ulja ako se primjene na odgovarajući način apsorbirajuća ili teratogena (1). Primjena aromaterapije uz dodatak masaže rodilje, savršeno se slaže s filozofijom primaljske skrbi. Na taj se način majkama ne nudi samo relaksacija i ublažavanje boli, već se ujedno pomaže primaljama da ponovno ostvare zajedništvo sa ženama te na taj način vrate tradicionalne aspekte skrbi kao dio humanosti za vrijeme trudnoće i porođaja (14).

6. ESENCIJALNA ULJA

Esencijalna ulja imaju malu molekularnu masu, odnosno mogu prijeći placentarnu barijeru, što ne znači daje većina tih ulja štetna za plod. Nezrelost fetalne jetre ne može metabolizirati spojeve u više toksične tvari, za razliku od jetre odrasle osobe, što znači da je plod djelomično zaštićen od štetnih sastojaka u nekim od esencijalnih ulja. Fetotoksična esencijalna ulja zabranjuje se upotrebljavati. Važni pokazatelji toksičnosti leže u samom doziranju ulja, načinu i učestalosti primjene. Preporučuje se da primalje ne pretjeruju u korištenju ulja prilikom masaže, nego da se drže preporuka kako bi apsorpcija u krvotok bila mala i samim time se izbjegla toksičnost. Rizik od toksičnosti prilikom udisanja para esencijalnog ulja je relativno malen, iako brzina i dubina disanja utječe na brzinu njihove apsorpcije u krvotok (1). Lavanda je najčešće proučavana zbog utjecaja na bol. Mechanizam djelovanja esencijalnih ulja na bol nije poznat, a neka istraživanja podupiru njihovo korištenje (2). Lavanda ima relaksirajuće, sedativno, analgetičko, antibakterijsko, antihipertenzivno djelovanje, smanjuje bolove u mišićima, no njezino korištenje od strane nekih studija u trudnoći se ne preporučuje zbog nedostatka dokaza. Rimska kamilica ima učinak sličan kao i lavanda, djeluje kao analgetik i umirujuće za vrijeme porođaja. Mandarina je citrus koji djeluje umirujuće, opuštajuće, probavni je stimulans, djeluje fototoksično. Jasmin djeluje antibakterijski, antiinflamatorno, analgetski, povećava samopouzdanje i optimizam. Istodobno potiče trudove, a također je koristan za izbacivanje zaostale posteljice. Ne preporučuje se korištenje jasmina ako je porođaj već inducirani farmakološkim metodama. Ruža djeluje opuštajuće, analgetski, antibakterijski, antivirusno, imunostimulirajuće i vazokonstriktivno. Potiče osjećaj blagostanja te se njezino korištenje preporučuje pri obiteljskoj anamnezi tuge i depresije. Njezino se korištenje

ne preporučuje kod žena koje su imale prethodni carski rez ili rupturu maternice te ako je farmakološka indukcija porođaja u tijeku. Sjemenke komorača i anisa koriste se za povećanje proizvodnje mlijeka, a isto tako i olakšavaju porođaj. Većina aromaterapeuta ne preporučuje korištenje ulja koja imaju estrogene učinke za vrijeme trudnoće, porođaja i babinja, jer ne postoji dovoljno dokaza o štetnosti ili učinkovitosti. Inhaliranje lavande i ružmarina smanjuje stres kod dojilja, dok lavanda bolje pridonosi tomu. Ambijentalni mirisi naranče i lavande smanjuju anksioznost i poboljšavaju raspoloženje. Pepermint ima analgetički i antiemetički učinak te se preporučuje u porođaju. Primalje moraju znati koja su esencijalna ulja sigurna u trudnoći i porođaju te da neka od njih mogu djelovati nepoželjno na fiziološke funkcije tijela (1). Neželjene nuspojave su obično rijetke i minimalne te nastaju kao rezultat neprimjerenih doza i primjene (13). Preporučuje se minimalna doza esencijalnih ulja kako bi se postigao željeni učinak (1).

ZAKLJUČAK

Brojne studije na ljudima i životinjama ispituju utjecaj esencijalnih ulja na stres, anksioznost, odnosno raspoloženje. Iako neke studije ne pokazuju statistički značajnu razliku u postizanju očekivanog efekta, ipak su neke zaista pokazale učinkovitost (2). Studija provedena 2015. godine u Iranu navodi da su roditelje za vrijeme porođaja bile izložene udisanju esencijalnog ulja naranče. Fiziološki parametri bili su izmjereni prije same intervencije i 20 minuta nakon te nisu pokazali statistički značajnu razliku. Anksioznost je nešto više bila smanjena u eksperimentalnoj grupi (8). Aromaterapija se pokazala učinkovitom i u slučaju porođaja iz 2000. godine. Roditelje su se zahvaljujući aromaterapiji osjećale osnaženo, lakše su se nosile s porođajnim bolovima i na taj je način značajno smanjeno korištenje epiduralne analgezije. Rodiljama koje su koristile aromaterapiju kao metodu indukcije porođaja, nije bio potreban Syntocinon. Mučnina i povraćanje bili su prisutni u manje od 1% žena (1). U oba istraživanja je zaključeno kako je aromaterapija neinvazivna i učinkovita metoda koja pomaže rodiljama prevladati anksioznost i stres nakon porođaja. No autori smatraju kako se sve to moglo dogoditi samim procesom porođaja, iako su žene koje su koristile tu metodu imale značajno veći postotak spontanoga porođaja i manju stopu carskoga reza. Smatraju da veliki utjecaj u svemu tome ima podrška primalje, koja pridonosi osjećaju sigurnosti i relaksacije. Istraživanje provedeno 2014. godine podupire djelovanje aromaterapije u smislu lakšeg podnošenja trudova te potkrepljuje kako ona pridonosi osjećaju blagostanja u smislu aromaterapijske masaže koja znatno ublažava bolove i smanjuje anksioznost, a smatra se samo dodatkom uobičajenoj primaljskoj praksi,

što može utjecati na način dovršenja porođaja i smanjenje stope anestezije (1).

Iako brojne studije navode nedostatak dokaza i istraživanja kojima se možemo voditi ako želimo primjenjivati aromaterapiju za vrijeme trudnoće, porođaja i babinja, ipak postoji i dostatan broj onih koji potvrđuju njezinu učinkovitost. Aromaterapija kao takva očito pridonosi relaksaciji, iako su mišljenja podijeljena obzirom na to da samo prisustvo primalje uz roditelju, dodir i lijepa riječ mogu pridonijeti opuštajućoj atmosferi i smanjenju razine anksioznosti. Primalje su zapravo u idealnom položaju za provođenje daljnjih istraživanja, razumijevajući složenost holističkog pristupa te ujedno i subjektivnog i objektivnog mjerjenja najčešće promatranih faktora.

LITERATURA:

1. Wallbank, L., Using Aromatherapy in Labour. Royal Berkshire NHS Foundation Trust. 25, 2018.
2. Avery, M. D., Supporting a Physiologic Approach to Pregnancy and Birth. UK: Wiley-Blackwell; 2013.
3. Klancir, T., Šklebar, I., Postoji li alternativa intravenskoj ili neurooksijalnoj analgeziji prilikom poroda?; Medicinski vjesnik. 48 (1-2): 71-75, 2016.
4. Brkić, I., Klancir, T., Šklebar, I., Ima li alternative parenteralnoj ili neurooksijalnoj analgeziji pri porođaju?; Acta Med Croatica. 71: 303-309, 2017.
5. Smith, C. A., Collins, C. T., Crowther, C. A., Aromatherapy for Pain Management in Labour. Cochrane Database Syst. Rev. 6: 7, 2011.
6. Gutteridge, K., The Multisensory Approach to Birth and Aromatherapy. Pract. Midwife. 17 (5): 26-9, 2014.
7. Tillett, J., Ames, D., The Uses of Aromatherapy in Women's Health. J Perinat Neonatal Nurs. 24 (3): 238-45, 2010.
8. Rashidi-Fakari, F., Tabatabaeichehr, M., Mortazavi, H., The Effect of Aromatherapy by Essential Oil of Orange on Anxiety During Labor: A Randomized Clinical Trial. Iran J Nurs Midwifery Res. 20 (6): 661-4, 2015.
9. Joswiak, D., Kinney, M. E., Johnson, J. R., Kolste, A. K., Griffin, K. H., Rivard, R. L., Dusek, J. A., Development of a Health System-Based Nurse-Delivered Aromatherapy Program. J Nurs Adm. 46 (4): 221-5, 2016.
10. Kianpour, M., Mansouri, A., Mehrabi, T., Asghari, G., Effect of Lavender Scent Inhalation on Prevention of Stress, Anxiety and Depression in the Postpartum Period. 21 (2): 197-201, 2016.
11. Rezaie-Keikhaiea, K., Hastings-Tolsmab, M., Bouyac, S., Shojaei Shadd, F., Sarie, M., Shoovazif, M., Younes Baranie, Z., Balouchig, A., Effect of aromatherapy on post-partum complications: A systematic review. 35: 290-295, 2019.
12. Kianpour, M., Moshirenia, F., Kheirabadi, G., Asghari, G., Dehghani, A., Arefah, D. T., The Effects of Inhalation Aromatherapy With Rose and Lavender at Week 38 and Postpartum Period on Postpartum Depression in High-risk Women Referred to Selected Health Centers of Yazd, Iran in 2015. 23 (5): 395-401, 2018.
13. Tiran, D., Mack, S., Complementary Therapies for Pregnancy and Childbirth. 2nd Edition. Edinburgh: Balliere Tindall; 2000.
14. Tiran, D., Aromatherapy in Midwifery Practice. London and Philadelphia: Singing dragon; 2016.

Dojenje i koronavirus (Covid-19)

(PREGLEDNI RAD)

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

SAŽETAK

U ovom se radu tematski obrađuje pandemija Covid-19 koja je zadesila svijet krajem 2019. godine i njezin utjecaj na dojenje. Autorica na temelju dostupne literature iznosi podatke kako se virus prenosi, koji su najčešći simptomi zaraze te koji je postotak smrtnosti od koronavirusa, te kako on utječe na dojenje, koje su mjere opreza i što sugerirati majkama. Naglašava se važnost praćenja dostupnih smjernica te edukacije zdravstvenih djelatnika, kao i trudnica i majki, odnosno cijele obitelji.

Ključne riječi: Covid-19, dojenje, prijenos zaraze, najčešći simptomi, novorođenčad

UVOD

Krajem 2019. godine se u kineskom gradu Wuhanu, pojavila nova zaraza s koronavirusom SARS-CoV-2 nazvana Covid-19 koja se rapidno proširila po cijelom svijetu zbog čega je proglašena pandemija. Koronavirusi uzrokuju bolesti kod ljudi, ali i kod životinja. Simptomi su slični onima gripe ili prehlade, a kao najriskantnija skupina smatraju se kronično oboljele osobe. Trudnice i puerpere ne smatraju se više ugroženim od ostale populacije, a prije, tijekom i nakon porođaja te za vrijeme dojenja potrebno je provoditi strogo kontrolirane mjere opreza. Obzirom na to da se virus jako brzo širi te se statistički pokazatelji konstantno i ubrzano mijenjaju, potrebno je neprestano pratiti aktualne informacije Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Ministarstva zdravstva.

RASPRAVA

Covid-19 (prema engl. *coronavirus disease 2019*) je akutna respiratorna bolest koju uzrokuje novi koronavirus nazvan SARS-CoV-2 (prema engl. *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*).

Trenutno nema cjepiva niti specifičnog lijeka. Liječenje je suportivno.

Zaraza koronavirusom prenosi se kapljично odnosno kihanjem, kašljanjem i govorom gdje dolazi do kontakta virusa sa sluznicom osoba te se zato preporuča udaljenost od najmanje 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. Ovaj virus otkriven je i 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 sekret iz nosa. Akutni respiratorični distres sindrom (ARDS) javlja se kod 20% zaraženih dok je kod 12,3% slučajeva potrebna mehanička ventilacija. Iz statističkih podataka Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo 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, mali pacijenti bolest lakše podnose. Istraživanja navode da čak u 50% slučajeva zaraze koronavirusom kod djece može proći bez ikakvih simptoma.

Nije poznato koliko dugo SARS-CoV-2 preživljava na površinama (1, 2). Nije poznato događa li se vertikalni prijenos SARS-CoV-2 s majke na plod. Među prvih 19 u literaturi opisanih slučajeva trudnica i novorođenčadi čije su majke imale kliničke simptome Covid-19, virus nije otkriven u plodovoj vodi ili krvi pupkovine. Stoga trenutno nema dokaza koji bi podržavali vertikalni prijenos virusa SARS-CoV-2 (3, 4, 5).

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 nazofarinks. Ako je bris negativan, on se ponavlja nakon sedam dana. Nakon otpusta novorođenčeta iz rodilišta, potrebna je daljnja kontrola. Rodilja prije samog otpusta mora odabrati pedijatra koji će obavljati kontrole nad novorođenčetom (11).

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 (11).

Prema dosadašnjim saznanjima nije dokazan prijenos virusa dojenjem. Dojenje se svakako preporuča jer su dobrobiti dojenja veće od rizika prijenosa infekcije (7). 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, kao i pranje 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 (7, 8, 9).

Odluku o započinjanju i nastavljanju dojenja, odnosno odluku o hranjenju izdojenim majčinim mlijekom, majka treba donijeti nakon razgovora s članovima obitelji i zdravstvenim djelatnicima. Majci treba potanko objasniti trenutno poznate činjenice o načinu prijenosa zaraze kako bi razumjela potencijalni rizik za dijete. Majka s potvrđenim Covidom-19 ili sa simptomima koji zahtijevaju nadzor, a koja je, s obzirom na kliničke simptome, u stanju donjiti i koja je donijela odluku o dojenju treba poduzeti sve moguće mjere opreza kako bi se izbjeglo širenje virusa na novorođenče. U slučaju da se majka i dijete moraju privremeno odvojiti, majci koja namjerava donjiti treba pomoći u održavanju stvaranja mlijeka putem izdajanja (primjenom ručnog izdajanja ili uporabom pumpice). Pri izdajanju treba se pridržavati higijenskih uputa, općih mjeru zaštite te higijenskih uputa o čišćenju izdajalice (8, 9). Privremeno razdvajanje majke i djeteta zbog medicinske indikacije kad postoji sumnja na zarazu, odnosno dokazana bolest Covid-19, te postupanje zdravstvenog osoblja s tim u vezi odvijat će se u skladu s naputcima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo „Postupanje zdravstvenih djelatnika u slučaju postavljanja sumnje na novi koronavirus (2019-nCoV)“ i nadležne ustanove koja skrbi o majkama i djeci (10). Privremeno razdvajanje majke i djeteta, odnosno

boravak izvan rooming-ina smatra se medicinskom indikacijom.

One majke koje se zaraze vrlo kratko prije poroda i tada počnu s dojenjem, kao i one koje se zaraze tijekom razdoblja dojenja proizvest će specifičan sekretni Imunoglobulin A i mnoge druge ključne imunološke faktore koji će pomoći djetetu da bolje i učinkovitije reagira na izlaganje virusima i na samu infekciju, pa tako i kod izlaganja koronavirusu. Ako majka koja doji dobije infekciju uzrokovano koronavirusom, važno je ne ometati i ne prekidati dojenje. Dijete je u tom trenutku već bilo izloženo virusu preko majke i/ili nekog od članova obitelji, te će mu najviše koristiti da nastavi kontinuirano i neometano dojiti uz sve mjere opreza (12). Prekid i/ili ometanje dojenja može dovesti do sljedećih stanja:

- značajne emocionalne traume za dojeno dijete,
- pada u proizvodnji mlijeka,
- kasnijeg odbijanja dojke zbog konfuzije koju uzrokuje uvođenje boćice,
- pada u proizvodnji zaštitnih imunosnih faktora uzrokovanih manjkom dojenja, odnosno proizvodnje mlijeka nedostatnim izdajanjem koje ne odgovara potrebama djeteta,
- zastoja mlijeka ili mastitisa kod majke, povezanog s naglim prestankom dojenja,
- povećanog rizika od obolijevanja djeteta uzrokovanih manjkom imunosnih zaštitnih tijela koje nije primilo preko majčinoga mlijeka (12).

ZAKLJUČAK

Prema istraživanjima, Covid-19 čiji simptomi su kašalj, respiratorični problemi, povišena temperatura, povraćanje i glavobolja i dr. kod velikog broja zaražene populacije, posebice kod djece, trudnica i peurpera, ne izaziva nikakve simptome te je stoga potrebno držati sigurnu udaljenost od drugih osoba. Provedena su i mnoga istraživanja o Covidu-19 u trudnoći, porođaju i dojenju. Dokazi o prijenosu virusa na plod sa zaražene majke nakon ispitivanja nisu zabilježeni kao ni mogućnost prijevremenog porođaja. Trudnice i majke se trebaju educirati o svim dobrobitima i lošim stranama dojenja za vrijeme infekcije koronavirusom, te majka mora donijeti odluku o dojenju na temelju dobivenih informacija. Dojenje se i dalje svakako preporuča jer dobrobiti nadvladavaju rizik od prijenosa infekcije. Ako se majka odlučila dojiti novorođenče, majka, stručno osoblje i obitelj se moraju pridržavati strogo preporučenih mjeru.

LITERATURA

1. World Health Organization. Q&A on coronaviruses (COVID-19). Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-coronaviruses> (pristupljeno: 3. 6. 2020.)
2. HZJZ. Pitanja i odgovori o bolesti uzrokovanim novim koronavirusom COVID-19. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-zarazne-bolesti/pitanja-i-odgovori-o-novom-koronavirusu2019-ncov/> (pristupljeno: 3. 6. 2020.)
3. Chen, H., Guo, J., Wang, C., Luo, F., Yu, X., Zhang, W., et al., Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. Lancet. 2020; 0(0). Published online February 12, 2020. Dostupno na: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3) (pristupljeno: 3. 6. 2020.)
4. Zhu, H., Wang, L., Fang, C., Peng, S., Zhang, L., Chang, G., et al., Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. Transl Pediatr. 2020;9(1):51-60. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.21037/tp.2020.02.06> (pristupljeno: 3. 6. 2020.)
5. Qiao, J., Comment What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? Lancet 2020. Dostupno na: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30365-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30365-2) (pristupljeno: 3. 6. 2020.)
6. Robertson, C. A., Lowther, S. A., Birch, T., Tan, C., Sorhage, F., Stockman, L., et al., SARS and Pregnancy: A Case Report. Emerg Infect Dis. 2004; 10(2), 345-348. 2004; 10(2):345-doi:10.3201/eid1002.030736.
7. UNICEF. Coronavirus disease (COVID-19): What parents should know. Dostupno na: <https://www.unicef.org/stories/novel-coronavirus-outbreak-what-parents-should-know> (pristupljeno: 3. 6. 2020.)
8. CDC. Interim Considerations for Infection Prevention and Control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Inpatient Obstetric Healthcare Settings. Dostupno na: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/inpatient-obstetric-healthcare-guidance.html> (pristupljeno: 3. 6. 2020.)
9. CDC. Interim Guidance on Breastfeeding for a Mother Confirmed or Under Investigation For COVID-19 Dostupno na: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/specific-groups/pregnancy-guidancebreastfeeding.html> (pristupljeno: 3. 6. 2020.)
10. <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-zarazne-bolesti/postupanje-zdravstvenih-djelatnika-uslucaju-postavljanja-sumnje-na-novi-koronavirus-2019-ncov/> (pristupljeno: 3. 6. 2020.)
11. https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-idojenje_HR-2.pdf (pristupljeno: 3. 6. 2020.)
12. <https://www.llli.org/coronavirus/> (pristupljeno: 3. 6. 2020.)



Ja sam primalja

(ESEJ)

*Biserka Matok-Glavaš, bacc. obs., mag. med. techn.
Hrvatska komora primalja*

Ja sam primalja. Babica, kažu u narodu. Ona koja ženi znanjem, ljubavlju i nježnošću pomaže da na svijet donese novi život. Babica vjeruje u snagu ženskog tijela, babica vjeruje u simbiozu majke i djeteta. Nositi devet mjeseci to malo biće pod srcem, osluškivati pokrete u trbuhi, zamišljati trenutak upoznavanja... sve je to početak bezuvjetne ljubavi i neraskidive veze između majke i djeteta, a babica je privilegirana biti dio te bajke. Biti babica znači svakodnevno dijeliti radost rađanja i slaviti snagu ženskog tijela. Babica sam više od trideset godina i svaki novi plać i prvi udah djeteta iznova me pune energijom i svakodnevno podsjećaju zašto sam babica.

Ja sam mama. Mama, tako jednostavno, a tako veličanstveno i posebno. Mama, mama, mama. Dva dječaka i jedna djevojčica počastili su me i tom titulom. Toliko ljubavi, dragosti, suza, zagrljaja, ponosa i neopisive sreće rezervirano je za mamu. Odrastu prebrzo i shvatiš u jednom trenu da ne znaš kada su postali odrasli ljudi.

„Nina je trudna“, bila je rečenica koju je izgovorila moja kći, a koja je u meni izazvala buru emocija. Kako trudna? Pa ona je djevojčica. Najbolja prijateljica moje kćeri. Jučer su bile na vratima gimnazije gdje su se zajedno upisivale i tražile svoje ime na popisu upisanih u prvi razred. A opet, već neko vrijeme govorim svojoj djeci kako bi bilo vrijeme da budem baka. Nisu djevojčice, odrasle su, neprimjetno. Nije Nina prva iz generacije koja je trudna, ali je mojoj kćeri najbliža i valjda zato posebno strepim i iščekujem termin. Nakon svake kontrole pita me kći je li sve u redu s Ninom. Sve je bilo u redu i Nina je rodila prekrasnog dječaka. Ja sam bila Ninina babica.

I cijelo to vrijeme neprekidno razmišljam kako bih bila sretna da je moja kći trudna. I da, došla je doma i dala mi kuvert i rekla: „Otvori, pogledaj, znaš li ti što je to?“ Bio je to nalaz na kojem je pisalo da je trudna.

Trudna. Moja kći. Ja ču biti baka. Sreća, radost, ushićenost, nevjericu izmjenjuju se s brigom hoće li biti sve dobro. Snažna je, znam to, ali strepim hoću li znati pripremiti je za najveći i najvažniji zadatak. Babica sam. Mama sam. Bit ču baka. Mogu li biti u svim ulogama istovremeno? Moram li kao mama biti zakinuta za čaroban trenutak prvog dodira babice i novorođenčeta? Jer to novorođenče bit će moje unuče. Dobra edukacija i priprema za sve ono

što ženu čeka u rađaonici posao je babice. I babica sam svojoj kćeri svakodnevno. Pričamo puno, pita, zanima ju. Ponavljam joj stalno da svaka zdrava žena snagom vlastitog tijela može na svijet donijeti svoje dijete.

Posljednji je dan 2019. godine, na poslu sam, u rađaonici, kaže mi kolegica da mi je zvonio mobitel. „Neka je“, odgovaram, „ništa bitno, osim ako me nije zvala moja kći“. Ali bila je ona. Zovem ju, kaže da joj je pukao vodenjak. I tako je moja unučica odlučila. Baka je u smjeni i bit će babica. I bila sam babica, mama i postala sam baka. Neopisiva energija, komunikacija, povezanost, zajedničko iščekivanje tog malog klupka ljubavi koje nam stiže dovelo me do najvećeg dara u karijeri. Ani se rodila u ruke svoje bake. Neraskidiva veza ženske snage, ženskog zajedništva, čarobnog početka bezuvjetne ljubavi.



Babica sam, mama sam. Baka sam

Moje iskustvo poroda

(ESEJ)

Iva Glavaš

Hrvatska komora primalja

Ja sam Iva i imam 27 godina. Prije nepuna dva mjeseca rodila sam djevojčicu Ani.

Moja mama je primalja. Priče o porodima i trudnoći bile su svakodnevne priče u našoj kući otkad znam za sebe. Kada sam saznala da sam trudna, nakon gomile emocija i sreće, prvi dogovor je bio da na mome porodu nikako neće biti moja mama. To smo se obje složno dogovorile.

Mama je bila sa mnom na svakom pregledu u trudnoći. Propustila je jedino pregled kada smo saznali da je beba djevojčica, zbog čega sam je još danima nakon pregleda moralu uvjeravati da je doktorica stvarno rekla da je curica i da može početi kupovati roza robicu.

Otkako sam ostala trudna odjednom sam s mamom imala puno više zajedničkih tema za razgovor. Prvo mi je davala savjete vezane za prehranu u trudnoći, pričala mi kako napreduje beba iz tjedna u tjedan, kakve me promjene očekuju i kada. Ja sam imala sve više pitanja, a ona mi je spremno odgovarala na svako. Kako se trudnoća bližila kraju, tako smo sve više pričale o porodu i dojenju.

Razgovori s njom pripremili su me za sve što me čekalo i smirivali me tijekom svega što sam prolazila. Sada sam svjesna da je ona bila moja primalja od prvog dana trudnoće. Stalno mi je iznova ponavljala da je porod prirodan proces i da je ženino tijelo dovoljno snažno da vlastitim naporima iznese trudnoću do kraja. Ponavljala mi je da je priroda apsolutno sve savršeno posložila kako treba biti i da se treba samo prepustiti i vjerovati u snagu svoga tijela. Objasnila mi je da su svaka kontrakcija i svaki trud dragocjeni znak tijela da si korak bliže upoznavanju s djetetom, a ne nepotrebno mučenje i bol. A najviše puta mi je ponovila da je porod aktivno stanje koje traži aktivnost i angažiranost žene koja rađa. Sada znam da su me ti razgovori i savjeti moje primalje najviše pripremili za porod.

U rodilište sam došla s trudovima kada je moja mama bila u smjeni. Iako smo prešutno već izmijenile početni dogovor, dolazak u rodilište u njezinoj smjeni bio je još jedan znak da me ona treba poroditi. I to je najbolji znak koji sam mogla dobiti. Sada znam da ženi dok rađa treba osoba od povjerenja, osoba koja će djelovati smirujuće na rodilju i istovremeno je osnaživati, a meni je to bila upravo primalja. Svako „Bravo, Iva!“ bilo mi je znak da sam na dobrom putu i dalo mi je snagu da izdržim sljedeći trud.

Masaža leđa malo je umanjivala bol, a svako umanjivanje boli, čak i malo, tada puno znači.

Tijekom poroda osjećala sam se jako sigurno. Znala sam da ako mi smeta previše svjetla da to mogu slobodno reći i da će prigušiti svjetlo ili da će otvoriti prozor ako mi je prevruće. Mijenjala sam položaje kako mi je odgovaralo, pričala kada mi se pričalo, a u trenucima kada sam željela tišinu, bila je tišina. Ispunjavanje tih malih želja bilo je dragocjeno za moje raspoloženje pa sam svu svoju snagu mogla usmjeriti na to da što prije na ovaj svijet stigne moje dijete.

Danas kada se sjetim svog poroda, sjetim se ljubavi, pažnje i sreće koje sam osjećala u tim trenucima. Zbog toga smo iznimno zahvalna i sretna, a to mogu zahvaliti svojoj primalji.

Hvala, Biba!



Iva Glavaš sa svojom djevojčicom Ani

Konzumacija hrane i pića tijekom porođaja

(PREGLEDNI RAD)

Autor: Marina Oreški, bacc. obs.

Klinički bolnički centar Rijeka

e-mail: marina.katusin@gmail.com

SAŽETAK

Post u vrijeme porođaja postao je standard u mnogim zemljama nakon zaključka iz Mendelsonove studije iz 1946. godine gdje se sugeriralo ograničavanje unosa hrane i pića u porođaju kako bi se izbjegao rizik od aspiracije tijekom potencijalne opće anestezije roditelje. U današnje vrijeme opća anestezija je rjeđa u porodništvu u odnosu na regionalnu anesteziju pa je i time rizik manji u odnosu na vrijeme kada je objavljen zaključak Mendelsonovog istraživanja. Desetljećima se provode istraživanja o rizicima i prednostima ograničavanja oralnog unosa tijekom porođaja. Praksa oralnog unosa hrane i pića tijekom porođaja i danas varira i na međunarodnoj razini i na razinama porodnih centara unutar zemalja. Istraživanja provedena u Australiji i Europi ukazuju na to da oralni unos tijekom porođaja može imati korisne i nepovoljne ishode i za majke i za njihovu novorođenčad. Svjetska zdravstvena organizacija preporučuje da se roditelje ne ograničava u konzumaciji hrane i piće u porođaju ako ne postoje vidljivi faktori rizika za opću anesteziju.

Ključne riječi: hrana, piće, porođaj, preporuke

TEORIJA

U nekim kulturama žene konzumiraju hranu i piće tijekom porođaja u svrhu lakšeg prolaska kroz sami porođaj. U mnogim zemljama u razvoju tradicionalna i kulturno uvjetovana vjerovanja zabranjuju ili ograničavaju unos hrane i pića za vrijeme porođaja. Ograničavanje se najčešće provodi na temelju Mendelsonova rada iz 1940-ih gdje je opisan povećan rizik od udisanja želučanog sadržaja u pluća tijekom opće anestezije što može dovesti do teške plućne bolesti ili smrti.

U porodništvu se sve više koristi regionalna anestezija čime je rizik od udisanja želučanog sadržaja manji u odnosu na vrijeme kada se koristila samo opća anestezija. Smisao ograničenja upitno je potreban i iz spoznaje da loša prehrana i loša hidracija u porođaju mogu biti povezani s

duljim i bolnjim porođajem, a nekonzumacija hrane i pića u porođaju ne garantiraju prazan želudac i manju kiselost želučanog sadržaja u slučaju potrebe za hitnim carskim rezom. Porođaj zahtijeva ogromnu količinu energije. Kako se duljina porođaja ne može predvidjeti, da bi se osiguralo dobro stanje majke i djeteta, trebaju se nadopunjavati izvori energije. Ozbiljna ograničenja oralnog unosa mogu dovesti do dehidracije i ketoze.

Većina istraživanja ukazuje kako je rizik aspiracije povezan s rizikom opće anestezije. S obzirom na to da nema garancije da neće doći do Mendelsonovog sindroma, ispravni pristup kod normalnog porođaja trebao bi uključiti procjenu rizika za primjenu opće anestezije u porođaju. Svjetska zdravstvena organizacija preporučuje da se ako ne postoje vidljivi faktori rizika za opću anesteziju roditelje ne ograničava u konzumaciji hrane i pića tijekom porođaja. Ova preporuka proizašla je iz zaključaka dosad provedenih istraživanja koja govore kako ograničavanje oralnog unosa tekućina i hrane u porođaju nema značajnog učinka na važne kliničke ishode. Preporuka je prepoznata kao pozitivna s obzirom na to da se naglasak stavlja na uvažavanje želje žene koja rađa.

U roditelje niskog rizika za hitan carski rez ubrajamo roditelje trudnoće veće od 37 tjedana, jednoplodnu trudnoću, stav glavicom, odsustvo opstetričkih komplikacija, roditelje bez prethodnog carskog reza. Neki od rizika za dovršenje poroda carskim rezom su indukcija poroda, regionalna analgezija u porođaju, višeplodna trudnoća, stav zatkom, prisutnost opstetričkih komplikacija, roditelje koje su prethodno imale carski rez ili instrumentalno dovršenje porođaja, fetalne anomalije, gestacijski dijabetes roditelje, prenešenost, hipertenzija roditelje, konzumacija opijata ili alkohola u trudnoći, astma, primjena sintocinona u porođaju.

Svako rodilište koje organizacije FIGO, Međunarodno udruženje pedijatara, Međunarodna konfederacija primalja, White Ribbon Alliance (WRA) i SZO proglaše rodilištem „Priatelj majki“ mora ispunjavati kriterije stavljanja potreba majki i djece u prvi plan. U prvom kriteriju navodi se kako se

svim rodiljama treba nuditi mogućnost jela, pića i kretanja tijekom porođaja ako ne postoje medicinski razlozi koji to izričito zabranjuju. Prakse porođaja uglavnom nisu u skladu sa smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije pa je još uvijek ograničeni unos hrane i pića u porođajima čest u rodilištima.

ZAKLJUČAK

Može se sa sigurnošću reći da kod normalnog niskorizičnog porođaja u bilo kojem ambijentu nema potrebe za ograničavanjem hrane i pića. Rodilje koje žele jesti i piti tijekom porođaja treba ponuditi manjim količinama vode i laganim hranjivim obrocima. Kod zdravih žena i fizioloških porođaja preporučuje se konzumacija tekućina i namirnica koje su lako probavljive. Možemo zaključiti da je uzimanje hrane istovremeno predmet velike važnosti, ali i područje velikih razlika. Pravilan pristup bio bi da se uvažava ženina želja vezana uz konzumaciju hrane i pića za vrijeme trudova i porođaja jer u normalnom porođaju treba postojati valjan razlog za utjecanje u prirođan proces.

LITERATURA:

1. Ciardulli, A., Saccone, G., Anastasio, H., Berghella, V., Less-restrictive food intake during labor in low-risk singleton pregnancies a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 129(3):473-80, 2017.
2. Hunt, L., Literature review: Eating and drinking in labour. *Br J Midwifery.* 21(7):499-502, 2013.
3. King, R., Glover, P., Byrt, K., Porter-Nocella, L., Oral nutrition in labour: "Whose choice is it anyway?" A review of the literature. *Midwifery.* 27(5):674-86, 2011.
4. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. UNICEF Ured u Republici Hrvatskoj. Priručnik za provođenje inicijative „Rodilište prijatelj majki i djece“. Zagreb, 14-169. 2019.
5. Ozkan, S. A., Kadioglu, M., Rathfisch, G., Restricting Oral Fluid and Food Intake during Labour: A Qualitative Analysis of Women's Views. *Int J Caring Sci [Internet].* 10(1):1-235, 2017. raspoloživo na: www.internationaljournalofcaringsciences.org
6. Shaban, I. A., Hatamleh, R., Khresheh, R., Homer, C., Childbirth practices in jordanian public hospitals: Consistency with evidence-based maternity care? *Int J Evid Based Healthc.* 9(1):25-31, 2011.
7. Sharts-Hopko, N. C., Oral intake during labor: A review of the evidence. *MCN Am J Matern Nurs.* 35(4):197-203, 2010.
8. Singata, M., Tranmer, J., Gyte, G. M. L., Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013(8), 2013.
9. Sperling, J. D., Dahlke, J. D., Sibai, B. M., Restriction of oral intake during labor: Whither are we bound? *Am J Obstet Gynecol.* 214(5):592-6, 2016.
10. World Health Organization. Intrapartum care for a positive child-birth experience, 2018. 212 p. raspoloživo na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
11. World Health Organization. WHO recommendations for augmentation of labour. *World Heal Organ.* 1-57, 2014.



Lotus porođaj

(PREGLEDNI RAD)

Barbara Finderle, bacc. obs. IBCLC
Hrvatska komora primalja

UVOD

Lotus porod praksa je nerezanja pupčane vrpce prilikom poroda sve dok do odvajanja ne dođe prirodnim putem, a ta se praksa često povezuje uz spiritualnu važnost povezanosti posteljice i novorođenčeta. Važno je sagledati pozitivne i negativne zdravstvene implikacije lotus porođaja kako bi se pacijentice koje zahtijevaju ovu metodu zbrinule na najpogodniji način. Iako nema mnogo objavljenih istraživanja o samom lotus porođaju, ipak su efekti odgođenog klemanja i rezanja pupčane vrpce opsežno istraženi.

Temeljni interes ovog istraživanja jesu upravo moguće zdravstvene implikacije lotus poroda. Navedeni cilj ovog rada zahtijeva istraživanje pojmoveva kao što su definicija lotus poroda, povijest njegova nastanka te analiza postojećih istraživanja zdravstvenih ishoda lotus poroda kako bi se donio zaključak o njegovim zdravstvenim ishodima za rođilju i novorođenče.

Cilj ovog rada je i dati znanstveno utemeljene odgovore na pitanja vezana za problem i predmet istraživanja, kao što su:

- Što je lotus porod?
- Koja je povijest nastanka lotus poroda?
- Koje su razlike između ranog podvezivanja i rezanja pupčane vrpce, odgođenog podvezivanja i rezanja pupčane vrpce i lotus poroda?
- Koje su pozitivne zdravstvene implikacije lotus poroda?
- Koje su zdravstvene kontraindikacije lotus poroda?
- Koje su preporuke za primaljsku skrb?

TEORIJA

1. DEFINICIJA LOTUS POROĐAJA

Lotus porođaj ili ostavljanje posteljice povezane s pupčanom vrpcom, praksa je nerezanja pupkovine, odnosno ostavljanja pupkovine vezane za posteljicu u trećem porođajnom dobu, sve dok se posteljica sama prirodno ne odvoji (1). Sušenje i mumifikacija pupčane vrpce obično dovodi do odvajanja od novorođenčetovog pupka, što se događa u periodu od jednog do deset dana nakon poroda (2). Placenta je pritom često umotana u

tkaninu ili torbu, te može biti tretirana solima i biljem kako bi se smanjio miris (3). Lotus porod naziva se još *Navel Integrity Practice* (u slobodnom prijevodu s engleskog jezika *praksa integriteta pupka*) ili drugi porod (4).

Naziv „lotus porod“ imenovan je prema osnivačici, Clare Lotus Day, koja je prisvojila ideju od primatologinje dr. Jane Goodall koja je proučavala obiteljske i društvene odnose čimpanzi u Tanzaniji, te je primijetila da čimpanze nakon poroda ne odgrizu pupčanu vrpcu, već čekaju porod posteljice te ostavljaju pupkovinu u prirodnom i nedirnutom stanju (5). Uz Claru Lotus Day veže se i prvo spominjanje lotus poroda. O samoj praksi ostavljanja pupkovine i posteljice vezanih uz novorođenče u ranijoj povijesti nema mnogo pisanih zapisu, ali mnoge tradicionalne kulture placentu smatraju svetom i uz njeno odlaganje vežu mnoge spiritualne rituale (6).

Podvezivanje i rezanje pupčane vrpce medicinska je praksa koja se rutinski obavlja u rodilištima u svim zapadnim zemljama. Lotus porođaj predstavlja suprotnost ovom načinu postupanja s pupkovinom, te zagovaratelji lotus porođaja promatraju porod sa stajališta fetusa, odnosno tvrdi se da podvezivanje pupčane vrpce koja još pulsira može imati štetne posljedice za novorođenče (7).

Praktičari lotus poroda tretiraju jedinicu placente i pupkovine na jednak način kao i novorođenče te navode da ta praksa pomaže da se novorođenče bez napora prilagodi tranziciji izlaska iz maternice (8).

2. USPOREDBA U POSTUPANJIMA S PUPKOVINOM I PLACENTOM U VOĐENJU TREĆEG POROĐAJNOG DOBA

Razlikuje se rano, kasno (odgođeno) i fiziološko podvezivanje/rezanje pupkovine.

U standardnoj opstetričkoj praksi koristi se aktivno vođenje trećeg porođajnog doba koristeći uterotonike kako bi se potaknuli snažniji trudovi i brže porađanje posteljice. Pobornici aktivnog vođenja trećeg porođajnog doba argumentiraju da aktivno vođenje smanjuje postpartalno krvarenje i sprečava retenciju posteljice. U aktivnom vođenju, pupkovina se podvezuje i reže unutar 60 sekundi od poroda djeteta, a u većini slučajeva je to u prvih 15-30

sekundi, te se to naziva ranim podvezivanjem i rezanjem pupkovine (9). Aktivno vođenje trećeg stadija porođaja uključuje tri komponente (10):

- davanje lijeka (uterotonika) za stezanje maternice;
- rano podvezivanje pupkovine (obično prije, uz ili odmah nakon što se da uterotonik), a to je prije nego pulsiranje pupkovine prestane;
- povlačenje pupkovine s protupritiskom na maternicu s ciljem ubrzavanja rađanja posteljice (kontrolirano povlačenje pupkovine).

Aktivno nadziranje trećeg porođajnog doba uvedeno je kako bi se smanjilo krvarenje pri porođaju koje je glavni uzrok smrti žena u zemljama s niskim dohotkom u kojima se žene češće slabo hrane, anemične su i boluju od zaraznih bolesti. Iako su u zemljama s visokim dohotkom teška krvarenja mnogo rjeđa, ipak je aktivno vođenje trećeg stadija porođaja uobičajena praksa. Povjesno, rano se podvezivanje i rezanje pupkovine radilo prvenstveno da se spriječi gubitak novorođenčetove krvi.

Studije pokazuju da neposredno klemanje i rezanje pupkovine nisu medicinski nužni. Svjetska zdravstvena organizacija preporuča da se dopusti pauza od barem tri minute prije no što se podveže pupčana vrpca, kako bi se osigurao fiziološki transfer placentalne krvi i matičnih stanica do novorođenčeta (placentarna transfuzija). To se naziva odgođeno ili kasno podvezivanje (presijecanje) pupkovine.

Već u 19. stoljeću je engleski liječnik Erasmus Darwin spominjao da je prerano podvezivanje i rezanje pupčane vrpce potencijalno opasno za dijete te da je potrebno dopustiti da se pulsiranje pupčane vrpce zaustavi samo prije podvezivanja (11).

Lotus porod predstavlja fiziološko odvajanje pupkovine od novorođenčeta. Taj tip poroda prakticira se bez medikamenata i uterotonika i podvezivanja pupkovine. Proces lotus poroda odvija se u nekoliko koraka. Nakon poroda, novorođenče se polaže na rodiljina prsa dok se placenta porađa na nježan i spontan način. Tok krvi u pupkovini spontano se zaustavlja nekoliko minuta nakon poroda i pupčana vrpca se ne podvezuje. To se naziva pasivnim vođenjem trećeg porođajnog doba. Nakon što rodilja porodi posteljicu, provede se opći pregled rodilje (12). Tada se posteljica može prati ili se sačuvati u posudi/spremniku dok sva krv ne isteće iz nje. Važno je da se placenta drži na istoj razini s novorođenčetom dok Whartonova sluz ne očvrste, što znači da je transfuzija placentalne krvi završena (13). U posudi se nalazi sterilna kompresa kako bi upila krv, te se mijenja po potrebi. Kako bi se placenta osušila, sprječila infekciju i eliminirala neugodan miris, opere ju se mlakom vodom da se uklone ugrušci krvi nakon čega se može špricati otopinom morske

soli i začinskog bilja (uobičajeno ružmarin i lavanda). Primjena soli i začinskog bilja može se nastaviti i sve dok ne dođe do prirodnog odvajanja pupkovine od djeteta. Posteljica se sprema u posebnoj zdjeli, često keramičkoj, koja ravnomjerno raspršuje toplinu i hladnoću i odgađa prerano truljenje placente (14), ili u posebnoj torbi koja omogućuje cirkulaciju zraka dok se pupčana vrpca odvaja od novorođenčeta (15). Umatanje placente u tkaninu praktičnije je prirode zbog lakšeg nošenja djeteta. Vrlo je važno da je tkanina od prirodnih vlakana, a ako je placenta dobro očišćena od krvi, neće imati neugodan miris. Pupčana vrpca se suši i postaje tvrda nakon jednoga dana, a novorođenče, placenta i pupkovina se ne odvajaju dok se pupčana vrpca samostalno ne odvoji od djeteta. Nakon razdvajanja, placenta se može potpuno osušiti te spremiti ili pokopati, što često ima ritualne pobude (16). Prema kliničkim praksama u rodilištima, vrijeme podvezivanja pupkovine varira, ali još uvijek se u najviše zemalja primjenjuje rano podvezivanje i rezanje pupkovine.

3. POTENCIJALNE POZITIVNE ZDRAVSTVENE IMPLIKACIJE LOTUS PORODA

Zdravstvene implikacije lotus poroda nisu dovoljno istražene, ali postoji veći broj studija o zdravstvenim implikacijama odgođenog podvezivanja i presijecanja pupkovine na koje se najčešće referira u člancima o lotus porodu. Benefiti kasnog podvezivanja i presijecanja pupkovine očitavaju se u povećanim razinama hemoglobina i zalihi željeza kod terminske novorođenčadi. Američka pedijatrijska akademija (The American Academy of Pediatrics) i Američko kardiološko udruženje (American Heart Association) iz tih su razloga revidirali smjernice za neonatalno oživljavanje te preporučuju odgađanje podvezivanja i rezanja pupkovine (17).

Dakle, benefiti odgađanja podvezivanja pupkovine odnose se na (18, 19):

- Povećanje vrijednosti hemoglobina i hematokrita, što rezultira smanjenjem šansi za razvoj neonatalne anemije i povećanjem zaliha željeza u odnosu na novorođenčad kod kojih je primijenjeno rano podvezivanje pupkovine. Povećane razine željeza očitavale su se čak i nakon šest mjeseci nakon poroda.
- Smanjeno intraventrikularno krvarenje.
- Nisku incidenciju neurološkog oštećenja.
- Smanjenje šansi za razvoj respiratornog distresnog sindroma u nedonoščadi.
- Smanjenje šansi za razvoj nekrotizirajućeg enteroklitisa i sepse u nedonoščadi.

O samom lotus porodu, njegovim benefitima i sigurnosti nedovoljan je broj informacija i istraživanja. Hanel i Ahmed

(20) opisuju analizu slučaja dva dana starog novorođenčeta s neodvojenom pupkovinom i placentom. Novorođenče je dovedeno na odjel hitne pomoći za procjenu od strane socijalne skrbi, te je opstretička anamneza bila nepotpuna, osim da je dijete porođeno kući te da majka nije primila prenatalnu, perinatalnu niti postnatalnu skrb. Djietetovo opće stanje nije pokazivalo znakove infekcije, a jedina implikacija je bila klinička dehidracija. Pupkovina mu je prerezana nakon primitka u bolnicu, tretirano je za dehidraciju, primilo rutinsku imunizaciju, te otpušteno iz bolnice nakon dva dana. Zinsser (21) opisuje studije slučaja tri lotus poroda žena koje su se odlučile na kućni lotus porod, zbog spiritualnih razloga i povezanosti s novorođenčetom. U ovoj studiji jedno je novorođenče imalo granulom pupka, a ostala nisu pokazivala znakove prisutne infekcije. Monroe i suradnici (22) iznijeli su studiju na šest lotus poroda u periodu od 33 mjeseca između 2014. i 2017. godine. U tri od tih šest slučajeva, roditelji su odabrali prerezati pupčanu vrpce prije otpusta iz bolnice. Niti jedno novorođenče nije imalo infekcije, a dvoje je primilo fototerapiju za hiperbilirubinemiju.

4. POTENCIJALNE ZDRAVSTVENE KONTRAINDIKACIJE LOTUS PORODA

Zagovaratelji ranog povezivanja pupkovine kao kontraindikacije odgođenog podrezivanja pupkovine navode neonatalnu hiperbilirubinemiju zbog neoatalne policitemije, povećanje crvenih krvnih stanica u novorođenčadi, povećani rizik od HIV-a za novorođenčad s pozitivnim ili nepoznatim HIV statusom (23), tranzitornu tahipneju novorođenčadi ili postpartalnu hemoragiju (24). No istraživanja pokazuju različite rezultate te nema stabilnih dokaza da odgađanje podvezivanja pupkovine povećava neonatalne bolesti ili krvarenje kod majke (25). Što se tiče dokaza o kontraindikacijama samog lotus poroda, studija koju su proveli Tricarico i suradnici (26) opisuje lotus porođaj gdje je novorođenče razvilo perzistentnu žuticu zbog idiopatskog neonatalnog hepatitisa kojeg su autori povezali s infekcijom. Novorođenče se spontano oporavilo nakon nekoliko mjeseci. Izjava Kraljevskog društva opstetričara i ginekologa (The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) o nerezanju pupkovine naglašava nedostatak dokaza o samoj sigurnosti prakse lotus poroda te naznačava da rodilje moraju biti u potpunosti informirane o potencijalnom riziku o mogućnosti infekcije te da obitelji koje odaberu lotus porod posebnu pažnju trebaju obratiti na znakove infekcije (27). Zbog nedostatka cirkulacije u placenti u postnatalnom periodu novorođenče može postati podložno infekciji (28, 29). Placenta je inaktivna i krv u njoj ne cirkulira nakon poroda, stoga predstavlja izvor infekcije i teoretski se infekcija može proširiti na novorođenče, iako nema snažnih dokaza te pojave (30). Nadalje, lotus porod može izložiti

novorođenče potencijalnoj traumi ako se pupčana vrpca nemjerno pokida (31).

Odgođeno podvezivanje i rezanje pupčane vrpce i lotus porod ne bi se trebali implementirati u maternalnim i neonatalnim hitnoćama, poput potrebe za hitnom reanimacijom novorođenčeta, postpartalne hemoragije, placentalnih abnormaliteta poput placente previje ili placentalne abrupcije (32).

RASPRAVA

Lotus porod praksa je nerezanja pupkovine dok se ne odvoji od novorođenčeta prirodnim putem. Kao što je već ranije napomenuto, prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije (33) ne preporuča se rana intervencija prilikom podvezivanja pupkovine. Trenutno nema formalnih kliničkih smjernica za najpovoljnije vrijeme podvezivanja i rezanja pupčane vrpce pa vremenski period između poroda i podvezivanja pupčane vrpce određuje pružatelj zdravstvene skrbi odnosno primalja, ginekolog ili opstetričar individualno.

Fiziološko podvezivanje i rezanje pupkovine zahtjeva dodatna istraživanja. Ovaj postupak bi trebalo usporediti s ranim i odgođenim podvezivanjem i rezanjem pupkovine, a vezano za problematiku postpartalne hemoragije, koncentracije hemoglobina i feritina u novorođenčadi, te moguće sepse novorođenčadi. Lotus porod je općenito rijetka praksa u standardnoj opstetričkoj praksi, te nema dovoljno informacija za vođenje primjerene primaljske skrbi za rodilje i novorođenče. Iako je rijetka, ipak je važno da zdravstveni djelatnici budu upoznati s tom praksom i njenim potencijalnim rizicima. U svakom slučaju, potrebno je jasno informirati trudnicu i obitelj o nedostatku informacija o lotus porodu te o poznatim kontraindikacijama za njega, te u slučaju odluke na takav način poroda, poduzeti sve higijenske i zdravstvene mjere koje su moguće u okviru primaljske skrbi, propisa zdravstvene ustanove i zakonodavstva same države (34).

Najveće ograničenje istraživanja svakako jest nedostatan broj istraženih i dokumentiranih lotus porođaja. Autori poput Monroea i suradnika (35), Triraricoa i suradnika (36), Hanela i Ahmeda (37) objavili su istraživanja provedena na vrlo malom uzorku, što je vjerojatno posljedica malog broja lotus poroda te malog zanimanja akademске zajednice za sam proces lotus poroda.

Osim toga, sama istraživanja nisu pratila anamnezu majke i novorođenčadi tijekom prenatalnog i perinatalnog razdoblja, te je gotovo nemoguće utvrditi jesu li neke od komplikacija vezane isključivo za lotus porod ili vrijeme podvezivanja i rezanja pupkovine ili neki drugi mogući uzrok.

Ograničenje istraživanja jest i nedostatak stručne literature osobito na hrvatskom jeziku, a oskudni objavljeni radovi dolaze iz zemalja kao što su Italija (38, 39), Turska (40),

Njemačka (41) i Sjedinjene Američke Države (42). Nema istraživanja vezanih za lotus porod u rodilja na teritoriju Republike Hrvatske, stoga se nije moglo donijeti informacije i zaključke o toj praksi na ovim područjima.

Zbog male učestalosti ove prakse preporuča se daljnje istraživanje na većem uzorku, u razvijenim i nerazvijenim zemljama, te u različitim uvjetima, uzimajući u obzir anamnezu rodilje i djeteta. Na temelju rezultata detaljnijih i opširnijih istraživanja mogla bi se pružiti adekvatna primaljska skrb lotus poroda temeljena na dokazima što bi osiguralo bolju skrb orijentiranu k rodiljama i novorođenčadi.

LITERATURA

1. Monroe, K. K., Rubin, A., Mychaliska, K. P., Skoczyłas, M., Burrows, H. L., Lotus Birth: A Case Series Report on Umbilical Nonseverance, Clinical Pediatrics, 00: 1-7, 2018.
2. Tricarico, A., Bianco, V., Di Biase, A. R., Lughetti, L., Ferrari, F., Berardi, A., Lotus Birth Associated With Idiopathic Neonatal Hepatitis, Pediatrics and Neonatology, 58(3): 281-282, 2017.
3. Buckley, S. J., Lotus birth: a ritual for our times, Midwifery, Today Int Midwife. 67: 36-38, 2003.
4. Echezona-Johnson, C., Obstetrical Nursing Management of Lotus Birth, Lotus Birth: Obstetrical Nursing Care, Autorizirana predavanja. New York: ASA College School of Nursing, str. 2, 2010.
5. Echezona-Johnson, C., Obstetrical Nursing Management of Lotus Birth, Lotus Birth: Obstetrical Nursing Care, Autorizirana predavanja. New York: ASA College School of Nursing, str. 2, 2010.
6. Echezona-Johnson, C., Obstetrical Nursing Management of Lotus Birth, Lotus Birth: Obstetrical Nursing Care, Autorizirana predavanja. New York: ASA College School of Nursing, str. 2, 2010.
7. Bonsignore, A., Buffelli, F., Ciliberti, R., Ventura, F., Molinelli, A., Fulcheri, E., Medico-legal considerations on Lotus Birth in the Italian legislative framework, Italian Journal of Pediatrics, 39: 1-6, 2019.
8. Burns, E., More than clinical waste? Placenta rituals among Australian home-birthing women, The Journal of Perinatal Education, 23(1): 41-49, 2014.
9. Hutchon, D. J. R., Immediate or early cord clamping vs delayed clamping, Journal of Obstetrics and Gynaecology, 32(8): 724-729, 2012.
10. Begley, C. M., Gyte, G. M. L., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A., Active versus expectant management for women in the third stage of labour. 2019. (Cochrane Database of Systematic Reviews), raspoloživo na: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007412.pub5/full> (pristupljeno 20. 5. 2020.)
11. World Health Organization, Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes, Geneva, WHO Press, str. 4, 2014.
12. Gönenç, I. M., Aker, M. N., Ay, E., Qualitative Study on the Experience of Lotus Birth, AWHONN - the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, 48(6): 645-653, 2019.
13. Echezona-Johnson, C., Obstetrical Nursing Management of Lotus Birth, Lotus Birth: Obstetrical Nursing Care, Autorizirana predavanja. New York: ASA College School of Nursing, str. 9, 2010.
14. Echezona-Johnson, C., Obstetrical Nursing Management of Lotus Birth, Lotus Birth: Obstetrical Nursing Care, Autorizirana predavanja. New York: ASA College School of Nursing, str. 8, 2010.
15. Gönenç, I. M., Aker, M. N., Ay, E., Qualitative Study on the Experience of Lotus Birth, AWHONN – the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, 48(6): 645-653, 2019.
16. Rachana, S., Lotus birth: Leaving the umbilical cord intact, Australia, Good Creation Publications, str. 9, 2011.
17. Hayes, E. H., Placentophagy, Lotus Birth, and Other Placenta Practices. What Does the Evidence Tell Us?, The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 33(2): 99-102, 2019.
18. Eichenbaum-Pikser, G., Zasloff, J. S., Delayed Clamping of the Umbilical Cord: A Review with Implications for Practice, Midwifery Womens Health, 5(4): 321-326, 2009.
19. Zinsser, L. A., Lotus birth, a holistic approach on physiological cord clamping, Women Birth. 31(2): 73-76, 2018.
20. Hanel, E., Ahmed, M. N., Is it time to cut the cord?, Clinical Pediatrics, 48(8): 875-877, 2009.
21. Zinsser, L. A., Lotus birth, a holistic approach on physiological cord clamping, Women Birth. 31(2): 73-76, 2018.
22. Monroe, K. K., Rubin, A., Mychaliska, K. P., Skoczyłas, M., Burrows, H. L., Lotus Birth: A Case Series Report on Umbilical Nonseverance, Clinical Pediatrics, 00: 1-7, 2018.
23. World Health Organization, Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes, Geneva, WHO Press, str. 5, 2014.
24. Eichenbaum-Pikser, G., Zasloff, J. S., Delayed Clamping of the Umbilical Cord: A Review with Implications for Practice, Midwifery Womens Health, 5(4): 321-326, 2009.
25. Hutton, E. K., Hassan, E. S., Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: Systematic review and meta-analysis of controlled trials, The Journal of the American Medical Association, 297: 1241-1252, 2007.
26. Tricarico, A., Bianco, V., Di Biase, A. R., Lughetti, L., Ferrari, F., Berardi, A., Lotus Birth Associated With Idiopathic Neonatal Hepatitis, Pediatrics and Neonatology, 58(3): 281-282, 2017.
27. Hayes, E. H., Placentophagy, Lotus Birth, and Other Placenta Practices. What Does the Evidence Tell Us?, The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 33(2): 99-102, 2019.
28. Tricarico, A., Bianco, V., Di Biase, A. R., Lughetti, L., Ferrari, F., Berardi, A., Lotus Birth Associated With Idiopathic Neonatal Hepatitis, Pediatrics and Neonatology, 58(3): 281-282, 2017.
29. Zinsser, L. A., Lotus birth, a holistic approach on physiological cord clamping, Women Birth. 31(2): 73-76, 2018.
30. Monroe, K. K., Rubin, A., Mychaliska, K. P., Skoczyłas, M., Burrows, H. L., Lotus Birth: A Case Series Report on Umbilical Nonseverance, Clinical Pediatrics, 00: 1-7, 2018.
31. American College of Obstetricians and Gynecologists (2017), Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth, Committee Opinion Number 684. (ACOG), <raspoloživo na: <https://www.acog.org/clinical-clinical-guidance/committee-opinion/articles/2017/01/delayed-umbilical-cord-clamping-after-birth> (pristupljeno 20. 5. 2020.)
32. World Health Organization, Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes, Geneva, WHO Press, str. 32, 2014.
33. Bonsignore, A., Buffelli, F., Ciliberti, R., Ventura, F., Molinelli, A., Fulcheri, E., Medico-legal considerations on Lotus Birth in the Italian legislative framework, Italian Journal of Pediatrics, 39: 1-6, 2019.
34. Monroe, K. K., Rubin, A., Mychaliska, K. P., Skoczyłas, M., Burrows, H. L., Lotus Birth: A Case Series Report on Umbilical Nonseverance, Clinical Pediatrics, 00: 1-7, 2018.
35. Tricarico, A., Bianco, V., Di Biase, A. R., Lughetti, L., Ferrari, F., Berardi, A., Lotus Birth Associated With Idiopathic Neonatal Hepatitis, Pediatrics and Neonatology, 58(3): 281-282, 2017.
36. Hanel, E., Ahmed, M. N., Is it time to cut the cord?, Clinical Pediatrics, 48(8): 875-877, 2009.
37. Tricarico, A., Bianco, V., Di Biase, A. R., Lughetti, L., Ferrari, F., Berardi, A., Lotus Birth Associated With Idiopathic Neonatal Hepatitis, Pediatrics and Neonatology, 58(3): 281-282, 2017.
38. Bonsignore, A., Buffelli, F., Ciliberti, R., Ventura, F., Molinelli, A., Fulcheri, E., Medico-legal considerations on Lotus Birth in the Italian legislative framework, Italian Journal of Pediatrics, 39: 1-6, 2019.
39. Gönenç, I. M., Aker, M. N., Ay, E., Qualitative Study on the Experience of Lotus Birth, AWHONN – the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, 48(6): 645-653, 2019.
40. Zinsser, L. A., Lotus birth, a holistic approach on physiological cord clamping, Women Birth. 31(2): 73-76, 2018.
41. Monroe, K. K., Rubin, A., Mychaliska, K. P., Skoczyłas, M., Burrows, H. L., Lotus Birth: A Case Series Report on Umbilical Nonseverance, Clinical Pediatrics, 00: 1-7, 2018.

Procjena educiranosti žena prije i tijekom trudnoće o štetnim učincima cigaretog dima koju provode zdravstveni djelatnici

(STRUČNI RAD)

*Martina Šebalj, bacc. obs., Opća bolnica Varaždin
martina.sebalj1@gmail.com*

SAŽETAK

Pušenje u trudnoći je rizični faktor koji bi mogao na nerođeno dijete ostaviti trajne posljedice. Mnoge žene i trudnice ni same nisu svjesne svih rizika pušenja cigareta te zbog manjka edukacije u trudnoći nastave s tom štetnom navikom. Zbog toga je edukacija od iznimne važnosti i to prvenstveno edukacija koju provodi medicinsko i zdravstveno osoblje. Jedna od naših glavnih zadaća je edukacija s ciljem unapređenja zdravlja i poboljšanja kvalitete života. Ovo istraživanje je provedeno kako bi se procijenila educiranost žena prije i u trudnoći o štetnim učincima cigaretog dima koju provode zdravstveni djelatnici. Istraživanje je provedeno putem anonimnog anketnog upitnika i uključivalo je 200 babinjača te su se pitanja odnosila na periode prije i tijekom trudnoće. Od 200 babinjača njih 67 je pušilo cigarete prije trudnoće, a u trudnoći je nastavilo njih 29. Od njih 29 koje su pušile i prije i tijekom trudnoće više od pola (58,6%) je bilo u dobi od 18 do 28 godina sa završenim srednjoškolskim obrazovanjem (58,6%). Većinski udio (93,1%) trudnica pušačica su navele kako su u trudnoći pušile do 10 cigareta dnevno. Gotovo polovina ispitanica (44,8%) koje su u trudnoći pušile su potvrdile kako nitko s njima nije razgovarao o štetnim učincima cigaretog dima na dijete. S ostatkom je o tome razgovarao u 75% slučaja doktor. Dobiveni rezultati istraživanja ukazuju na to da se edukacija ne provodi dovoljno često kao niti dovoljno temeljito. Edukaciju osim doktora trebaju provoditi svi zdravstveni djelatnici koji su u kontaktu sa ženom koja planira trudnoću ili s trudnicom. Edukacija je temelj promjene štetnih navika i put k boljem zdravlju te pozitivnom ishodu trudnoće.

Ključne riječi: pušenje, trudnoća, edukacija, zdravstveni djelatnici

UVOD

Opće poznata i dokazana činjenica je da je pušenje štetno, bilo ono u trudnoći ili van trudnoće. U jednom cigaretnom dimu je prisutno više od 50 kancerogenih sastojaka, a sveukupno više od četiri tisuće kemikalija koje se prenose do mnogih organa. Pušenje je glavni čimbenik rizika za razvoj raka pluća, bubrega, mokraćnog mjehura, grkljana, jednjaka, usne šupljine, nosne šupljine i mnogih drugih. U trudnoći je plod manje opskrbljen kisikom, često je manja porođajna težina novorođenčadi u majki koje puše, češći je prijevremeni porod te iznenadna smrt dojenčeta u prvoj godini života. Žene koje puše više od 20 cigareta na dan imaju veći rizik od neplodnosti i izvanmaternične trudnoće. Također je zabilježeno da su menstruacijski poremećaji i ranije stupanje u postmenopauzu češći kod žena koje puše cigarete u reproduktivnom razdoblju života. Kod novorođenčadi koja su izložena cigaretnom dimu postoji veći rizik razvoja bolesti dišnog sustava poput astme, bronhitisa te upale pluća (1). Istraživanja su pokazala da pušenje cigareta tijekom trudnoće ostavlja posljedice na intelektualni i fizički razvoj djeteta kasnije u životu (2).

U trudnoći temeljem slobodnog odlučivanja, trudnica je ta osoba koja odlučuje za sebe i svoj plod. Mnoge trudnice nakon saznanja o trudnoći znatno smanje količinu pušenja cigareta tijekom dana ili u potpunosti prestanu s pušenjem, ali određeni broj trudnica nastavi s pušenjem cigareta u trudnoći bez obzira na štetne učinke koji se mogu dogoditi (3).

Upravo zbog svih tih štetnih učinaka važno je na vrijeme educirati žene i to temeljito, idealno prije nego li zatrudne. Jedino razvijanjem svijesti o štetnim učincima koje uzrokuje cigaretni dim može se promijeniti količina pušenja cigareta i time poboljšati zdravlje kao i ishod trudnoće. U cilju toga se provedeo ovo istraživanje kojim se procijenila educiranost o štetnosti cigaretog dima u trudnoći koju zdravstveni djelatnici provode nad ženama i trudnicama te potreba za mogućom dalnjom temeljitom edukacijom.

ISPITANICI I METODE

Uzorak u istraživanju obuhvatio je 200 babinjača na odjelu babinjača u Općoj bolnici Varaždin u razdoblju od siječnja do svibnja 2020. godine. Istraživanje se provodilo putem anonimnog anketnog upitnika koji se sastojao od 20 pitanja koja su se odnosila na periode prije i tijekom trudnoće. Upitnik je izrađen specifično za ovo istraživanje. Na početku upitnika je navedena svrha istraživanja, da je ono anonimno i da rješavanjem upitnika babinjače daju svoju suglasnost za sudjelovanje u istraživanju. Prije provedbe istraživanja zatražena je suglasnost za njegovo provođenje od Etičkog povjerenstva Opće bolnice Varaždin koje je odobrilo istraživanje.

REZULTATI

S ciljem vjerodostojnog prikaza podataka rezultati su podijeljeni na tri skupine. Prva skupina obuhvaća trudnice koje nisu pušile cigarete prije trudnoće niti u trudnoći, druga one trudnice koje su pušile cigarete prije trudnoće, ali su u trudnoći prestale, a treća skupina obuhvaća trudnice koje su pušile i prije trudnoće i u trudnoći.

1. TRUDNICE KOJE NISU PUŠILE CIGARETE PRIJE TRUDNOĆE NITI U TRUDNOĆI

Od 200 trudnica uključenih u istraživanje njih 133, odnosno 66,5% nije pušilo cigarete prije trudnoće kao ni u trudnoći. Od trudnica ove skupine njih 64% su u dobi od 29 do 39 godina, 35,3% u dobi od 18 do 28 godina, a samo 0,7% od 40 i više godina.

Gledano na stupanj obrazovanja, najveći udio trudnica ove skupine, njih 42,9%, ima srednjoškolsko obrazovanje, 39% visoko, 14,3% više te 3,8% osnovnoškolsko obrazovanje. Gotovo dvije trećine trudnica žive u selu, a nešto više od trećine u gradu.

2. TRUDNICE KOJE SU PUŠILE PRIJE TRUDNOĆE, ALI NE I U TRUDNOĆI

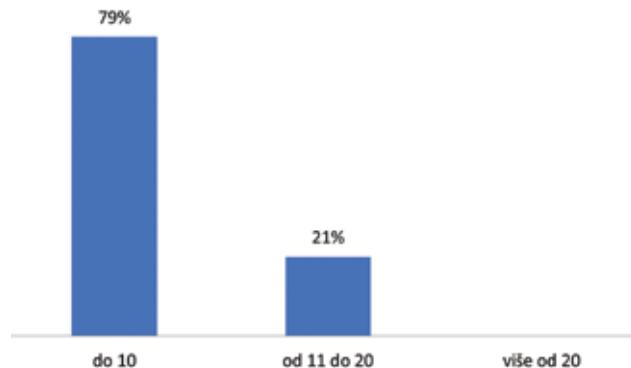
Ukupno 38 trudnica obuhvaćenih istraživanjem je navelo da su pušile cigarete prije trudnoće, ali da su u trudnoći prestale. Kao i kod onih koje uopće nisu pušile, najveći broj ima od 29 do 39 godina i to 52,6%, a ostatak je u dobi od 18 do 28 godina dok niti jedna trudnica ove skupine nema 40 i više godina.

U ovoj skupini 65,8% trudnica ima srednjoškolsko obrazovanje, 18,4% više, 10,5% visoko te 5,3% osnovnoškolsko obrazovanje.

Kao i kod trudnica prethodne skupine, gotovo dvije trećine trudnica ove skupine živi u selu, a malo više od trećine u gradu.

Najveći broj trudnica, njih 79%, je navelo kako su prije

trudnoće pušile do 10 cigareta dnevno, a ostatak od 11 do 20 cigareta dok niti jedna nije navela da je pušila više od 20 cigareta dnevno (slika 1).



Slika 1. Broj popušenih cigareta na dnevnoj bazi prije trudnoće kod trudnica koje su u trudnoći prestale pušiti

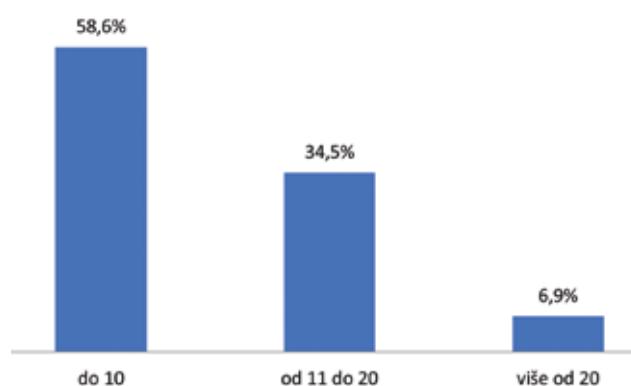
3. TRUDNICE KOJE SU PUŠILE I PRIJE I TIJEKOM TRUDNOĆE

Od ukupnog broja 29 trudnica uključenih u istraživanje je navelo da su pušile cigarete prije i tijekom trudnoće. Od njih je 58,6% bilo u dobi od 18 do 28 godina, 37,9% od 29 do 39 godina te 3,5% je imalo 40 i više godina.

Najveći udio trudnica pušačica ima završeno srednjoškolsko obrazovanje, njih 58,6%, osnovnoškolsko obrazovanje ima 17,2%, visoko 13,8% te više obrazovanje 10,4% trudnica pušačica.

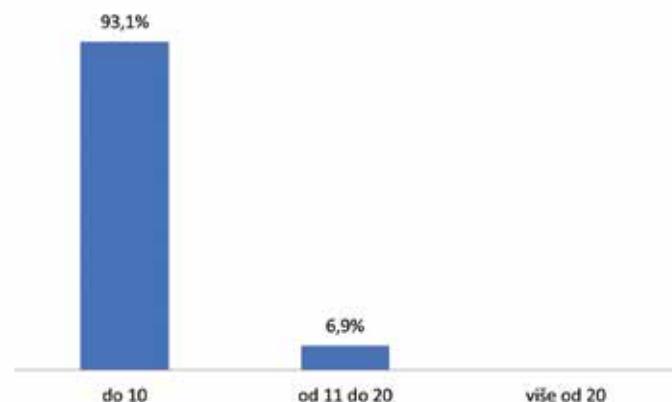
Mali udio trudnica ove skupine prebiva u gradu dok ih je na selu naseljeno 75,9%.

Od 29 trudnica pušačica najveći broj (58,6%) je naveo da su prije trudnoće pušile do 10 cigareta dnevno, 34,5% od 11 do 20 cigareta dnevno te 6,9% više od 20 cigareta dnevno (slika 2).



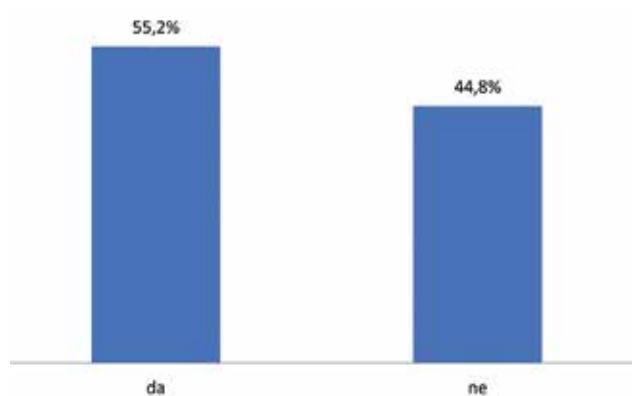
Slika 2. Broj popušenih cigareta na dnevnoj bazi prije trudnoće kod trudnica koje su pušile tijekom trudnoće

Velika većina trudnica pušačica je navela da su u trudnoći pušile do 10 cigareta dnevno (93,1%), a ostatak njih od 11 do 20 dok niti jedna nije pušila više od 20 cigareta dnevno (slika 3).

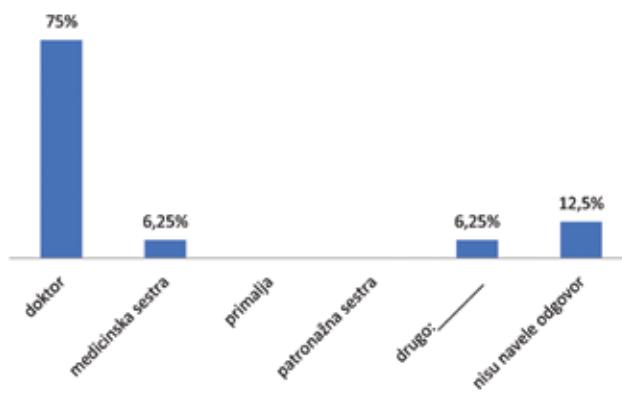


Slika 3. Broj popušenih cigareta na dnevnoj bazi tijekom trudnoće

Čak 55,2% trudnica ove skupine je navelo kako je netko s njima razgovarao o štetnim učincima cigaretog dima na dijete, dok s ostatkom trudnica nitko nije razgovarao o tome (slika 4). Od trudnica s kojima je vođen taj razgovor, s njih 75% je razgovarao doktor, medicinska sestra sa 6,25% kao i obitelj, dok primalja i patronažna sestra nisu razgovarale niti s jednom. Dvije trudnice nisu navele odgovor na pitanje tko je s njima razgovarao (slika 5).

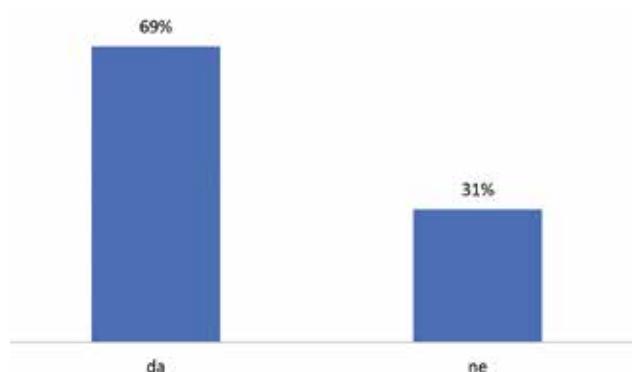


Slika 4. Jesu li s vama razgovarali o štetnim učincima cigaretog dima na dijete?



Slika 5. Tko je s vama razgovarao o štetnim učincima cigaretog dima na dijete?

Od trudnica koje čine ovu skupinu, 69% je navelo da su se u trudnoći pokušale odreći pušenja cigareta (slika 6) i većina njih nije koristila niti jednu određenu metodu. Mali broj se koristio nadomjesnom terapijom nikotinom (žvakaćim gumama, flasterima, inhalatorima i sl.), kao i podrškom osoba koje su prestale pušiti prije ili tijekom trudnoći. Niti jedna trudnica nije navela da se koristila akupunkturom kao metodom odricanja pušenja cigareta (slika 7).



Slika 6. Jeste li se u trudnoći pokušali odreći pušenja cigareti?



Slika 7. Kojim metodama ste se koristili s ciljem prestanka pušenja u trudnoći?

RASPRAVA

Od 171 trudnice koje u trudnoći nisu pušile ili su prestale pušiti cigarete (u dalnjem tekstu: trudnice nepušačice) najveći broj ih je u dobi od 29 do 39 godina i to njih 105 (61,4%), a od onih koje su tijekom trudnoće pušile cigarete (u dalnjem tekstu: trudnice pušačice) najveći broj ima od 18 do 28 godina. To bi se moglo pripisati utjecaju društva i okoline u kojima se trudnice mlađe životne dobi češće kreću (noćni klubovi, kafići i slična mjesta na kojima se češće puše cigarete).

Rezultati pokazuju da najviše trudnica nepušačica ima srednjoškolsko i visoko obrazovanje, a najveći broj trudnica pušačica srednjoškolsko i osnovnoškolsko obrazovanje. Podaci ukazuju na to da su trudnice s nižim stupnjem obrazovanja sklonije pušenju u trudnoći što može biti posljedica nedovoljne edukacije kroz školovanje o štetnim učincima cigaretog dima.

Veliki broj trudnica nepušačica i pušačica živi na selu te nije pronađena velika povezanost između tih skupina i života u urbanom ili ruralnom području.

Između trudnica koje su pušile samo prije trudnoće i onih koje su pušile i prije i u trudnoći može se uočiti razlika u broju popuštenih cigareta na dnevnoj bazi u periodu prije trudnoće. Stoga možemo pretpostaviti da su trudnice koje su u trudnoći prestale pušiti to ostvarile lakše jer su prije trudnoće pušile manje cigareta na dnevnoj bazi od trudnica pušačica. Isto tako, kod trudnica pušačica se vidi razlika u broju popuštenih cigareta prije i tijekom trudnoće te bi se smanjenje popuštenih cigareta moglo pripisati edukaciji o štetnim učincima cigaretog dima na dijete. Uz razgovor i edukaciju o štetnim učincima cigaretog dima moglo bi se osvijestiti žene i trudnica o tom problemu te potencijalno smanjiti stopu te ovisnosti. U Hrvatskoj s većinom žena i trudnica s kojima je vođen razgovor na ovu temu to je činio doktor. Razlog tome može biti što fiziološke trudnoće u Hrvatskoj i dalje vode doktori, a ne prvostupnice primaljstva te što se rijetko kada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti nailazi na primalje. U razvijenijim državama Europe fiziološke trudnoće vode primalje koje se kroz svoje obrazovanje bave problematikom pušenja u trudnoći te imaju puno više mogućnosti i prilika razgovarati sa ženama i trudnicama o tome za razliku od primalja kod nas. U Hrvatskoj

primalje nemaju priliku niti nakon poroda educirati babinjače o štetnim učincima cigaretog dima jer

patronažnu skrb provode medicinske sestre koje nisu jednako educirane o toj temi. Zbog toga je od iznimne važnosti u budućnosti vidjeti više primalja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kao i u patronažnoj skrbi jer su dovoljno educirane i bile bi u mogućnosti napraviti promjene koje bi dovele do boljih ishoda trudnoća.

ZAKLJUČAK

Pušenje u trudnoći može ostaviti dugoročne posljedice za nerođeno dijete. Te posljedice mogu biti prisutne od najranije do odrasle dobi. S ciljem prestanka pušenja u trudnoći radi izbjegavanja tih posljedica od iznimne je važnosti educirati žene i trudnica na vrijeme. Edukacija bi se trebala provoditi u periodu planiranja obitelji, trudnoće i nakon poroda. Za provođenje te edukacije su uz doktore zaduženi svi zdravstveni djelatnici, od primalja, medicinskih sestara, patronažnih sestara te ostali. Upravo svi mi možemo pridonijeti zdravijem tijeku i ishodu trudnoće i za majku i za dijete.

LITERATURA

1. Hrabak-Žerjavić V., Kralj V.. Umjesto riječi urednice teme : Pušenje čimbenik rizika za zdravlje. HCJZ. 2007;3(11). Dostupno na: <https://www.google.com/url?sa=t&rlt=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiW5efxtrnsAhVro4sKHb-sDVkQFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.hcjz.hr%2Findex.php%2Fhcjz%2Farticle%2FviewFile%2F1396%2F1347&usg=A0Vwaw2R-pVPOje1lc40xlC2BPg5> (pristupljeno 10.07.2020.).
2. Leppee, M., Erić, M., Ćulig, J., Štetne navike u trudnoći. Gynaecol Perinatal 17, 142-149, 2008.
3. Frković, A., Katalinić, S., Stručni članak. Pušenje i alkohol u trudnoći. Pitanje sukoba interesa majka-plod. Vol. 15, Gynaecol Perinatal, 2006.



PBZ NENAMJENSKI KREDIT I OSIGURANJE

ZA ČLANOVE HRVATSKE KOMORE PRIMALJA

POSEBNA PONUDA OD 12.10. DO 6.11.2020.

Dok članovi Hrvatske komore primalja brinu o drugima, PBZ brine o njima. Imate ideju, planove i potrebe koje želite ostvariti, ali nedostaje vam gotovine? To ne mora biti prepreka. Iskoristite brojne prednosti PBZ nenamjenskih kredita poput **fiksne kamatne stope** za cijelo razdoblje otplate kredita te **bez naknade za obradu kreditnog zahtjeva**.

Dodatna je pogodnost **polica osiguranja korisnika nenamjenskog kredita (CPI)** koja pruža sigurnost te olakšava otplatu ugovorenog kredita u slučaju privremene nesposobnosti za rad (bolovanja) te smrti (kao posljedice nesretnog slučaja ili bolesti). Maksimalno trajanje osiguranja jednako je maksimalnom roku otplate PBZ nenamjenskog kredita do 10 godina. Za dodatne informacije o ponudi PBZ-a za članove Hrvatske komore primalja posjetite najbližu PBZ poslovnicu.

OSTALE POGODNOSTI PBZ NENAMJENSKIH KREDITA:

- iznos kredita do 300.000 HRK, ovisi o kreditnom riziku klijenta
- rok otplate kredita do 10 godina
- izbor načina otplate kredita u: jednakim mjesecnim anuitetima ili mjesecnim ratama
- izbor datuma otplate kredita: posljednji dan u mjesecu ili neki drugi dan
- bez naknade za prijevremenu otplatu kredita.

REPREZENTATIVNI PRIMJER UKUPNIH TROŠKOVA PBZ NENAMJENSKI KREDITI U HRK UZ CPI POLICU

Vrsta kamatne stope	Fiksna kamatna stopa za cijelo razdoblje otplate kredita (4 godine)		Fiksna kamatna stopa za cijelo razdoblje otplate kredita (7 godina)	
Status klijenta ¹	bez statusa klijenta	uz status klijenta	bez statusa klijenta	uz status klijenta
Valuta kredita	HRK		HRK	
Traženi iznos kredita	75.000,00 HRK		75.000,00 HRK	
Rok otplate kredita	4 godine		7 godina	
Iznos naknade za obradu kreditnog zahtjeva	bez naknade		bez naknade	
Jednokratna premija polica osiguranja korisnika nenamjenskog kredita	1.494,00 HRK		2.614,50 HRK	
Kamatna stopa	4,48%	4,18%	5,48%	5,18%
Efektivna kamatna stopa (EKS) ²	5,60%	5,29%	6,74%	6,42%
Mjesecni anuitet	1.709,59 HRK	1.699,48 HRK	1.077,04 HRK	1.066,40 HRK
Ukupan iznos kamate za razdoblje otplate	7.340,10 HRK	6.836,13 HRK	15.813,98 HRK	14.901,19 HRK
Ukupan iznos za otplatu ³	83.834,10 HRK	83.330,13 HRK	93.428,98 HRK	92.515,69 HRK

¹ Status klijenta ostvaruje klijent koji prima redovna mjesecačna primanja na račun u PBZ-u. Detaljnije informacije vezano za utvrđivanje statusa klijenta moguće je pronaći u Općim uvjetima poslovanja Privredne banke Zagreb d.d., Zagreb u kreditnom poslovanju s fizičkim osobama.

² EKS je izračunat za navedeni iznos kredita uz navedeni rok otplate. U izračun EKS-a uključena je interkalarna kamata za mjesec dana i jednokratna premija za policu osiguranja korisnika nenamjenskog kredita (CPI) u visini 1.494,00 HRK / 2.614,50 HRK. Točan izračun EKS-a klijent će dobiti u obrascu prethodnih informacija koji će mu se uručiti prije potpisivanja ugovora.

³ Ukupan iznos za otplatu uključuje iznos glavnice kredita te kamate obračunate do kraja otplate kredita uvećane za iznos interkalarne kamate za razdoblje od mjesec dana i jednokratnu premiju za policu osiguranja korisnika nenamjenskog kredita (CPI) u visini 1.494,00 HRK / 2.614,50 HRK.

POSEBNA PONUDA U RAZDOBLJU

OD 12.10. DO 6.11.2020.

FIKSNA KAMATNA STOPA ZA KREDITE U KUNAMA uz status klijenta:

- od 13 do 48 mjeseci - već od 4,18%¹ (EKS od 5,29%)²
- od 49 do 120 mjeseci - već od 5,18%¹ (EKS od 6,42%)²

Kamatne stope su iskazane kao godišnje kamatne stope.

¹ Visina fiksne kamatne ovisi o kreditnom riziku klijenta te statusu klijenta.

² EKS je izračunat za iznos kredita od 75.000,00 HRK, uz status klijenta, rok otplate 4 ili 7 godina te jednokratnu premiju za policu osiguranja korisnika nenamjenskog kredita u iznosu od 1.494,00 HRK / 2.614,50 HRK. U izračun EKS-a uključena je interkalarna kamata za mjesec dana.



#UVIJEKZAJEDNO



PRIVREDNA BANKA ZAGREB

PBZ STAMBENI KREDITI

ZA ČLANOVE HRVATSKE KMORE PRIMALJA

Privredna banka Zagreb pripremila je posebnu ponudu za članove Hrvatske komore primalja koja uključuje brojne proizvode i usluge koji će upravljanje vašim osobnim financijama učiniti lakšim i bržim. Za dodatne informacije o ponudi PBZ-a za članove Hrvatske komore primalja posjetite najbližu PBZ poslovnicu.

IZ PONUDE IZDVAJAMO:

- PBZ tekući račun u kunama uz mogućnost prekoračenja
- PBZ digitalno bankarstvo uz brojne inovativne funkcionalnosti
- PBZ Card Premium Visa kartice
- PBZ stambeni, nenačinski i Educa krediti
- finansijski leasing PBZ-Leasinga.

Obratite nam se, odgovorit ćemo na sve vaše upite i dogovoriti vam sastanak s osobnim bankarom kada i gdje vam odgovara:

Kristina Šeremet Tel: 01 / 63 62655 Kristina.Seremet@pbz.hr POSLOVNICA 184 CVJETNI TRG, ZAGREB	Sandra Pal Kolombo Tel: 01 / 63 62593 Sandra.PalKolombo@pbz.hr POSLOVNICA 154 RADNIČKA, ZAGREB	Davorka Trgovec Tel: 01 / 63 62420 Davorka.Trgovec@pbz.hr POSLOVNICA 116 RAČKI, ZAGREB	Ana Marija Jurić Tel: 01 / 63 62213 AnaMarija.Juric@pbz.hr POSLOVNICA 182 MAKSIMIRSKA, ZAGREB
Ivan Vuko Tel: 021 / 421 233 Ivan.Vuko@pbz.hr POSLOVNICA 229 GRIPE, SPLIT	Marina Vrdoljak Tel: 021 / 421 148 Marina.Vrdoljak@pbz.hr POSLOVNICA 175 KOD KAZALIŠTA, SPLIT	Nina Rukavina Tel: 051 / 751 285 Nina.Rukavina@pbz.hr POSLOVNICA 195 STARÍ GRAD, RIJEKA	Romana Kolak Tel 031 / 431 038 Romana.Kolak@pbz.hr POSLOVNICA 159 RADIČEVA, OSIJEK

RAZMIŠLJATE LI O RJEŠAVANJU SVOJEG STAMBENOG PITANJA?

Želite li kupiti stan, sagraditi kuću, obnoviti ili povećati svoj stambeni prostor ili refinancirati postojeći stambeni kredit, finansijsku podršku pronađite u PBZ stambenim kreditima u kunama ili eurima **uz fiksnu kamatnu stopu već od 2,49%** za prvi 5 godina te potom promjenjivu kamatnu stopu za preostalo razdoblje otplate.

Reprezentativni primjer ukupnih troškova za PBZ stambeni kredit uz zalog na stambenoj nekretnini i uz status klijenta¹

Vrsta kamatne stope	Kombinacija fiksne i promjenjive kamate za stambeni kredit u HRK	Kombinacija fiksne i promjenjive kamate za stambeni kredit u EUR
Valuta kredita	HRK	EUR
Traženi iznos kredita	525.000,00 HRK	70.000,00 EUR
Rok otplate kredita	5 godina fiksna kamatna stopa + 15 godina promjenjiva kamatna stopa	5 godina fiksna kamatna stopa + 15 godina promjenjiva kamatna stopa
Iznos naknade za obradu kreditnog zahtjeva	bez naknade	bez naknade
Kamatna stopa ²	fiksna 2,49% promjenjiva 2,41%	fiksna 2,49% promjenjiva 2,43%
Efektivna kamatna stopa ³	2,84%	2,84%
Mjesečni anuitet	uz fiksnu kamatu 2.779,43 HRK uz promjenjivu kamatu 2.763,76 HRK	uz fiksnu kamatu 370,59 EUR uz promjenjivu kamatu 369,02 EUR
Ukupan iznos kamate za razdoblje otplate	140.331,94 HRK	18.805,00 EUR
Ukupan broj anuiteta	240 anuiteta	240 anuiteta
Ukupan iznos za otplatu ⁴	684.303,94 HRK	91.366,60 EUR

¹ Status klijenta ostvaruje klijent koji prima redovna mjeseca primanja na račun u PBZ-u. Kod promjenjive kamatne stope PBZ može u određenom referentnom razdoblju, a na temelju sklopljenog ugovora, odobriti umanjenje redovne kamatne stope na osnovu ispunjavanja uvjeta statusa klijenta. Umanjenje se izražava u postotnim poenima i primjenjuje na ukupnu redovnu kamatu po kreditu. Detaljnije informacije vezane za utvrđivanje statusa klijenta moguće je pronaći u Općim uvjetima poslovanja Privredne banke Zagreb d.d., Zagreb u kreditnom poslovanju s fizičkim osobama.

² Promjenjiva kamatna stopa definira se kao zbroj fiksne dijela i 6M NRS1 za HRK, odnosno 6M NRS1 za EUR, koja je za kredite uz status klijenta umanjena za 0,30 p.p.

³ EKS je izračunat za navedeni iznos kredita uz navedeni rok otplate, uz trošak procjene nekretnine u iznosu od 1.625,00 HRK, uz godišnju premiju za policiu osiguranja imovine u iznosu od 283,00 HRK/38,00 EUR, godišnju premiju za policiu osiguranja od nezgode u iznosu od 500,00 HRK/68,00 EUR te mjesecnu naknadu za vođenje transakcijskog računa u iznosu od 9,00 HRK. U izračunu EKS-a uključena je interkalarna kamata za mjesec dana. Kod kredita uz kombinaciju fiksne i promjenjive kamatne stope, ako je fiksna kamatna stopa veća od promjenjive, u izračun EKS-a uključena je fiksna kamatna stopa za cijelo razdoblje otplate.

⁴ Ukupan iznos za otplatu uključuje iznos glavnice kredita te kamate obračunate do dospijeća uvećane za iznos interkalne kamate za razdoblje od mjesec dana, a koje bi korisnik kredita plaćao do konačne otplate kredita, uz pretpostavku da je do kraja otplate kredita važeća navedena promjenjiva kamatna stopa, trošak procjene nekretnine u iznosu od 1.625,00 HRK, godišnju premiju za policiu osiguranja imovine u iznosu od 283,00 HRK/38,00 EUR, godišnju premiju za policiu osiguranja od nezgode u iznosu od 500,00 HRK/68,00 EUR te mjesecnu naknadu za vođenje transakcijskog računa u iznosu od 9,00 HRK. Utvrđivanje i promjenjivost kamatne stope prema 6M NRS1 za HRK i 6M NRS1 za EUR definirano je Općim uvjetima poslovanja Privredne banke Zagreb d.d., Zagreb u kreditnom poslovanju s fizičkim osobama. Radi konstantnog mijenjanja tečaja i varijabli koje utječu na iste postoji tečajni rizik. Tečajni rizik predstavlja neizvjesnost vrijednosti domaće valute u odnosu na vrijednost strane valute radi promjene deviznog tečaja. Promjena tečaja može realno smanjiti ili uvećati odnos vrijednosti dviju valuta, a samim time i iznos ugovorene veličine obveza. Stoga je moguća promjena iznosa ugovorne obveze u kunama nastala uslijed promjene tečaja. Ugovor o kreditu osiguran je založnim pravom na stambenoj nekretnini.



#UVIJEK ZAJEDNO



PRIVREDNA BANKA ZAGREB



**HRVATSKA UDRUGA ZA
PROMICANJE PRIMALJSTVA**



HRVATSKA KOMORA PRIMALJA