



Primaljski vjesnik



Primaljski vjesnik • Broj 30 • ISSN 1848-5863 • Svibanj 2021.





HRVATSKA UDRUGA ZA PROMICANJE PRIMALJSTVA
CROATIAN ASSOCIATION FOR PROMOTION OF MIDWIFERY



HRVATSKA KOMORA ®
PRIMALJA
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES

Sadržaj - Primaljski vjesnik 30

UVODNA RIJEČ	5
OČEVI ADOLESCENTI	6
POSTPARTALNI PSIHIČKI POREMEĆAJI	5
RODITELJSTVO I PRODUŽENO DOJENJE	11
SAKAĆENJE ŽENSKIH SPOLNIH ORGANA	15
STOPA MALOLJETNIČKIH TRUDNOĆA KAO INDIKATOR KVALITETE SPOLNOG I REPRODUKTIVNOG ZDRAVLJA MLADIH	17
OKSITOCIN I LJUDSKA SEKSUALNOST	19
PSIHOLOŠKA PODRŠKA PARU NAKON GUBITKA DJETETA	23
IMAŠ ZNANJE, BUDI PRIMJER! CIJEPI SE!	29
IN MEMORIAM DINKA ČANKOVIĆ	31



**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 lektoriirani, recenzirani i autori odgovaraju za istinitost sadržaja.

List je besplatan.

Poštovane kolegice i kolege,

izašao je novi broj Primaljskog vjesnika te se ovim putem zahvaljujem svima koji su sudjelovali u njegovoj pripremi i izradi.

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

Krajem 2020. obilježili smo i kraj javne kampanje „Upoznaj primalje“ povodom proslave „Međunarodne godine medicinskih sestara i primalja“. U okviru promocije snimljen je video prilog u kojemu primalje upoznaju javnost o svojim iskustvima u dugogodišnjem radu u primaljstvu te su usporedile primaljstvo nekada i danas. Zanimljivu priču o profesionalnom i praktičnom znanju primalja možete vidjeti na našoj Facebook stranici, YouTube kanalu i na blogu HKP koji se nalazi na službenoj web stranici Komore.

Budući da je područje Sisačko-moslavačke županije krajem 2020. godine pogodio niz razornih potresa, Vijeće Hrvatske komore primalja donijelo je odluku o dodjeli novčane pomoći članicama Komore čije su nekretnine stradale u potresu. Više o načinu na koji možete dati potporu pročitajte na našoj web stranici ili nas direktno kontaktirajte.

Od prosinca 2020. do travnja 2021. održavao se Drugi kongres KOKOZ-a u virtualnom obliku. Hrvatska komora primalja sudjelovala je s dva predavanja. Kristina Mikićić, mag.iur. izlagala je o temi naslovljenoj „Djelatnost primalja kroz zakonski okvir i praksu u Republici Hrvatskoj“, dok su Sonja Kočić Čovran, bacc.obs., mag.med.techn. i Biserka Matok-Glavaš, bacc.obs., mag.med.techn. sudionike upoznale o tome „Ima li u primarnoj zdravstvenoj zaštiti mjesta za primalju?“. Primalje su pokazale veliki interes za navedeni kongres i u velikom broju poslušale online predavanja. Namjera nam je s takvom vrstom edukacija nastaviti i u buduće.

Hrvatska komora primalja je početkom 2021. godine s osam komora u zdravstvu pokrenula javnozdravstvenu kampanju „Imaš znanje, budi primjer!“ čiji je cilj bio dodatno informirati zdravstvene djelatnike o važnosti i svim aspektima cijepljenja protiv virusa SARS-CoV-2. Javnozdravstvena kampanja pratila je proces cijepljenja zdravstvenih radnika. U sklopu javnozdravstvene kampanje održana su i dva webinar-a: „Vrhunski hrvatski stručnjaci o cijepljenju protiv COVID-19“ i „Zdravstveni djelatnici u borbi s COVID-19“. Oba predavanja su bila veoma edukativna i dobro posjećena od strane zdravstvenih djelatnika.

Zbog proglašene epidemije bolesti COVID-19 te nemoćnosti fizičkog odlaska na edukacije u neprekinutom razdoblju od 12 mjeseci, Povjerenstvo za stručna pitanja i trajno usavršavanje Hrvatske komore primalja donijelo je odluku da se umanjuje broj bodova potrebnih za relicenciranje svim članovima/icama Komore i to za 15 bodova, odnosno 7,5 bodova vezanih uz primaljsku djelatnost i 7,5 bodova po slobodnom izboru iz srodnih struka, a umanjenje se odnosi na licencno razdoblje čla-

nova/ica u trenutku donošenja ove odluke. Umanjenje se ne odnosi na obvezu prikupljanja bodova prisustvom jednoj vrsti edukacije na kojoj je minimalno po jedna tema iz područja: etike u primaljstvu, zakonodavstva u primaljstvu, kardiopulmonalne reanimacije i psihologije. Sva obavezna predavanja i dalje se moraju poslušati, a nalaze se na portalu za e-učenje i svim zainteresiranim su potpuno besplatna.

Fakultet Zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci ove godine raspisao je natječaj za upis polaznika na razlikovni „bridging program“ Primaljstva. Komora je do sada sufinancirala bridging program svojim članicama, a tako je odlučeno i ove godine te je donesena odluka o sufinansiranju školarine članicama Komore koje su upisale taj program u 2021. godini.

Ovo je godina kada se većina članica treba relicencirati. Upravo zato apeliramo da provjerite stanje svojih bodova i sakupite potrebne bodove do isteka svoje licence. Također, vodite računa o datumu isteka licence i na vrijeme podnesite zahtjev za obnavljanje odobrenja za samostalan rad. Navedeni zahtjev možete podnijeti tri mjeseca prije isteka roka, a najkasnije 30 dana prije isteka roka na koji je licenca izdana.

Podsjećamo da su svi e-tečajevi na portalu za e-učenje besplatni do kraja protuepidemijskih mjera! Detaljne informacije možete pročitati na <http://lms.komora-primalja.hr/>. Svako je predavanje kvalitetno i korisno, a nosi upis od čak šest bodova! Ne propustite priliku za učenje i bodovanje besplatno i iz vlastitog doma!

Srdačno vas pozdravljam!

*Barbara Finderle,
predsjednica Hrvatske komore primalja*



Očevi adolescenti

(PREGLEDNI RAD)

Ana Mahnet, bacc. obs.,

Klinika za ženske bolesti i porode, KBC Zagreb

e-mail: ana.anma@gmail.com, mob: 091/571 5649

SAŽETAK

Četvrtina svih hrvatskih dječaka stupa u spolne odnose prije punoljetnosti, s tim da će od svih mladića manji broj postati očevi. Mali broj mladića se kod novonastale situacije obraća Centru za reproduktivno zdravlje u Klinici za dječje bolesti Zagreb. Nešto češće se javljaju djevojke koje su trudne, a najčešće obitelj mladića i djevojke koji će postati roditelji. Svesnost o odgovornosti dječaka za buduće očinstvo, odnosno dijete koje će se roditi je definirano Obiteljskim zakonom. U ovom stručnom članku prikazani su rezultati radova koji sintetiziraju zaključke u smislu podrške oču adolescentu. Istiće se važnost spoznaje o fiziološkim potrebama za održavanjem spolnog života i vršnjačkom pripadnošću, naglašava se odgovornost za osobno spolno zdravlje i prevenciju trudnoće, te su prikazani programi podrške za razvoj seksualno osvještenih adolescenata kao moguće djelovanje i uključivanje oca kada je djevojka već trudna i nema opcije za eventualni prekid trudnoće, a mladić će postati otac koji i sam još treba oca.

Ključne riječi: maloljetnička trudnoća, otac, adolescenti, spolnost, zdravlje

UVOD

U periodu adolescencije istraživanjem spolnosti otkrivaju se prve ljubavi i ljubavni odnosi koji nepažnjom i neodgovornim pristupom mogu rezultirati smanjenjem zdravlja, razvojem spolno prenosivih bolesti i trudnoćom. Kada se dogodi neplanirana maloljetnička trudnoća obitelj, okolina i mlađi budući roditelji ostanu šokirani. Nađu se na nepoznatom terenu s najvažnijim ulogama u životu. Za mladu majku postoje razni sustavi potpore, postavlja se pitanje što s mlađim ocem koji je sam još uvijek dijete i potrebna mu je pomoć i podrška za prijelaz u svijet odraslih uz najvažniju ulogu koja je stigla prerano.

RASPRAVA

Prema podacima Centra za reproduktivno zdravlje Klinike za dječje bolesti u Zagrebu dječaci najčešće u prve spolne odnose stupaju između 16 i 17 godina i to njih 42%, njih

44% je izjavilo da su imali više spolnih partnera, a opisuje se broj spolnih odnosa do 16. godine kod 28,6% dječaka. Kada majka rodi dijete smatra se da mu je ona majka, očinstvo se dokazuje priznanjem ili sudskom odlukom. Iz hrvatskog iskustva kod prisutne maloljetničke trudnoće u obiteljski centar rijetko se obraćaju maloljetni očevi svega 5,9%, a najčešće se obraćaju roditelji maloljetne trudnice 52,9%, član obitelji 35,3% i sama maloljetna trudnica 29,4%. Što se tiče uzdržavanja djeteta citirat ćemo dio Obiteljskog zakona: „Prema odredbama Obiteljskog zakona (čl. 209), roditelji su dužni uzdržavati svoje maloljetno dijete, a ove obvezе se ne oslobađaju niti u slučaju da im je roditeljska skrb ograničena ili oduzeta, ili se ne ostvaruje. Ako roditelj ne uzdržava dijete, baka i djed po tom roditelju dužni su ga uzdržavati. Otac izvanbračnog djeteta dužan je uzdržavati djetetovu majku godinu dana od rođenja djeteta ako ona skrbi o djetetu, a nema dovoljno sredstava za život.“¹

Na temelju podataka spolnih iskustava dječaka prikazani su rezultati radova u svrhu prevencije maloljetničke trudnoće i spolno prenosivih bolesti koja se temelji na razumijevanju fizioloških spolnih potreba, vršnjačkoj pripadnosti, edukaciji i komunikaciji koju provodi socijalni i zdravstveni kadar.

Prema američkoj studiji, tijekom šestogodišnjeg programa, identificirane su lekcije za potporu inovativnih strategija obrazovanja za osobnu odgovornost ureda za obitelj i mlađe. Po lekcijama se navodi važnost značaja osobnih potreba, fokusa na fiziološke potrebe, važnosti kulture i uključivanje kao ključ potpore. Kao prepreka sudjelovanju ističe se nemogućnost predviđanja određenih osnovnih temeljnih potreba. Psihološke potrebe koje uključuju vršnjačke norme i prihvatanje od velike su važnosti za mladiće, tako da je ključno razumijevanje grupnih pravila. Težina i zadaci se usmjeravaju na socijalnu službu za provođenje edukacije i intervencije. Obraćanje pažnje na multikulturalne posebnosti pomaže kod specifičnih kulturnih intervencija. Istiće se mogućnost primjene modela razmjene iskustava vršnjak – vršnjaku. Dimenzija očinstva otvara priliku za promjene u seksualno rizičnom ponašanju koje mogu utjecati na mlađog oca, a time i na majku i dijete mlađe obitelji, te preporuka na daljnja istraživanja rizičnih skupina.²

Na temu adolescentnog roditeljstva provedeno je istraživanje s ciljem shvaćanja fenomena roditeljstva adolescenata i onih koji to nisu. Kod roditelja tinejdžera rezultati su prikazali nisku razinu obrazovanja, nizak socio-ekonomski status, finansijsku ovisnost te češće suživot s majkom djeteta. U većini slučajeva maloljetničke trudnoće odgovornost za kontracepciju snosila je djevojka. U nekoliko slučajeva trudnoća je planirana. Iako su rezultati procjene bili negativni, roditelji adolescenti ističu pozitivne aspekte roditeljstva promjenom njihovog dotadašnjeg života i povećanje odgovornosti.³

U prikazanom radu ističe se uloga mladih muškaraca u prevenciji neplanirane trudnoće. Opisuju se varijabilni pogledi oko korištenja kontracepcije i uloge njezinog odgovornog korištenja. Zdravstveni kadar igra važnu ulogu kao glavni izvor informacija o spolnom zdravlju za mlade muškarce, ističu da postoje nedostaci u podršci oko razvoja zdravog i odgovornog seksualnog zdravlja pa su potrebni novi vodiči. Preporučuje se pristup preporučen u obliku akronima, „HIS BEST“: „Hello“, „Initiate“, „Sexual health assessment“, „Both condoms – and female dependent methods“, Examine genitals, STI screening, Talking to partners, Talking to parent(s).⁴

Na temelju svjesnosti o fiziološkoj potrebi seksualnosti mladih ljudi navedene mjere su usmjerene na prevenciju i edukaciju mladića o zdravom seksualnom pristupu. Razgovor predstavlja i vodi zdravstveni stručnjak, a primalja bi mogla biti zdravstveni stručnjak u ovakvom slučaju. Tema je o seksualnosti općenito, osobnom seksualnom identitetu i vrstama spolnog odnosa. Razgovara se o zaštiti od spolno prenosivih bolesti i metodama zaštite od neželjene trudnoće. Naglašava se upotreba kondoma i metode kontracepcije koje koriste djevojke. Podupire se razmjena informacija o seksualnoj temi među seksualnim partnerima. Kod potrebnog pregleda genitalija i liječenja upućuje se kod liječnika. Podupire se na razgovor s roditeljima o ljubavi, spolnosti i trudnoći. Prikazana vrsta edukacije bi mogla dati visoku razinu znanja o zdravoj seksualnosti, smanjenje broja maloljetničkih trudnoća i spolno prenosivih bolesti jer je usmjerena na visoko zainteresiranu skupinu o aktualnoj temi. Zainteresirana skupina adolescenata otvara put prema zdravstvenim djelatnicima i olakšava im prijenos znanja, na obostranu korist. No nakon edukacije kod pojedinih mladića nezrelost i slaba edukativna prijemčivost mogu rezultirati neodgovornim spolnim ponašanjem, može doći do nezaštićenog spolnog odnosa s posljedicom maloljetničke trudnoće. Kako bi povezali i održali komunikaciju između budućih mladih roditelja i smanjili strah kod mladog oca mogu se primijeniti praktični savjeti preporučeni u praktičnom vodiču.

U praktičnom vodiču za primalje i liječnike oko podrške mladim očevima se opisuju praktični savjeti. Preporuča se vrednovanje očeve nove uloge, iskazivanjem dobrodoš-

lice u svijet odraslih, prikupljanjem podataka o njegovom osobnom životu. Podupire se partnerska komunikacija iako isprva mladi otac ne ostvaruje kontakt očima, ipak se može poboljšati osiguravanjem sjedećih mjesta za oboje mladih roditelja. Osigurava se kontakt podataka oboma, prolaze se svi detalji koji ih zanimaju i ohrabruju se na postavljanje pitanja. Ističe se da je otac uvijek pozvan na antenatalnu edukaciju. Predlaže se sudjelovanje kod pregleda i drugih sastanaka. Mladu djevojku bi trebalo barem jednom pregledati bez prisustva partnera kako bi se isključilo nasilje i uzneniranje od strane partnera. Mlade roditelje se upućuje na pravo posebne skrbi kod maloljetničke trudnoće. Objasnjava im se da je u kasnijoj trudnoći dijete svjesno očevog glasa. Kod sumnje na probleme para ponudite se za pomoć, pokažite mlađom oцу kako da podrži majku kod dojenja te kako da joj pomogne da se izbjegne postpartalna depresija, uputite ga na kontakte za podršku. Također se pojašnjava roditeljima da vješt i kompatibilan otac pomaže svom djetetu da bude sretnije i pametnije, a ujedno treba osvijestiti oca i majku da se vještine roditeljstva uče. Potrebno je naglasiti ocu koliko je važan svojem djetetu i da će biti uvijek dio djetetovog života.⁵

ZAKLJUČAK

Trudnoća kod adolescenata predstavlja snažnu promjenu i reakcija ovisi od svakog oca ponaosob. Odgovornost i prioriteti koji se trenutkom otkrivanja trudnoće postavljaju pred mladog oca izazivaju snažnu reakciju. Mladi otac se suočava s posljedicom nezaštićenog spolnog odnosa kojeg bi trebao priznati roditeljima i društvu. Nerijetko mladići ne priznaju dijete, ne žele nastaviti odnos s budućom majkom, krive partnericu za trudnoću izostavljajući svoju ulogu u odnosu. Kada se propitkuje zašto je do maloljetničke trudnoće došlo iz perspektive mladog oca ističu se zadovoljenje fizioloških potreba i pripadnost vršnjacima sa sličnim kulturnim obilježjima. Svjesnost o zdravoj spolnosti u smislu edukacije provodi se prijenosom znanja iskustvenih vršnjaka prema drugim vršnjacima koji se s poteškoćama odrastanju tek susreću. Zanimljivo je da roditelji adolescenti koji žive u lošim socioekonomskim uvjetima s niskim finansijskim primanjima na pitanja o roditeljstvu ističu pozitivne emocije prema roditeljstvu i povećanje odgovornosti, čak ponekad i planiraju trudnoću. Zdravstvenom edukacijom programom „HIS BEST“ ističe se uloga i važnost zdravstvenog kadra. Komunikacija o zdravoj spolnosti prema ovakvom programu obostrano koristi zdravstvenim djelatnicima i adolescentima, a sve u svrhu prevencije maloljetničke trudnoće i spolno prenosivih bolesti. Ako do trudnoće dođe, unatoč edukaciji, preporuke su usmjerene na uključivanje budućeg oca kod praćenja razvoja trudnoće kako bi se povećao pozitivan pristup oca prema trudnoći, a s time i prema majci i djetetu.

LITERATURA

1. Kada djeca imaju djecu, (2016), publikacija, Analiza stanja i preporuke za postupanje u slučajevima maloljetničkih trudnoća i roditeljstva, [Internet], <raspoloživo na: https://www.fli.ba/wp-content/uploads/2016/01/Publikacija_Kada_djeca_imaju_djecu1.pdf>, [pristupljeno: 26. 03. 2021.]
2. Mingo Wilson C., (2018), Engaging Young Minority Fathers in Research: Basic Needs, Psychological Needs, Culture, and Therapeutic Alliance, [Internet], <raspoloživo na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5813776/pdf/AJPH.2017.304130.pdf>>, [pristupljeno: 26. 03. 2021.]
3. Gehysa Guimarães A., (2017), Fatherhood in Adolescence: A Qualitative Study on the Experience of Being an Adolescent Father, [Internet], <raspoloživo na: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-55601-7_9>, [pristupljeno: 26. 03. 2021.]
4. Vargas G., Borus J., Charlton Britany M., (2017), Teenage pregnancy prevention: the role of young men, [Internet], <raspoloživo na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5657274/pdf/nihms883150.pdf>>, [pristupljeno: 26. 03. 2021.]
5. Department of Health (Revised edition), (2009.), Getting maternity services right for pregnant teenagers and young fathers, [Internet], <raspoloživo na: https://dera.ioe.ac.uk/10606/7/DCSF-00673-2009_Redacted.pdf>, [pristupljeno: 26. 03. 2021.]

Postpartalni psihički poremećaji (PREGLEDNI RAD)

*Marijana Ivančić, bacc. obs., Hrvatska komora primalja
e-mail: majaivancic@gmail.com*

SAŽETAK

Trudnoća, porod i rođenje djeteta, te prelazak u roditeljsku ulogu velika je životna promjena, osobito roditeljima koji to postaju prvi put. Roditeljstvo i svi izazovi koje ono donosi može biti vrlo zahtjevno i fizički i psihički. Ponekad briga za dobrobit djeteta preraste okvire realnih mogućnosti u kojima se majka, ali i otac, ne mogu snaći zbog prevelikih očekivanja od sebe kao roditelja. Osobito je to izraženo u prvim tjednima života djeteta kada se izmjenjuju radost zbog dolaska novog člana obitelji, ali i briga za novorođenče i njegove potrebe. Psihička prilagodba nakon trudnoće i poroda ne prolazi kod svih žena jednako, te će nekim roditeljama biti teže proći taj period bez pojave nekih od simptoma opisanih u ovom radu.

Ključne riječi: porod, roditeljstvo, dijete, psihički poremećaji, psihološka potpora

UVOD

Većina žena nakon poroda iskusi blaže psihičke smetnje, dok se kod manjeg broja njih te smetnje, ako se ne prepoznaju i tretiraju na vrijeme, mogu produbiti i kasnije stvoriti veći problem u normalnom funkciranju. Predviđanje mogućeg nastanka psihičkih problema, njihovo prepoznavanje i rana intervencija mogu pomoći kako bi se dugoročno prevenirali problemi koji mogu nastati u slučajevima kada se takva stanja ne prepoznaju. Zbog

toga je ova tema važna za zdravlje žene, normalno funkcioniranje obitelji te rast i razvoj djeteta. U ovom radu bit će opisani rani simptomi najčešćih psihičkih poremećaja nakon poroda, važnost ranog prepoznavanja tih simptoma i načini pružanja psihološke potpore.

RASPRAVA

Gotovo 80% žena osjeti blaže simptome psihičkih poremećaja nakon poroda te se oni zbog učestalosti smatraju gotovo fiziološkom pojmom. U tim slučajevima nije potrebna nikakva posebna intervencija osim podrške, razgovora i razumijevanja jer obično prolaze spontano i nemaju veći utjecaj na daljnje funkciranje majke u svakodnevnom životu, niti na brigu i njegu djeteta. Među tim ženama nalazi se i manji broj onih koje će razviti umjereno teške (jednu od sedam žena) do teške simptome (jednu do dvije od 1.000 žena) koji mogu imati utjecaj na normalno svakodnevno funkciranje i brigu za dijete, a ponekad je potrebno i bolničko liječenje. Manje je poznato da i očevi (oko 10%) mogu razviti neke od oblika psihičkih poremećaja nakon poroda, a postotak raste ako i majka djeteta ima neki od poremećaja. U statistiku obolijevanja od postpartalnih psihičkih poremećaja ulaze i obitelji posvojitelja (8%) i istospolni roditelji. Psihički postpartalni poremećaji podjednako zahvaćaju sve rase i etničke skupine, te ne biraju ekonomski status niti razinu edukacije majki i očeva (1). Tijekom perinatalnog perioda preporuča

se provesti screening žena za rizik od nastanka psihičkih poremećaja. Za to postoje validirani testovi, skale i upitnici koji ne zamjenjuju dijagnostiku, ali su dobar pokazatelj za mogući nastanak problema i pomno praćenje. Jedan od najpoznatijih testova koji se koriste je Edinburška skala procjene za depresiju (2).

1. PODJELA POSTPARTALNIH PSIHIČKIH POREMEĆAJA

1.1. BABY BLUES

Baby blues najčešći je oblik psihičkih smetnji koje mogu nastati nakon poroda, a događa se uslijed hormonalnih promjena kojima je žena izložena tijekom poroda i nakon njega. Dodatno opterećenje nastaje i zbog umora, stresa, manjka sna, brige za dijete, te promjene dnevne rutine. Pogađa otprilike 8 od 10 žena i javlja se u prvim danima nakon poroda. Najčešće su pogodjene majke koje su rodile svoje prvo dijete, no i majke koje su već rodile mogu iskusiti osjećaje tuge i potištenosti. Najčešće reakcije/simptomi koje možemo primijetiti kod žena su:

- iznenadni plać bez opravdanog razloga,
- osjećaj snage u jednom, a potom osjećaj nemoći već u sljedećem trenutku,
- gubitak teka,
- nesanica.

Nije neobično da je majka u tim trenucima nervozna, napeta i da joj je smanjeno samopouzdanje, a da zapravo ni sama ne zna zašto se tako osjeća. Dodatni je problem što uz sve to ima i osjećaj krivnje zbog takvog raspoloženja. Ti simptomi se pojavljuju iznenada, traju kratko i mogu se javiti više puta dnevno. Kada primijetimo ženu koja ima neki od navedenih simptoma ili nam se sama obrati za pomoć potrebno joj je tu pomoći i pružiti. Preporučljivo je potaknuti je da govori o svojim osjećajima i razgovorom joj pomoći da prevlada trenutno stanje, savjetovati je na koje načine može prebroditi početne poteškoće koje ima u ostvarivanju veze s novorođenčetom i brige za njega. Savjeti se trebaju odnositi na važnost sna, kvalitetne prehrane, vježbi nakon poroda, odvajanjem vremena za sebe. Svakako je u pomoći majci potrebno uključiti i članove obitelji koji joj trebaju biti podrška i zamijeniti je oko brige za dijete, preuzimanja dijela obveza u kućanstvu i sl. Baby blues obično sam od sebe prestaje oko dva tjedna nakon poroda kada majka i dijete steknu prvu rutinu i kada se razine hormona nakon poroda normaliziraju. Važno je znati da tuga nije tipična za baby blues (ponekad se za baby blues još može čuti naziv postporođajna tuga ili sindrom tužnog raspoloženja), ali je zato glavni simptom postpartalne depresije. Baby blues se ne smatra klinički značajnim da bi mu se dodijelila klinička dijagnoza, ali se ne bi trebao, niti smio zamijeniti za postpartalnu depresiju (3).

1.2. POSTPARTALNA DEPRESIJA

Postpartalna depresija (PPD) često se spominje u literaturi i postoje mnoga istraživanja koja se bave tom problematikom. Kao što je već rečeno, potrebno je diferencirati PPD od Baby bluesa jer imaju slične simptome, ali su uzroci i psihopatologija drugačiji. Postpartalna depresija pogađa jednu od sedam žena, obično započinje u prvih šest mjeseci djetetova života, ali može se javiti i u bilo kojem trenutku do godine dana nakon poroda. Smatra se da su uzroci PPD-a višestruki i individualni za svaku ženu, no faktori rizika su depresivnost u trudnoći, povijest PPD-a nakon prethodnih trudnoća, poremećaji raspoloženja u prijašnjoj anamnezi, obiteljska anamneza sa slučajem PPD-a. Veći rizik za obolijevanje imaju prvorotkinje, maloljetnice, žene koje nisu željele trudnoću te žene bez partnera. Prema novijim istraživanjima pokazalo se da i genetski faktor također može utjecati na pojavu PPD-a. Zanimljiva je činjenica da žene koje žive u većim gradovima imaju veću koincidenciju pojave PPD-a. To se pripisuje pretpostavci da se životom u velikom gradu, zbog otuđenosti, žena baš i ne može osloniti na socijalnu podršku kada joj je potrebna (4). Najčešći simptomi PPD-a su:

- tuga i plačljivost – osjećaj tuge bez opravdanog razloga, često plakanje,
- anksioznost – osjećaj nelagode, opće napetosti, zabrinutosti, velikog stresa, panike, straha te iracionalno lošeg predosjećaja,
- iritabilnost – majka vrlo lako ‘plane’ nakon čega osjeća krivnju i žaljenje,
- manjak koncentracije i nemogućnost donošenja odluka,
- fizički znakovi – glavobolja, gubitak teka, bolovi u trbušu, zamućen vid.

Znakove PPD-a najčešće primijete najbliži članovi obitelji, no ako ne znaju o čemu se radi i ne reagiraju tražeći pomoći problem se produbljuje i utječe na cijelu obitelj. Stoga je važno razgovarati sa stručnom osobom i potražiti pomoći na vrijeme kako bi se simptomi PPD-a ublažili i s vremenom otklonili. U liječenju se najčešće koristi psihoterapija, a ponekad su uključeni i lijekovi, ovisno o stanju žene i težini simptoma. Poznato je da i očevi mogu oboljeti od PPD-a te da je učestalost obolijevanja veća ako i majka djeteta ima simptome PPD-a. Problem je što se muškarci teže povjeravaju bliskim osobama i nisu skloni tražiti pomoći, čime se problem produbljuje i utječe na cijelu obitelj. Takvi roditelji, osim što nisu u stanju postići zadovoljavajuću razinu brige za dijete, zanemaruju i međusobne odnose, što se povratno negativno odražava na razvoj i dobrobit djeteta (5).

1.3. POSTPARTALNA PSIHOZA

Postpartalna psihoza pogarda jednu do dvije od 1.000 žena. Iako je rijetka, njezina pojava, tijek i moguće posljedice ipak su vrlo ozbiljni jer za ishod mogu imati suicid ili infanticid. Poznata je još i pod nazivom puerperalna psihoza. Javlja se u nekoliko prvih tjedana iza poroda. Rizik za pojavu postpartalne psihoze imaju žene koje u obiteljskoj anamnezi imaju povijest mentalnih bolesti, rizik je veći i ako su već imale postpartalnu psihozu nakon prethodne trudnoće. Simptomi mogu uključivati:

- halucinacije – slušne, vidne, osjetilne, olfaktorne,
- deluzije – neobična uvjerenja kao, primjerice, da imaju super moći,
- manija – osjećaj vrlo povišenog raspoloženja, izrazit nemir i energičnost,
- glasno pričanje, ubrzane misli,
- nesanica ili manjak potrebe za snom,
- gubitak kontakta sa stvarnosti,
- osjećaj paranoje ili sumnjičavost spram motiva drugih ljudi,
- osjećaj da svakodnevne stvari i događaji imaju osobno značenje,
- osjećaj da je dijete povezano s Bogom ili đavлом.

Sama bolest može imati iznimno dramatičan tijek jer se simptomi mogu pogoršati vrlo brzo, što često zahtijeva hitnu hospitalizaciju i medikamentozno liječenje. Najvažnije je da se pri pojavi navedenih simptoma čim prije reagira i potraži pomoć kako bi se izbjegle tragične posljedice. Nakon svega potrebna je psihološka terapija i praćenje do potpunog oporavka.

1.4. POSTPARTALNA TRAUMA/ POSTPARTALNI POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ (PP PTSP)

Pojam postpartalne traume veže se za pojam posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP). PTSP je poremećaj koji nastaje nakon izlaganja zastrašujućem, opasnom, ugrožavajućem stresnom događaju, tj. nakon događaja u kojem je pojedinac sudjelovao ili mu je svjedočio, a u kojem mu je prijetila opasnost za život. Obično su to situacije nakon terorističkih napada, po život opasnih nesreća, teških fizičkih napada ili situacija u kojima se pojedinac, ili njemu bliska osoba, našao, a koje su mogle uzrokovati takvu traumu. Kada na porod gledamo kao na nešto prirodno i fiziološko teško da ćemo pomisliti da bi netko mogao imati PTSP nakon njega. U posljednje vrijeme sve se više govori o ovom poremećaju i prepoznaje ga se kao psihički poremećaj koji može nastati i nakon ili uslijed poroda te se mogu pronaći istraživanja koja se bave PTSP-om nakon poroda. Iako nedovoljno istražen ili, bolje rečeno, u dobroj mjeri neprepozнат od strane

strukte, on je prisutan. Jedan od faktora koji utječe na doživljaj poroda kao traumatičnog iskustva je i interakcija s osobljem prisutnim na porodu. Stoga je nužno razumjeti što žene vide kao negativno iskustvo poroda i otežanu interakciju s osobljem, nevezano za specifične procedure koje se provode tijekom poroda (6). Istraživanja koja su do sada provedena bazirala su se na traumatične vrste poroda poput hitnog carskog reza i hitnih, po život opasnih stanja u porodu, odnosno na vrstu poroda, ne na ženine osjećaje vezane za porod bilo koje vrste i tijeka, jer što je nekoj ženi prihvatljivo (npr. bol) drugoj će stvoriti traumu (7). Sam porod ne mora biti uzrokom nastanka PTSP-a, već može biti okidač na već doživljenu traumu, poput obiteljskog nasilja, silovanja, gubitka djeteta, prethodnog pobačaja, prethodnog traumatičnog poroda i niza drugih traumatičnih događaja kojima je žena bila izložena tijekom života. Simptomi PP PTSP-a se obično javljaju tri do šest tjedana nakon poroda, a uključuju:

- anksioznost i panične napade,
- neželjeno ponovno proživljavanje traumatičnog iskustva, noćne more,
- izbjegavanje svega što je povezuje s porodom/traumom (odlazak liječniku, strah od bolnice),
- depresivnost i iritabilnost, napadi bijesa,
- poteškoće povezivanja s djetetom,
- poteškoće pri dojenju,
- strah od buduće trudnoće i poroda (mogući razlog traženja neinduciranog carskog reza kod žena koje su već rodile).

Simptomi nakon nekog vremena mogu sami od sebe nestati, ali ako oni potraju i ne prepoznaju se kao PP PTSP, te se ne pristupi liječenju, može doći do razvoja depresije, zlorabe opijata pa čak i suicida. Sve to kao i kod ostalih postpartalnih psihičkih poremećaja, dovodi do problema s povezivanjem s djetetom i brigom za njega, problema s partnerom, poremećaja u funkciranju obitelji te u svakom slučaju utječe na svakodnevni život. U tretmanu PP PTSP-a zlatnim standardom se smatra kognitivno bihevioralna terapija, a ostali suportivni psihološki tretmani mogu biti dodani. Medikamentoznu terapiju treba prepisati uzimajući u obzir stanje žene i okolnosti nastanka bolesti (6).

2. ZAKLJUČAK

Dolazak prinove u obitelj izaziva radost i veselje, ali donosi i veliku životnu promjenu za roditelje. Iako bi sam porod trebao biti najljepše iskustvo u životu jedne žene, mnoge se, nažalost, umjesto s veseljem i srećom zbog roditeljstva, susreću s nizom problema koje bez stručne pomoći ne mogu prevladati. Kroz ovaj rad vidjeli smo da i očevi mogu oboljeti od psihičkih poremećaja te da je i njima potrebna pomoć. Suočavajući se s takvim problemima

roditelji ne mogu ostvariti svoje željene roditeljske uloge. Stoga smatram da bi svi zdravstveni radnici uključeni u perinatalnu skrb za žene morali biti educirani iz područja komunikacije i psihosocijalnog procjenjivanja. Ono što se nameće kao veliki nedostatak u perinatalnoj skrbi je kontinuitet skrbi od strane iste osobe, te se događa da je ta skrb neu jednačena i fragmentirana na više osoba tijekom tog razdoblja. Primalje su, prema istraživanjima, zdravstvene djelatnice koje bi uz kontinuiranu skrb za žene mogle pridonijeti sveukupnom zdravlju trudnica, roditelja, babinjača i njihovih obitelji (8). U svijetu je normalno da su primalje uključene u antenatalnu skrb za žene, no u Hrvatskoj takva skrb ne postoji i žene su prepustene same sebi bez mogućnosti da svoje strahove i pitanja rasprave sa stručnom osobom. Najvažnija poruka ovog rada je da osoblje koje brine za ženu tijekom trudnoće, a osobito na porodu i nakon njega, mora znati da se trauma nalazi u ženi i da je ona ta koja doživljava porod, te da on nije onakav kakvim ga oni vide. Zbog toga trebamo biti iznimno pažljivi kako ne bismo ženino prepostavljenio najljepše iskustvo u životu pretvorili u patološko.

LITERATURA

1. Langdon. "Statistics on Postpartum Depression – Postpartum Depression Resources" [Internet]. [cited 2020 Nov 21]. Available from: <https://www.postpartumdepression.org/resources/statistics/>
2. Bunevicius A., Kusminskas L., Pop V. J., Pedersen C. A., Bunevicius R., "Screening for antenatal depression with the Edinburgh Depression Scale". *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2009, 30(4):238-43.
3. Degner D., "Differentiating between „baby blues“, severe depression, and psychosis". *BMJ.* 2017, 359:4692.
4. Langdon. "Causes of Postpartum Depression – Understanding Postpartum Depression" [Internet]. [cited 2020 Nov 21]. Available from: <https://www.postpartumdepression.org/postpartum-depression/causes/>
5. Letourneau N. L., Dennis C. L., Benzies K., Duffett-Leger L., Stewart M., Tryphonopoulos P. D. et al. "Postpartum depression is a family affair: Addressing the impact on mothers, fathers, and children". *Issues Ment Health Nurs.* 2012, 33(7):445-57.
6. Grekin R., Hara M. W. O., "Clinical Psychology Review Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder : A meta-analysis". *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2014, 34(5):389-401. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003>
7. BTA CONFERENCE 2 nd June 2005 An Introduction to Post Natal PTSD. 2005, (June).
8. Sandall J., Soltani H., Gates S., Shennan A., Devane D. "Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women". Vol. 2016, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2016.

Roditeljstvo i produženo dojenje

(PREGLEDNI RAD)

Barbara Finderle, bacc. obs., IBCLC

Hrvatska komora primalja

SAŽETAK

Znanstveno je dokazano da produljeno dojenje ima dobrobiti i za dijete i za majku, i dalje se često smatra da je dojenje nakon prve godine djetetova života „bezvrijedno“, a ponekad čak i štetno. Dojenje ima iznimno važnu ulogu u prevenciji i liječenju bolesti djece. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) ističe važnost dojenja barem do druge godine djetetovog života, a kasnije po želji majke i djeteta. U Republici Hrvatskoj je potrebno educirati javnost, ali i zdravstveni sustav o dobrobitima dojenja, a posebice o dobrobitima produljenog dojenja jer je upravo produljeno dojenje najviše stigmatizirano.

Ključne riječi: produženo dojenje, prehrana dojenčadi, Svjetska zdravstvena organizacija, majčino mlijeko

UVOD

U Hrvatskoj prevladavaju stavovi da je dojenje ispunilo svoju svrhu nakon godine dana djetetova života, te da nakon toga ne postoji dobrobit za dijete, odnosno da je mlijeko nakon toga „vodenasto“, „slabo“ i „bezvrijedno“. Svjetska zdravstvena organizacija preporuča početak dojenja neposredno po rođenju te isključivo dojenje u prvih šest mjeseci djetetova života uz postupno uvođenje dohrane uz nastavak dojenja do druge godine djetetova života i dulje. Isključivo dojenje podrazumijeva samo prehranu majčinim mlijekom uz eventualni dodatak liječnički propisanih vitaminskih pripravaka, a bez uvođenja ikakvih namirnica uključujući i vodu (WHO, 2003.). Ipak, prema rezultatima Međunarodne mreže za akciju u prehrani dojenčadi (IBFAN) 42% majki u Hrvatskoj prestaje s dojenjem već tri mjeseca nakon poroda, a nakon šestog mjeseca taj broj povećava se na čak 81%.

OBRADA TEME

Znanstvena istraživanja i globalne zagovaračke kampanje dovele su do sve veće pozornosti o utjecaju dojenja na zdravlje (Rollins i sur., 2016.). U mnogim razvijenim zemljama Europske unije, pa tako i u Hrvatskoj unatrag desetak godina učinilo se jako puno na promociji i zaštiti dojenja. U mnogim euroameričkim okruženjima međugeneracijsko znanje o dojenju je izgubljeno, postoji ograničena strukturalna ili sociokulturna podrška dojenju, a zamjene za mlijeko i dalje su primarni izvor prehrane tijekom djetinjstva (Hausman i sur., 2012.).

Dr. Irena Zakarija Grković, predsjednica Hrvatske udruge za promicanje dojenja u svom priopćenju za javnost iz lipnja 2020. godine navela je da je Republika Hrvatska na drugom mjestu među ocijenjenim europskim državama vezano za zaštitu, podršku i promicanje dojenja. Dodala je da imamo aktivno nacionalno Povjerenstvo za dojenje, usvojen Nacionalni program za zaštitu i promicanje dojenja, te da je provedena inicijativa „Rodilište – prijatelj djece“ u svim hrvatskim državnim rodilištima.

Također navodi da se u pogledu zaštite materinstva Hrvatska može pohvaliti brojnim pravima i zdravstvenim uslugama ženama, i u trudnoći i nakon poroda. To potvrđuje nedavno povišenje naknade tijekom porodiljskog dopusta. Veliki napredak u pogledu zaštite i promocije dojenja dogodio se u trenutku kada su se i u Hrvatskoj počele educirati certificirane IBCLC savjetnice za dojenje.

No ima i loših rezultata. Nema službenih smjernica za zaštitu prehrane dojenčadi i male djece tijekom krize, nedovoljno su zaštićene majke od neetičkog reklamiranja nadomestaka majčinog mlijeka, prerano se uvodi dohrana i raširena je uporaba boćica, usprkos njihovim rizicima. Također, veliki je izazov za Hrvatsku monitoriranje prakse prehrane dojenčadi i male djece, koje je sporadično i neu jednačeno. Prosječno trajanje dojenja u Europi iznosi 8,7 mjeseci dok u Republici Hrvatskoj je samo 5 mjeseci, a preporka Svjetske zdravstvene organizacije je 24 mjeseca. Svjetska zdravstvena organizacija preporuča početak dojenja neposredno po rođenju te isključivo dojenje u prvih 6 mjeseci djetetova života uz postupno uvođenje dohrane uz nastavak dojenja do druge godine djetetova života i dulje. Isključivo dojenje podrazumijeva isključivo prehranu majčinim mlijekom uz eventualni dodatak liječnički propisanih vitaminskih pripravaka, a bez uvođenja ikakvih namirnica uključujući i vodu (WHO, 2003.).

Unatoč tome, u Hrvatskoj prevladavaju stavovi da je dojenje ispunilo svoju svrhu nakon godine dana djetetova života, te da nakon toga ne postoji dobrobit za dijete, odnosno da je mlijeko nakon toga „vodenasto“, „slabo“ i „bezvrijedno“. Uobičajene predrasude vezane uz produženo dojenje su: da produženo dojenje dovodi do pretjerane povezanosti djeteta s majkom, da mama doji „zbog sebe“, da je to opasno za zube itd.

Ponekad se majci daju preporuke da nije potrebno više dojiti nakon što dijete pređe na konzumiranje krute hrane. Međutim, ova preporuka nije podržana istraživanjem. Istraživanja ukazuju na to da se u situacijama kada dojenčka djeca imaju povećani rizik od pothranjenosti, razlog tomu je neadekvatna dohrana ili obrnute uzročnosti (vjerojatnije je da će majka nastaviti dojiti dijete koje je bolesno ili slabo raste) (Kneidel S., 1990).

Ipak, dojenje i starijeg djeteta ima svoje prednosti u različitim aspektima njegova života. Majčino mlijeko je visoko vrijedan izvor nutrijenata i zaštita od bolesti tijekom cijelog perioda dojenja bez obzira na dužinu samog dojenja. Dojenje starijeg djeteta također igra važnu ulogu u prevenciji određenih bolesti. Majčino mlijeko sadrži puno antitijela tijekom cijelog perioda laktacije. Također se pokazalo da produženo dojenje ima pozitivan učinak na smanjenje razvoja alergija i astme u djece. Svako dijete će u svom tempu odlučiti kada mu takva vrsta zaštite i podrške više nije potrebna.

Ne smije se zaboraviti da dojenje za dijete, osim samog hranjenja, ujedno predstavlja i oblik ljubavi, utjehe i zaštite. Majčino mlijeko i dalje pruža značajne količine ključnih hranjivih sastojaka i nakon prve godine života, posebno proteina, masti i većine vitamina.

U drugoj godini (od 12 do 23 mjeseca), 448 ml majčinog mlijeka osigurava:

- 29% energetskih potreba
- 43% potreba za proteinima
- 36% potreba za kalcijem
- 75% potreba za vitaminom A
- 76% potreba za folatima
- 94% potreba za vitaminom B12
- 60% potreba za vitaminom C (Dewey, 2001.).

Što se tiče dobrobiti za majku i one su brojne. Dojenje pospješuje emocionalno povezivanje majke s djetetom i djeluje opuštajuće. Uspješno dojenje i kvalitetno rješavanje problema pri dojenju osnažuje majku i podiže joj samopouzdanje. Dojenje smanjuje rizik pojave poslije porođajne depresije, te smanjuje rizik od karcinoma dojke, karcinoma jajnika i karcinoma grlića maternice kao i mogućnost obolijevanja od osteoporoze.

Dojenje je besplatno, nema potrebe za kupovinom adaptiranog mlijeka, boćica, sterilizatora, dudica... što je velika ušteda za obitelj. Dojenje, također, omogućava znatne uštede u zdravstvu jer su dojena djeca i majke koje doje općenito boljeg zdravlja, što podrazumijeva manje troškove liječenja (brošura „Dojenje“, 2016.).

Nema dovoljno dokaza koji bi govorili u prilog tome da produženo dojenje stvarno stvara neku vrstu ovisnosti, te da djeluje štetno na psihološke i razvojne aspekte djeteta, kao što nema ni dokaza da pogoduje stvaranju karijesa u djece.

Prestanak dojenja trebao bi se dogoditi kada bilo koja strana u tom procesu, ili majka ili dijete, odluče da je vrijeme za prestanak tog prirodnog načina hranjenja djeteta.

Mnoga istraživanja govore u prilog produženom dojenju. U časopisu Pediatrics (Christensen i sur., 2020.) predstavljena je studija koja iznosi zaključke o povezanosti duljine dojenja i smanjene mogućnosti hospitalizacije djeteta zbog infekcija tijekom prve godine života. Za svaki dodatni mjesec dojenja, stopa hospitalizacije djece se smanjuje za 4%.

Rezultati temeljeni na najvećem randomiziranom ispitivanju ikad provedenom na području ljudske laktacije, pružaju snažne dokaze da dugotrajno i ekskluzivno dojenje poboljšava kognitivni razvoj djece (Kramer i sur., 2008.). Američka akademija obiteljskih liječnika navodi da djeca koja prestaju s dojenjem prije dvije godine života imaju povećani rizik od bolesti (Keistera D., 2008.).

Utvrđeno je da djeca koja doje između jedne i tri godine manje obolijevaju, bolesti kraće traju i niže su stope smrtnosti (Mølbak K., 1994.).

Oddy W. H. u svom članku navodi da kraće trajanje dojenja može biti prediktor ne-povoljnih ishoda mentalnog zdravlja tijekom razvojne faze djetinjstva i rane adolescencije. Dojenje manje od 6 mjeseci u usporedbi sa 6 mjeseci ili duže bilo je neovisni prediktor mentalnih problema tijekom djetinjstva pa sve do adolescencije. (Oddy W. H., 2010.).

Akademija medicine dojenja navodi da je dojenje izvan dojenačke dobi biološka norma. „Prosječna dob odbijanja od dojenja kreće se od šest mjeseci do pet godina. Tvrđe da je dojenje izvan dojenačke dobi štetno za majku ili dojenče nemaju apsolutno nikakvu medicinsku ili znanstvenu osnovu“, kaže Arthur Eidelman, dr. med., predsjednik Akademije za medicinu dojenja, dodavši: „Doista, istaknutije je pitanje štete koju nanose moderne prakse preranog odvikanja od dojenja“.

Globalna organizacija liječnika nadalje primjećuje da „ljudsko mlijeko sadrži hranjive sastojke, antitijela i tvari koje moduliraju imunološki sustav, a koje nisu prisutne u adaptiranim mliječnim formulama za dojenčad ili kravljem mlijeku“. Dulje trajanje dojenja, nadalje, je povezano sa smanjenim rizikom kod majki i to od raka dojke, raka jajnika, dijabetesa, hipertenzije, pretilosti i srčanog udara“. (The Academy of Breastfeeding Medicine, 2012.).

Kakva je situacija vezana za produženo dojenje u ostatku razvijenog svijeta?

Elizabeth Baldwin u svom članku „Extended Breastfeeding and the Law“ kaže: „Budući da naša kultura ima tendenciju promatrati dojku kao seksualni objekt, ljudima može biti teško shvatiti da je dojenje prirodan način skrbi za djecu“.

U zapadnim zemljama poput Sjedinjenih Američkih Država, Kanade i Velike Britanije, produženo dojenje je tabu tema. Teško je dobiti točne informacije i statistiku o produženom dojenju u tim zemljama zbog toga jer se mnoge majke srame dojenja i skrivaju da doje. Majke koje doje duže od socijalne norme ponekad skrivaju svoje postupke od svih, čak i vrlo bliskih članova obitelji i prijatelja“. (Baldwin E., 2001.).

U Sjedinjenim Američkim Državama bilo je nekoliko slučajeva kada su djeca oduzeta majkama od strane države jer su sudovi ili vladine agencije utvrdili da majčino produženo dojenje nije primjerno.

Tako je 1992. godine majka iz New Yorka izgubila skrbništvo nad djetetom na godinu dana.

Još je dojila dijete u dobi od tri godine i zabilježila je iskustva seksualnog uzbuđenja dok je dojila dijete.

Vlasti su joj oduzele dijete u strahu da bi ga majka mogla seksualno zlostavljati. Kasnije je agencija za socijalne usluge koja je preuzeila slučaj rekla da slučaj ima više razloga nego što bi se moglo objaviti novinarima zbog zakona o povjerljivosti, te je dijete vraćeno majci.

Dijete iz Illinoisa oduzeto je 2000. godine majci nakon što je sudac presudio da bi dijete moglo pretrpjeti emocionalnu štetu kao rezultat produženog dojenja. Dijete je kasnije vraćeno majci, a sudac je zaveo slučaj kao zanemarivanje.

Agencija za socijalnu službu u Coloradu oduzela je petogodišnje dijete majci jer je još uvijek dojila, ali sud je uskoro naložio da se dijete odmah vrati obitelji. (Baldwin E., 2001.). U Deklaraciji Innocenti, čiji je potpisnik i Hrvatska, piše:

„Kako bi se postigao globalni cilj – optimalno zdravlje i prehrana majki i djece, potrebno je omogućiti svim ženama da doje i svoj novorođenčadi da primaju isključivo majčino mlijeko prvih 4-6 mjeseci života. Nakon toga se djetetu počinje uvoditi i ostala hrana kao dodatak dojenju, sve do druge godine života ili kasnije. Ovaj se cilj može postići stvaranjem takvog okruženja u kojem će žene imati podršku i biti svjesne da mogu dojiti na ovaj način“. (Innocenti Declaration, 1990.).

Prema zaključcima Svjetske zdravstvene organizacije, umjereno povećanje stope dojenja moglo bi spriječiti do 10% svih smrtnih slučajeva djece mlađe od pet godina.



Neosporna je činjenica da dojenje igra ključnu, a ponekad i podcijenjenu ulogu u liječenju i prevenciji dječjih bolesti. Kako bismo pružili navedenu podršku svim ženama, potrebno je stvoriti okruženje u kojem će žena imati svu potrebnu psihičku i fizičku pomoć vezanu za dojenje, okruženje u kojem se neće osuđivati dojenje u javnosti ili dužina dojenja, te bi trebalo unaprijediti, zaštитiti i promovirati dojenje, a zdravstvene djelatnike, kao i širu javnost adekvatno educirati o dobropitima dojenja.

ZAKLJUČAK

Iako, prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije dojiti treba i do dvije godine starosti djeteta, produljeno dojenje je ipak na određeni način stigmatizirano u Hrvatskoj, te se ne podržava majke u njihovim željama vezanim uz prirodno hranjenje djeteta. Iako postoje dokazi da produljeno dojenje ima dobropiti i za dijete i za majku, i dalje se često smatra da je dojenje nakon prve godine djetetova života „bezvrijedno“, a ponekad čak i štetno. Stoga je potrebno educirati javnost, ali i zdravstveni sustav o dobropitima dojenja, a posebice o dobropitima produljenog dojenja jer je upravo produljeno dojenje najviše stigmatizirano. Dojenje bi se trebalo odvijati dok god majka ili dijete to žele, bez ikakvih osuda i stigmatiziranja. A majkama trebamo omogućiti i pomoći im u njihovom naumu vezanom za duljinu dojenja bez obzira na to koliko dugo to bilo. Kako bi se to moglo i ostvariti, prijeko je potrebno primjereno educirati zdravstvene djelatnike kako bi stekli znanja kako pomoći majkama ako je to potrebno.

LITERATURA

1. Brošura „Dojenje“, izdavač Udruga Roda, (2016.), [Internet], <raspoloživo na: file:///C:/Users/Barbara/Downloads/Bros_Dojenje_2015_web.pdf> [pristupljeno 22. 11. 2020.]
2. Baldwin E. N., „Extended Breastfeeding and the Law“, *Breastfeeding Abstracts*, 2001., 20 (3), 19-20.
3. Christensen N., Bruun S., Søndergaard J. et al., „Breastfeeding and infections in early childhood: a cohort study“. *Pediatrics*, 2020., 146(5):e20191892.
4. Dewey K. G., „Human Lactogenesis II : Mechanisms , Determinants and Consequences Maternal and Fetal Stress Are Associated with Impaired Lactogenesis in Humans 1“, *The Journal of Nutrition*, 2001.
5. Hausman B. L., Smith P. H., Labbok M. H., „Introduction: breastfeeding constraints and realities“. In: Smith P. H., Hausman B., Labbok M. H., editors. *Beyond health, beyond choice: breastfeeding constraints and realities*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2012., p. 1-11.
6. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding (1990.), [Internet], <raspoloživo na: https://www.unicef.org/nutrition/index_24807.html> [pristupljeno 22. 11. 2020.]
7. Keistera D., „Strategies for Breastfeeding Success“, AAFP, 2008.
8. Kneidel S., „Nursing Beyond One Year“, *New Beginnings*, Vol. 6 No. 4, July-August 1990., pp. 99-103.
9. Michael S., Kramer M. D., Frances Aboud Ph. D., Elena Mironova, M.Sc. et al., „Breastfeeding and Child Cognitive Development“, *New Evidence From a Large Randomized Trial*, 2008.
10. Mølbak K., „The etiology of early childhood diarrhea: A community study from guinea-bissau“, 1994.
11. Oddy W. H., „The Long-Term Effects of Breastfeeding on Child and Adolescent Mental Health: A Pregnancy Cohort Study Followed for 14 Years“, 2010.
12. Rollins N. C., Bhandari N., Hajeebhoy N., Horton S., Lutter C. K., Martines J. C. et al., „Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?“, *The Lancet*. 2016., 387:491-504.
13. World Health Organization. *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2003.



Sakaćenje ženskih spolnih organa

Martina Šebalj, bacc. obs., Opća bolnica Varaždin
e-mail: martina.sebalj1@gmail.com, mob: 095/8848-368

SAŽETAK

Sakaćenje ženskih spolnih organa podrazumijeva sve postupke djelomičnog ili potpunog odstranjenja vanjskih spolnih organa žena te sve druge ozljede nad ženskim spolnim organima iz nemedicinskih razloga. Ti postupci ostavljaju teške posljedice na seksualno, reproduktivno i psihičko zdravlje te narušavaju dostojanstvo žena. Do današnjeg dana genitalno sakaćenje je globalni problem kojem podliježe nekoliko milijuna žena godišnje. Postupak genitalnog sakaćenja nema zdravstvenih prednosti i ne provodi se iz religioznih razloga već se provodi tradicijski i iz socijalnih razloga. U sve više država svijeta provođenje tog iznimno štetnog postupka se zakonom zabranjuje no unatoč tome genitalno sakaćenje je i dalje rasprostranjeno. Predstavlja tešku povredu ljudskih prava i samo uz educiranje i podizanje svijesti može se smanjiti stopa tog postupka i očuvati zdravlje žena.

Ključne riječi: sakaćenje ženskih spolnih organa, genitalno sakaćenje, klitoridektomija, infibulacija

POVIJEST SAKAĆENJA ŽENSKIH SPOLNIH ORGANA

Točno porijeklo prakse sakaćenja ženskih spolnih organa nije poznato. Neki smatraju da potječe iz drevnog Egipta što podupiru pronalaskom genitalno sakaćenih mumija i to pet stoljeća prije rođenja Krista. Drugi, pak, smatraju da to potječe iz zapadne obale Crvenog mora te južnih i zapadnih država Afrike. Ta se praksa provodila i nad ženskim robovima u antičkom Rimu kao metoda prevencije spolnih odnosa i time trudnoće (1). Prema mišljenjima stručnjaka, praksa sakaćenja ženskih spolnih organa je počela iz tri razloga. Prvi je „čistoća“ žene prije braka, odnosno neprakticiranje spolnih odnosa. Osobe koje provode tu praksu smatraju da smanjenje seksualnog zadovoljstva štiti moralnost žena i pokazuje poslušnost i poštovanje potrebno za brak. Drugi razlog je ovjekovječenje nejednakosti između društvenih klasa. Obitelji su sakatile mlade žene u svrhu ukazivanja predanosti bogatim i poligamnim muškarcima u njihovoј zajednici. Treći razlog ove prakse je bilo mišljenje kako održava zdravlje žene i fetusa. Smatrali su kako poboljšava higijenu i šanse ostvarenja trudnoće. Također, bili su mišljenja kako dodir klitorisa može biti smrtonosan za dijete. Genitalno sakaćenje su isto tako provodili s ciljem očuvanja privlačnosti žena jer je bilo upražnjeno mišljenje da klitoris može rasti sve dok ne dosegne tlo (2).

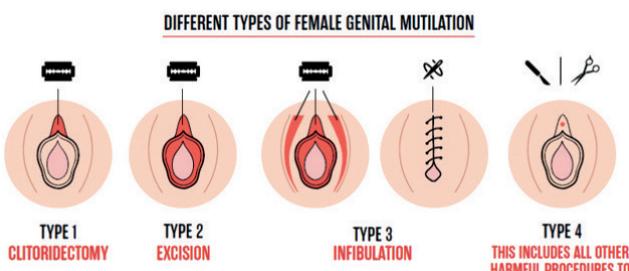
O klitoridektomiji se puno raspravljalo 1860-ih godina kada je doktor Isaac Baker primijetio kako žene koje boluju od epilepsije često masturbiraju. Zaključio je da masturbacija uzrokuje histeriju, nakon toga epilepsiju i smrt te da je jedini lijek za to klitoridektomija. Ta je teorija dobila mnoštvo negativnih povratnih informacija, no bilo je i onih koji su je prihvatali (3). Na kraju 19-og stoljeća Klitoridektomija u zapadnom društvu bila je korištena kao način kontroliranja određenih seksualnih praksi poput masturbacije, histerije i homoseksualnosti (1). Praksa klitoridektomije se među opstetričarima u SAD-u provodila sve do 1960-ih godina kao metoda kontroliranja ženske seksualnosti i zbog mišljenja kako nije na ženama da uživaju u spolnim odnosima već da samo ispunjavaju svoje bračne dužnosti (4).

SAKAĆENJE ŽENSKIH SPOLNIH ORGANA DANAS

Sakaćenje ženskih spolnih organa uključuje sve postupke djelomičnog ili potpunog odstranjenja vanjskih spolnih organa žena kao i sve druge ozljede na genitalnim organima iz nemedicinskih razloga. Postoje četiri vrste genitalnog sakaćenja:

- I. Klitoridektomija, odnosno djelomično ili potpuno odstranjenje glansa klitorisa (vanjski dio klitorisa) i/ili kože koja okružuje glans klitorisa.
- II. Ekscizija koja uključuje djelomično ili potpuno odstranjenje glansa klitorisa i malih stidnih usana uz moguće odstranjenje velikih stidnih usana.
- III. Infibulacija, odnosno sužavanje vaginalnog otvora stvaranjem pregrade. Ona se dobije rezanjem malih ili velikih stidnih usana i njihovim repozicioniranjem te se može učvrstiti šivanjem za koje se najčešće koristi trnje. Može uključivati odstranjenje glansa klitorisa i kože koja ga okružuje. Pregrada se s namjerom može rastvoriti kako bi žene mogle imati spolne odnose i rađati. Nakon rađanja pregrada se ponovno ušiva.
- IV. Uključuje sve druge štetne postupke nad ženskim spolnim organima iz nemedicinskih razloga (urezivanje, kauterizaciju, piercing) (5) (slika 1).

U praksi je često teško razlikovati koja se vrsta genitalnog sakaćenja dogodila zbog neravnomjernog odstranjenja tkiva i ožiljaka. Zbog toga bi se svaka žena pogodena tim postupkom trebala konzultirati s iskusnim doktorom i svakoj ženi bi se trebalo pristupati individualno (6).



Slika 1. Različite vrste genitalnog sakaćenja

Pretpostavke su da se sakaćenje ženskih spolnih organa u današnje vrijeme provodi nad tri milijuna žena godišnje, najviše u zapadnim, istočnim i sjeveroistočnim regijama Afrike, u nekim državama Bliskog istoka te Azije (5). Prva vrsta genitalnog sakaćenja se danas najčešće provodi u Etiopiji, Eritreji i Keniji; druga vrsta u državama zapadne Afrike kao što su Benin, Sierra Leone, Gambija i Gvineja; treća vrsta u Somaliji, sjevernom Sudanu, južnom Egiptu, a četvrta vrsta u sjevernoj Nigeriji (3). Danas se razlozi sakaćenja ženskih spolnih organa razlikuju među državama. Najčešće je to zbog:

- socijalne norme ili pritiska,
- straha odbacivanja od strane zajednice,
- smatra se obaveznim dijelom odrastanja i pripreme za brak,
- kao metoda smanjenja libida kod žena i time očuvanja djevičanstva do braka,
- odstranjenja „nečistih“ dijelova tijela i
- zbog tradicije, obnavljanja starih običaja (5).

Genitalno sakaćenje se može provoditi prilikom rođenja, u djetinjstvu, kod prve menstruacije, neposredno prije ulaska u bračnu zajednicu ili tijekom prve trudnoće. Za sam postupak se najčešće ne koristi nikakva anestezija niti analgezija. Rezanje tkiva se obavlja korištenjem škara, žileta, noževa ili komada slomljene stakla. Ti instrumenti su u većini slučajeva nesterilni i zbog toga su moguće mnoge komplikacije, kao i zbog provođenja postupka od osoba koje ne posjeduju medicinsko znanje (6). Zdravstveni radnici u nekim državama provode postupke genitalnog sakaćenja zbog mišljenja kako je sigurnije da oni to obavljaju za razliku od nestručnih osoba u nesterilnim uvjetima što Svjetska zdravstvena organizacija ne podržava (5). Po završetku postupka na ranu se nanose mješavine lijekovitog bilja s ciljem zaustavljanja krvarenja ili se nastavi sa šivanjem. Noge osobe se mogu svezati kako bi rana bolje zacijelila i mogu biti svezane danima, čak i tjednima. U danima nakon genitalnog sakaćenja obroci su svedeni na minimum kako bi se smanjila ili izbjegla defekacija koja može uzrokovati pritisak na ranu i time je rastvoriti (6). Sakaćenje ženskih spolnih organa ne pridonosi zdravlju, a može uzrokovati teške trenutne posljedice poput intenzivne боли, obilnog

krvarenja, oticanja tkiva, temperature, infekcije, problema s mokrenjem, sepse, šoka te smrti. Dugoročno gledano, može uzrokovati razne probleme:

- urinarne – bol pri mokrenju, infekcije urinarnog trakta,
- vaginalne – svrbež, bakterijske vaginoze, infekcije,
- menstrualne – bolne menstruacije, otežano otjecanje menstrualne krvi,
- seksualne – dispareuniju,
- povećava rizik od komplikacija tijekom poroda – produženi porod, otežani porod, veća mogućnost dovršetka poroda carskim rezom, nastanak fistula, fetalne patnje, reanimacije novorođenčeta te njegove smrti, pojačanog krvarenja u periodu babinja i
- ostavlja posljedice na psihičko zdravlje – depresija, anksioznost, postraumatski stresni poremećaj (5).

PRAVNI ASPEKTI SAKAĆENJA ŽENSKIH SPOLNIH ORGANA

Sakaćenje ženskih spolnih organa krši mnoga prava osobe poput zabrane diskriminacije, načela ravnopravnosti između muškaraca i žena, prava na najviši mogući standard zdravlja, zabrane mučenja te drugog okrutnog, nehumanog i ponižavajućeg postupanja i kažnjavanja. Najčešće se provodi nad maloljetnicama i to u dobi od 6 do 12 godina i time krši prava djece te pravo osobe na zdravlje, sigurnost i fizički integritet kao i pravo na život kada takav postupak rezultira smrtnim ishodom (7).

UNFPA i UNICEF su započeli 2007. godine zajednički program o zabrani sakaćenja ženskih spolnih organa kako bi ubrzali postupak napuštanja te prakse. Svjetska zdravstvena organizacija je 2010. godine objavila strategiju o napuštanju provođenja genitalnog sakaćenja koju su provodili zdravstveni djelatnici koji su smatrali da je sigurnije da oni obavljaju postupak nego neka druga osoba u nesterilnim uvjetima. Opća skupština Ujedinjenih naroda je 2012. godine usvojila odluku o zabrani prakse sakaćenja ženskih spolnih organa, no unatoč tome ona se i dalje provodi u 29 država (5). U Hrvatskoj genitalno sakaćenje predstavlja kazneno djelo za koje slijedi kazna, od šest mjeseci do pet godina zatvora, dok za poticanje na to djelo ili pomaganje u njemu slijedi kazna zatvora do tri godine. U slučaju da je to učinjeno iz mržnje, prema djetu ili bliskoj osobi, kazna je zatvor od jedne do osam godina (7).

ZAKLJUČAK

Sakaćenje spolnih organa je prisutno već tisućama godina i do danas je praksa koja se u nekim državama provodi rutinski i na dnevnoj bazi. Ostavlja velike posljedice na zdravlje žena te dovodi njihove živote u opasnost. Predstavlja veliku povredu ljudskih prava i dostojanstva žene. Kao posljedica imigracije stanovništva, žene koje su doživjele genitalno sakaćenje su prisutne u cijelome svijetu. Zbog toga je bitno educirati sve zdravstvene djelatnike o sakaćenju ženskih spolnih organa i posljedicama koje ostavlja kako bi mogli voditi kvalitetnu i sveobuhvatnu brigu o ženama koje su podlegle toj praksi.

LITERATURA

1. Andro A., Lesclingand M., „Female Genital Mutilation. Overview and Current Knowledge“, Population, 2016., 71(2):215-296.
2. Ross C. T., Strimling P., Erickson K. P., Lindenfors P., Mulder M. B., „The Origins and Maintenance of Female Genital Modification across Africa“, Human Nature, 2016., 27(2):173-200.
3. Gruenbaum E., „The Female Circumcision Controversy: An Anthropological Perspective“, Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2001.
4. Llamas J., „Female Circumcision: The History, the Current Prevalence and the Approach to a Patient“, 2017.
5. WHO, (2020), „Female genital mutilation“. [Internet], raspoloživo na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation> (pristupljeno 25. 2. 2021.)
6. Marshall J., Raynor M., „Female genital mutilation/genital cutting/ female circumcision in Myles Text book for Midwives“, Elsevier, 2014., 16:314-317.
7. Herceg Pakšić B., Jakopović E., „Sakaćenje ženskih spolnih organa: pojavnii oblici, medicinska obilježja i kaznenopravna regulacija“, Pravni vjesnik, 2015., 31(2), 211-229.

Stopa maloljetničkih trudnoća kao indikator kvalitete spolnog i reproduktivnog zdravlja mladih

*Suzana Haramina, bacc. obs., Hrvatska komora primalja
e-mail: suzana.haramina@gmail.com*

SAŽETAK

Nedostatak znanja o kontracepciji, želja za održavanjem veza među mladima, nedostatak pouzdanih osoba za razgovor i pogrešne informacije o nuspojavama kontracepcije navode se kao glavni uzročnici neplaniranih trudnoća među maloljetnicama. Mnoga istraživanja naglašavaju potrebu za intervencijama koje se ne usredotočuju samo na unapređenje znanja o spolnom i reproduktivnom zdravlju, već uključuju i bolju dostupnost kontracepciji među maloljetnicima i mladima.

UVOD

Spolno prenosive bolesti, neželjene maloljetničke trudnoće, alkoholizam, konzumacija ostalih supstanci ovisnosti, socijalni slučajevi i spolno zlostavljanje globalni su javno zdravstveni problemi, a rad na njihovoj prevenciji temeljni je preduvjet očuvanja reproduktivnog zdravlja žena u zrelijoj dobi. Razne su socijalne i ekonomske koristi društva koje kontinuirano provodi spolni odgoj u školama. Primarni su ciljevi spolnog odgoja kroz proces obrazovanja pružiti pojedincima potrebne informacije, motivirati ih na promjene vještina i ponašanja kako bi se izbjegli negativni ishodi

i unaprijedilo spolno i reproduktivno zdravlja mladih. U tom pogledu, široko utemeljeno obrazovanje o spolnom zdravlju u školama može imati značajan pozitivan utjecaj na zdravlje i dobrobit cijele zajednice. Suprotno tome, zanemarivanje provođenja takvog obrazovanja može imati značajne socijalne i ekonomske posljedice.

Ključne riječi: maloljetnička trudnoća, spolno zdravlje, reproduktivno zdravlje

RAZRADA TEME

Maloljetničke trudnoće predstavljaju javno zdravstveni problem gotovo podjednako u zemljama u razvoju kao i u razvijenim zemljama. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) u zemljama u razvoju rodi 12 milijuna djevojčica u dobi od 15 do 19 godina i najmanje 777.000 djevojčica mlađih od 15 godina. U tim zemljama među maloljetnicama u dobi od 15 do 19 godina svake godine dogodi se najmanje 10 milijuna nenamjernih trudnoća (1). Rezultati istraživanja kojim se utvrdila stopa trudnoća i njihovih ishoda (porođaja i pobačaja) među maloljetnicama od 15 do 19 godina i 10 do 14 godina, među 21 državom s potpunim statističkim podacima, govore da

je stopa trudnoća među maloljetnicama od 15 do 19 godina bila najviša u Sjedinjenim Američkim Državama (57 trudnoća na 1.000 žena), a najniža u Švicarskoj (8 trudnoća na 1.000 žena). Stope su bile veće u nekim bivšim sovjetskim zemljama, Meksiku te zemljama subsaharske Afrike. Među zemljama s potpunom statistikom, najveća stopa trudnoća kod djevojčica od 10 do 14 godina bila je u Mađarskoj. Udio pobačaja kretao se od 17% u Slovačkoj do 69% u Švedskoj (2).

Nadalje, komplikacije tijekom trudnoće i porođaja vodeći su uzrok smrti djevojčica u dobi od 15 do 19 godina u svijetu. Maloljetnice koje odluče zadržati trudnoću i roditi suočene su s većim rizicima od eklampsije, puerperalnog endometritisa i sistemskih infekcija u odnosu na žene u dobi od 20 do 24 godine (1). Kod mladih maloljetnica češće dolazi do distocije u porodu, nastanka fistula, prijevremenih poroda te rađanja novorođenčadi s niskom porodnom masom u odnosu na starije žene (3).

Među djevojkama u dobi od 15 do 19 godina od 5,6 milijuna pobačaja koji se svake godine izvedu njih čak 3,9 milijuna naprave se na nesiguran način (1). Nestručno izvedeni pobačaji znatno pridonose mortalitetu, morbidiitetu i trajnim zdravstvenim problemima.

Maloljetničke trudnoće nisu samo medicinski problem, već i problem spolnog odgoja mladih, javnog zdravstvenog sustava, obitelji i cijele zajednice. One su povezane s nedostatnim znanjem o kontracepciji, lakoj dostupnosti alkohola i ostalih supstanci, upuštanjem u razne avanture koje mogu ostaviti značajan trag na fizičko i mentalno zdravlje maloljetnica. Kao socijalno demografske, spolne i reproduktivne zdravstvene varijable povezane s incidencijom maloljetničkih trudnoća među studenticama navode se život s partnerom i nedostatne informacije o spolnim odnosima i kontracepciji iz obiteljskog okruženja (4).

Zdravstveni odgoj, razgovor o tjelesnim promjenama, spolnim odnosima, o kontracepciji i u ovo suvremeno doba su na našim prostorima i nadalje tabu teme. Često zaštitnički nastrojeni roditelji pokušavaju izbjegći ovakve teme, misleći da su njihova djeca nespremna za takve razgovore. Između ostalog, snažan utjecaj na spoznaje mladih ostavlja i opredijeljenost vjerskoj zajednici. Uslijed užurbanosti života može se reći da je rast i razvoj današnje mladeži puno napredniji i brži. Današnji maloljetnici poprimaju tjelesne osobine odraslih osoba brže u odnosu na prijašnje generacije. Ranije postaju reproduktivno zreli, ranije stupaju u spolne odnose i vrlo često se događa da budu izloženi krivim informacijama, da se na upite za svoja normalna, radoznala, mlađenčka pitanja javljaju krivim i nestručnim osobama, pomoći traže na društvenim mrežama, među svojim vršnjacima, i malo je vjerojatno da će na takav način dobiti točne informacije. S druge strane je realnost. Ona na žalost govori da maloljetnici ma prave informacije nisu lako dostupne. Pogleda li se broj dostupnih savjetovališta za mlade, preopterećenost

ginekologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, realno vrijeme koliko traje jedan pregled ili savjetovanje u ginekološkoj ordinaciji, visoke cijene kod privatnika nije za čuditi da maloljetnice kucaju na pogrešna vrata. Svaki dolazak maloljetnice u hitne ginekološke ambulante, naročito ako u njenoj pratinji nisu roditelji, treba shvatiti kao vapaj za pomoći bez obzira na razlog dolaska.

Kao posljedica loše informiranosti i nedovoljne edukacije dolazi do pojave maloljetničke trudnoće i rasprostranjenosti spolno prenosivih bolesti. Maloljetničke trudnoće su najčešće, barem na ovim prostorima, neplanirane. Kao takve predstavljaju rizik za mladi i nedovoljno razvijeni organizam i u fizičkom i u psihičkom pogledu. Maloljetničke trudnoće uz zdravstvene, tjelesne i psihičke, prate i socijalne poteškoće zbog nezrelosti i spremnosti za roditeljsku ulogu mladog para ili češće samohranih majki te izostanak podrške bliže i šire zajednice. Socioekonomski ishodi trudnoća maloljetnica i roditeljstvo su složeni procesi i ne može se prosuđivati samo kroz prizmu pojmove uzroka i posljedica. Međutim, za pretpostaviti je da, posebno za mlađe maloljetnice, neželjena trudnoća i rađanje djeteta imaju socijalne i ekonomske posljedice ne samo za nju već i za obitelj kao i užu i širu društvenu zajednicu. O maloljetničkim trudnoćama se stoga često raspravlja u javnosti, ali po mišljenju autora ovog rada ne i dovoljno. Međutim, trendovi stopa maloljetničkih trudnoća na globalnoj i nacionalnoj razini bude interes i posebno su zanimljive ne samo zdravstvenim djelatnicima već i nastavnicima, odgajateljima, socijalnim radnicima, istraživačima kao i političarima te donositeljima zakona i podzakonskih akata iz nekoliko razloga. Oni uključuju prije svega povezanost između socioekonomskih čimbenika i učestalosti maloljetničkih trudnoća bez obzira na ishod trudnoće (5). Nadalje uvid u stopu maloljetničkih trudnoća ujedno može biti i dobar indikator spolnog i reproduktivnog zdravlja maloljetnica (6). Što se tiče stope maloljetničkih trudnoća kao pokazatelja spolnog i reproduktivnog zdravlja maloljetnika, pretpostavlja se da je većina tih trudnoća neplanirana i da takvi trendovi stoga odražavaju opseg u kojem mlade žene imaju sposobnost nadzora nad svojim spolnim i reproduktivnim zdravljem što je usko povezano sa spoznajama o spolnom i reproduktivnom zdravlju i njihovoj primjeni prilikom stupanja u spolne odnose. Za vjerovati je da će u budućnosti trendovi opadanja stope maloljetničkih trudnoća biti odraz veće i učinkovitije primjene kontracepcije, boljeg pristupa uslugama koje štite reproduktivno zdravlje, promjenama i kvalitetnijem obrazovanju o spolnom i reproduktivnom zdravlju kao i promjeni socijalne norme u smjeru koji pruža veću podršku mladih žena za ostvarivanje reproduktivnog izbora.

Maloljetničke trudnoće koncipirane su kao socijalni problem koji zahtijeva nadasve maksimalno učešće u prevenciji svih dionika, a ne samo maloljetnika (7). Rezultati istraživanja dokazuju da dobro razvijen program

obrazovanja o spolnom i reproduktivnom zdravlju čiji je jedan od ciljeva primjena kontracepcije, a samim time i prakticiranje sigurnih seksualnih postupaka mogu imati pozitivan utjecaj na ponašanje maloljetnika (8).

ZAKLJUČAK

Neželjene maloljetničke trudnoće globalni su javno zdravstveni problem, a rad na njihovoj prevenciji temeljni je preduvjet očuvanja reproduktivnog zdravlja žena u zrelijoj dobi. Stopa spolno prenosivih bolesti i maloljetničkih trudnoća može poslužiti kao indikator kvalitete spolnog i reproduktivnog zdravlja maloljetnica, a postoje čvrsti dokazi da dobro razvijeni programi i sveobuhvatna edukacija mladih o spolnom i reproduktivnom zdravlju mogu značajno smanjiti broj neželjenih trudnoća i spolnog rizičnog ponašanja. Dostupnost visokokvalitetnih programa zdravstvenog obrazovanja u školama ima potencijal koji doprinosi pozitivnom utjecaju na zdravlje mladih te značajnoj socijalnoj i ekonomskoj koristi u čitavoj društvenoj zajednici.

LITERATURA

1. World Health Organization. Adolescent pregnancy, [Internet], <raspoloživo na: who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>, [pristupljeno: 19. 10. 2020.]
2. Sedgh G., Finer L. B., Bankole A., Eilers M. A., Singh S. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: Levels and recent trends. *J Adolesc Heal* 2015., 56(2):223-30, [Internet], <raspoloživo na: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.007>> [pristupljeno: 19. 10. 2020.]
3. Campbell B., Martinelli-Heckadon S., Wong S.. UNPFA State of the World's Population. Motherhood in Childhood. UNFPA State World Popul, 2013., ii-116, [Internet], <raspoloživo na: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP2013-final.pdf>> [pristupljeno: 19. 10. 2020.]
4. Canavarro M.C., Silva N., Diniz E., Pereira M., Koller S.H., Pires R., Sociodemographic, sexual, and reproductive variables associated with pregnancy among adolescents from low socioeconomic background. *J Community Psychol*, 2020., 48(6):1732-50. [Internet], <raspoloživo na: <https://doi.org/10.1002/jcop.22364>> [pristupljeno: 19. 10. 2020.]
5. Darroch J., Frost J. J., Singh S., „Teenage sexual and reproductive behavior in developed countries. Guttmacher Occas Rep.“, 2001., 3:1-120.
6. Avery L., Lazdane G., What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2008., 13(1):58-70. [Internet], <raspoloživo na: <https://doi.org/10.1080/13625180701617621>> [pristupljeno: 19. 10. 2020.]
7. McKay A., Barrett M., „Trends in teen pregnancy rates from 1996-2006: A comparison of Canada, Sweden, U.S.A. and England/Wales“. *Can J Hum Sex*. 2010., 19(1-2):43-52.
8. Public Health Agency of Canada. Canadian Guidelines for Sexual Health Education (Archived), 2009., 13:129-41. [Internet], <raspoloživo na: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cgshe-ldnemss/index-eng.php>> [pristupljeno: 19. 10. 2020.]

Oksitocin i ljudska seksualnost

*Suzana Haramina, bacc. obs., Hrvatska komora primalja
e-mail: suzana.haramina@gmail.com*

SAŽETAK

Oksitocin i njegovo lučenje povezan je neraskidivim lancima s ljudskom seksualnošću. Neupitan je značaj ovog malog peptida od prve interakcije između muškarca i žene, kao i u ostalim vezama, stvaranja osjećaja povezanosti, sigurnosti i zaljubljenosti pa sve do seksualnog uzbuđenja, doživljavanja orgazma i razrješenja kao i neraskidivog povezivanja s potomcima kroz trudnoću, porod i laktaciju. Žene tijekom seksualnog uzbuđenja luče više razine oksitocina od muškaraca, a oksitocin je jednako važan i za psihološko seksualno uzbuđenje kod žena.

UVOD

Oksitocin je hormon i neurotransmiter koji je najpoznatiji po ulogama koje ima u reprodukciji žena. Oksitocin pripada skupini neuropeptidnih hormona čiji nastanak regulira hipotalamus. Samo 1% ukupnog volumena mozga otpada na hipotalamus koji ima ključnu ulogu u emocijama i motivacijama. Oksitocin nastaje putem niza biokemijskih pretvorbi

u prednjem režnju hipotalamusa, u neurosekrecijskim neuronima, a putem hipofize se otpušta u krvotok (1). Oksitocin ima važnu ulogu u drugom porodnom dobu (2), kao i u laktogeničkom refleksu tijekom dojenja (3,4). Međutim, dostupna su brojna istraživanja čiji rezultati govore o ulozi oksitocina u različitim ponašanjima ljudi. Smatra se da je oksitocin svojim djelovanjem uključen u brojne fiziološke funkcije poput seksualne aktivnosti, erekcije penisa, ejakulacije, orgazma, trudnoće, kontrakcija maternice, refleksu opuštanja mlijeka, ponašanja majke, društvenoj povezanosti, stresu i vjerovatno mnogim drugim (5). Također je povezan s empatijom i povjerenjem. Carter navodi da oksitocin sudjeluje u raznim aspektima reprodukcije koji uključuju i seksualno ponašanje. Oksitocin i oslobađanje oksitocina mogu imati bihevioralne učinke tijekom seksualnog uzbuđenja, orgazma i drugih aspekata socioseksualnih interakcija (6). Oksitocin igra i značajnu ulogu u reproduktivnom ponašanju sisavaca kao i realizaciju veze u parovima i njihovoj seksualnosti (7). Rezultati istraživanja upućuju da se oksitocin povećava

tijekom seksualne uzbudjenosti (8) i orgazma (9). Lučenje ovog hormona najintenzivnije će djelovati na amigdalu koja je limbička moždana struktura smještena u temporalnom režnju i osnovni centar za strah u mozgu. Lučenje oksitocina djeluje na centar za strah. Posljedično se smanjuje osjećaj napetosti, nervoze, neizvjesnosti i straha. Kako se smanjuje reakcija na strah povećava se otvorenost za nova iskustva. Ublažavanjem straha od stvaranja i stupanja u nove odnose s pojedincima smanjuje se otuđenost, samoća i izoliranost.

Svrha ovog rada je prikazati neke poznate činjenice o ulozi oksitocina u seksualnom ponašanju žena i muškaraca.

Ključne riječi: oksitocin, seksualnost, hormoni, reproduktivno ponašanje

OKSITOCIN I LJUDSKA SEKSUALNOST

Kroz seksualnu energiju moguće je dodatno povezivanje s drugom osobom zahvaljujući oksitocinu. Lučenje oksitocina u mozgu kod oba spola može izazvati osjećaje privrženosti, nježnosti i zadovoljstva. Zato se oksitocin ponekad naziva i „hormonom ljubavi“, jer se razina oksitocina povećava tijekom prisnosti, grljenja i orgazma. Istraživači su potvrdili da su ljudi u prvim fazama romantične veze imali više razine oksitocina u usporedbi s nevezanim samcima i razine oksitocina su se održavale najmanje pola godine (10). Hormon oksitocin opisan je kao važna sastavnica složenog neurokemijskog sustava koji omogućuje tijelu da se prilagodi vrlo emotivnim situacijama (11). Jedan od pregleda istraživanja sugerira da oksitocin ima značajan utjecaj na „prosocijalno ponašanje“ i emocionalne reakcije. Stoga ne čudi da doprinosi opuštanju, pobuđuje osjećaj zadovoljstva, mira, sigurnosti, stvaranju povjerenja i psihološkoj stabilnosti (12,13). Opuštanje endogenog oksitocina iz hipofize u krvotok potiču spolni podražaji poput grljenja, dodirivanja i stimulacije genitalija i bradavica kod oba spola, a razina u plazmi korelira s razinom uzbudjenosti i lubrikacije, s najvišom razinom tijekom orgazma (14). Oslobađanjem endogenog oksitocina dolazi do inhibiranja reakcija na strah u amigdali koja sadrži značajan broj receptora oksitocina. Tako oksitocin djeluje kao anksiolitik (15). Levin je zaključio da oslobađanje endogenog oksitocina iz mozga tijekom intimnog dodirivanja ili seksualne aktivnosti s partnerom ima vitalnu ulogu u seksualnoj monogamiji kod muškaraca i žena (16). Dokazao je da podraživanje bradavica/dojka uzrokuje ili pojačava seksualnu uzbudjenost u otpriklike 82% mladih žena i 52% mladića, a samo 7-8% njih je izjavilo da je stimulacija smanjila njihovo uzbudjenje.

Žene obično imaju višu razinu oksitocina u odnosu na muškarce (17). Razina oksitocina u plazmi kod žena mijenja se tijekom mjesecnog ciklusa. Nakon završetka menstruacije koncentracija raste, doseže maksimum tijekom ovulacije te u drugoj fazi ciklusa pada i spušta se na najniže vrijednosti (18,19). Također je utvrđeno da

koncentracija oksitocina raste tijekom spolnog odnosa (20). Dva rada Marie Carmichael i suradnika govore o povećanju razine oksitocina u trajanju od nekoliko minuta sa samo-stimuliranim orgazmom kod muškaraca i kod žena. Razina oksitocina u cirkulaciji raste tijekom seksualnog uzbudjenja i znatno premašuje početnu razinu tijekom orgazma. U istom istraživanju otkriveno je da kod muškaraca koncentracija oksitocina može porasti tijekom vizualne stimulacije dok je kod žena potrebna vaginalna stimulacija. S obzirom na to da oksitocin utječe na kontrakciju mišića u spolnim organima, razvidno je da taj mehanizam pomaže u ejakulaciji kao i kontrakciji maternice koja je važna za postizanje efikasnosti oplodnje (21,22). Murphy i suradnici serijskim vadnjem i analizom krvnih uzoraka došli su do zaključka da se vrijednost oksitocina nije značajno povećala od početne tijekom uzbudjenja, ali je bila značajno povišena nakon ejakulacije (17). Blaicher i suradnici testirali su dvanaest zdravih žena mjerenjem razine oksitocina u serumu prije i nakon seksualne stimulacije. Vrijednosti oksitocina minutu i pet minuta nakon orgazma bile su značajno veće od početnih razina (9). Istraživanja potvrđuju da oksitocin igra glavnu ulogu u ljudskom spolnom odgovoru, i u neuroendokrinoj funkciji, i u postkoitalnom ponašanju (9). Naredno istraživanje mjerilo je porast oksitocina u slini prilikom seksualnog uzbudjenja. Rezultat ukazuje da se vršne razine oksitocina postižu deset do petnaest minuta nakon spolne aktivnosti (18). Neka od istraživanja potvrđuju da i samo izlaganje seksualnim podražajima, kao što su gledanje erotskih materijala, slušanje erotske audio priče, dovode do značajnog porasta oksitocina u slini žena (19). U svom istraživanju Pfaus i suradnici sugeriraju da endogeni oksitocin nije visok prije početka seksualne aktivnosti te da nije glavni pokretač seksualnog nagona i želje koji prethode pokretanju seksualne aktivnosti. Zaključuju da razina endogenog oksitocina raste nakon što žena dobije odgovarajuću stimulaciju i počne uživati u seksualnoj aktivnosti (20). Veening i suradnici došli su do zaključka da prisutnost receptora oksitocina na ženskim i na muškim spolnim organima ukazuje da oksitocin pomaže u pripremi tijela prije spolnog odnosa povećanjem lubrikacije kod žena i erekcije kod muškaraca (7). Više koncentracije oksitocina otpuštene uslijed stimulacije bradavica ili genitalija ukazuju da njegovo oslobađanje tijekom „predigre“ može znatno unaprijediti kvalitetu i zadovoljstvo samim spolnim odnosom (13). Veće koncentracije oksitocina u plazmi pronađene su kod zaljubljenih i tijekom tranzicije u roditeljstvo. Studija kojom su se pratile snimke magnetske rezonance na deset žena i sedam muškaraca potvrđuje da su područja mozga koja sudjeluju u stvaranju romantične povezanosti bogata receptorima oksitocina (21). Isti se dijelovi mozga aktiviraju kod parova koji su nedavno postali roditelji i zaljubljenih u duljim romantičnim vezama (13). Postoje veze između subjektivnih iskustava i fizioloških odgovora tijekom seksualnih aktivnosti. Žene i muškarci

razlikuju se u moždanim strukturama i kemijskim putovima koji upravljaju seksualnošću. Spolno ponašanje ljudi dio je međuljudskih odnosa i kognitivno je posredovano. Hiller u svom radu naglašava da oksitocin i vazopresin, imaju vitalnu ulogu u preferencijama i kopulaciji partnera. Oksitocin je nužan za subjektivno zadovoljstvo tijekom uzbuđenja i orgazma kod obaju spolova, dok se vazopresin oslobađa samo tijekom muške uzbuđenosti (22).

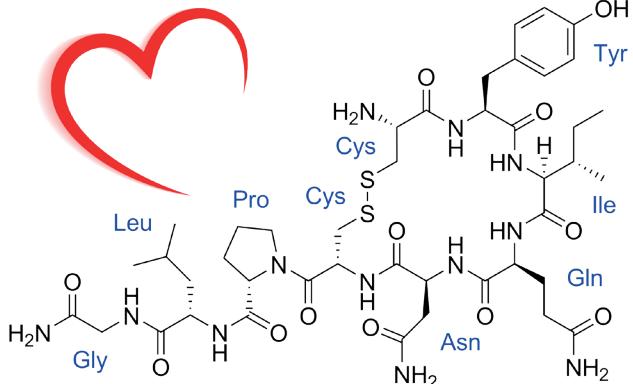
Postpartalni gubitak seksualne želje, uzbuđenje i orgazam praćeni su u mnogim studijama. Promjene u seksualnom obrascu mogu persistirati godinu pa i do nekoliko godina nakon poroda (23,24). Promjene spolne funkcije kod žena nakon poroda ne proizlaze samo zbog fizičkih promjena, već i zbog psiholoških i neuroendokrinskih promjena tijekom i nakon poroda. Jedno od istraživanja ukazuje na promjene u prefrontalno-limbičkom sustavu, uključujući amigdalu koja je odgovorna za receptore oksitocina, sugerirajući da amigdala smanjeno reagira na seksualne slike i podražaje u žena nakon poroda (25). Druga pretpostavka je da hipotalamus ne otpušta očekivane količine endogenog oksitocina tijekom seksualnih aktivnosti kod žena nakon poroda, što smanjuje seksualnu želju kod samih žena što su i same uočile (26). Zaključno, svi čimbenici koji na bilo koji način ometaju opuštanje endogenog oksitocina istovremeno mogu uzrokovati seksualnu disfunkciju u žena nakon poroda.

Ako oslobođanje oksitocina zapravo pomaže u održavanju i jačanju seksualnog uzbuđenja i ponašanja za očekivati je da bi eksperimentalna primjena oksitocina mogla dovesti do povećanog spolnog uzbuđenja kod osoba koje imaju seksualne probleme. Neke su studije testirale ovu hipotezu (27, 29). U studijama je korišten intranasalni oksitocin koji prelazi krvno-moždanu barijeru i lokalizira hormon u mozgu (30). Burri i suradnici (27) ispitivali su utjecaj intranasalne primjene oksitocina naspram placebo te pratili ponašanja muškaraca tijekom uzbuđenja i masturbacije. Ispitanici su primili dozu intranasalnog oksitocina. Potom su pogledali erotski film i naputak da masturbiraju do orgazma. U ovom slučaju intranasalna primjena oksitocina dovela je do povisene razine oksitocina u plazmi, ali bez učinka (u odnosu na placebo skupinu) na seksualno uzbuđenje ili ponašanje. Isto vrijedi i za žene (27), odnosno intranasalna primjena oksitocina nije povećala seksualno uzbuđenje, orgazam ili neke fiziološke parametre poput vaginalnog vlaženja. Izvještaj slučaja koji su referirali Anderson-Hunt i Dennerstein ukazao je na obilni vaginalni transudat i naknadnu intenzivnu seksualnu želju dva sata nakon upotrebe intranasalnog oksitocina (29). Međutim, rezultat ove studije ne može se generalizirati na cijelu populaciju s obzirom na to da je proučavana samo jedna žena. Treba napomenuti da nijedan dokaz u literaturi ne podržava upotrebu sintetičkog nazalnog oksitocina u rješavanju spolne disfunkcije kod žena (31, 32).

Neka istraživanja koja su uključivala žene s poteškoćama u orgazmu potvrđuju ulogu oksitocina u doživljavanju vrhunca. Cilj istraživanja Carusa i suradnika (33) bio je

procijeniti razinu oksitocina u serumu prije i nakon spolnog odnosa kod žena pogođenih anorgazmijom. Uzorak je činilo 15 žena koje nisu doživljavale orgazam i 16 orgazmičnih žena. Razine serumskog oksitocina izmjerene su prije spolnog odnosa i pet minuta nakon koitus-a. Anorgazne žene izvijestile su o neugodnom seksualnom iskustvu te su bile pod stresom, dok je skupina žena koje doživljavaju orgazam bila u potpunosti zadovoljna svojom seksualnom aktivnošću. Među ženama bez poteškoća s orgazmom, orgazam je povezan sa značajnim povećanjem oksitocina u plazmi što nije bio slučaj za žene s poteškoćama u orgazmu. Čak i kad su ove žene postigle orgazam, razine oksitocina nakon orgazma nisu se značajno razlikovale od početnih razina prije spolnog odnosa. Osim toga početne razine oksitocina u plazmi prije spolnog odnosa bile su znatno niže od razina oksitocina kod žena bez poteškoća u postizanju orgazma. Međutim, nije otkriveno jesu li te razlike u opuštanju oksitocina uzroci ili posljedica poteškoća s orgazmom. Nekoliko eksperimentalnih studija pokušalo je pronaći odgovor na ovo pitanje ispitivanjem učinka intranasalne primjene oksitocina na iskustvo samog orgazma. Tako je dokazano da intranasalna primjena oksitocina povećava intenzitet orgazama kod žena (28), dok rezultati druge studije provedene u kućnim uvjetima govore da je primjena intranasalnog oksitocina bila povezana s intenzivnjim orgazmima samo kod muškaraca (31). Oksitocin je također proučavan zbog njegove uloge u seksualnom razrješenju nakon orgazma. Nakon spolnog odnosa potrebno je oko pola sata da se razine oksitocina nakon orgazma vrate na početnu razinu (18). Behnia i suradnici otkrili su da su muškarci kojima je dana intranasalna doza oksitocina prije seksualne interakcije bili nakon spolnog odnosa seksualno siti te da nisu pokazivali želju za novom seksualnom stimulacijom (31). Učinak primjene nazalnog oksitocina kod žena očitao se kroz smanjenu napetost nakon orgazma (31).

Nadalje, jedno od najnovijih istraživanja govori o ovisnosti o seksu ili hiperseksualnom poremećaju. Studija naglašava ulogu oksitocina u razvoju hiperseksualnog poremećaja odnosno radi se o oštećenoj sposobnosti organizma da regulira hormon oksitocin (34). Kao što je ranije rečeno seksualna aktivnost potiče oslobođanje oksitocina i igra ulogu u orgazmu i erekciji. Autori ove studije željeli su istražiti epigenetski regulatorni mehanizam koji stoji iza hiperseksualnog poremećaja. Metilacija DNA može utjecati na ekspresiju i funkciju gena i obično djeluje na supresiju njihove aktivnosti. U istraživanju su pronađene dvije regije DNA koje su oštećene kod pacijenata s hiperseksualnim poremećajem. Zaključili su da je došlo do promjene u normalnoj funkciji metilacije DNA. MikroRNA, koja se naziva mikroRNA-4456, uključena u supresiju gena, nedovoljno je izražena kod takvih pacijenata. Posljedično dolazi do porasta razine oksitocina. Rezultati ovog istraživanja poticaj su za određivanje novih lijekova i psihoterapije koji mogu smanjiti lučenje oksitocina na normalnu razinu.



ZAKLJUČAK

Uloga oksitocina u intenzitetu ženskog orgazma nije dovoljno jasna, a studije pokazuju učinke primjene oksitocina na intenzitet orgazma žene nakon masturbacije, ali ne i nakon seksualna aktivnost s partnerom. Intenzivniji orgazam kod muškaraca zabilježen je uz nazalnu primjenu oksitocina nakon seksualne aktivnosti s partnericom. U kontekstu muške seksualnosti oksitocin ima funkcionalnu ulogu kroz postizanje i pojačavanje intenziteta orgazma te razrješenja. Dok kod žena oksitocin ujedno promiče povezivanje, nježnost, sigurnost i veću otvorenost. Međutim, spoznaje o povezanosti endogenog oksitocina i seksualnosti još uvijek nisu dovoljno istražene niti postoje čvrsti dokazi koji podržavaju pozitivne učinke sintetičkog oksitocina na ljudsku spolnu funkciju i odnose. Iako istraživanja na ljudima ukazuju na središnju ulogu ovog hormona u spolnosti, otkrića do danas su uglavnom temeljena na istraživanja sa životinjama. Važnost fizioloških promjena tijekom seksualne aktivnosti i kako one mogu utjecati na ljudske odnose iziskuje nova istraživanja, kako bi se proširilo razumijevanje hormonalne fiziologije, spolne funkcije i uloge oksitocina u seksualnosti žena i muškaraca.

LITERATURA

- Bancroft J., „The endocrinology of sexual arousal“. 2005., 411-27.
- Steer P. J., „The endocrinology of parturition in the human. Baillieres Clin Endocrinol Metab“, lipanj 1990., 4(2):333-49.
- Freund-ercier M.-J., Moos F., Poulain D.A., Richard P., Rodriguez F., Theodosis D. T. i ostali, „Role of central oxytocin in the control of the milk ejection reflex“, Brain Res Bull, 1988., 20(6):737-41.
- Bruckmaier R. M., Mac J., „Effects of Oxytocin Administration on Oxytocin Release and Milk Ejection“, 2004., 1236-44.
- Magon N., Kalra S., „The orgasmic history of oxytocin: Love, lust, and labor“, Indian J Endocrinol Metab, 2011., 15 Suppl 3(Suppl3):S156-61.
- Carter C. S., „Oxytocin and sexual behavior“, Neurosci Biobehav Rev, 1992., 16(2):131-44.
- Veenings J. G., De Jong T. R., Waldinger M. D., Korte S. M., Olivier B., „The role of oxytocin in male and female reproductive behavior“, Eur J Pharmacol, travanj 2015., 753:209-28.
- Gimpl G., Fahrenholz F., „The oxytocin receptor system: structure, function, and regulation“, Physiol Rev, travanj 2001., 81(2):629-83.
- Blaicher W., Gruber D., Biegelmayer C., Blaicher A. M., Knogler W., Huber J. C., „The role of oxytocin in relation to female sexual arousal“, Gynecol Obstet Invest, 1999., 47(2):125-6.
- Schneiderman I., Zagoory-Sharon O., Leckman J. and Feldman R., „Oxytocin during the initial stages of romantic attachment: Relations to couples' interactive reciprocity Inna“, Psychoneuroendocrinolog, 2012., (37(8)):1277-1285.
- Carter C. S., Porges S. W., „The biochemistry of love : an oxytocin hypothesis“, EMBO Rep., 2013., 14(1):12-6.
- Neumann I. D., „Oxytocin: The Neuropeptide of Love Reveals Some of Its Secrets“, Cell Metab., 2007., 5(4):231-3.
- Khajehi M., Behroozpour E., „Endorphins, oxytocin, sexuality and romantic relationships: An understudied area“, World J Obstet Gynecol, 2018., 7(2):17-23.
- Meston C. M., Levin R. J., Sipski M. L., Hull E. M., Heiman J. R., „Women's orgasm“, Annu Rev Sex Res., 2004., 15:173-257.
- Gordon I., Martin C., Feldman R., Leckman J. F., „Developmental Cognitive Neuroscience Oxytocin and social motivation“, Accid Anal Prev., 2011., 1(4):471-93.
- Levin R., Meston C., „Nipple/Breast Stimulation and Sexual Arousal in Young Men and Women“, J Sex Med., svibanj 2006., 3(3):450-4.
- Murphy M. R., Seckl J. R., Burton S., Checkley S. A., Lightman S. L., „Changes in oxytocin and vasopressin secretion during sexual activity in men“, J Clin Endocrinol Metab., listopad 1987., 65(4):738-41.
- Jong T. R. de, Menon R., Bludau A., Grund T., Biermeier V., Klampfl S. M. i ostali, „Salivary oxytocin concentrations in response to running, sexual self-stimulation, breastfeeding and the TSST: The Regensburg Oxytocin Challenge (ROC) study“, Psychoneuroendocrinology, prosinac 2015., 62:381-8.
- Alley J., Diamond L. M., Lipschitz D. L., Grewen K., „Associations between oxytocin and cortisol reactivity and recovery in response to psychological stress and sexual arousal“, Psychoneuroendocrinology, kolovoz 2019., 106:47-56.
- Pfaus J., Scepkowski L., „The biologic basis for libido. Curr Sex Heal Reports“, prosinac 2005., 2:95-100.
- Acevedo B. P., Aron A., Fisher H. E., Brown L. L., „Neural correlates of long-term intense romantic love“, 2012.
- Hiller J., „Speculations on the links between feelings, emotions and sexual behaviour: Are vasopressin and oxytocin involved?“, Sex Relatsh Ther, studeni 2004., 19(4):393-412.
- Khajehi M., Doherty M., Tilley P. J. M., Sauer K., „Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women“, J Sex Med., 2015., 12(6):1415-26.
- Botros S. M., Abramov Y., Miller J.-J. R., Sand P. K., Gandhi S., Nickolov A. i ostali, „Effect of parity on sexual function: an identical twin study“, Obstet Gynecol., travanj 2006., 107(4):765-70.
- Leibenluft E., Gobbini M. I., Harrison T., Haxby J. V., „Mothers' neural activation in response to pictures of their children and other children“, Biol Psychiatry, kolovoz 2004., 56(4):225-32.
- Rupp H. A., James T. W., Ketterson E. D., Sengelaub D. R., Ditzen B., Heiman J. R., „Lower sexual interest in postpartum women: relationship to amygdala activation and intranasal oxytocin“, Horm Behav., 2013., 63(1):114-121.
- Burri A., Heinrichs M., Schedlowski M., Kruger T. H. C., „The acute effects of intranasal oxytocin administration on endocrine and sexual function in males“, Psychoneuroendocrinology, lipanj 2008., 33(5):591-600.
- Kruger T. H. C., Deiter F., Zhang Y., Jung S., Schippert C., Kahl K.G. i ostali, „Effects of Intranasal Oxytocin Administration on Sexual Functions in Healthy Women: A Laboratory Paradigm“, J Clin Psychopharmacol, 2018., 38(3):239-242.
- Anderson-Hunt M., Dennerstein L., „Increased female sexual response after oxytocin“, BMJ, listopad 1994., 309(6959):929.
- Born J., Lange T., Kern W., McGregor G. P., Bickel U., Fehm H. L., „Sniffing neuropeptides: a transnasal approach to the human brain“, Nat Neurosci., lipanj 2002., 5(6):514-6.
- Behnia B., Heinrichs M., Bergmann W., Jung S., Germann J., Schedlowski M. i ostali, „Hormones and Behavior Differential effects of intranasal oxytocin on sexual experiences and partner interactions in couples“, Horm Behav., 2014., 65(3):308-18.
- Muin D. A., Wolzt M., Marculescu R., Sheikh Rezaei S., Salama M., Fuchs C. i ostali, „Effect of long-term intranasal oxytocin on sexual dysfunction in premenopausal and postmenopausal women: A randomized trial“, Fertil Steril, 2015., 104(3):715-723.e4.
- Caruso S., Mauro D., Scialia G., Palermo C. I., Rapisarda A. M. C., Cianci A., „Oxytocin plasma levels in orgasmic and anorgasmic women“, Gynecol Endocrinol Off J Int Soc Gynecol Endocrinol, siječanj 2018., 34(1):69-72.
- Boström A. E., Chatzitofis A., Ciuculete D. M., Flanagan J. N., Krattinger R., Bandstein M. i ostali, „Hypermethylation-associated downregulation of microRNA-4456 in hypersexual disorder with putative influence on oxytocin signalling: A DNA methylation analysis of miRNA genes“, Epigenetics, 2020., 15(1-2):145-60.

Psihološka podrška paru nakon gubitka djeteta

*Suzana Haramina, bacc. obs., Hrvatska komora primalja
e-mail: suzana.haramina@gmail.com*

SAŽETAK

Rad govori o utjecaju perinatalnog gubitka na mentalno zdravlje žene, ranoj psihološkoj podršci te kasnjem pristupu psihoterapijom koja se razlikuje u odnosu na opću populaciju. Psihološke posljedice perinatalnog gubitka javljaju se ne samo kod žene već i partnera. One uključuju proces tugovanja, komplikiranu tugu, depresivne poremećaje, posttraumatski stresni poremećaj i druge anksiozne poremećaje. Učinci psiholoških promjena nakon perinatalne smrti na parove povezane su kratkoročnim i dugoročnim posljedicama. Koliko snažan psihološki utjecaj će imati gubitak trudnoće ili novorođenčeta i koliko dugo će on trajati ovisi o individualnim osobinama žene i njenog partnera, značenju i implikaciji trudnoće i roditeljstva u osobnom identitetu, postizanju razvojnih zadataka odraslih te procesu tugovanja. Nadalje, empatično i brižno okruženje te razvijena strategija pružanja rane psihološke podrške ili savjetovanja obiteljima koje su doživjele perinatalni gubitak morale bi biti sastavni dio skrbi u porodu i nakon njega. Ispravan način ophodenja, empatičnost i otvorena komunikacija zdravstvenih djelatnika s tugujućim parom pridonosi unapređenju kratkoročnih i dugoročnih ishoda roditelja nakon perinatalnog gubitka.

Ključne riječi: perinatalni gubitak, psihološka podrška, emocionalna podrška

UVOD

Perinatalno razdoblje smatra se vrlo složenim i turbulentnim periodom u životu svake žene s obzirom na tjelesne, emocionalne i psihološke promjene kroz koje prolaze tijekom trudnoće. Period tranzicije ispunjen je promjenama, izazovima i planiranjem budućnosti u kojem žena nastoji pronaći novi identitet kao jedinka, partnerica u vezi i članica društvene zajednice (Barclay i ostali, 1997.). Već ionako složen period može biti dramatično narušen ako žena i partner dožive perinatalni gubitak. Gubitak djeteta u perinatalnom periodu prepoznat je kao složeno emocionalno i traumatično iskustvo u većini slučajeva, bez obzira na gestacijsku dob ili ako se radi o smrti novorođenčeta (Bennett i ostali, 2012.). U ovom radu koristit će se izraz perinatalni gubitak u kontekstu gubitka djeteta između puna dvadeset i dva tjedna gestacije i sedam dana nakon rođenja djeteta. Prijevremeni porodi, mrtvorodenost i smrt novorođenčeta i u prošlosti i sada u dvadeset i prvom stoljeću

teme su koje zabrinjavaju ne samo zbog uzroka već i zbog posljedica koje problem predstavlja u odnosu na fizičko i mentalno zdravlje majke, partnera, obitelji pa posljedično i na socioekonomsku dobrobit društvene zajednice.

Statistički podaci govore da u Kanadi svake godine 20.000 trudnoća završava smrtnim ishodom (Corno i ostali, 2020.), dok je u Europi prosječna stopa perinatalne smrtnosti iznosi 5,5 smrtnih slučajeva na svakih 1.000 rođenih (Euro-Peristat Project, 2018.). Prema statističkim podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo perinatalna smrtnost u Republici Hrvatskoj iznosi 6,7/1.000 ukupno rođenih, što čini broj od 247 perinatalno umrlih u prošloj godini (Rodin, Cerovečki i Jezdić, 2020.). Unatoč činjenici da se perinatalna smrtnost na globalnoj razini smanjuje još uvijek oko 2% trudnoća završava smrću djeteta (Hutti i ostali, 2015.).

Perinatalni gubitak kod mnogih žena može prouzročiti čitav spektar različitih emocija i psiholoških promjena. Proces tugovanja prirodna je nepatološka pojava i duboki osobni proces. No unatoč tome ipak je za očekivati da će se kod većeg broja žena pojavit različite reakcije na gubitak jer jednostavno u prirodi je ljudskog roda da prvo umiri roditelji, a potom njihova djeca. Unatoč modernoj maternalnoj skrbi i sve većem broju dokaza da perinatalni gubitak može dovesti do značajnih posljedica koje će imati utjecaj na mentalno zdravlje žena, događa se da žene koje su pogodjene perinatalnom smrću ne primaju dostatnu emocionalnu i psihološku podršku (DeMontigny i ostali, 2017.). Nužnost emocionalne podrške i psiholoških intervencija neposredno nakon postavljanje dijagnoze, kroz sam porod i nakon poroda pa sve do odlaska tugujuće obitelji kući neupitna je i nasušno potrebna. U kontekstu kontinuiteta skrbi za tugujuću obitelj treba naglasiti potrebu dobre komunikacije između rodilišta i patronažne skrbi u zajednici. Unatoč tome, u svakodnevnoj praksi svjedoci smo da se emocionalna i psihološka pomoći obično ne nude, a rutinske intervencije i nadalje se primjenjuju u kliničkoj praksi i primaljskoj njezi pri čemu se često ne poštuju načela individualnog i holističkog pristupa.

Upravo zbog navedenih činjenica autor smatra da je tema relevantna ne samo za primalje već i za sve zdravstvene djelatnike koji aktivno sudjeluju u pružanju maternalne skrbi. Jedino kontinuiranim cjeloživotnim učenjem, unapređenjem komunikacijskih vještina, provođenjem skrbi temeljene na dokazima i empatičnošću unaprjeđuje se kvaliteta primaljske skrbi i razina zadovoljstva pacijentica.

OBRADA TEME

PSIHOLOŠKE PROMJENE TRUDNICE KROZ TRANZICIJU U RODITELJSTVO

Trudnoća i prijelaz u roditeljstvo period su u kojem dolazi do značajnih promjena u organizmu žene u biološkom i psihološkom kontekstu kao i u njenom odnosu s partnerom, roditeljima i ostalim članovima društvene zajednice. Pod utjecajem hormona trudnoće dolazi do bioloških i fizičkih promjena. Premda su takve promjene kod većine trudnica povezane s osjećajem sreće uslijed spoznaje da u njenom tijelu raste novo biće kod nekih trudnica promjene mogu značajno narušiti njeno samopoštovanje. Istovremeno kako se mijenja slika tijela mijenjaju se i njene slike o sebi, ponovno s pozitivnom ili negativnom konotacijom na samopoštovanje i njenu tranziciju u roditeljstvo. To je period kada trudnica svjesno ili nesvjesno, preispituju pozitivne i negativne aspekte roditeljske skrbi kroz koje je i sama prošla u djetinjstvu i adolescenciji. Mnoge od njih donose odluke hoće li svoje dijete odgajati po uzoru na vlastite roditelje ili će ih iz temelja mijenjati ovisno o osobnim iskustvima iz prošlosti. Istovremeno trudnica redefiniraju svoj odnos s partnerom i preispituju odnose s vlastitim roditeljima, posebno s majkom. Kroz trudnoću žene često planiraju budućnost djeteta i obitelji i većina se raduje trenutku ulaska u „klub“ odraslih žena i drugih majki (Diamond i Diamond, 2016.).

Trudnoća sama po sebi složeni je proces u psihološkom kontekstu, a ako se radi o rizičnoj trudnoći mora se sagledati i medicinski kontekst. Kao rezultat navedenog, perinatalna i novorođenačka smrt imat će široko značenje, implikacije i učinke na više razina. Osim fizičkog gubitka fetusa ili djeteta, do izražaja dolazi i simbolički gubitak. Žena gubi mogućnost potpune tranzicije u roditeljstvo, gubi status majke, priliku za iscjeljenjem „starih rana“ i redefiniranjem odnosa s bližnjima. Gubitak, proces tugovanja i perinatalna trauma nerijetko su okidač koji na površinu vraća neriješenu tugu, nezadovoljstvo i traume iz prošlosti. Kod žena koje u anamnezi imaju već od ranije poznatu psihopatologiju može doći do relapsa bolesti. Svi ovi čimbenici zahtijevaju razumijevanje i empatičnost zdravstvenih djelatnika kao i provođenje intervencija baziranih na pružanju emocionalne i psihološke podrške ozalošćenom paru i članovima obitelji.

PROCES TUGOVANJA NAKON PERINATALNOG GUBITKA

Tugovanje je uobičajen, prirodni proces koji se manifestira kroz psihološke, bihevioralne, fizičke i socijalne reakcije nakon gubitka (Arambašić, 2005.). No brojni su čimbenici koji proces tugovanja čine specifičnim nakon perinatalnog gubitka u odnosu na tugovanje nakon gubitka dragih osoba što potencijalno iziskuje drugačiji pristup (Bennett i ostali, 2005.). Roditelji nisu imali priliku upoznati svoje dijete ili su ga poznavali vrlo kratko stoga imaju uistinu

malo provedenih zajedničkih trenutaka. Dakle, oni žale za onim što je moglo biti u budućnosti, a ne za onim što je bilo u prošlosti. Istovremeno mogu osjećati kao da su ljubav, energija, vrijeme i fizičke, psihološke, a ponekad i financijske obveze utrošene kroz trudnoću nenagrađene. U trenutku kada roditelji ni sami možda u potpunosti neće razumjeti što se dogodilo bit će suočeni sa zadatkom da objasne obitelji i prijateljima njihov gubitak (Nikcevic i ostali, 2000.). Perinatalni gubitak može kod žene izazvati osjećaj da je nešto što je učinila prouzročilo smrt djeteta, osjećaj da ju je vlastito tijelo izdalo, da je „nesposobna“ biti majka ili da s njenim tijelom nešto nije u redu. Sve to doprinosi samooptuživanju, smanjenom samopouzdanju i samopoštovanju (Barr, 2005.).

Iako je specifičan, proces tugovanja nakon perinatalnog gubitka ne razlikuje se značajno po intenzitetu od ostalih tugovanja nakon gubitka voljenih. Reakcije na gubitak mogu se očitati kroz narušeno svakodnevno funkcioniranje, izbjegavanje društvenih aktivnosti, prisutnost ponavljajućih i nametljivih misli i osjećaj duboke čežnje (Kersting i Wagner, 2012.). Duboka tuga, depresivno raspoloženje, razdražljivost, zaokupljenost, anksioznost, promjene u prehrani i spavanju smatraju se prirodnom reakcijom na gubitak (Burnett, 1997.), a psihološki odgovor organizma na perinatalni gubitak gotovo je jednak općem odgovoru organizma na gubitak i uključuje poremećaje spavanja, depresiju, anksioznost i posttraumatski stres (Badenhorst i Hughes. 2007.; Boyle i ostali, 1996.). Rezultati istraživanja ukazuju da se u procesu tugovanja, koji uključuje prve srodnike, simptomi tuge smanjuju u prvih 12 mjeseci (Janssen i ostali, 1997.; Harmon, Glicken, i Siegel, 1984.). Druge dvije longitudinalne studije potvrđile su da u normalnom procesu tugovanja intenzitet tuge opada tijekom razdoblja od dvije godine nakon perinatalnog gubitka (Janssen i ostali, 1997.; Lasker i Toedter, 1991.). Drugi, pak, autori navode da je za normalizaciju psihosocijalnih učinaka nakon perinatalnog gubitka potrebno pet do 18 godina (Christiansen, Elkliit, i Olff, 2013.; Gravensteen i ostali, 2012.).

Perzistentni složeni poremećaj tugovanja, poznat i kao komplikirani poremećaj tugovanja učestaliji je kod žena već od prije narušenog mentalnog zdravlja (Toedter, Lasker i Janssen, 2001.).

RAZLIKE U PROCESU TUGOVANJA S OBZIROM NA SPOL

Nakon perinatalnog gubitka proces tugovanja je ozbiljniji i dugotrajniji kod majke u odnosu na očeve (Murray i Terry, 1999.). Današnja aktivnija roditeljska uloga očeva vjerojatno ima utjecaj na intenzitet tuge zbog veće perinatalne povezanosti što ujedno povećava intenzitet majčine tuge (Robinson, Baker i Nackerud, 1999.). Upravo iz tog razloga je razumno očekivati da i očevi mogu iskusiti jači intenzitet tuge.

Istraživanja ukazuju na istovremeno slične i različite psihološke reakcije majki i očeva nakon perinatalnog gubitka.

Kod majki se češće javlja osjećaj krivnje u odnosu na očeve (Koopmans i ostali, 2013.). Reakcije muškaraca na gubitak trudnoće proizlaze iz činjenice da postoje spolne razlike u emocionalnom izražavanju općenito, a posebno kada se radi o tuzi. Muško-ženske razlike u obrascima tugovanja često se povezuju i u skladu su sa stereotipnim spolnim razlikama. Smatra se da žene u procesu tugovanja otvoreno izražavaju osjećaje povezane s gubitkom, s potrebom razgovora o gubitku kao načinu njegovog procesuiranja. Suprotno tome, muškarci vrlo rijetko otvoreno pokazuju osjećaje, zadržavaju stički stav i tendenciju da gubitak obrađuje unutar sebe, putem misli, a ne osjećaja. Johnson i Baker istraživanjem su otkrili da su muškarci, čak i oni koji su bili izuzetno uključeni tijekom trudnoće, izbjegavali pokazivati psihološke reakcije (Johnson i Baker, 2004.). Takav način nošenja s tugom povezan je s lošijim dugoročnim ishodima u smislu depresije, anksioznosti i stresa. Muškarci su skloniji iskazivanju tuge kada su sami skrivajući se čak i od svojih supruga (Williams, Bischoff i Ludes, 1992.). Nadalje Jaffe i Diamond navode da se kod muškaraca češće javljaju simptomi i ponašanja koji su povezana s upotrebljom supstanca ovisnosti i alkohola (Jaffe i Diamond, 2011.). Istraživanje koja su uspoređivala intenzitet tuge ovisno o spolu govore da zbog socijalnih očekivanja oko toga kako bi se muškarci trebali ponašati, muškarci općenito rjeđe pokazuju emocionalne reakcije. Također nisu skloni traženju ili prihvaćanju pomoći zbog narušenog mentalnog zdravlja i prilagodbe na gubitak (Seidler i ostali, 2016.). Mnogi prediktori pridonose (i pozitivno i negativno) na ekspresiju tuge kod muškaraca, a podijeljeni su na četiri razine: osobnost pojedinca, međuljudski čimbenici, društveni i socio-kulturni čimbenici kao i faktori društvene klime (Obst i ostali, 2020.).

Mnogi zaključci provedenih istraživanja ukazuju da je sveukupni učinak perinatalnog gubitka podcijenjen podjednako i za muškarce i za žene, s potencijalnim posljedicama za parove, sadašnju i buduću braču i sestre izgubljenog djeteta i druge članove obitelji (Diamond i Diamond, 2016.).

PSIHOLOŠKA PODRŠKA PARU KOD PERINATALNOG GUBITKA

Pružanje emocionalne i psihološke podrške roditeljima nakon perinatalnog gubitka opravdano je mnogim studijama, a autori su istakli niz intervencija koje mogu biti korisne. U provođenju skrbi za ožalošćene roditelje tri su vodeće smjernice: prvo duboko uvažavanje individualnosti i raznolikosti parova kao i načina na koji manifestiraju tugovanje, poštivanje svetosti tijela preminulog djeteta i prepoznavanje iscjeliteljske snage i otpornosti ljudskog duha.

Gotova jedna polovina iznenadne smrti fetusa u trudnoći javlja se kod trudnica s do tada urednom trudnoćom. Većina smrti događa se prije nego porod uopće započne. Razvidno je da nitko nije spremjan primiti takvu lošu vijest. U jednom trenutku uzbuđenje i radosno iščekivanje zamjenjuje tuga, očaj, nevjerica i gubitak (Weiss, Frischer i Richman, 1989.).

Säflund i suradnici u svom istraživanju ističu šest stavki koje sumiraju očekivanja tugujućih roditelja od zdravstvenih djelatnika: podršku pri susretu i odvajanju od djeteta, podršku u kaotičnom periodu, tugovanju, objašnjenje o nemilom događaju, organizacija skrbi i razumijevanje procesa tugovanja (Säflund, Sjögren i Wredling, 2004.). Zdravstveni djelatnici morali bi biti svjesni značaja i težine ovih stavki u radu s tugujućim roditeljima i kroz intervencije provoditi skrb koja je prvenstveno usmjerena na roditelje, psihosocijalna i suočajna (Gold, Dalton i Schwenk, 2007.). Izgradnja povjerljivog odnosa, empatičnost i pružanje emocionalne i psihološke podrške ima utjecaj na njihove reakcije i proces tugovanja (Nuzum, Meaney i O'Donoghue, 2018.). Savjetovanje kroz cijeli proces odvija se kronološki. Od trenutka kada je postavljena dijagnoza, kada se rade planovi poroda, u porodu i neposredno nakon njega, u tjednima nakon otpusta iz bolnice i prvog pregleda nakon poroda, kod pregleda po primitku svih nalaza, kada pacijentica razmatra narednu trudnoću te u vrijeme svih antenatalnih pregleda u narednoj trudnoći. Nakon postavljanja dijagnoze perinatalne smrti, roditeljima se mora priopćiti vijest eksplativno na empatičan i neposredan način u okruženju koje im jamči privatnost. Izuzetno je značajno ostati s roditeljima koliko je potrebno. Priopćavanje loše vijesti stresan je događaj ne samo za roditelje već i osobu koja daje informacije. Počevši s priopćavanjem tužne vijesti kod roditelja započinje proces tugovanja koji će se odvijati kroz pet faza: poricanje, ljutnja, cjenkanje, depresija i prihvaćanje (Kübler-Ross, 1969.). Kod većine takvih poroda radi se indukcija i oni budu završeni vaginalnim putem uz adekvatnu anesteziju. Ako su roditelji izabrali ime svom djetetu u porodu ga se treba tako oslovjavati. Nakon poroda i pregleda djeteta i posteljice roditelje se informira ako su vidljive bilo kakve nepravilnosti.

Kontakt roditelja s mrtvorodenčetom smatra se važnim jer povezanost s mrtvim djetetom može utjecati na to kako će se roditelji nositi s gubitkom. Povezivanje s djetetom čini smrt stvarnom, pomaže kod prevencije emocionalne propusnosti i pomaže kod tranzicije u roditeljstvo (Säflund, Sjögren i Wredling, 2004.; Rådestad i ostali, 2009.). Primalje i liječnici trebali bi razumjeti želju majke da vidi svoje mrtvorodene djece osjećaju se prirodnije, ugodnije i manje su uplašene kad osobljje podržava povezivanje s djetetom (Erlandsson i ostali, 2013.). Roditelji koji vide, drže i oproste se od mrtvorodenog djeteta imaju bolje ishode u pogledu mentalnog zdravlja u budućnosti. Od 2007. godine bilježi se mnoštvo studija koje osporavaju kliničke smjernice koje preporučuju da kliničari ne potiču kontakt roditelja s mrtvorodenim djetetom (Kingdon i ostali, 2015.). S druge strane neke studije su izvjestile da poticanje roditelja na držanje mrtvorodenčeta može prouzročiti psihološki morbiditet u narednim trudnoćama i povećati rizik postraumatskog stresa, anksioznosti i depresije (Turton, Evans i Hughes, 2009.; Hughes i ostali, 2002.). Ova mimoilaženja mogu

biti povezana s pripremljenošću roditelja da vide dijete, podrškom zdravstvenih djelatnika koju su dobili i osjećajem kontrole nad donesenom odlukom. Budući da su podaci o ovoj temi kontroverzni, najoprezniji pristup bio bi prepustiti ovu odluku pacijentici i obitelji, istodobno ukazujući na mogućnost da neki izbori mogu povećati osjećaj traume. Oprostili se roditelji ili ne s djetetom, možda će u budućnosti poželjeti neku uspomenu kao fotografiju, čuperak kose, otisak stopala ili ručice (Miller i ostali, 2014.). Žene koje su prošle perinatalni gubitak obično ne žele biti smještene među ostalim ženama koje uz sebe imaju novorođenčad. Čak što više žele biti udaljene s mjesta gdje se čuje glas novog života pa ih u ovim zahtjevima treba podržati. Neupitno je da se partneru omogući stalan boravak uz ženu za vrijeme hospitalizacije.

Dani i tjedni nakon hospitalizacije obično su vrlo teški za roditelje. Oboje su preživjeli veliki stres, moraju prihvatiči činjenicu da njihovo dijete nije živo, trebaju informirati ostale članove obitelji o gubitku, trebaju ukloniti sve ranije pripremljeno za novorođenče trebaju se moći nositi kroz proces tugovanja (Geerinck-Vercammen i Duijvestijn, 2004.). Ako u obitelji već postoji starije dijete treba inicirati razgovor o djetu kojeg nema. Istraživanja govore da dijete treba uključiti u obiteljske rituale kako bi se umrlo dijete sačuvalo u sjećanjima, a istodobno roditelji bi morali prepoznati tugovanje kod starijeg djeteta (Wilson, 2001.).

Po dolasku kući daljnju skrb bi trebala preuzeti patronažna sestra. Isto tako bilo bi poželjno da liječnik ginekolog u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ili obiteljski liječnik regularno kontaktiraju ženu i da se u samom početku zakaže što raniji prvi posjet. Regularni razgovori s pacijenticom u ovom periodu pomažu u procjeni emocionalnog statusa, otkrivaju znakove depresije i ukazuju na potrebu stručne pomoći.

Svaki zdravstveni i nezdravstveni djelatnik koji u tom periodu ulazi u interakciju s tugujućom ženom i njenim partnerom mora biti svjestan prirode procesa tugovanja (Säflund, Sjögren i Wredling, 2004.). Tugovanje može ubrzati neke simptome i pogoršati mentalno zdravlje. Komplicirano tugovanje opisuje se kao sindrom simptoma uz koje se osoba ne može vratiti na razinu funkciranja i dobrobiti kako je živjela prije gubitka, a uključuje perzistentne reakcije koje su normalne neposredno nakon gubitka. Komplicirana tuga dovodi do prolongirane disfunkcije i takve pacijentice treba uputiti na psihijatarsku procjenu.

Emocionalna podrška pomaže ženi da identificira i iskaže svoje osjećaje. Ožalošćeni roditelji izrazili su želju da zdravstveno osoblje uvaži ozbiljnost njihovog gubitka, ponudi razumijevanje i podršku te da im dopusti i sudjeluje u razgovorima o njihovom mrtvorođenčetu. Teško je u ovom kontekstu govoriti o prikladnom pristupu, ali on bi se trebao sastojati od empatične, iskrene komunikacije između roditelja i zdravstvenog osoblja koje uvažava specifične potrebe i kulturna obilježja pojedinih majki te različite potrebe majke i oca (McCreight, 2004.; Vance i ostali, 2002.).

Moramo znati da se proces tugovanja ne odvija linearно, cikličan je, a manifestira se na različite načine i ne postoji dvije osobe koji tuguju na isti način.

PROCES PSIHOTERAPIJE KOD PACIJENTICE NAKON PERINATALNOG GUBITKA

Mnoge pacijentice nakon perinatalnog gubitka ne traže pomoći same, bilo da se radi o osjećaju srama ili pogrešnog tumačenja vlastitog iskustva. Tek kad spoznaju da njihovo stanje ometa svakodnevno funkcioniranje i da je intenzitet njihovog tugovanja prevelik potraže pomoći. Zato je važno da zdravstveni djelatnici i drugi stručnjaci budu svjesni potencijalnog utjecaja gubitka trudnoće i potaknu rano savjetovanje kao dio postpartalne skrbi. Neke pacijentice već u rodilištu traže pomoći. Kod drugih ponekad prođu tjedni ili mjeseci prije nego što ih na traženje pomoći uputi patronažna sestra, primarni ginekolog, liječnik obiteljske medicine ili netko od članova obitelji. Psihološka skrb o pacijenticama koje su pretrpjeli perinatalni gubitak ima niz ciljeva. Uz pomoći pacijenticama da se nose s traumom i višestrukim gubicima kliničari moraju procijeniti i liječiti psihološke poremećaje koji su izazvani ili pogoršani perinatalnim gubitkom. Drugim riječima mora se prosuditi odvija li se proces oporavka kako se očekivalo ili roditelj pretjerano pati i očekuju li se koristi od terapijske intervencije. Roditeljima kod kojih depresija traje nesmanjeno šest mjeseci ili više, antidepresivi mogu pomoći kod bioloških simptoma, a istovremeno se može ponuditi psihološki tretman za otkrivanje čimbenika koji inhibiraju oporavak. Također je važno da zdravstveni djelatnik prepozna da pacijentice ne traže terapiju radi promjena osobnosti već dolaze jer su traumatizirane, utučene i dolaze popraviti svoj osjećaj sebe (Leon, 2009.). Uobičajena pitanja za roditelje u psihoterapiji ili savjetovanju odnose se na samopoštovanje, nemogućnost realizacije roditeljstva rođenjem mrtvog djeteta, osjećaj krivnje, kontinuirani bijes prema osoblju ili nepriznati bijes prema partneru ili izgubljenom djetetu. Smatra se da će roditelji koji ne mogu prihvati konačnost i koji se i dalje pokušavaju povezati s mrtvim djetetom vjerojatnije imati nepovezani odnos sa sljedećim djetetom. Oni su svjesni svog gubitka, ali ponašaju se kao da dijete ima kontinuirane potrebe (Hughes i ostali, 2001., 2004.). Intervencija koja pomaže roditeljima da prihvate konačnost djetetove smrti može stoga biti od koristi budućem djetetu.

Početak psihoterapije kod pacijentica s perinatalnim gubitkom treba biti usredotočen na neposredno traumatično iskustvo, postupajući kao kad se provodi krizna intervencija. Dok pacijentica priča terapeut istodobno sluša i procjenjuje. Pacijenticu se treba poticati da ispriča priču o gubitku, uključujući detalje o fizičkom i medicinskom iskustvu. Istovremeno se procjenjuju simptomi PTSP-a, depresije, anksioznosti. Potiče se na razgovor o prethodnim traumama i gubicima, i na reproduktivnom i na drugim područjima

života. Od važnosti je osluškivanje izjava koje govore o utjecaju perinatalnog gubitka na mogućnost postizanja razvojnih zadataka prema roditeljstvu i kako ta činjenica doprinosi produbljivanju tugovanja. Obavezno treba pitati pacijentu kako je njezin partner proživio krizu i procijeniti razliku u načinu suočavanja i obrambenom stilu kod svakog člana para kako bi se utvrdilo jesu li to izvori sukoba. Primarne intervencije u ovoj ranoj fazi usredotočit će se na normalizaciju i provjeru pacijentičinog iskustva. Pritom se koristi psiho edukacija i empatija. Kad pacijentice shvate da su njihove reakcije normalne i očekivane u odnosu na traumu, često osjećaju trenutno olakšanje (Diamond i Diamond, 2016.). Kako Diamondovi navode, izazov u radu s pacijenticama nakon perinatalnog gubitka je razlika između već od ranije postojećih poremećaja i reakcija koje je izazvao gubitak. Simptomi se često preklapaju. Nužno je da terapeut bude upoznat s raznim načinima na koje se depresija, anksioznost i PTSP mogu manifestirati i, u nekom trenutku, objasniti ih pacijentici. Takav pristup će im omogućiti da same počnu razmišljati o raznim izvorima svojih nevolja što ujedno pomaže u postavljanju diferencijalne dijagnoze. Ponekada kad simptomi depresije, anksioznosti ili PTSP-a pretjerano ometaju funkcioniranje osobe poseže se za medikamentoznom terapijom. Kad se daju preporuke za lijekove važno je naglasiti da su lijekovi, kao i kod psihoterapije, zdrav dio brige o sebi. Složenost medicinskih problema naglašava još jedan razlog zašto bi psihosocijalna intervencija trebala biti prva linija pristupa. Iako postoje lijekovi koji su kompatibilni s trudnoćom, mnoge se pacijentice boje terapije i po svaku će cijenu htjeti izbjegći njihovu upotrebu. U takvim se slučajevima može zaključiti da su otvoreni za psihoterapiju kao početni način liječenja.

Kad se pacijentice osjete prihvaćenima i da ih netko razumije one postaju manje zabrinute za sebe ili svoje partnere, postaju manje zbumjene i osjećaju se bolje. Psiho edukacija bi trebala uključivati objašnjenja pacijentici i partneru o višestrukim gubicima zbog kojih tuguju i o samom procesu tugovanja. Nužna je spoznaja da proces tugovanja nije linearan i da trebaju očekivati širok raspon emocija u vrlo kratkim vremenskim razdobljima. Nadalje, važno ih je educirati da je tugovanje proces i da će mu trebati vremena. Ponovno će se tuga javiti na obljeticne gubitke, očekivani datum poroda, blagdane i druge obiteljske događaje, kao i tijekom sljedećih trudnoća. Konačno, izuzetno je korisno objasniti da muškarci i žene često različito tuguju i možda nisu uvijek u istim fazama procesa tugovanja. Takve informacije služe da se izbjegne pogrešno tumačenje, prosudba i otuđenje od partnera.

Poteškoća u tugovanju zbog perinatalnog gubitka je i činjenica da ne postoje uspomene kroz koje se može održati veza s izgubljenim djetetom. Terapeut može pomoći pacijentici stvoriti zamjenu stvaranjem aktivnosti ili rituala u čast izgubljenog djeteta. Te aktivnosti mogu uključivati imenovanje djeteta, stvaranje memorirske

kutije. Korisno može biti i pisanje pisma djetetu, paljenje svijeće ili puštanje balona. Zapisivanja priče o trudnoći i dijeljenja s partnerom jača razumijevanje i suočavanje među njima. Također pomaže zapisivanje i uvježbavanje odgovora na komentare dobromarnjernih, ali zavedenih prijatelja i članova obitelji koji unose nemir. Općenito ljudi ne mogu jasno razmišljati kad su emocionalno uzbuđeni, a zapisivanje odgovora može olakšati situaciju kad se pojedinac suoči s neočekivanim komentarima. Ovi alati također mogu pomoći u ponovnom uspostavljanju osjećaja kompetentnosti i kontrole koji se gubi kod gubitka trudnoće. Iako postoji malo istraživanja o učinkovitosti rituala tugovanja, ipak se u praksi nije pokazalo da su štetni.

ZAKLJUČAK

Perinatalni gubitak ili smrt djeteta neposredno prije ili nakon rođenja prepozнат je kao složen i potencijalno traumatičan životni događaj i može imati značajan utjecaj na mentalno zdravlje žena. Nepovoljni ishodi perinatalnog gubitka na majku mogu imati utjecaj na partnerske odnose, na razvoj fetusa u narednim trudnoćama, vezu majke i novorođenčeta te kognitivni, emocionalni i bihevioralni razvoj djeteta. Ovi ishodi predstavljaju teret koji se može sprječiti. Psihološke intervencije mogu poboljšati ishode žena i njihovih obitelji nakon perinatalnog gubitka. Međutim, često se psihološka pomoći i savjetovanje ne nude. Iako je važnost dobre komunikacije i empatičnost s roditeljima koji dožive perinatalni gubitak dokumentirana u mnogim istraživanjima ipak najčešće roditelji ne dobivaju dosljedno odgovarajuće informacije kad dožive gubitak. Učinkovita komunikacija s roditeljima koji su doživjeli gubitak zahtjeva stalni dijalog tijekom svih faza skrbi, počevši i prije gubitka djeteta. Da bi učinkovito komunicirali, kliničari moraju poznavati vrstu informacija koju trebaju dati, kako i kada davati informacije i kako procijeniti razumijevanje informacija od strane roditelja.

Psihološka i emocionalna podrška roditeljima nakon perinatalnog gubitka temelji se na empatičnosti, prihvaćanju ekspresija tuge, razumijevanju, poštivanju njihove intime, dobroj komunikaciji te individualnom i holističkom pristupu. Takvim pristupom u radu može se prevenirati teže narušavanje mentalnog zdravlja žene i lakša tranzicija kroz sve faze procesa tugovanja.

LITERATURA

1. Barclay Lesley, Louise Everitt, Frances Rogan, Virginia Schmied i Aileen Wyllie, „Becoming a mother – An analysis of women's experience of early motherhood“, *Journal of Advanced Nursing* 25 (4), 1997., 719-28.
2. Bennett, Shannon M., Jill Ehrenreich-May, Brett T. Litz, Christina L. Boisseau i David H. Barlow, „Development and Preliminary Evaluation of a Cognitive-Behavioral Intervention for Perinatal Grief“, *Cognitive and Behavioral Practice* 19, 2012.
3. Corra Giulia, Stéphane Bouchard, Rosa M. Baños, Marie Christine Rivard, Chantal Verdon i Francine de Montigny, „Providing Psychological and Emotional Support After Perinatal Loss: Protocol for a Virtual Reality-Based Intervention“. *Frontiers in Psychology* 11, (June), 2020., 1-8.
4. Euro-Peristat Project, „Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015.“ *European Perinatal Health Report*. www.euperistat.com/, 2018.
5. Rodin U., Cerovečki I. i Jezdić D., Porodi u zdravstvenim ustavovama u Hrvatskoj 2019. godine, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2020.
6. Hutt, Marianne H., Deborah S. Armstrong, John A. Myers i Lynne A. Hall, „Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after a perinatal loss“, *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 2015., 44 (1), 42-50.
7. DeMontigny Francine, Chantal Verdon, Sophie Meunier i Diane Du-beau, „Women's persistent depressive and perinatal grief symptoms following a miscarriage: the role of childlessness and satisfaction with healthcare services“. *Archives of Women's Mental Health*, 2017., 20 (5), 655-62.
8. Diamond David J. i Martha O. Diamond, „Understanding and treating the psychosocial consequences of pregnancy loss“, *The Oxford handbook of perinatal psychology*, 2016.
9. Arambašić L., „Gubitak, tugovanje, podrška“, Jastrebarsko, Naklada Slap, 2005.
10. Bennett, Shannon M., Brett T. Litz, Barbara Sarnoff Lee i Shira Maguen, „The Scope and Impact of Perinatal Loss: Current Status and Future Directions“, *Professional Psychology: Research and Practice*, 2005., 36 (2), 180-87.
11. Nikcevic, Kuczmierczyk, Tunkel i Nicolaides, „Distress after miscarriage: Relation to the knowledge of the cause of pregnancy loss and coping style“, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2000., 18 (4), 339-43.
12. Barr P., „Guilt and Shame Proneness and Grief of Perinatal Bereavement“. *Psychology and psychotherapy* 77, siječanj 2005., 493-510.
13. Kersting Anette i Birgit Wagner, „Complicated grief after perinatal loss“, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2012., 14 (2), 187-94.
14. Badenhorst William i Patricia Hughes, „Psychological aspects of perinatal loss“, *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2007., 21 (2), 249-59.
15. Boyle Frances M., John C. Vance, Jake M. Najman i M.John Thearle, „The mental health impact of stillbirth, neonatal death or SIDS: Prevalence and patterns of distress among mothers“, *Social Science & Medicine*, 1996., 43 (8), 1273-82.
16. Janssen H. J., Cuisinier M. C., De Graauw K. P. i Hoogduin K. A., „A Prospective Study of Risk Factors Predicting Grief Intensity Following Pregnancy Loss“, *Archives of General Psychiatry*, 1997., 54 (1), 56-61.
17. Harmon, Glicken i Siegel, „Neonatal Loss in the Intensive Care Nursery: Effects of Maternal Grieving and a Program for Intervention“, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1984., 23 (1), 68-71.
18. Lasker Judith N. i Lori J. Toedter, „Acute versus chronic grief: The case of pregnancy loss“, *American Journal of Orthopsychiatry*. US: American Orthopsychiatric Association, Inc., 1991.
19. Christiansen Dorte M., Ask Elkli i Miranda Oliff, „Parents Bereaved by Infant
20. Death: PTSD Symptoms up to 18 Years after the Loss“, *General Hospital Psychiatry*, 2013., 35 (6), 605-11.
21. Gravensteen Ida K., Linda B. Helgadottir, Eva Marie Jacobsen, Per M. Sandset i Øivind Ekeberg, „Long-term impact of intrauterine fetal death on quality of life and depression: A case-control study“, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2012., 12.
22. Toedter L. J., Lasker J. N. i Janssen H. J., „International Comparison of Studies Using the Perinatal Grief Scale: A Decade of Research on Pregnancy Loss.“ *Death Studies*, 2001., 25 (3), 205-28.
23. Murray Judith A. i Deborah J. Terry, „Parental Reactions to Infant Death: The Effects of Resources and Coping Strategies“, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1999., 18 (3), 341-69.
24. Robinson M., Baker L. i Nackerud L., „The Relationship of Attachment Theory and Perinatal Loss“, *Death Studies*, 1999., 23 (3), 257-70.
25. Koopmans Laura, Trish Wilson, Joanne Cacciato i Vicki Flenady, „Support for mothers, fathers and families after perinatal death“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013., (6).
26. Johnson Martin P. i Sarah R. Baker, „Implications of coping repertoire as predictors of men's stress, anxiety and depression following pregnancy, childbirth and miscarriage: A longitudinal study.“ *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2004., Johnson Martin P.: School of Behavioral Sciences, University of Newcastle, Callaghan, NSW, Australia, 2308: Taylor & Francis.
27. Williams Lee, Richard Bischoff i Jacqueline Ludes, „A biopsychosocial model for treating infertility“, *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 1992., 14 (4).
28. Jaffe Janet i Martha O. Diamond, „Reproductive trauma: Psychotherapy with infertility and pregnancy loss clients“, Washington, DC, US, American, 2011.
29. Seidler Zac E., Alexei J. Dawes, Simon M. Rice, John L. Olfte i Haryana M. Dhillon, „The Role of Masculinity in Men's Help-Seeking for Depression: A Systematic Review“, *Clinical Psychology Review* 49, studeni 2016., 106-18.
30. Obst Kate Louise, Clemence Due, Melissa Oxlade i Philippa Middleton, „Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: A systematic review and emerging theoretical model“, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2020., 20 (1), 1-17.
31. Weiss Louis, Laya Frischer i Jane Richman, „Parental Adjustment to Intrapartum and Delivery Room Loss: The Role of a Hospital-based Support Program“, *Clinics in Perinatology*, 1989., 16 (4), 1009-19.
32. Säflund Karin, Berit Sjögren i Regina Wredling, „The Role of Caregivers after a Stillbirth: Views and Experiences of Parents“, *Birth* (Berkeley, Calif.), 2004., 31 (2), 132-37.
33. Gold Katherine, Vanessa Dalton i Thomas Schwenk, „Hospital Care for Parents After Perinatal Death“, *Obstetrics and gynecology* 109, lipanj 2007., 1156-66.
34. Nuzum Daniel, Sarah Meaney i Keelin O'Donoghue, „The impact of stillbirth on bereaved parents: A qualitative study“, 2018.
35. Kübler-Ross Elisabeth, „On Death and Dying“, 1969.
36. Rådestad Ingela, Pamela J. Surkan, Gunnar Steineck, Sven Chattingius, Erik Onelöv i Paul W. Dickman, „Long-term outcomes for mothers who have or have not held their stillborn baby“, *Midwifery*, 2009., 25 (4), 422-29.
37. Erlandsson Kerstin, Jane Warland, Joanne Cacciato i Ingela Rådestad, „Seeing and Holding a Stillborn Baby: Mothers' Feelings in Relation to How Their Babies Were Presented to Them after Birth—Findings from an Online Questionnaire“, *Midwifery*, 2013., 29 (3), 246-50.
38. Kingdon Carol, Jennifer L Givens, Emer O'Donnell i Mark Turner, „Seeing and Holding Baby: Systematic Review of Clinical Management and Parental Outcomes After Stillbirth“, *Birth* (Berkeley, Calif.), 2015., 42 (3), 206-18.
39. Turton Penelope, Chris Evans i Patricia Hughes, „Long-term psychosocial sequelae of stillbirth: phase II of a nested case-control cohort study“, *Archives of Women's Mental Health*, 2009., 12 (1), 35.
40. Miller Lynne, Lisa Lindley, Sandra Mixer, Mary Lou Fornehed i Victoria Niederhauser, „Developing a Perinatal Memory-Making Program at a Children's Hospital“, *MCN. The American journal of maternal child nursing* 39, ožujak 2014., 102-6.
41. Geerinck-Vercammen C. i Duijvestijn M., „Coping with grief following perinatal death: A multifaceted and natural process“, *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 148, srpanj 2004., 1231-34.
42. Wilson Ruth E., „Parents' support of their other children after a miscarriage or perinatal death“, *Early Human Development*, 2001., 61 (2), 55-65.
43. McCreight, Bernadette Susan, „A grief ignored: Narratives of pregnancy loss from a male perspective“, *Sociology of Health and Illness*, 2004., 26 (3), 326-50.
44. Vance J. C., Boyle F. M., Najman J. M. i Thearle M. J., „Couple Distress after Sudden Infant or Perinatal Death: A 30-Month Follow Up“, *Journal of Paediatrics and Child Health*, 2002., 38 (4), 368-72.
45. Hughes P., Turton P., Hopper E. i Evans C. D. H., „Assessment of Guidelines for Good Practice in Psychosocial Care of Mothers after Stillbirth: A Cohort Study“, *Lancet* (London, England), 2002., 360 (9327), 114-18.

Imaš znanje, budi primjer Cijepi se!



IMAŠ ZNANJE
BUDI PRIMJER

Devet komora u zdravstvu provelo je zajedničku javnozdravstvenu kampanju „Imaš znanje, budi primjer!“. Više od 16 tisuća zdravstvenih radnika sudjelovalo na dva webinar-a o cijepljenju i borbi protiv bolesti COVID-19

Devet komora u zdravstvu pokrenulo je u siječnju zajedničku javnozdravstvenu kampanju „Imaš znanje, budi primjer!“ čiji cilj je dodatno informirati zdravstvene djelatnike o važnosti i svim aspektima cijepljenja protiv virusa SARS-CoV-2. Ova kampanja za cijepljenje u trajala je tri mjeseca i pratila je proces cijepljenja zdravstvenih radnika. Logo kampanje je IgG protutijelo kao simbol imunološkog odgovora protiv SARS-CoV-2 virusa, a kampanja je započela provođenjem ankete među članovima komora o stavovima o cijepljenju.

Sadržajno, uz mrežnu stranicu kampanje **www.budiprimjer.hr**, javnozdravstvena akcija se sastoji od komunikacije i objava na društvenim mrežama zdravstvenih komora, edukativnih video filmova, webinara za zdravstvene djelatnike, blogova eminentnih stručnjaka različitih profila u zdravstvu te cijelog niza odgovora na pitanja o cijepljenju. Tu su i objave u masovnim medijima te tekstovi u komorskim glasilima kao i plakati kampanje distribuirani po zdravstvenim ustanovama.

IZVRSTAN ODAZIV

U sklopu kampanje, 27. siječnja 2021., održan je prvi webinar naslovljen „Vrhunski hrvatski stručnjaci o cijepljenju protiv COVID-19“ na kojem je sudjelovalo više od 10 tisuća zdravstvenih djelatnika. S obzirom na to da u zdravstvu radi ukupno oko 73 tisuće zdravstvenih radnika, interes koji su iskazali za temu cijepljenja protiv COVID-19 je bio izuzetno velik.

O regulatornim procesima i odobravanju cjepiva protiv COVID-19 na webinaru je govorila dr. sc. Nikica Mirošević Skvrce iz HALMED-a, dok je prof. dr. sc. Goran Tešović iz Klinike dr. Fran Mihaljević održao izlaganje o kliničkim perspektivama i istraživanjima o ovom cijepljenju. Dr. sc. Bernard Kaić iz HZJZ-a govorio je o epidemiološkoj perspektivi i istraživanjima o cijepljenju protiv COVID-19.

Ovi istaknuti stručnjaci su zatim sat vremena odgovarali na pitanja sudionika webinara. Većina pitanja se odnosila na sastav cjepiva, duljinu trajanja imuniteta, učinkovitost cjepiva kod novih sojeva virusa, cijepljenje nakon preboljene bolesti COVID-19, indikacije i kontraindikacije cijepljenja i nuspojave cijepljenja.

Pitanja i odgovori su pretvoreni u dvadesetak jednominutnih video klipova koje su komore objavljivale na društvenim mrežama. Sudionici webinara bili su mnogobrojni liječnici, medicinske sestre i medicinski tehničari, fizioterapeuti, primalje, doktori dentalne medicine, medicinski biokemičari, psiholozi, ljekarnici, radio-tehnološka djelatnici, radni terapeuti, medicinsko-laboratorijski djelatnici i sanitarni inženjeri.



IMAŠ ZNANJE BUDI PRIMJER

CIJEPI SE

INFORMACIJE O JAVNOZDRAVSTVENOJ KAMPANJI

CLJ

informiranje i podizanje svijesti ZDRAVSTVENIH RADNIKA o važnosti i svim aspektima cijepljenja protiv COVID-19

PODRŽAVATELJI I ZAGOVARATELJI

- > državne i javne institucije
 - > obrazovne institucije
 - > udruge i organizacije zdravstvenih radnika
 - > eminentni hrvatski i svjetski liječnici i znanstvenici



IgG protutijelo kao simbol imunološkog odgovora protiv SARS-CoV-2 virusa

SADRŽAJI

-  [www.budiprimjer.hr](#)
 -  društvene mreže zdravstvenih komora (Facebook, Youtube)
 -  edukativni video filmovi
 -  webinarji za zdravstvene djelatnike
 -  blogovi eminentnih stručnjaka u zdravstvu
 -  pitanja i odgovori članova komora
 -  objave u masovnim medijima
 -  tekstovi u komorskim glasilima
 -  plakati u zdravstvenim ustanovama.

www.budiprimjer.hr

#BudiPrimjer



ZDRAVSTVENI DJELATNICI I COVID-19

Drugi webinar u sklopu kampanje pod nazivom „Zdravstveni djelatnici u borbi s COVID-19“ održan je 18. veljače. Na njemu je sudjelovalo gotovo 6.000 zdravstvenih radnika.

Kako se oni nose s bolešću COVID-19 i kako izgleda njihov svakodnevni rad s pacijentima za vrijeme epidemije neka su od pitanja na koje su sudionici odgovorili na ovom webinaru. Sudionici su se dotaknuli i straha od zaraze i od epidemije kojeg proživljavaju i zdravstveni radnici. Virtualni susret je počeo intervjonom sa specijalistom ginekologije i porodništva Borisom Ujevićem, prim. dr. med., koji je vodila Vesna Štefančić Martić, dr. med. Doktor Ujević odgovorio je na ključna pitanja o cijepljenju trudnica ili dojilja te o tome utječe li cijepljenje na plodnost žena ili muškaraca.

Sudionici webinara bili su fizioterapeutkinja Iva Lončarić Kelečić, dipl. physioth., radiološka tehnologinja Monika Likić, mag. radiol. tech., predstojnica Katedre za zdravstvenu i kliničku psihologiju s Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu, dr. sc. Anita Lauri Korajlija, glavna sestra Klinike za infektivne bolesti dr. Fran Mihaljević, Danijela Miše, mag.med.techn. i primalja Banana Kunina, bacc.obs. Razgovore su moderirali dr. sc. Biljana Kurtović, magistra sestrinstva i dopredsjednik Hrvatske komore fizioterapeuta Zoran Filipović, bacc. physioth.

Na kraju su se sudionici složili da su se od samog početka pandemije i bespoštedne borbe s bolešću COVID-19 zdravstveni djelatnici iznimno brzo prilagodili novim i teškim uvjetima rada bez obzira na to koliko oni izazovni i nepoznati bili u danom trenutku. Tijekom cijele godine, koliko traje dosadašnja teška i stresna bitka s virusom, zadržali su entuzijazam i pokazali iznimnu hrabrost, snalažljivost i požrtvovnost te iznad svega znanje i profesionalizam.

Zdravstveni stručnjaci suglasili su se da je iznimno važno cijepljenje zaposlenika u njihovoj branši jer cjepivom čuvaju sebe, svoje kolege i svoje obitelji, ali i svoje pacijente i njihove obitelji.

U drugom dijelu webinara sudionici su sat vremena odgovarali na pitanja gledatelja. Na kraju je istaknuto da je prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo 14. veljače bilo cijepljeno nešto više od 32.400 zdravstvenih djelatnika što je oko 44 posto svih zdravstvenih radnika u Republici Hrvatskoj.

Organizatori obaju webinara su Hrvatska komora dentalne medicine, Hrvatska komora fizioterapeuta, Hrvatska komora medicinskih biokemičara, Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatska komora primalja, Hrvatska komora zdravstvenih radnika, Hrvatska liječnička komora, Hrvatska ljekarnička komora i Hrvatska psihološka komora, koje su ujedno i nositeljice kampanje „Imaš znanje, budi primjer!“.

Također, u sklopu kampanje, čelnici devet komora u zdravstvu snimili su kratku video poruku u kojoj su iznijeli svoje stavove zašto je važno cijepiti se protiv bolesti COVID-19.

ŠTO JE POKAZALA ANKETA

Na početku kampanje, u siječnju 2021. godine, provedeno je anketiranje svih članova devet komora, a ispitanju se odazvalo i sudjelovalo 8.844 ispitanika. Cilj je bio dobiti uvid u stavove zdravstvenih djelatnika o epidemiji i o cijepljenju protiv bolesti COVID-19. Anketa je tako pokazala da je 19% ispitanika bilo zaraženo s virusom SARS-CoV-2.

Čak 73 posto zdravstvenih djelatnika u Hrvatskoj se ili već cijepilo (24%) ili se planira cijepiti (49%) protiv COVID-a. Razina povjerenja zdravstvenih djelatnika u sigurnost cjepiva je visoka (76%), dok se njih 10% ne planira cijepiti, a nisu preboljeli COVID-19 i nisu zaštićeni antitijelima.

Među ispitanicima koji do ispunjavanja upitnika nisu bili cijepljeni, 56% smatra kako postoji vjerojatnost da će se zaraziti i procjenjuju tu vjerojatnost na 4,8 od 7 (najveća vjerojatnost zaraze), 12% ih smatra kako je cijepljenje nepotrebno, 20% smatra COVID-19 bezopasnim, a 72% važe koristi i rizike cijepljenja.

Više detalja o anketi možete pronaći na web stranici Komore.

PODRŽAVATELJI I ZAGOVARATELJI KAMPAÑE

Ova kampanja imala je brojne podržavatelje i zagovaratelje, a radi se o državnim institucijama, obrazovnim institucijama, udruženjima različitih profila zdravstvenih radnika, kao i mnogim eminentnim hrvatskim i svjetskim stručnjacima i znanstvenicima.

Nositelji ove kampanje su Hrvatska komora fizioterapeuta, Hrvatska komora dentalne medicine, Hrvatska komora medicinskih biokemičara, Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatska komora primalja, Hrvatska komora psihologa, Hrvatska komora zdravstvenih radnika, Hrvatska liječnička komora i Hrvatska ljekarnička komora.

I za kraj podsjetimo, cijepljenje predstavlja najuspješniju javnozdravstvenu mjeru koja spašava i spasila je više ljudskih života od bilo koje druge medicinske intervencije u povijesti medicine!

Na zdravstvenim radnicima je najveća odgovornost. Zdravlje je područje njihove kompetencije i stručnosti.

IMAŠ ZNANJE, BUDI PRIMJER! CIJEPI SE!



IN MEMORIAM

Dinka Čanković (1960.-2021.)



Naša draga kolegica i priateljica Dinka Čanković prerano nas je napustila 10. ožujka 2021. godine izgubivši bitku s opakom bolesti.

Dinka Čanković rođena je 19. lipnja 1960. u Vrbovskom. Primaljsku školu završila je 1980. i odgovorno se posvetila svom poslu. Bila je profesionalna, brižna, savjesna i odgovorna primalja, puna entuzijazma, pravi primjer mlađim generacijama. Rad u rađaonici, dječjoj sobici, odjelu za ginekologiju i jedinici intenzivne nege za požrtvovnu Dinku nije bilo samo zanimanje nego i izazov. Njezin vedri duh, nasmijano lice, spremnost za šalu i nadasve stručnost i posvećenost pozivu ostat će zauvijek u našim sjećanjima i srcima.

Kolegice Klinike za ginekologiju i porodništvo, KBC – Rijeka



**HRVATSKA UDRUGA ZA
PROMICANJE PRIMALJSTVA**



HRVATSKA KOMORA PRIMALJA