



Primaljski vjesnik



Broj 33/34 • ISSN 1848-5863 • Studeni 2022./svibanj 2023.

5. 5. 2023.

MEĐUNARODNI DAN PRIMALJA



HRVATSKA UDRUGA ZA
PROMICANJE PRIMALJSTVA
CROATIAN ASSOCIATION FOR
PROMOTION OF MIDWIFERY



HRVATSKA KOMORA ®
PRIMALJA
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES



International
Confederation
of Midwives



HRVATSKA UDRUGA ZA PROMICANJE PRIMALJSTVA
CROATIAN ASSOCIATION FOR PROMOTION OF MIDWIFERY



HRVATSKA KOMORA ®
PRIMALJA
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES

Sadržaj - Primaljski vjesnik 33

UVODNA RIJEČ	4
UTJECAJ SOCIODEMOGRAFSKIH ČIMBENIKA NA DULJINU DOJENJA	6
TERAPIJSKA HIPOTERMIIJA	19
POLOŽAJI ZA RAĐANJE	22
POUZDANOST APGAR INDEKSA U PROBIRU NEURORIZIČNE NOVOROĐENČADI	26
DEBLJINA I TRUDNOĆA	31
FAKTORI RIZIKA ZA NEURORIZIK KOD DJECE MALOLJETNIH TRUDNICA	37
SAGORIJEVANJE PRIMALJA NA RADNOM MJESTU	41
ISKUSTVO PORODA IZ ASPEKTA OČEVA	48



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

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



IMPRESUM PRIMALJSKOG VJESNIKA

UREDNIŠTVO PRIMALJSKOG VJESNIKA

Glavna urednica:

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

Članice uredničkog odbora:

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

Karmen Cecarko, mag. obs., Hrvatska udruga za promicanje primaljstva, Lopatinec

IZDAVAČ

Hrvatska komora primalja, Ulica grada Mainza 11, 10 000 Zagreb, <https://www.komora-primalja.hr/>

Žiro račun: 2402006-110549055 Erste banka

Hrvatska udruga za promicanje primaljstva, Ulica grada Mainza 11, 10 000 Zagreb

www.hupp.hr

Žiro račun: 2360000-1101743245 Zagrebačka banka

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

NAKLADNIK

Alfacommerce d.o.o., II. Zagorska 8, 10 000 Zagreb

www.alfacommerce.hr

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

List je besplatan.

HRVATSKA KOMORA PRIMALJA

Želimo vam ugodno čitanje novog broja našeg časopisa!

U ovom dvobroju možete pročitati niz zanimljivih tekstova o dojenju, terapijskoj hipertermiji, apgar indeksu, trudnoći i debljini te faktoru rizika za dijete kod maloljetničkih trudnoća.

Međunarodni dan primalja obilježit ćemo 5. svibnja. I ove godine taj datum ćemo već tradicionalno iskoristiti da istaknemo neizmjeran doprinos primalja u zajednicama diljem svijeta. Kao što ćete pročitati u ovom broju, tema porođaja i skrbi o majci i djetetu je ključna za nas kao društvo, a uloga primalja u tom procesu je od neprocjenjive važnosti. Stoga smo se fokusirali na teme koje se tiču zdravlja majke i djeteta, pružajući informacije i savjete kako bi se osigurao što sigurniji i lakši proces rođenja.

Svjetsko udruženje primalja ove godine obilježava naš dan pod motom: *Together again: from evidence to reality*. To je ujedno i najava za 33. ICM kongres koji će se održati od 11. do 14. lipnja 2023. na Baliju u Indoneziji. Želja je okupiti velik broj primalja i ostalih zdravstvenih stručnjaka na jednom mjestu na kojem će se kroz razna predavanja i radionice, educirati, inspirirati i ojačati primalje u zagovaranju i pružanju sveobuhvatnije skrbi za majke, trudnice i obitelji. Jedan od glavnih ciljeva je omogućiti primaljama profesionalni razvoj te im pružiti podršku u izgrađivanju međusobnih odnosa, razmjenjivanju znanja i iskustva u svrhu daljnog napretka njih samih i primaljske struke.

U Hrvatskoj želimo potaknuti primalje da u sklopu obilježavanja našeg dana organiziraju tečajeve za trudnice, educiraju ih o porođaju i važnosti dojenja te organiziraju „dane otvorenih vrata“ u ustanovama u kojima rade kako bi se sve zainteresirane žene upoznale s mogućnosti primaljske skrbi koju mogu dobiti.

Ove će godine 5. svibnja Hrvatska komora primalja organizirati besplatan tečaj za trudnice u Zagrebu. Očekujemo i ovoga puta veliki odaziv i unaprijed zahvaljujemo svim sudionicima tečaja.

Međunarodni dan primalja podsjeća nas na važnost ovog zanimanja i potrebu za dalnjim ulaganjem u zdravstvene usluge za žene, majke i novorođenčad diljem svijeta. Tako-

der, ovaj dan pruža priliku da zahvalimo i pošaljemo podršku svim primaljama koje neumorno rade kako bi osigurale siguran i zdrav porođaj za sve trudnice i novorođenčad, ali i za sve naše klijentice i pacijentice o kojima skrbimo na različitim razinama zdravstvene zaštite.

Važno je naglasiti da uloga primalja nije samo vezana uz porođaj, već i uz šиру važnost u zajednici. Primalje su ključne u promicanju zdravstvene svijesti, a neosporna je činjenica da pružaju podršku majkama i obiteljima kroz sve faze njihovog života. Primalje također imaju važnu funkciju u sprječavanju nasilja nad ženama i djevojčicama te u poticanju obrazovanja o reproduktivnom zdravlju.

Uz sve navedeno, nažalost moramo napomenuti da je uloga primalja u zajednici još uvijek nedovoljno prepoznata. Stoga je potrebno uložiti više truda u educiranje javnosti o važnosti našeg rada i potrebi za većom podrškom u okviru zdravstvenog sustava.

Također vas obavještavamo da će i ove godine Hrvatska komora primalja ponovno sudjelovati s ostalim komorama u zdravstvu u organizaciji 4. kongresa Koordinacije komora u zdravstvu (KoKoZ) kao i 6. hrvatskom kongresu medicinskog prava koji se održao od 21. do 23. travnja 2023. u Novom Vinodolskom.



Između ostalog surađujemo i s Ministarstvom zdravstva te smo u završnoj fazi izrade primaljskih lista. Ujedno smo im se ponovno obratili po pitanju uredbe o nazivima radnih mjesta i koeficijentima složenosti poslova u javnim službama te oko reguliranja statusa prvostupnica primaljstva koje su završile temeljno obrazovanje iz primaljstva i magisterij sestrinstva.

Iznimno nam je zadovoljstvo izvijestiti vas da je Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci članicama i članovima Komore koji su završili diplomski sveučilišni studij sestrinstva omogućio upis razlikovnih sadržaja (bridging studija) sveučilišnog diplomskog studija Primaljstvo.

Pri kraju je izrada novog portala za e-učenje Hrvatske komore primalja koji će biti moderniji i prilagođeniji korisnicima. O svemu ćemo vas pravovremeno upoznati putem službenih i društvenih mreža HKP-a.

Čestitamo vam Međunarodni dan primalja. Uživajte u čitanju!

UTJECAJ SOCIODEMOGRAFSKIH ČIMBENIKA NA DULJINU DOJENJA

Ana Križić, mag.obs.

Hrvatska komora primalja, Klinička bolnica Merkur

e-mail: ana.miskov88@gmail.com

SAŽETAK

UVOD: Adekvatna prehrana tijekom dojenačkog razdoblja i ranog djetinjstva ključna je za osiguravanje rasta, zdravlja i razvoja djece do njihovog punog potencijala. Širom je svijeta poznato da je dojenje korisno i za majku i za dijete, jer se majčino mlijeko smatra najboljim izvorom prehrane za dojenče. Dojenje uz pravilnu tehniku, učestalost, trajanje, isključivo dojenje do šestog mjeseca života te kontinuirano dojenje uz odgovarajuću dohranu do druge godine života glavni su uvjeti idealne prehrane dojenčadi.

CILJ RADA: Utvrditi utjecaj sociodemografskih čimbenika na duljinu dojenja.

REZULTATI: U istraživanju je sudjelovalo ukupno 1.415 ispitanica od kojih je većina, točnije 685 (48,4 %), rodila jednom. Najviše ispitanica, njih 670 (47,3 %) je visokoobrazovano. Od ukupnog broja ispitanica, njih 826 (58,4 %) pohađalo je trudnički tečaj ili neki drugi oblik edukacije prije porođaja. Kod čak 1.084 ispitanice (76,6 %) proveden je kontakt „koža na kožu“, a kod 331 nije (23,4 %). Na pitanje o podršci u dojenju od strane partnera/supruga i obitelji/prijatelja, čak su 1.044 (73,8 %) ispitanice odgovorile da su imale veliku podršku.

ZAKLJUČAK: Duljina trajanja dojenja statistički znatno raste s porastom broja poroda, pohađanjem trudničkog tečaja, normalnim vaginalnim porodom, ostvarenim kontaktom „koža na kožu“ nakon poroda, dojenjem u rađaoni prilikom kontakta „koža na kožu“ i dobivenom stručnom pomoći od strane primalje/lječnika.

Ključne riječi: dojenje, majčino mlijeko, kontakt „koža na kožu“, duljina trajanja dojenja

1. UVOD

Adekvatna prehrana tijekom dojenačkog razdoblja i ranog djetinjstva ključna je za osiguravanje rasta, zdravlja i razvoja djece do njihovog punog potencijala. Širom je svijeta poznato da je dojenje korisno i za majku i za dijete, jer se majčino mlijeko smatra najboljim izvorom prehrane za dojenče (1). Dojenje uz pravilnu tehniku, učestalost, trajanje, isključivo dojenje do šestog mjeseca života te kontinuirano dojenje uz odgovarajuću dohranu do druge godine života glavni su uvjeti idealne prehrane dojenčadi (2).

Kontinuiranim napredovanjem znanosti u ovom području, javnozdravstveni stručnjaci stječu bolji uvid u odnose između čimbenika rizika za zdravlje i mehanizama razvoja te prevencije nezaraznih bolesti. Posljedično, postaje jasno da se programiranje ishoda bolesti kod odraslih pojavljuje rano u životu i da prvi 1.000 dana ima vrlo dominantnu ulogu u cjeloživotnom zdravlju. Jedan od najčešće opisanih zaštitnih čimbenika zdravlja je dojenje. Dugoročne, fizičke i psihološke dobrobiti dojenja za dojenče i majku brojne su i naširoko opisane. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) preporuča početak dojenja unutar prvog sata nakon poroda i nastavak isključivog dojenja do najmanje šestog mjeseca starosti, kada treba postupno uvesti dohranu. Ipak, savjetuje se nastavak dojenja dok dijete ne navrši najmanje dvije godine (3).



1.1. POVIJESNI PREGLED DOJENJA

Najstariji poznati pisani izvori, koji spominju dojenje, potječu s Bliskog istoka i datiraju iz 3000. godine prije Krista. Nužnost dojenja nametana je ženama od najdavnijih vremena. Hranjenje novorođenčeta mlijekom od strane žene, koja nije bila djetetova majka, provodilo se čak i za vrijeme faraona. Te su žene često pažljivo odabirane među onima koje su bile podvrgnute laktaciji. Ocjenjivana je kvalitet i količina mlijeka. U vrijeme Rimskog Carstva, majčino je mlijeko moralo biti procijenjeno prije angažiranja dojilje i procjena se ponavljala svako malo kako bi se uočile potencijalne promjene koje bi mogle imati negativne učinke na razvoj djeteta. Prednost su imale višerotkinje u dobi od 20 do 40 godina s dobro razvijenim bradavicama. Naznačeno je da je dojilja inteligentna, da poznaje osnovne principe higijene i da bude posvećena dojenom djetetu. Najviše su se cijenile spartanske žene, poznate po dobrom zdravlju, disciplini u odgoju djece i sposobnosti poučavanja grčkog jezika (4).

Početkom prošlog stoljeća znanstvenici su smatrali da se dijete najbolje razvija ako je od početka izloženo strogim pravilima. Zbog toga su liječnici naredili majkama da ne doje svoju djecu te da ih čak ne nose ni podignu kada plaču. Taj trend trajao je oko 50 godina, od 1920. do 1970. godine, kada su Sjedinjene Američke Države lansirale dotad najopasniji i nekontrolirani eksperiment u povijesti, popularnu formulu (5). U isto vrijeme žene su dobile pravo glasa, prestale su biti samo domaćice, počele

su se više obrazovati i zapošljavati, uređivati... Stoga je hranjenje na bočicu postao simbol emancipacije i modni trend. Također, smatralo se da samo siromašne žene doje svoju djecu. U istom razdoblju, oko 1940-ih, dojke su postajale sve više simbol seksualnosti, a njihova prava funkcija polako je zaboravljena (6).

Svi ovi događaji imaju posljedicu u sadašnjosti; mnoge žene još uvijek više prihvataju hranjenje na bočicu i skrivaju svoje grudi zbog neugodnosti prouzročene iskrivljenom slikom njihove uloge. Zbog ovih događaja, 1981. godine donesen je Međunarodni kodeks o marketingu nadomjestaka za majčino mlijeko koji je usmjeren na promociju i zaštitu dojenja, pravilnoj upotrebi majčinog mlijeka te kontroliranom marketingu o proizvodnji formula i promociji hranjenja na bočicu (6).

1.2. FIZIOLOGIJA LAKTACIJE

Laktacija predstavlja završetak reproduktivnog ciklusa i javlja se kao jedna od glavnih faza razvoja mlijeko žljezde, a ima tri faze: embriogenezu, mamogenezu i laktogenezu koja, pak, ima svoja četiri stadija:

1. Prvi stadij – sekretorna diferencijacija
2. Drugi stadij – sekretorna aktivacija
3. Treći stadij – laktacija, odnosno potpuno lučenje mlijeka
4. Četvrti stadij – involucija (7).

Hormoni imaju središnju ulogu u razvoju mlijecne žljezde i u laktaciji: to su estrogen i progesteron, prolaktin, inzulin, hidrokortizon, ljudski placentni laktogen, ljudski hormon rasta i oksitocin. Izbacivanje mlijeka je neuronski i endokrino-nološki proces, pri čemu sisanje stimulira osjetne živčane završetke u areoli i bradavici. To zatim aktivira aferentne neuronske reflekske koji dovode do lučenja i otpuštanja prolaktina i oksitocina. Dojenje uvelike mijenja majčin metabolizam, preraspodjeljuje opskrbu krvlju i povećava potražnju za hranjivim tvarima. Sinteza i izlučivanje mlijeka u alveolama dojke uključuje četiri glavna transcelularna puta i jedan paracelularni put; egzocitozu mlijecnih proteina i lakoze, izlučivanje mlijecne masti putem globule mlijecne masti, izlučivanje iona i vode preko apikalne membrane, pinocitozu/egzocitozu imunoglobulina; i paracelularni put za komponente plazme i leukocite (8).

Nakon poroda, početna razina prolaktina naglo pada, ali se obnavlja tijekom svakog dojenja kako bi se stimulirala proizvodnja mlijeka za sljedeće dojenje. Sa svakim skokom prolaktina, estrogen i progesteron se također lagano povećavaju. Kada dojenče sisa, osjetilna živčana vlakna u areoli pokreću neuroendokrini refleks koji rezultira izlučivanjem mlijeka iz laktocita u alveole. Stražnja hipofiza otpušta oksitocin radi stimulacije mioepitelne stanice koja istiskuje iz alveola mlijeko kako bi moglo otjecati u mlijecne kanale, skupljati se u mlijecnim sinusima i ispuštati kroz pore bradavice. Potrebno je manje od jedne minute od trenutka kada dojenče počne sisati (latentno razdoblje) do izlučivanja mlijeka (ispuštanje) (9).

1.3. VRSTE MAJČINOG MLIJEKA

U prvom tjednu nakon trudnoće majka izlučuje kolostrum, gustu i žutu tekućinu. Od sedmog do 14. dana majka luči prijelazno mlijeko, kombinaciju kolostruma i zrelog mlijeka. Nakon dvaju tjedana formira se i izlučuje zrelo mlijeko. Majčino mlijeko se može podijeliti na plavkastosivo početno mlijeko, prisutno na početku hranjenja koje sadrži manje masti, i kremasto-bijelo kasnije mlijeko koje se izlučuje na kraju hranjenja koje je bogato mastima. Majčino mlijeko može se razlikovati ovisno o majčinom zdravlju i prehrani, izloženosti okoliša, gestacijskoj dobi i dobi djeteta (10).

Kolostrum je posebno žućkasto mlijeko koje se luči samo u prva dva do tri dana nakon rođenja djeteta, u malim količinama (oko 30 do 60 ml/dan). Ima ga u izobilju u bijelim krvnim stanicama i antitijelima, posebno IgA, za borbu protiv patogena i sadrži oko 20 specifičnih antitijela protiv bakterija *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Rotavirus*, *Candida*, *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Cryptosporidium*. Sadrži veći udio proteina, minerala i vitamina topivilih u mastima (A, E i K) od običnog majčinog mlijeka. Vitamin

A potreban je za zaštitu očiju i formiranje epitela jer sadrži više čimbenika rasta. U kolostrumu su čimbenici rasta slični inzulinu 1 i 2 najčešći čimbenici rasta. Epidermalni faktor rasta također je prisutan i on tvori crijevnu sluznicu potrebnu za apsorpciju hranjivih tvari. Za novorođenče je važno da se u tom trenutku hrani kolostrumom i ni s čim drugim. Sastav kolostruma može biti izmijenjen majčinim stanjima kao što su eklampsija, dijabetes i anemija (11).

Nakon kolostruma počinje se izlučivati prijelazno mlijeko. Ta faza počinje otprilike tri do šest dana nakon rođenja djeteta i traje oko dva tjedna. Prijelazno mlijeko sadrži više kalorija od kolostruma te više masnoće i šećera. Tijekom prijelazne faze mlijeka počinje se uspostavljati redoviti i česta rutina hranjenja ili izdajanja kako bi se potaknulo stvaranje dovoljne količine mlijeka. Četiri do šest tjedana nakon porođaja majčino mlijeko smatra se potpuno zrelim. Za razliku od dramatičnog pomaka u sastavu koji je zabilježen u prvom mjesecu nakon poroda majčino mlijeko ostaje relativno slično u sastavu, iako se tijekom dojenja događaju suptilne promjene u sastavu (12).

1.4. SASTAV MAJČINOG MLIJEKA

Majčino se mlijeko općenito sastoji od 87 % vode, 3 do 5 % masti, 6,9 do 7,2 % lakoze, 0,8 do 0,9 % proteina, vitamina, minerala i bioaktivnih tvari, a može imati od 60 do 75 kcal na 100 ml. Kolostrum (majčino mlijeko u ranim danima) ima više proteina i imunoglobulina. Zrelo mlijeko sadrži veći postotak ugljikohidrata (10).

Analizom majčinog mlijeka utvrđeno je da ono ima dvije komponente (makronutrijente i mikronutrijente). Makronutrijenti su uglavnom proteini, masti i lakoza. Najveća količina proteina u majčinu mlijeku su: kazein, α -laktalbumin, lakoferin, sekretorni imunoglobulin IgA, lizozim i serumski albumin. Mast majčinog mlijeka odlikuje se visokim sadržajem palmitinske i oleinske kiseline. Masnoća je najvarijabilniji makronutrijent mlijeka. Glavni šećer majčinog mlijeka je disaharid lakoza. Mnogi mikronutrijenti variraju u majčinu mlijeku ovisno o majčinoj prehrani i tjelesnim zalihamama, uključujući vitamine A, B1, B2, B6, B12, D i jod (13).

Majčino mlijeko (kolostrum, prijelazno i zrelo mlijeko) može prenijeti specifične ili nespecifične imunitete na vanjsku mukoznu površinu crijeva, a možda i na respiratorični trakt novorođenčeta. Antioxidačne vitamine, odnosno vitamine A, E i C imaju važnu ulogu u imunomodulaciji. Vitamin C prisutan u kolostrumu i mlijeku ima brojne biokemijske funkcije povezane s funkcijom imunološkog sustava. Pomaže u održavanju prirodne barijere protiv infekcije, stimulira leukocite na njihovu fagocitnu i antimikrobnu aktivnost, povećava proizvodnju antitijela i razine komple-



menta te također pojačava sintezu interferona. Za rast, razvoj i preživljavanje dojenčadi je potrebna optimalna opskrba vitaminom C (14).

1.5. PREDNOSTI DOJENJA

Zdravstvene dobrobiti dojenja neupitno su priznate u cijelom svijetu. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, majčino mlijeko je najbolja prehrana koja potiče optimalan rast u ranom djetinjstvu. Međutim, na uspostavu isključivog dojenja do šestog mjeseca života još uvijek često utječe pogrešno shvaćanje procesa dojenja (15). Isto tako, SZO predlaže ženama da nastave dojiti do druge godine starosti svoje novorođenčadi. Međutim, u svijetu se svake godine 7,6 milijuna dojenčadi nikada ne doji, a gotovo dvoje od troje dojenčadi nije isključivo dojeno tijekom preporučenih šest mjeseci. Svjetska zdravstvena organizacija definira isključivo dojenje kao nikakvu drugu hranu ili piće, čak ni vodu, osim majčinog mlijeka, dok pretežno dojenje

zahtijeva majčino mlijeko kao primarni izvor prehrane, dopuštajući dopunu tekućinom, uključujući vodu i pića na bazi vode i voćne sokove (16).

Majčino mlijeko smatra se idealnom hranom za dojenčad jer sadrži veliku količinu hranjivih tvari poput proteina, masti, šećera, vitamina i minerala međusobno savršeno uravnoteženih kako bi se optimizirala njihova apsorpcija u crijevima. Dugoročne dobrobiti dojenja za majke i djecu ne mogu se ponoviti s formulom za dojenčad koja ne sadrži antitijela, hormone i čimbenik rasta koji karakteriziraju majčino mlijeko (15).

1.5.1. PREDNOSTI DOJENJA ZA DIJETE

Prednost dojenja je zaštita zdravlja djeteta tijekom prvih tjedana života, a kratkoročni ili srednjoročni učinci uključuju visoko zaštitni učinak na smrtnost dojenčadi, s 12 % smanjenjem rizika od smrtnosti u usporedbi s nedojenom djecom, zatim smanjenje respiratornih i gastrointestinalnih infekcija tijekom prvih tjedana života novorođenčeta, što je vjerojatno povezano sa sastavom kolostruma i majčinog mlijeka koji djetetu daju imunološku zaštitu (13).

Majčino mlijeko ima imunološko djelovanje na novorođenčad zbog čega se smatra najboljom dostupnom opcijom hranjenja. S jedne strane dojenje omogućuje odgovarajući odnos majke i djeteta; s druge strane, majčino mlijeko sadrži sve hranjive sastojke potrebne da dijete raste zdravo. Visoka razina imunoglobulina održava sterilno mlijeko, štiti novorođenče od novorođenačkih infekcija i pomaže u sprječavanju mastitisa (12).

Postoje brojni dokazi da majčino mlijeko štiti dijete od infekcija jer sadrži brojne imunološke komponente, uključujući čimbenike koji imaju antimikrobna i protuupalna svojstva, kao i tvari koje pomažu sazrijevanju djetetovog imunološkog sustava i promiču zdrav crijevni mikrobiom. Protutijela u majčinom mlijeku ciljaju potencijalne patogene kojima je majka bila izložena (17).

Postoji inverzna povezanost između majčina mlijeka i akutne febrilne bolesti tijekom prvih mjeseci života. U odnosu na respiratorne infekcije, u usporedbi s djecom koja su hranjena isključivo majčinim mlijekom tijekom prvih šest mjeseci života, djeca koja nisu dojena imaju smrtnost od upale pluća gotovo petnaest puta veću, dok je među djecom u dobi od šest do 23 mjeseca koja su hranjena komplementarnim formulama, oni koji su bili hranjeni formulom imali su dvostruku smrtnost od upale pluća od one koja su hranjena majčinim mlijekom do dvije godine života. Rizik hospitalizacije za infekciju donjih dišnih putova tijekom prve godine života smanjen je za 72 % kod djece s isključivim dojenjem tijekom najmanje četiri mjeseca. Ozbiljnost bronhiolitisa sincicijskog virusa manja je za

74 % u one djece hranjene isključivo majčinim mlijekom tijekom najmanje četiri mjeseca u usporedbi s onima koja su djelomično dojena ili su se hranila isključivo formulom. Isto tako, djeca hranjena bilo kojom količinom majčina mlijeka imaju 23 % manji rizik od razvoja akutnog otitisa, za one s isključivim dojenjem najmanje tri mjeseca, rizik se smanjuje za 50 %, a ako se produži do šest mjeseci, rizik se smanjuje za 63 % (11).

Dojenje dulje od šest mjeseci povezano je s nizom pozitivnih zdravstvenih ishoda za dojenčad i majku. Dulje dojenje, uz niz drugih determinanti, može imati zaštitni učinak protiv prekomjerne tjelesne težine i pretilosti u djetinjstvu. Pro-matračka studija sugerira da dojenje do 12 mjeseci može zaštiti od zaraznih bolesti, posebno gastrointestinalnih i respiratornih infekcija. Glavne dugoročne koristi dojenja navedene u izvješću SZO uključuju sljedeće:

- dojenje je povezano s boljim rezultatima na testovima inteligencije i kognitivnim razvojem
- značajno smanjuje rizik od pretilosti u djetinjstvu, a kasnije i kod odraslih
- smanjenje rizika od dijabetesa tipa 2
- pronađen je mali zaštitni učinak protiv povišenog sistoličkog krvnog tlaka (18).

1.5.2. PREDNOSTI DOJENJA ZA MAJKU

Dugoročne dobrobiti za majke uključuju smanjen rizik od razvoja raka jajnika, raka dojke u premenopauzi i smanjenje pretilosti, dijabetesa tipa 2 te bolesti srca. Majke, koje su dojile svoju djecu, bile su u prosjeku osam kilograma lakše šest godina kasnije u usporedbi s majkama koje nisu dojile svoju djecu. Isto tako, dokazano je da dojenje smanjuje postnatalnu depresiju (18).

Dojenje povezuje majku i dijete, a majku ispunjava radošću u fizičkom i emocionalnom zajedništvu koje doživljavaju sa svojim djetetom. Ti su osjećaji pojačani oslobađanjem hormona kao što su prolaktin i oksitocin. Dojenje donosi zdravstvene beneficije za majke osim emocionalnog zadovoljstva, a to su:

- majke koje doje, brže se i lakše oporavljaju od poroda jer oksitocin, koji se oslobađa tijekom dojenja, djeluje na brže vraćanje maternice na normalnu veličinu i može smanjiti postporođajno krvarenje
- istraživanja su pokazala da dojenje može smanjiti rizik od razvoja dijabetesa tipa 2, reumatoidnog artritisa i kardiovaskularnih bolesti, uključujući visoki krvni tlak i visok kolesterol
- isključivo dojenje odgađa povratak majčine menstruacije, što može pomoći produžiti vrijeme između trudnoća (isključivo dojenje može pružiti prirodni oblik kontracepcije ako se majčina menstruacija nije vratila) (17).

1.6. KONTRAINDIKACIJE ZA DOJENJE

Iako je dojenje optimalna hrana za dojenčad, ipak postoji nekoliko uvjeta pod kojima dojenje možda nije u najboljem interesu djeteta. Dojenje je kontraindicirano kod djece s klasičnom galaktosemijom (nedostatak galaktoze 1-fosfat-uridil-transferaze), kada majke imaju aktivnu neliječenu tuberkuloznu bolest ili su ljudski limfotropni virusi T-stanica tip I ili II pozitivni, kada majci primjenjuju dijagnostički ili terapijski radioaktivni izotopi ili je izložena radioaktivnom djelovanju materijala (sve dok postoji radioaktivnost u mlijeku), kada majci primjenjuju kemoterapijski agensi ili neki drugi lijekovi (dok se mlijeko ne pročisti), ako majke konzumiraju opojne droge i majke koje imaju herpes simplex lezije na dojci (dijete može hraniti na drugu dojku ako je bez lezija) (19).

U područjima u razvoju, s populacijom koja ima povećani rizik od drugih zaraznih bolesti i nedostatkom prehrane, što rezultira povećanom stopom smrtnosti dojenčadi, rizici smrtnosti povezani s umjetnim hranjenjem mogu prevagnuti nad mogućim rizicima od zaraze HIV-om. Jedna detaljna studija u Africi je otkrila da dojenčad hranjena samo majčinim mlijekom, zaraženih majki, u prvih tri do šest mjeseci nakon rođenja nije imala povećani rizik od prijenosa HIV-a na dijete, dok su dojenčadi koja su hranjena mješovito (dovenje s drugom hranom ili mlijekom) imala veću stopu HIV infekcije u usporedbi s dojenčadi koja su bila isključivo hranjena formulom (19).

1.7. ČIMBENICI KOJI UTJEĆU NA ODLUKU O DOJENJU

Međunarodne studije identificirale su određene čimbenike koji utječu na namjere dojenja, kao što su: zaposlenje, društveni stavovi i javne ustanove za dojenje te varijabilni standard i sadržaj savjeta koje zdravstveni radnici daju majkama. Čak i nakon odluke o dojenju, mnoge majke ne uspijevaju postići vlastite ciljeve dojenja jer ih mnogi čimbenici obeshrabruju. Neki uobičajeni čimbenici identificirani iz prethodnih studija uključuju: osobne percepcije, zapošljavanje i podršku poslodavaca, uključenost muža, društvene stavove, socijalnu podršku, javne ustanove i savjete zdravstvenih radnika. Većina problema s dojenjem može se sprječiti ili lako riješiti prenatalnom edukacijom, anticipacijskim smjernicama i ranom informiranom podrškom obitelji ili pružatelja zdravstvenih usluga. Utvrđeno je da rano otkrivanje i edukacija o potencijalnim problemima s dojenjem pozitivno utječe na rezultate duljine trajanja dojenja (20).

Unatoč postojanju čimbenika, koji relativiziraju i minimaliziraju ulogu dojenja u životu majke i djeteta, čin dojenja je suštinski povezan s majčinom ulogom i kao takav ovisi o karakteru autonomnog odlučivanja žena. Odluka o do-

jenju, osim u ograničavajućim situacijama, je isključivo na ženi (21). Složenost odluke o dojenju povezana je s činjenicom da je dojenje proces koji uključuje kulturološke, društvene i političke čimbenike na koje utječe nekoliko aspekata. Međutim, potrebno je istražiti faktore koji utječu na odluku dojenja, a mogu se definirati radnjama koje doprinose potvrđenoj odluci i kulminiraju očuvanjem svih dobrobiti dojenja. Znanje je napredovalo po pitanju stajališta o dojenju i njegovim utjecajem, posebno u pogledu fizioloških, funkcionalnih gledišta ili životnih navika koje mijenjaju učinkovitost ili kontinuitet dojenja. Međutim, nejasno je kako se različiti aspekti mogu razumjeti s fokusom istraživanja na perspektivu dojenja kao donošenje odluka povezanih s ulogom žene (22).

Veća je vjerojatnost da će se majke, koje poznaju druge žene koje su uspješno dojile, odlučiti na dojenje. S druge strane, negativni stavovi obitelji i prijatelja mogu predstavljati prepreku dojenju. Neke majke kažu da ne traže pomoći u dojenju od obitelji ili prijatelja zbog proturječnih informacija koje dobivaju iz tih izvora. U mnogim obiteljima očevi imaju važnu ulogu u donošenju odluke hoće li dojiti. Očevi se mogu protiviti dojenju zbog zabrinutosti oko toga koja bi bila njihova uloga u hranjenju, hoće li se moći povezati sa svojim djetetom ako osobno nisu mogli hraniti dijete, i kako bi majka mogla ispuniti kućanske obveze, ako doji. Studije afroameričkih obitelji u kojima je obrazovanje o dojenju bilo usmjereno na oca otkrile su povećanje od 20 % u stopama dojenja, što ukazuje da su očevi utjecaji na majčine prakse hranjenja kritično važni u ranom donošenju odluka o dojenju (23).

1.8. UTJECAJ POTEŠKOĆA NA DOJENJE

Iako se dojenje često opisuje kao „prirodno“, ipak je ono također umjetnost koju moraju naučiti i majka i novorođenče. Možda će biti potrebno podučiti vještinama kako držati i postaviti novorođenče na dojku, kako postići učinkovito prianjanje i druge tehnike dojenja. Nije iznenađujuće da neke žene očekuju kako će dojenje biti lako, a onda se nađu suočene s izazovima. Nepodudarnost između očekivanja o dojenju i realnosti majčinih ranih iskustava s dojenjem svog djeteta identificirana je kao ključni razlog zašto mnoge majke prestaju dojiti unutar prvih dvaju tjedana nakon poroda. S druge strane, pogrešna percepcija da mnoge žene imaju poteškoće s dojenjem može izazvati pretjeranu zabrinutost kod majki o njegovoj izvedivosti (23).

Percipirana neugodnost dojenja također je problem; u nacionalnom istraživanju javnog mnijenja 45 % odraslih u SAD-u navelo je kako vjeruje da se majka koja doji mora odreći previše životnih navika. Osim toga, predanost koju zahtijeva dojenje i poteškoće u uspostavljanju dojenja ponekad se vide kao prijetnje slobodi i neovisnosti majki. Nažalost, edukacija o dojenju nije uvijek lako dostupna

majkama niti im je lako razumljiva. Mnoge se žene oslanjaju na knjige, letke i druge pisane materijale kao jedini izvor informacija o dojenju, ali korištenje tih izvora za stjecanje znanja o dojenju može biti neučinkovito, posebno za žene s niskim primanjima koje mogu imati veći uspjeh oslanjajući se na uzore. Ciljevi edukacije majki su povećanje njihovog znanja i vještina u vezi s dojenjem i pozitivnog utjecaja na njihove stavove o dojenju (23).

Najčešći razlozi zbog kojeg majke rano prestaju dojiti je bol u bradavicama ili dojkama i mastitis. Uzroci boli u bradavicama i dojkama uključuju:

- ozljedu bradavica uzrokovana djetetovim sisanjem ili pumpicom za vrijeme izdajanja
- prenapunjeno dojki
- opstrukciju mlijecnih kanalića
- infekcije bradavica i dojke
- prekomjerno stvaranje mlijeka
- kožni poremećaji poput dermatitisa ili psorijaze koji utječu na bradavicu
- vazokonstrikciju bradavica (24).

Mastitis se javlja u otprilike 10 % majki koje doje i može dovesti do prestanka dojenja. Rizik od mastitisa može se smanjiti čestim, potpunim pražnjenjem dojke i optimizacijom tehnike dojenja. Bolne bradavice mogu izazvati mastitis. Dijagnoza mastitisa obično je klinička, a u majke je obično prisutna žarišna osjetljivost jedne dojke praćena vrućicom i malaksalošću. Liječenje uključuje promjenu tehnike dojenja, često uz pomoć savjetnika za dojenje. Kada su potrebni antibiotici, prednost se daje onima koji su učinkoviti protiv *Staphylococcus aureus*. Nastavak dojenja treba poticati u prisutnosti mastitisa i općenito ne predstavlja rizik za dojenje. Apsces dojke je najčešća komplikacija mastitisa. Može se spriječiti ranim liječenjem mastitisa i nastavkom dojenja. Kada se pojavi apsces, potrebna je kirurška drenaža ili aspiracija iglom. Dojenje se obično može nastaviti u prisutnosti liječenog apscesa (25).

Zabrinutost zbog nedovoljne količine mlijeka još je jedan često navođen razlog za rani prestanak dojenja. Jedna nacionalna studija o praksi hranjenja otkrila je da je oko 50 % majki navelo nedovoljnu količinu mlijeka kao razlogom prestanka dojenja. Slaba količina mlijeka može biti posljedica nedovoljnog hranjenja ili loših tehnika dojenja, ali nedostatak povjerenja u dojenje ili nerazumijevanje normalne fiziologije laktacije može dovesti do percepcije nedovoljne opskrbe mlijekom, iako je količina zapravo dovoljna za hranjenje djeteta. I prepunjenost dojki može dovesti do poteškoća jer dojenje tada ne može adekvatno primiti bradavicu, dojke su bolne, crvene i teške, a može se javiti i lagano povišena temperatura. Medicinska sestra će majci savjetovati da se izdoji ručno, a na dojke stavi

tope obloge prije podoja, dok će hladne obloge staviti nakon podoja. Za vrijeme podoja potrebno je lagano masirati dojku (23).

1.9. PODRŠKA DOJENJU

Prepoznajući dobrobiti dojenja, Dječji fond Ujedinjenih naroda (eng. *United Nations Children's Fund – UNICEF*) i Svjetska zdravstvena organizacija uveli su 1989. godine svjetski program za promicanje dojenja poznat pod nazivom „Deset koraka do uspješnog dojenja“, koji je također uključivao inicijativu „Rodilište – prijatelj djece“. Program je pokrenut kao odgovor na smanjenje stope dojenja uz istovremenu ekspanziju komercijalnih dodataka mlijeku i njihovo agresivno reklamiranje (26). Prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije i UNICEF-a, preporuča se prvi podoj učiniti unutar „zlatnog sata“, odnosno 60 minuta nakon poroda. Kako bi istaknuli važnost dojenja, 2002. godine Svjetska zdravstvena organizacija i UNICEF donijeli su zajednički dokument kojim su utvrđeni svi parametri koji naglašavaju optimalnu prehranu dojenčadi i male djece. Za unapređenje dojenja osmišljeni su različiti programi. Svakako jedan od najistaknutijih je program „Rodilište – prijatelj djece“ koji se provodi od 1992. godine. Temelji se na poticanju i provedbi dojenja u rodilištu, a provodi se pod sloganom „Deset koraka do uspješnog dojenja“ (27). Program promicanja dojenja pod nazivom „Deset koraka do uspješnog dojenja“ bi svaka ustanova koja brine o majci i novorođenčetu trebala provoditi, a glase:

1. Imati pisana pravila koja su uvijek dostupna cijelokupnom zdravstvenom osoblju.
2. Poučiti zdravstveno osoblje vještinama potrebnim za primjenu tih pravila.
3. Obavijestiti sve trudnice o prednostima majčinog mlijeka i o tome kako se doji.
4. Pomoći majkama da počnu dojiti već pola sata nakon djetetova rođenja.
5. Pokazati majkama kako se doji i kako će sačuvati izlučivanje mlijeka čak i ako su odvojene od svoje djece.
6. Ne davati dojenčadi nikakvu drugu hranu, već samo majčino mlijeko, osim ako to nije medicinski opravdano.
7. Omogućiti majkama i djeci da budu zajedno 24 sata na dan.
8. Poticati majke da doje na djetetovo traženje.
9. Ne davati dudu varalice djeci koja se doje.
10. Poticati osnivanje skupina za potporu dojenju i uputiti majke na njih pri izlasku iz rodilišta ili bolnice (28).

Također, ističe se praksa *rooming in*. Riječ je o programu čiji je cilj osigurati fizičku povezanost obitelji i majke s novonastalom situacijom te uspostaviti ritam i tehniku dojenja na način da majka i dijete budu zajedno 24 sata. Ovaj program omogućuje majkama dojenje na zahtjev. Potrebno je educirati kako majke hrane svoju djecu i koliko pojedini podoj mora trajati. Majke bi također trebalo poticati da se povežu s grupama za potporu dojenju u svojim područjima porijekla. Na taj način majkama je dostupna pomoć i savjeti u dojenju.

Zaštita, promicanje i potpora dojenju u Republici Hrvatskoj odnosi se na provedbu programa „Rodilište – prijatelj djece“, kroz patronažnu skrb za trudnice i majke, provedbu programa „Savjetovalište za djecu – prijateljice dojenja“, provedbu programa „Zajednice – prijatelji dojenja“, aktivnosti grupe za potporu dojenja Hrvatske udruge grupe za potporu dojenja.

Prvo spomenuto „Rodilište – prijatelj djece“ u Hrvatskoj je implementirano tri godine nakon svjetske implemen-tacije, odnosno 1996. godine. Dvadeset godina kasnije sva rodilišta u Republici Hrvatskoj dobila su taj naziv. Kao posljedica provedbe ovog programa evidentira se porast broja dojene djece unutar rodilišta, ali i porast isključivo dojene djece u prvim mjesecima (27).

Priprema za dojenje i pronalaženje dobre mreže podrške prije poroda može osnažiti i pomoći budućim roditeljima uvidjeti sve prepreke koje se mogu pojaviti na tom putu kao i izazove koji se mogu prevladati uz točne informacije i podršku. Trudnički tečaj je osmišljen kao edukacija za buduće roditelje koji potiču raspravu i povezivanje, kao i pomoći u stvaranju prve mreže podrške tijekom trudnoće, poroda i nakon toga. Iako su jedino primalje kompetentne za provođenje trudničkih tečajeva, ipak njih uglavnom vode patronažne medicinske sestre bez primaljskog iskustva, što može predstavljati izazov i za buduće roditelje, ali i za medicinske sestre.

Učinkovit nacionalni program javnog zdravstva zahtjeva osnovnu koordinaciju i praćenje usluga. Aktivnosti za promicanje i potporu dojenju potječu iz raznih subjekata, uključujući savezne, državne i lokalne vlasti te neprofitne organizacije i strukovne udruge. Unutar savezne vlade brojne su agencije razvile programe o dojenju, a druge imaju programe koji na dojenje utječu neizravno. Stvaranje savezne međuresorne radne skupine za dojenje moglo bi pomoći u prevladavanju svih izazova s kojima se žene susreću i poboljšanju koordinacije i suradnje među agencijama kako bi se poboljšala podrška dojenju (29)

CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja je utvrditi utjecaj sociodemografskih čimbenika na duljinu dojenja.

MATERIJALI I METODE

3.1. USTROJ STUDIJE

Istraživanje je provedeno kao presječna studija s prigodnim uzorkom.

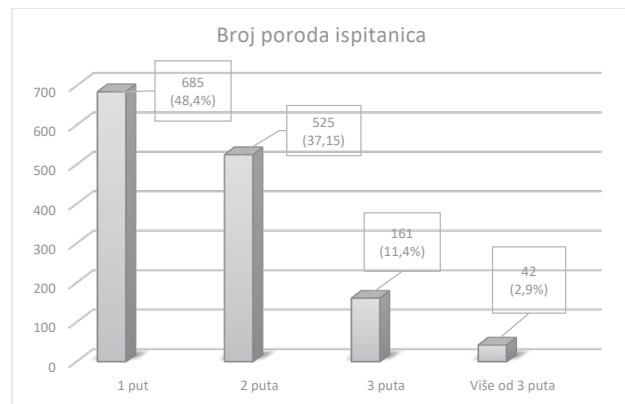
3.2. UZORAK

U istraživanju su sudjelovale majke s jednim ili više djece. Istraživanje je provedeno u vremenskom razdoblju od 1. do 30. srpnja 2022. godine. Kriteriji uključenja u istraživanje su sve majke s barem jednim djetetom koje su dojile, dok je kriterij isključenja majke koje nisu ni započele dojenje.

REZULTATI

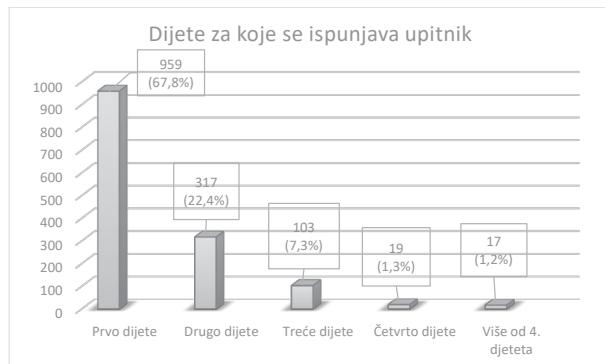
SOCIODEMOGRAFSKA OBILJEŽJA ISPITANICA

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 1.415 ispitanica od kojih je većina njih, točnije 685 (48,4 %), rodila jednom. Zatim slijede ispitanice koje su rodile dva puta, njih 525 (37,1 %), i one koje su rodile tri puta, njih 161 (11,4 %) (slika 1).



Slika 1. Učestalost i postotak ispitanica obzirom na broj poroda

Najviše ispitanica, koje su sudjelovale u istraživanju, upitnik su ispunjavale za prvo dijete, njih 959 (67,8 %). Zatim slijede one koje su ispunjavale za drugo dijete, njih 317 (22,4 %), a za treće dijete njih 103 (7,3 %) (slika 2).



Slika 2. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na činjenicu za koje dijete po redu ispunjava upitnik

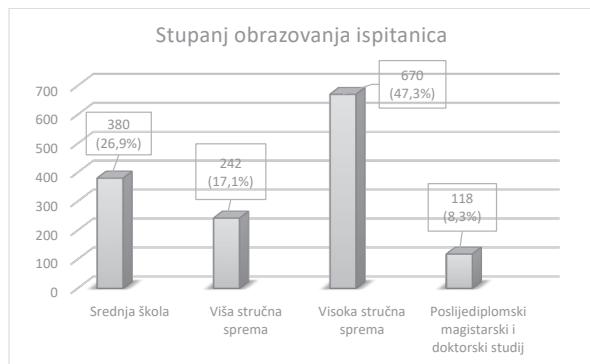
Prema mjestu prebivališta najviše je ispitanica iz grada Zagreba, njih 385 (27,2 %). Zatim slijede ispitanice iz Zagrebačke županije, njih 162 (11,4 %), Splitsko-dalmatinske županije, njih 120 (8,4 %), dok je iz ostalih županija manji broj ispitanica (tablica 1).

Tablica 1. Broj ispitanica prema mjestu prebivališta

Mjesto prebivališta	n	%
Zagrebačka županija	162	11,4
Krapinsko-zagorska županija	27	1,9
Sisačko-moslavačka županija	57	4,0
Karlovačka županija	23	1,6
Varaždinska županija	39	2,7
Koprivničko-križevačka županija	22	1,5
Bjelovarsko-bilogorska županija	36	2,5
Primorsko-goranska županija	94	6,6
Ličko-senjska županija	9	0,6
Virovitičko-podravska županija	25	1,7
Požeško-slavonska županija	22	1,5
Brodsko-posavska županija	30	2,1
Zadarska županija	49	3,4
Osječko-baranjska županija	87	6,1
Šibensko-kninska županija	25	1,7
Vukovarsko-srijemska županija	38	2,6
Splitsko-dalmatinska županija	120	8,4
Istarska županija	81	5,7
Dubrovačko-neretvanska županija	35	2,4
Međimurska županija	49	3,4
Grad Zagreb	385	27,2

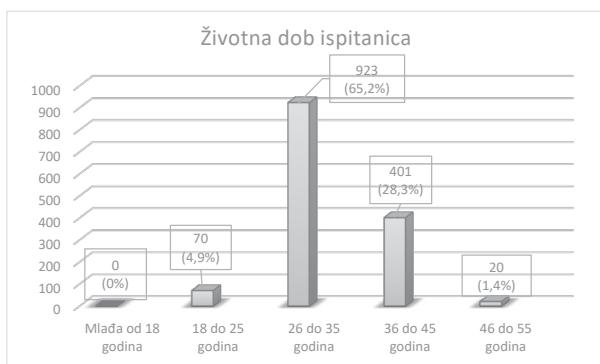
n – broj ispitanica

Najviše je ispitanica, njih 670 (47,3 %) visokoobrazovano, a zatim slijede ispitanice srednje stručne spreme, njih 380 (26,9 %), više stručne spreme, njih 242 (17,1 %) i poslijediplomskog magistarskog i doktorskog studija, njih 118 (8,3 %) (slika 3).



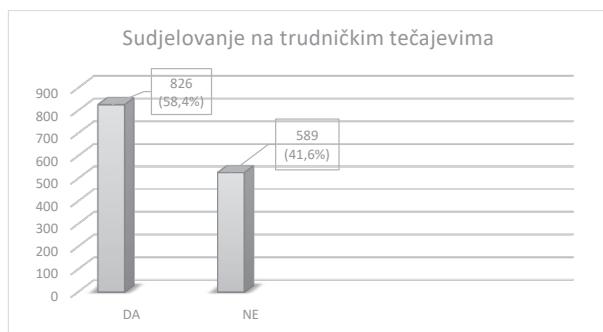
Slika 3. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na stupanj obrazovanja

U istraživanju je sudjelovalo najviše ispitanica životne dobi od 26 do 35 godina, njih 923 (65,2 %), zatim ispitanice životne dobi od 36 do 45 godina, njih 401 (28,3 %) te životne dobi od 18 do 25 godina, njih 70 (4,9 %) (slika 4).



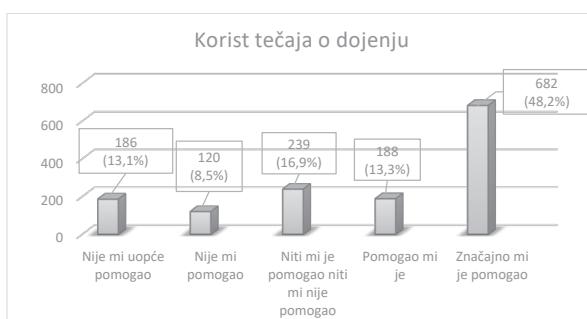
Slika 4. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na životnu dob

Od ukupnog broja ispitanica njih je 826 (58,4 %) pohađalo trudnički tečaj ili neki drugi oblik edukacije prije porođaja, dok ih 596 (42,1 %) nije (slika 5).



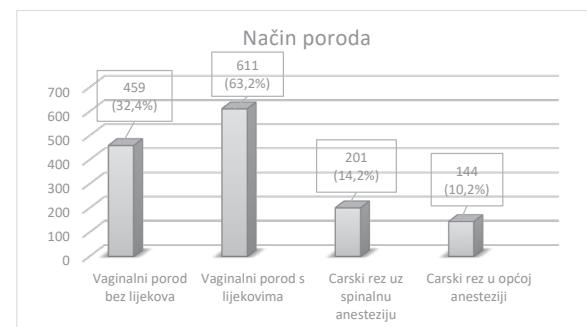
Slika 5. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na sudjelovanje na trudničkom tečaju

Što se tiče koristi tečaja/edukacije po pitanju dojenja, najviše je ispitanica, njih 682 (48,2 %), odgovorilo da im je znatno pomogao, dok je 186 ispitanica (13,1 %) odgovorilo da im uopće nije pomogao (slika 6).



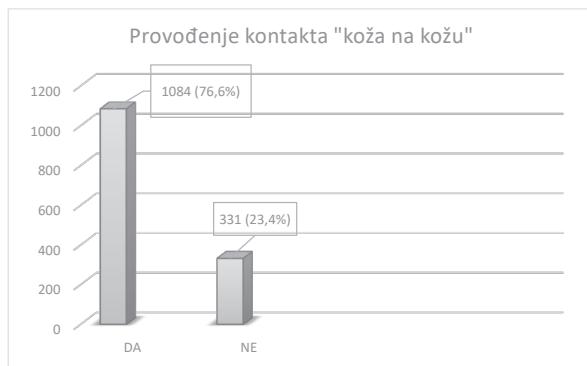
Slika 6. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na korist sudjelovanja na tečaju o dojenju

Od ukupnog broja ispitanica, najviše ih je, točnije 611 (43,2 %), rodilo vaginalnim porodom uz lijekove, epiduralnu anesteziju ili epiziotomiju. Zatim slijede ispitanice koje su rodile vaginalnim porodom bez lijekova, epiduralne anestezije ili epiziotomije, njih 459 (32,4 %) te carskim rezom uz spinalnu anesteziju, njih 201 (14,2 %), i carskim rezom u općoj anesteziji, njih 144 (10,2 %) (slika 7).



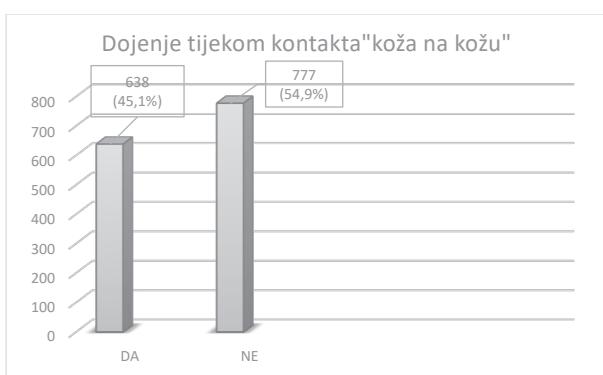
Slika 7. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na način poroda

Od ukupnog broja ispitanica kod njih čak 1.084 (76,6 %) proveden je kontakt „koža na kožu“, a kod 331 nije (23,4 %) (slika 8).



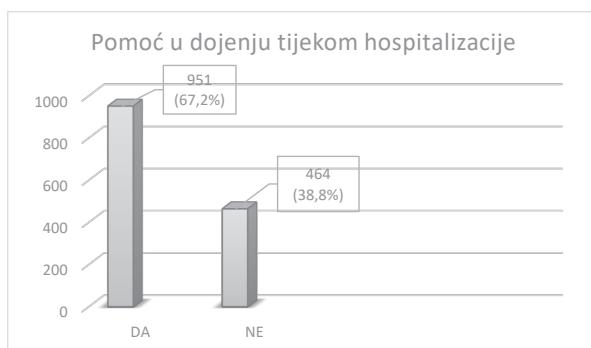
Slika 8. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na provođenje kontakta „koža na kožu“ nakon poroda

Nešto malo manje od polovice ispitanica, njih 638 (45,1 %), dojilo je u rađaoni tijekom kontakta „koža na kožu“, dok njih 777 (54,9 %) nije (slika 9).



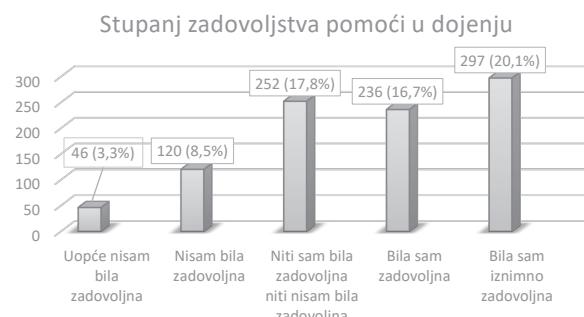
Slika 9. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na dojenje tijekom kontakta „koža na kožu“

Od ukupnog broja ispitanica, njih 951 (67,2 %) je odgovorilo da su tijekom boravka u bolnici dobili stručnu pomoć i savjete o dojenju od strane primalje/lječnika, dok njih 464 (38,8 %) nije (slika 10).



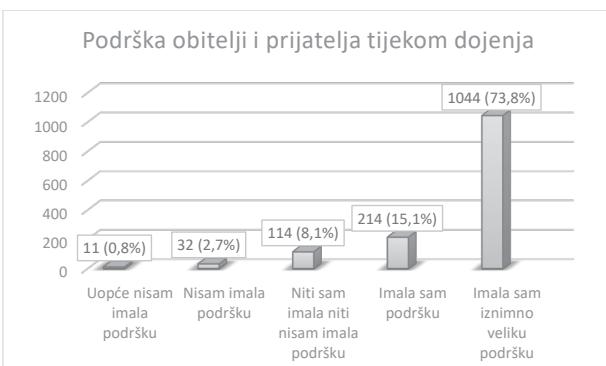
Slika 10. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na pomoć u dojenju tijekom hospitalizacije

Od ukupnog broja ispitanica, koje su na prethodno pitanje potvrđno odgovorile, njih 297 (20,1 %) bilo je iznimno zadovoljno, dok čak 252 ispitanica (17,8 %) nije ni zadovoljna ni nezadovoljna pomoći u dojenju u rodilištu (slika 11).



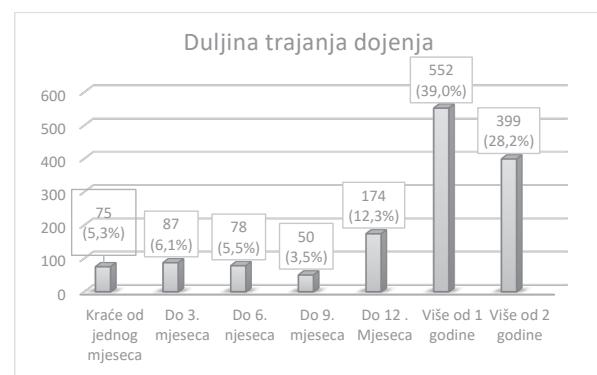
Slika 11. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na stupanj zadovoljstva pomoći u dojenju u rodilištu

Na pitanje o podršci u dojenju od strane partnera/supruge i obitelji/prijatelja, čak su 1.044 (73,8 %) ispitanice odgovorile da su imale veliku podršku, dok je samo 11 ispitanica (0,8 %) odgovorilo kako uopće nije imalo nikakvu podršku tijekom dojenja (slika 12).



Slika 12. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na podršku obitelji i prijatelja tijekom dojenja

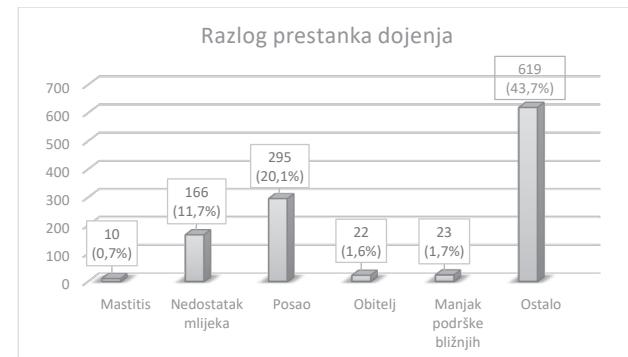
Na pitanje do koje su dobi dojile svoje dijete, najviše je ispitanica, njih 552 (39,0 %), odgovorilo dulje od jedne godine starosti djeteta. Zatim slijede ispitanice koje su dojile i nakon druge godine starosti djeteta, njih 399 (28,2 %), a nakon toga ispitanice koje su dojile prve godine djetetova života, njih 174 (12,3 %) (slika 13).



Slika 13. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na duljinu trajanja dojenja

Od ukupnog broja ispitanica koje su prestale dojiti, njih je 619 (43,7%) navelo da su najčešći razlozi manjak podrške bližnjih, druga trudnoća, zastojna dojka, premorenost, vlastita želja za prestankom dojenja, djetetovo zaostajanje na težini, zdravstveni razlozi ili djetetov samostalni prestanak dojenja. Posao je razlog prestanka dojenja kod 295 ispitanica (20,1 %), a zatim slijedi nedostatak mlijeka kod 166 ispitanica (11,7 %) (slika 14).

Slika 14. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na razlog prestanka dojenja



RASPRAVA

Nakon ispunjavanja dijela upitnika s ponuđenim mogućim odgovorima, sudionice istraživanja imale su mogućnost napisati komentar o dojenju koji nije bio obuhvaćen pitanjima. Neki od njih su:

„Nakon svega mislim da osim majčine volje za dojenjem, veliki čimbenik je način života. U prvim mjesecima je potrebno sve moguće olakšanje i pomoći majci da se može posvetiti dojenju i da ne bude pod stresom radi neobavljениh drugih kućanskih ili sličnih zadataka.“

„Žao mi je što nisam imala podršku od strane patronažne sestre u smislu da mi objasni kako dijete namjestiti da povuče. Njezin prijedlog je bio šeširić, što se pokazalo besmisleno. Također je rekla da majka može jesti sve, što se isto pokazalo krivo jer je imao nekoliko dana grčeve koji su prestali kada sam prilagodila prehranu.“

„Završila sam tečaj za laktacijske savjetnice u trajanju od dva tjedna, što mi je izuzetno pomoglo u odluci da isključivo dojim prvih šest mjeseci i nastavim dojiti uz uvođenje dohrane nakon toga. Prvo dvoje djece dojila sam negdje oko četiri mjeseca unatoč tome što sam do tada puno znala o dojenju. Očito je da nisam znala dovoljno.“

„Iako sam se mnogo informirala i troje djece dojila duže od godinu dana, niti s jednim nisam uspjela ekskluzivno dojiti. Vjerujem u zakon ponude i potražnje, ali isto tako mislim da moje dojke ne mogu proizvesti više od pola litre mlijeka dnevno, što je suprotno svemu što se može pročitati o temi.“

„Pohvaljujem odabranu temu diplomskog rada i nadam se dalnjim istraživanjima ovog područja. Smatram da je komunikacija između žena nekvalitetna što se tiče dojenja i poroda i ne pruža mladim majkama konkretnе informacije koje bi im pomogle u pripremi za najveću promjenu u životu. One žene koje samostalno potraže stručne informacije u sklopu raznih online tečajeva, čitajući knjige ili gledajući videa imaju znatnu prednost i

spremniye dočekaju proces poroda, a naročito spremniye prihvate izazove dojenja. Dojenje je jako osjetljiv proces koji iscrpljuje majku, naročito ako je prvo dijete i majka se nađe u novoj situaciji. Smatram kako bi trebala postojati mnogo otvorenija i obrazovanija komunikacija između žena (trudnica i žena koje već imaju iskustvo poroda i dojenja), a naročito između žena i medicinskog osoblja koje je odgovorno pratiti proces trudnoće i poroda. Dojenje je predivno iskustvo, naravno, ali jako osjetljiv i zahtjevan proces koji treba mnogo više cijeniti u društvu.“

„Nema te edukacije koja će utjecati na tvoju vlastitu odluku. Majka ponajprije mora odlučiti da želi dojiti. Patronažne sestre, sestre na odjelu, nitko, ali nitko ne može donijeti odluku umjesto majke same. Edukacija tijekom cijele trudnoće, podrška partnera i znanje o samom procesu stvaranja mlijeka i dojenja je jedino važno. Znati da svaki plać djeteta nije znak gladi, naučiti pravilan položaj dojenja i hrabrenje roditelje je jedino što bi sestre u rodilištu trebale raditi. Trudnički tečaji i držanje plastične bebe i dojke su svjetska glupost i nemaju nikakve veze s dojenjem.“

ZAKLJUČAK

Analizom rezultata moguće je izvesti sljedeće zaključke:

1. U istraživanje o duljini trajanja dojenja uključeno je 1.415 žena s najmanje jednim djetetom koje su dojile i završile s dojenjem.
2. Rezultati su pokazali da duljina trajanja dojenja statistički znatno raste s porastom broja poroda, pohađanjem trudničkog tečaja, normalnim vaginalnim porodom, ostvarenim kontaktom „koža na kožu“ nakon poroda, dojenjem u radaoni prilikom kontakta „koža na kožu“, dobivenom stručnom pomoći od strane primalje/liječnika te podrškom bližnjih. Takve su dojilje statistički značajno duže dojile u odnosu na ostale skupine.
3. Dob, prebivalište i stručna sprema nisu imali statistički znatan utjecaj na duljinu dojenja.



LITERATURA

1. Motte A., Jeewon R. Importance of Exclusive Breast Feeding and Complementary Feeding Among Infants. *Current Research in Nutrition and Food Science*. 2(2):56-72, 2014.
2. Küçükoğlu S., Çelebioğlu A. Effect of Natural-Feeding Education on Successful Exclusive Breast-Feeding and Breast-Feeding Self-Efficacy of Low-Birth-Weight Infants. *Iran J Pediatr*. 24(1):49-56, 2014.
3. Lang Morović M., Musić Milanović S. Breastfeeding Duration as a Predictor of Childhood Lifestyle Habits, Overweight and Obesity in Second- and Third-Grade Schoolchildren in Croatia. *Acta Clin Croat*. 58(3):481-490, 2019.
4. Broers B., Królak-Olejnik B. A history of breastfeeding. *GinPolMedProject*. 1(47):30-2, 2018.
5. Marks L., Wendkos Olds S. *The Complete Book of Breastfeeding: The Classic Guide* (4th edition). New York: Workman Publishing Company, Inc. str. 17-29. 2010.
6. Stables D., Rankin J. *Physiology in Childbearing: with Anatomy and Related Biosciences* (3rd edition). London: Elsevier Health Sciences. str. 359-71, 2010.
7. Pillay J., Davis T. J. *Physiology, Lactation*. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Dostupno na adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499981/> (datum pristupa 13.07.2022.)
8. Lawrence R. A. *Physiology of Lactation*. Breastfeeding (9th Edition): Elsevier, str. 58-92, 2022.
9. Biga L. M., Dawson S., Harwell A., Hopkins R., Kaufmann J., LeMaster M. i sur. *Anatomy & Physiology*. OpenStax/ Oregon State University; str. 1856-62, 2017.
10. Shah R., Sabir S., Alhawaj A. F. *Physiology, Breast Milk*. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Dostupno na adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539790/> (datum pristupa 13.07.2022.)
11. Podgorelec V., Brajnović Zaputović S., Kiralj R. Majčino mlijeko najbolji je izbor prehrane za novorođenče i dojenče. *Sestrinski glasnik*. 21(1):33-40, 2016.
12. Ballard O., Morrow A. L. Human Milk Composition: Nutrients and Bioactive Factors. *Pediatr Clin North Am*. 60(1):49-74, 2013.
13. Divedi P., Maheshwari P., Seth S., Mishra A. Analysis of Transitional Milk of Post-Natal Cases in Non-Anaemic Mothers and Its Comparison With Anaemic Mothers in Rural Western Uttar Pradesh. *Cureus*. 12(12):1-7, 2020.
14. Luthfor A., Nazrul I., Nazrul I. K., Syeda N. N. Vitamin C Content in Human Milk (Colostrum, Transitional and Mature) and Serum of a Sample of Bangladeshi Mothers. *Mal J Nutr*. 10(1):1-5, 2004.
15. Brahm P., Valdés V. Benefits of breastfeeding and risks associated with not breastfeeding. *Rev Chil Pediatr*. 88(1):15-21, 2017.
16. Burgio M. A., Lagana A. S., Sicilia A., Prosperi Porta R., Porpora M. G., Ban Frangež H. i sur. Breastfeeding Education: Where Are We Going? A Systematic Review Article. *Iran J PublicHealth*. 45(8):970-7, 2016.
17. Hay G., Bergljot Bærug A. The benefits of exclusive breastfeeding up to six months. *Tidsskr Nor Legeforen*; 2019. Dostupno na adresi: file:///C:/Users/Moj%20Komp/Downloads/pdf-export-57542.pdf (datum pristupa 15.07.2022.)
18. Binns C., Lee M., Yun Low W. The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. *Asia-Pacific Journal of Public Health*. 28:7-14, 2016.
19. Lintner N. C., Gray B. A. Childbearing and Depression – What Nurses need to know. *Nursing for Women's Health*. 10(1):50-7, 2006.
20. Kong S. K. F., Lee D. T. F. Factors influencing decision to breastfeed. *Journal of Advanced Nursing*. 46(4):369-79, 2004.
21. Eidelman A. I., Schanler R. J., Johnston M., Landers S., Noble L., Szucs K. i sur. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*. 29(3):827-41, 2012.
22. Spencer J., Abrams S. A., Hoppin A. G. Patient education: Common breastfeeding problems (Beyond the Basics). UpToDate; 2019. Dostupno na: <https://www.uptodate.com/contents/common-breastfeeding-problems-beyond-the-basics> (datum pristupa 15.07.2022.)
23. Centers for Disease Control and Prevention (US). Barriers to Breastfeeding in the United States. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2011. Dostupno na adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK52688/?report=reader> (datum pristupa 17.07.2022.)
24. Canicali Primo C., De Oliveira Nunes B., De Fátima Almeida Lima E., Marabotti Costa Leite F., Barros de Pontes M., Gomes Brandão M. A. Which factors influence women in the decissionto breastfeed?. *Invest Educ Enferm*. 34(1):198-217, 2016.
25. Spencer J. P. Management of Mastitis in Breastfeeding Women. *Am Fam Physician*. 78(6):727-31, 2008.
26. Berović N. Impact of Sociodemographic Features of Mothers on Breastfeeding in Croatia: Questionnaire Study. *CMJ*. 44(5):596-600, 2003.
27. Ostović Ž., Ćatićović M., Hrgović Z., Lagančić M., Vušić I., Fureš R. i sur. Breastfeeding Promotion and the Results of the Maternity Ward – a Friend of Children Initiative Implementation in Bjelovar-Bilogora County in 2018. *Mater Sociomed*. 33(4):269-75, 2021.
28. Grgurić J., Pavčić Bošnjak A., Stanojević M., Zakanj Z. (ur). *Priručnik za provođenje inicijative „Rodilište-prijatelj djece“*. Ured UNICEF-a za Hrvatsku; Zagreb: 2007.
29. Office of the Surgeon General. *Breastfeeding from the Public Health Perspective*. Centersfor Disease Control and Prevention; 2011. Dostupno na adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK52684/?report=reader> (datum pristupa 19.07.2022.)
30. San Lio R. M., Maugeri A., La Rosa M. C., Cianci A., Panella M., Giunta G. i sur. The Impact of Socio-Demographic Factors on Breastfeeding: Findings from the „Mamma & Bambino“ Cohort. *Medicina (Kaunas)*. 57(2):1-12, 2021.
31. Masudul I., Sohani A., Animesh B. Influence of socio-demographic factors on the breastfeeding period of women in Bangladesh: a polytomous logistic regression model. *Family Medicine & Primary Care Review*. 21(3):223-9, 2019.
32. Thulier D., Mercer J. Variables Associated With Breastfeeding Duration. *JOGNN*. 38:259-68, 2009.

TERAPIJSKA HIPOTERMIJA

Ariana Lorencin, mag.obs.

e-mail: ariana.rabac@gmail.com

SAŽETAK

Cerebralno oštećenje uzrokovano asfiksijom predstavlja medicinski i društveno-gospodarski problem. Asfiksija je prepartalno, intraportalno ili postpartalno nastali poremećaj koji se manifestira kao poremećaj u izmjeni plinova u posteljici i fetalnim plućima. Postoji blaga i teška asfiksija. Asfiksija ima veliki perinatalni mortalitet. Može uzrokovati razna oštećenja i stanja poput epilepsije, cerebralne paralize, ataksije, poremećaja vida, poremećaja sluha, mentalne retardacije, zaostajanje u motoričkom razvoju i druga stanja. Hipoksijsko-ihemijska encefalopatija (HIE) je lezija mozga. Razvija se radi manjka kisika i poremećaja cirkulacije kao posljedica teške porođajne asfiksije. Ima dva stadija, a to su primarni i sekundarni stadij. Klinička slika sekundarnog stadija su novorođenačke konvulzije. Između primarnog i sekundarnog stadija postoji tzv. latentna faza (do šestog sata života). U toj fazi trebali bi započeti s terapijskom hipotermijom kao metodom liječenja. Terapijska hipotermija je indukcija pothlađivanja asfiktičnog novorođenčeta. Trebala bi biti započeta prije nastanka sekundarnog stadija oštećenja mozga, u latentnoj fazi. Taj period je do šestog sata života novorođenčeta. Postoje dvije metode terapijske hipotermije, a to su selektivno pothlađivanje glave i pothlađivanje cijelog tijela. Selektivno pothlađivanje glave provodi se na 34 do 34,5 stupnjeva Celzijusa, a pothlađivanje cijelog tijela na 33 do 33,5 stupnjeva Celzijusa. Traje do 72 sata. Prilikom i nakon provođenja terapijske hipotermije potreban je intenzivan nadzor vitalnih parametara, primjena analgezije i sedacije, praćenje biokemijskih parametara i električne aktivnosti mozga. Nakon provođenja terapijske hipotermije provodi se postepeno zagrijavanje organizma na fiziološku temperaturu. Nakon dokaza učinkovitosti ovaj oblik liječenja ušao je u preporuku ILCOR smjernica za reanimaciju novorođenčadi.

Ključne riječi: asfiksija, hipoksijsko-ihemijska encefalopatija, terapijska hipotermija

1. UVOD

Cerebralno oštećenje uzrokovano asfiksijom predstavlja medicinski i društveno-gospodarski problem. Pravodobna

dijagnostika i liječenje predstavlja veliki izazov. Teškoće u procjeni težine porođajne asfiksije stvaraju nesigurnost u procjeni rizika oštećenja te uzročne veze s kasnjim oštećenjima u životu te novorođenčadi. Takvu novorođenčad smatramo neurorizičnom novorođenčadi. Uslijed porođajne asfiksije najčešće dolazi do hipoksijsko-ihemijske encefalopatije. Važno je na vrijeme dijagnosticirati porođajnu asfiksiju i hipoksijsko-ihemijsku encefalopatiju te pravovremeno započeti s liječenjem u jedinicama neonatološkog intenzivnog liječenja da bi se sprječili rizici za nastanak tih oštećenja. Razumijevanje etiologije i patogeneze hipoksijsko-ihemijske encefalopatije na molekularnoj i staničnoj razini omogućilo je nove pristupe u postupku liječenja takvog stanja. Uz konzervativno liječenje lijekovima i nadomještanje tekućine, primjenjuje se terapijska hipotermija kao metoda liječenja hipoksijsko-ihemijske encefalopatije te je postala standard u kliničkoj praksi (1).

2. RAZRADA

2.1. ASFIKSIJA I HIPOKSIJSKO-ISHEMIJSKA ENCEFALOPATIJA

Asfiksija je prepartalno, intraportalno ili postpartalno nastali poremećaj koji se manifestira kao poremećaj u izmjeni plinova u posteljici i fetalnim plućima. Dovodi do smanjenja perfuzije kisika kroz fetalne organe. Asfiksija dovodi do hipoksije (smanjena količina kisika), hipoksemije (smanjenje arterijskog tlaka), hipokapnije (porast ugljičnog dioksida u arterijskoj krvi) i acidozе fetusa. Asfiksija ima veliki perinatalni mortalitet. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije godišnje 4 milijuna djece diljem svijeta umire radi porođajne asfiksije, a 38 posto njih umire do pete godine svog života radi posljedica nastalih uslijed porođajne asfiksije. Rizici nastanka mogu biti prolongiran (dug) i precipitirajući (brz) porod, dugotrajno curenje plodove vode, mekonijalna plodova voda, visoka dob majke, višeplodne trudnoće, slabo kontrolirane trudnoće, zastoj u rastu fetusa (IUGR), uporaba oksitocina u porodu, preeklampsija, anemija majke i fetusa, prijevremeno odljuštenje posteljice i predležeća posteljica. Porođajna asfiksija može uzrokovati razna oštećenja i stanja poput epilepsije, cerebralne paralize, ataksije, poremećaja vida,

poremećaja sluha, mentalne retardacije, zaostajanje u motoričkom razvoju i druga stanja. Porođajna asfiksija dijeli se na blagu i na tešku (2, 3).

Hipoksijsko-ishemijska encefalopatija (HIE) je lezija mozga. Razvija se radi manjka kisika i poremećaja cirkulacije kao posljedica teške porođajne asfiksije. Hipoksijsko-ishemijska encefalopatija se dijagnosticira kod 1-8/1.000 životoredene djece u razvijenim zemljama. Rizici nastanka su prije spomenuti rizici nastanka same asfiksije poput dugog ili brzog poroda, mekonijalne plodove vode, preeklampsije, zastoja u rastu fetusa (IUGR), poremećaja posteljice (predležeća posteljica, abrupcija), starost majke, multiple trudnoće i dr. Često je rizik nastanka idiopatski. Hipoksijsko-ishemijska encefalopatija predstavlja akutnu ozljedu mozga i nekrozu neurona što rezultira smrtnim ishodima i nastanku brojnih oštećenja. Hipoksijsko-ishemijska encefalopatija ima svoja dva stadija, a to su primarni i sekundarni stadij. Između primarnog i sekundarnog stadija postoji tzv. latentna faza gdje je cerebralni oksidativni metabolizam blizu granice normale i splasnuo je edem mozga (do šestog sata života). U toj fazi trebali bi započeti s terapijskom hipotermijom kao metodom liječenja. Dugo se hipoksijsko-ishemijska encefalopatija liječila samo suporativno. Zadnjih godina primjenjuje se terapijska hipotermija kao metoda ranog liječenja. Terapijska hipotermija pokazala je dobre rezultate i postala je standard u kliničkoj praksi diljem svijeta (1, 4, 5, 6).

2.2. TERAPIJSKA HIPOTERMIJA

Liječenje asfiktične novorođenčadi obuhvaća reanimaciju, opće sistemske mjere i neuroprotektivne mjere odnosno postupke. Neruprotekcija je skup mjera liječenja, a cilj joj je očuvanje integriteta središnjeg živčanog sustava te sprječavanje oštećenja središnjeg živčanog sustava. Trenutno jedina klinički usvojena metoda liječenja je umjerena terapijska hipotermija. Terapijska hipotermija je indukcija pothlađivanja asfiktičnog novorođenčeta. Terapijska hipotermija trebala bi biti započeta prije nastanka sekundarnog stadija oštećenja mozga, u latentnoj fazi. Taj period je do šestog sata života novorođenčeta (1).

Da bismo započeli s terapijskom hipotermijom moramo upotpuniti sve kriterije. Prvo moramo dokazati porođajnu asfiksiju. Zatim moramo klinički dokazati hipoksijsko-ishemijsku encefalopatiju te napraviti EEG. Nakon dokazivanja porođajne asfiksije i hipoksijsko-ishemijske encefalopatije započinjemo s terapijskom hipotermijom. Postoje dvije metode terapijske hipotermije, a to su selektivno pothlađivanje glave i pothlađivanje cijelog tijela. Selektivno pothlađivanje glave provodi se na 34 do 34,5 stupnjeva Celzijusa, a pothlađivanje cijelog tijela na 33 do 33,5 stupnjeva Celzijusa. Za provođenje terapijske hipotermije postoje posebni servokontrolirani uređaji. Sadrže kapu

ili omotač s rashladnom tekućinom. Trajanje terapijske hipotermije obično traje do 72 sata. Nakon provođenja terapijske hipotermije provodi se postepeno zagrijavanje organizma na fiziološku temperaturu. Prilikom i nakon provođenja terapijske hipotermije potreban je intenzivan nadzor vitalnih parametara, primjena analgezije i sedacije, praćenje biokemijskih parametara i električne aktivnosti mozga (1).

Neuroprotektivni mehanizam terapijske hipotermije uključuje depresiju metabolizma neurona te se tako održava razina ATP-a i inhibira se sekundarna energijska kriza. Reduciraju se upalni odgovori, konvulzije (broj i trajanje) te stvaranje slobodnih radikala kisika. Međutim u konačnici neuroprotektivni mehanizam terapijske hipotermije nije dokazan (1).

2.2.1. DOKAZ UČINKOVITOSTI

Brojne randomizirane studije dokazale su statistički značajnu redukciju mortaliteta i neurorazvojnog odstupanja. Rezultati su bolji kod liječenja nego kod liječenja teškog oblika hipoksijsko-ishemijske encefalopatije. Nakon dokaza učinkovitosti ovaj oblik liječenja ušao je u preporuku ILCOR smjernica za reanimaciju novorođenčadi. Važno je znati da već tijekom reanimacije treba predvidjeti i započeti terapijsku hipotermiju u smislu da treba isključiti izvor topline na reanimacijskom stoliću. Na taj način asfiktično se novorođenče počinje pasivno pothlađivati prirodnim mehanizmom. Tijekom evaluacije trebalo bi održavati nižu razinu tjelesne temperature sve do odluke o dalnjem liječenju. Hipertermija može pogoršati stupanj oštećenja i povećati mortalitet, pa se tako čak i febrilnost majke u porođaju povezuje s neurološkim oštećenjem djeteta (7).

2.2.2. PRIMJENA

Kada smo definirali kriterije za provođenje terapijske hipotermije novorođenče mora biti intubirano, sedirano, na respiratoru, monitorirano te mora imati postavljeni umbilikalni kateter, rektalnu sondu, urinarni kateter i orogastricnu sondu. Prilikom svih tih intervencija moramo paziti da nam grijač na reanimacijskom stoliću bude ugašen radi postizanja pasivnog pothlađivanja novorođenčeta. Moramo napraviti ultrazvuk mozga i srca, RTG obradu novorođenčeta. Zatim moramo učiniti laboratorijske nalaže (KKS, biokemija, koagulogram, ABS, kontrola urina), mikrobiološku obradu (obris pazuha, aspirat traheje i obris umbilikalnog katetera). Kada smo sve to napravili započinjemo s terapijskom hipotermijom. Postavimo novorođenče na napunjenoj madracu rashladnom tekućinom na stolić za hipotermiju. Postavljamo rektalnu sondu za mjerjenje temperature na dubinu od 5 centimetara. Postavljamo kožnu sondu na prsište novorođenčeta. Novorođenče je



postavljeno na kontinuirani monitoring gdje tijekom cijelog postupka pratimo vitalne funkcije (krvni tlak, saturaciju, udisaje). Svakih sat vremena. Kontrolira se prohodnost i visina tubusa. Enteralno unosimo elektrolite, hidraciju i majčino mlijeko te narkotike protiv bolova. Najčešće je to primjena morfija. Enteralno unosimo antikonvulzive i ordiniranu antibiotsku terapiju. Pratimo diurezu putem urinarnog katetera, kontroliramo KKS, ABS, elektrolite, laktate i GUK. Prilikom procesa terapijske hipotermije aktivnost mozga pratimo kontinuiranim EEG zapisom. Nadzor novorođenčeta na terapijskoj hipotermiji je kontinuiran i konstantan. Provodimo zdravstvenu njegu (presvlačenje, okretanje) i sestrinsku dokumentaciju. Nakon terapijske hipotermije (traje 72 sata) slijedi postepeno zagrijavanje novorođenčeta (14 sati).

3. ZAKLJUČAK

Može se zaključiti da je u razvijenim zemljama incidenčija teške porođajne asfiksije relativno niska (1 do 8 na tisuću živorodene djece) no da su njezine posljedice vrlo zabrinjavajuće radi visokoga mortaliteta i raznih

odstupanja u razvoju. Cerebralno oštećenje uzrokovano asfiksijom predstavlja medicinski i društveno-gospodarski problem. Pravodobna dijagnostika i liječenje predstavlja veliki izazov perinatologa i pedijatara. Teškoće u procjeni težine porođajne asfiksije stvaraju nesigurnost u procjeni rizika oštećenja te uzročne veze s kasnijim oštećenjima u životu te novorođenčadi. Prognoza neurorazvojnog izvora temelji se na kliničkoj slici srednje teške ili teške hipoksisko-ishemische encefalopatije koja se mora evaluirati u neposrednom neonatalnom razdoblju, zatim na brojnim biokemijskim biljezima, morfološkim promjenama mozga i rezultatima neurofizioloških pretraga.

Razumijevanje patofiziologije oštećenja mozga, odredilo je i prognostičko značenje za upotrebu terapijske hipotermije. Bitno je razumijevanje patofiziologije u praćenju bolesnika koji se podvrgavaju neuroprotektivnom liječenju da bi se u latentnoj fazi, nakon uspješne primarne reanimacije, zaustavio proces sekundarne neuronalne degradacije. Za sada je umjerena kontrolirana hipotermija pokazala najbolje rezultate u kliničkoj praksi i postala je standard u kliničkom liječenju.

LITERATURA

1. JURETIĆ, Emilia; LONČAREVIĆ, Damir. Perinatalna asfiksija. Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik, 2013, 19.104/105: 163-171.
2. ASLAM, Hafiz Muhammad, et al. Risk factors of birth asphyxia. Italian journal of pediatrics, 2014, 40.1: 1-9.
3. MCGUIRE, William. Perinatal asphyxia. BMJ clinical evidence, 2007.
4. VANNUCCI, Robert C. Hypoxic-ischemic encephalopathy. American journal of perinatology, 2000, 17.03: 113-120.
5. S., Laptook A. R., Ehrenkranz R. A., Tyson J. E., McDonald S. A., Donovan E. F., i sur. Whole-body hypothermia for neonates with hypoxic-ischemic encephalopathy. N Engl J Med. 2005;353:1574-84.
6. Cornette L. Therapeutic hypothermia in neonatal asphyxia. Faxts Views Vis Obgyn. 2012;4(2):133-139.
7. J. M., Wyllie J., Kattwinkel J., et al.; Neonatal Resuscitation Chapter Collaborators. Part 11: Neonatal resuscitation: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2010;122(16 Suppl 2):S516-38
8. FINDER, Mikael, et al. Two-year neurodevelopmental outcomes after mild hypoxic ischemic encephalopathy in the era of therapeutic hypothermia. JAMA pediatrics, 2020, 174.1: 48-55.
9. ABATE, Biruk Beletew, et al. Effects of therapeutic hypothermia on death among asphyxiated neonates with hypoxic-ischemic encephalopathy: a systematic review and meta-analysis of randomized control trials. PloS one, 2021, 16.2: e0247229.
10. BAKER, Turner S., et al. Therapeutic hypothermia for intracerebral hemorrhage: Systematic review and meta-analysis of the experimental and clinical literature. International Journal of Stroke, 2022, 17.5: 506-516.

POLOŽAJI ZA RAĐANJE

Ariana Lorencin, mag.obs.

e-mail: ariana.rabac@gmail.com

1. UVOD

Položaji za rađanje vežu se uz opstetričko iskustvo i tradiciju, biomehaniku i holistički pristup porodu odnosno humanizaciju poroda, kao emotivno-socijalnom iskustvu za roditelje i buduću obitelj. Znanstvene i stručne komparativne studije položaja za rađanje nisu povezane samo za pojedine opstetričare ili centre. Iz većine svjetskih opstetričkih kuća brojne su evaluacije položaja za rađanje. Studije ne uključuju samo položaje koji nisu na leđima, nego komparacijske studije i meta analize uspravnih i ležećih položaja za rađanje. U većini radova položaji za rađanje se odnose na normalan jednoplodni porod u stavu glavicom, no postoje i izvešća o porodima zatkot u drugim položajima (1).

Iako postoji kontroverza o odnosu između položaja majke u porodu, trajanja samog poroda, subjektivne nelagode i neonatalnog ishoda, neka rodilišta se odlučuju na druge položaje za rađanje, umjesto onog klasičnog, ležećeg na leđima, što za sobom iziskuje fiziološku trudnoću i sam porod, suradljivost roditelje i stručno znanje optetričkog tima (2).

Porodi, doduše uz tehnološki nadzor, odvijaju se kao na traci. Svaki pacijent, ima pravo na informiranost o svojoj bolesti te na odluku o načinu liječenja. U porodništvu to znači odluka o nazočnosti osobe od povjerenja pri porodu, odluka o načinu rađanja, o položaju pri rađanju, o uporabi lijekova i o postupku s novorođenčetom. U sklopu tih pregnuća pokušava se obnoviti mijenjanje položaja u porodu. To su: porod stojeći, sjedeći, čučeći, na laktima i koljenima te porod u vodi. Pojedini alternativni načini rađanja su u nekim zemljama stekli priličnu popularnost. Sve više trudnica se fizički i psihički priprema za porod te žele same odabrati najpogodniji tjelesni položaj za rađanje. Sloboda rađanja ima psihološki učinak koji ima rezultat manje bolnog poroda, uključujući i uvažavajući mišljenje i želju same roditelje, odnosno adekvatna skrb za roditelju (3, 4).

Ključne riječi: položaji za rađanje, ležeći položaj, uspravni položaj i koljeno-lakatni

2. POVIJESNI OSVRT

U starom Egiptu, žene su rađale u sjedećem ili ležećem stavu, u nazočnosti dviju ili više pomoćnica. Pomoćnice su bile redovito žene, a muškarci su bili prisutni jedino kad je trebala fizička pomoć kod poroda zastaloga djeteta. Razvoj današnje opstetricije započinje francuskom pariškom školom Louise Bourgeois (1564.-1640.). Ona je osnovala školu za primalje, uvela nastavu i ispite. Porod i nadzor trudnoće obavljale su primalje, a liječnik koji se posvetio porodništvu intervenirao je pri komplikacijama u porodu. Opstetričari su kroz nekoliko stoljeća usavršavali svoje vještine kojima su pomagali pri zastaju poroda: različiti oblici i tipovi forcepsa. Žene su rađale sjedeći na porodničkim stolcima ili ležeći na krevetu. Prilikom komplikacija, da bi primalja ili porodničar mogli pružiti odgovarajuću pomoć roditelji, ona je morala biti u odgovarajućem položaju: ležeći na leđima, s nogama raširenim u kukovima i pregibnutim u koljenima (4).

Početkom 20. stoljeća sjedinjuju se ginekologija i porodništvo u novu struku – specijalizaciju, odnosno u ginekologiju i opstetriciju, što je ostalo do današnjih dana. U prvoj polovici 20. stoljeća žene još rađaju kod kuće, a u rodilišta dolaze samo komplificirani porodi. Sve je više porodničkih intervencija, koje su prije bile prvenstveno usmjerene na spašavanje života roditelje i tek sekundarno života djeteta. Na taj način je sve više maha uzimalo rađanje u ležećem položaju, na leđima. Rutinsko rađanje u krevetu pripisuje se Mauriceau, francuskom opstetričaru koji je djelovao u 17. stoljeću. U prvoj porodnoj dobi, u dobi otvaranja, roditelje su često koristile porodnički stolac, a na njemu se obavljao i izgon djeteta. Tako je austrijska carica Marija Terezija (1717.-1780.) rodila 19 djece, od njih šestoro uz pomoć porodničkog stolca. Od 50-ih godina 20. stoljeća porodništvo doživljava razvoj. Uvodi se antenatalna skrb i nove tehnologije poput kardiotokografije, pH metrije, amnioskopije, ultrazvuka, amniocenteze i sl. Za primjenu svih tih postupaka potrebno je da je roditelja u ležećem položaju. Zahvaljujući novim postupcima, antenatalnoj skrbi i rađanju u ustanovama, drastično su smanjeni maternatalni, perinatalni i neonatalni mortalitet i morbiditet (1, 4).



Osamdesetih godina 20. stoljeća javlja se novi pokret, povratak prirodnom porodu. Uvjetovan je željom za humanizacijom rađanja te pravima pacijenata. Naime, pri rađanju u velikim ustanovama, osobljje rađaonice često nema vremena posvetiti se pojedinačnoj rodilji. Porodi, doduše uz tehnološki nadzor, odvijaju se rutinski. S druge strane, pokret za prava pacijenta zastupa gledište da svaki pacijent ima pravo na informiranost o svojoj bolesti te na odluku o načinu liječenja. U porodništvu to znači odluka o nazočnosti supruga odnosno partnera i obitelji pri porodu, odluka o načinu rađanja o položaju pri rađanju, o uporabi lijekova i o postupku poroda. U sklopu toga pokušava se obnoviti rađanje kod kuće te mijenjati rađanje u krevetu na druge tzv. alternativne načine rađanja. To su porod stojeći, sjedeći, čučeći, na laktima i koljenima te porod u vodi (4).

3. POLOŽAJI ZA RAĐANJE

Temeljni položaji za rađanje su: ležeći položaj, uspravni položaj i koljeno-lakatni. Ležeći položaj je na ledima ili na boku. Stojeci položaj može biti stojeći, sjedeći, polusjedeći, čučeći i koljeni. Uvođenjem drugih položaja za rađanje uz ležeći, smanjuje se mogućnost epiziotomije i razdora međice, primjene lijekova, stimulacije trudova, a katkada i opasnih opstetričkih zahvata poput Kristellerova hvata. Rađanje u drugim položajima, osim leđnog, mijenja se opstetrička praksa, što iziskuje edukaciju primalja i priлагodbu njihova načina rada potrebama i željama rodilje.

Većina modernih kreveta u hrvatskim rodilištima ima mogućnost postavljanja rodilje u polusjedeći ili sjedeći položaj. Rađanje u drugim položajima, poput polusjedećeg, sjedećeg, čučećeg, koljeno-lakatnog i bočnog položaja s medicinske su točke gledišta sigurni i za majku i za dijete. Bez obzira na položaj tijekom rađanja, ishod porođaja je posve jednak i za majku i za čedo te stoga nema razloga da se uskraćuje bilo koji položaj koji žena izabere pri rađanju. Temeljem brojnih istraživanja rodilje češće prihvaćaju sjedeći, čučeći koljeno-lakatni ili bočni položaj od ležećeg položaja. Dugotrajni čučeći položaj može biti fizički teže podnošljiv, u uspravnim je položajima nešto veći gubitak krvi u trećem porodnom dobu, a nešto je češće i oštećenje međice većeg stupnja. (5).

3.1. LEŽEĆI POLOŽAJ

Ležeći je tradicionalan položaj. U ležećem položaju žene rutinski rađaju u rodilištima. Taj položaj ima svoje prednosti, ali i nedostatke. Njegove su prednosti da u prvom porodnom dobu omogućuje opuštanje rodilje odnosno opuštanje cijele muskulature tijela, osigurava trajni kardiotokografski zapis i fetalnu pH-metriju, najbolje omogućuje trajnu intravensku infuziju. U doba izgona najprikladniji je položaj za nadzor kucaja čedinjeg srca te se, ako je potrebno, najlakše u ovom položaju, može učiniti epiziotomija. Kad je pri rađanju potrebna operativna intervencija kao što je vakuum ekstrakcija, oslobađanje ramena ili ručna pomoć kod zatka, rodilja je već u položaju u kojem se to

obavlja te se ne gubi vrijeme njezinim premještanjem. U drugo porodno doba se podizanjem donjeg dijela ležišta ispravlja lumbalna lordoza odnosno lumbosakralni kut. Učvršćivanje stopala u ležišta, prihvaćanje šakama za rubove kreveta, omogućuje roditelji snažno tiskanje, koje tri puta povećava snagu truda, što ubrzava izlaz djeteta. U trećem porodnom dobu lakše je prosuditi krvarenje i poroditi posteljicu. Ležeći je položaj jedini mogući položaj pri opskrbi međice odnosno kod šivanja razdora cerviksa i međice, te za eksploraciju materišta, a optimalan je za bilo koju anestezijološku intervenciju. Porod ležeći ili porod u krevetu uobičajen je i najčešći način rađanja u većini rodilišta. Bočni položaj je sa stručnog stajališta važan, jer se ležanjem roditelje na strani leđa ploda, odnosno na strani male fontanele, poboljšava fleksija glavice i olakšava ulaz i rotacija glavice čeda u zdjelicu. Bočni položaj je prikladan, jer se tako sprječava pritisak trudne maternice na donju šuplju venu i prevenira se pad arterijskog tlaka trudnice. Nedostaci položaja na leđima su ti da se u doba izgona ploda izgon odvija bez pomoći gravitacije te da je veća mogućnost da se učini epiziotomija i da padnu otkucaji čedinjeg srca (4, 5, 6).

3.2. USPRAVNI POLOŽAJ

Pod uspravnim stavom roditelje smatra se položaj stojeći, čućeći, polusjedeći, sjedeći i na koljenima. Kao prednosti tog stava se navode: povoljan utjecaj sile teže, proširenje zdjelice i bolja prilagodba glave zdjelici (5).

3.2.1. STOJEĆI POLOŽAJ

Uzdužnim, stojećim položajem moguće je voditi prvo porodno doba, uz šetanje i povremeni kardiotokografski zapis. Ovaj je položaj pod pozitivnim utjecajem sile teže, kontrakcije su efektivnije, tijek poroda je brži, moguć je i izgon. Porod može biti otežan i češće su veće rupture dna zdjelišta (5).

3.2.2. POLUSJEDEĆI I SJEDEĆI POLOŽAJ

Sjedeći položaj je manje naporan od čućećeg ili ležećeg položaja uz sve prednosti, a to su manji postotak epiziotomija, manja incidencija sekundarne inercije te manja potreba za primjenu oksitocina. Nedostaci su mu smanjena pokretljivost zdjelice, većinom premala abdukcija natkoljenice, češći je edem vulve te može doći do većeg gubitka krvi (7).

Sjedeći se može roditi na porodnom stolčiću. Porodni stolčić se prvi puta spominje u egipatskim papirusima i židovskim zapisima, a polusjedeći i sjedeći položaj za rađanje bio je najčešći i najprihvatljiviji kod svih naroda. Danas, prvo i drugo porodno doba moguće je provesti

na lopti uz povremene kardiotokografske zapise. Neposredno prije izgona, roditelja ide na porodni stolčić. Partner može sjediti na stolici iza supruge i pridržavati ju, ili se ona može poduprijeti rukama na koljena, a tijelo nagnuti prema naprijed. Prilikom poroda na stolčiću ne radi se epiziotomija, manja je mogućnost za razdore međice, snažniji je nagon na tiskanje u doba izgona, skraćuje se faza tiskanja, održava se fiziološki ritam disanja, smanjuje se sklonost majke prema hipoksemiji i hiperkapniji, manja je mogućnost za porođajne otekline kod novorođenčadi te je bolji psihološki doživljaj poroda (1, 5).

Sjedeći i polusjedeći roditelja može roditi i u vodi. Porod u vodi postaje u zadnje vrijeme najviše referirana i raspravljana alternativna metoda rađanja. U Hrvatskoj je prvi porod u vodi obavljen 2003. godine u Klinici za ginekologiju i porodništvo Kliničkog bolničkog centra Rijeka. Porod u vodi ima pozitivni učinak na dojam o porođaju: roditelja se u vodi osjeća ugodnije.

Prednosti poroda u vodi su ti da se smanjuje bol, a porođaj se bolje podnosi, često iz toplog unutarmaterničnog okružja ulazi u toplu vodu, u kadi rođena novorođenčad rjeđe plaču, porod kraće traje, roditelja bolje podnosi bol, manja je učestalost epiziotomije i razdora međice. Teže je procijeniti krvarenje u trećem porođajnom dobu. Neontalni morbiditet nakon poroda u vodi je podjednak kao pri porodu u krevetu (1, 5, 9, 10).

3.2.3. ČUĆEĆI POLOŽAJ

Čućeći položaj ima svoje prednosti i nedostatke. Čućećim položajem povećava se mobilnost, što samim time omogućava i bolju angažiranost roditelje, često i znatno smanjuje incidenciju distocije ramena. Porod u čućećem položaju uključuje angažiranost. Radi se o aktivnom stavu uz optimalno korištenje sile teže, sudjelovanje pomoćne dišne muskulature i optimalnu pokretljivost zdjelice, sruštanje i ulaženje glavice u zdjelicu. Prednost je manji udio epiziotomija i ruptura međice, značajno smanjena oksitocinska stimulacija tijekom drugog porodnog doba te skraćena faza. Nedostatak je taj što se ovaj položaj teško podnosi i naporan je za roditelju (1, 5).

3.3. KOLJENO-LAKATNI POLOŽAJ

Koljeno-lakatni položaj, ima više laceracija u odnosu na uzdužne položaje, a ako se dogodi distocija ramena, uspješno ju je moguće riješiti Gaskinim manevrom koji se samo nastavlja dalje na sam položaj rađanja. Ovaj manevr, nazvan po primljajući May Gaskin, u koljeno-lakatnom položaju omogućava da se proširi kapacitet zdjelišta za oko 30 posto i olakšava oslobađanje ramena prvenstveno mogućnošću manipulacije u sakralnoj jami. Položaj može biti nesiguran i nespretan za krevet, potrebna je strunjača koja mora biti na podu (1, 5, 8).



4. ZAKLJUČAK

Može se zaključiti da je u mnogim hrvatskim rodilištima i dalje praksa odnosno zlatni standard da rodilja leži na leđima i na boku u tijeku poroda. Najčešće se rodilja postavlja na ležeći položaj na lijevom/desnom boku, uz kontinuirani kardiotokografski zapis. Najčešće se na taj način vodi porod radi sigurnijeg i boljeg maternalnog, perinatalnog i neonatalnog ishoda. Ležeći na leđima, rodilja se može bolje opustiti, ali prkositi sili teži, češće su rupture međice i češće se izvede epiziotomija. Učestalije se porod dovršava operativno/instrumentalno. Postoje i drugi položaji za rađanje. To su uspravni (stojeći, polusjedeći, sjedeći, čučeći) i koljeno-lakatni. Danas rodilje često odabiru druge položaje za rađanje osim ležećeg. Mnogim rodiljama ostali položaji skraćuju vrijeme poroda, smanjuju porođajnu bol i bolji je psihološki aspekt samog poroda. Ostali položaji osim leđnog, smanjuju mogućnost ruptura međice, smanjuju mogućnost epiziotomije, za-preke rađanja kao što je zastoj ramena te se porod rjeđe dovršava operativno/instrumentalno. Rađanje u drugim položajima, osim leđnog, mijenja se opstetrička praksa, što iziskuje edukaciju primalja i prilagodbu njihova načina rada potrebama i željama rodilje. Svaka rodilja ima pravo na izbor u kojem položaju će roditi, a mi kao zdravstveni djelatnici moramo je podržavati u tome i individualizirano joj pristupiti, postupajući u najboljem interesu za nju i dijete, reagirajući pravovremeno na moguće rizike i opasnosti.

LITERATURA

1. Dražančić A. i suradnici. Porodništvo. Školska knjiga, Zagreb, 1994.
2. Roberts J., Malasanos L., Mendez-Bauer C. Maternal Positions in Labor: Analysis in Relation to Comfort and Efficiency. Birth Defects Orig Artic Ser, 17(6):97-128, 1981.
3. Dražančić A., Kurjak A. Hrvatska perinatologija – prošlost, sadašnjost i budućnost, Gynaecol perinatol. 11(2):53-68, 2002.
4. Dražančić A. Alternativne metode rađanja. Gynaecol Perinatol, 13(2):43-51, 2004.
5. Priručnik za provođenje inicijative Rodilište prijatelj majki, Zagreb, 2019.
6. Habek D. Ginekologija i porodništvo, Medicinska naklada, Zagreb, 2017.
7. Švaljug D., Bošković S., Sumpor B. Nemedikamentne metode ublažavanja porođajne боли, preuzeto s: https://bib.irb.hr/datoteka/1033065.1_Rad_D._valjug_NEMEDIKAMENTNE_METODE_UBLAAVANJA_POROAJNE_BOLI.pdf
8. Habek D. Asistirani porod kod distocije fetalnih ramena, Gynaecol Perinatol, 14(4):166-170, 2005.
9. Sindik N., Petrović O., Haller H., Smiljan Severinski N., Vlašić H., Rukavina D. Porod u vodi. XX. perinatalni dani Ante Dražančić, Zagreb, 2003. Gynaecol Perinatol, 12 (Suppl.1.):168, 2003.
10. Geissbuchler V., Eberhard J., Lebrecht A. Waterbirth: water temperature and bathing time – mother knows best! J Perinat Med, 30:371-8, 2002.

POUZDANOST APGAR INDEKSA U PROBIRU NEURORIZIČNE NOVOROĐENČADI

Martina Šebalj, mag.obs.

e-mail: *martina.sebalj1@gmail.com*

1. SAŽETAK

Apgar indeks se u medicini koristi gotovo 70 godina. Razvila ga je Virginia Apgar koja je po struci bila anestezijolog. Na samom početku korištenja služio je za procjenu potrebe početka reanimacijskog postupka nad novorođenim djetetom, ali je ubrzo nakon toga glavna svrha Apgar indeksa bila procjena vitalnosti novorođenčeta i prilagodba na vanjske uvjete života tih nakon rođenja. Tako se kod procjene Apgar indeksa ocjenjuju frekvencija srca i disanja, refleksi, tonus mišića i boja kože. U zadnjih nekoliko desetljeća počela su se provoditi istraživanja s ciljem utvrđivanja povezanosti niskog Apgara i rizika za razvoj neuroloških oštećenja. Neurorizično dijete je ono koje je bilo izloženo čimbenicima rizika u prenatalnom, perinatalnom ili postnatalnom razdoblju. Većina neurorizične djece su čimbenicima rizika bila izložena perinatalno. Neurorizično dijete zahtijeva rehabilitaciju kako bi uspostavilo funkcije koje su pod utjecajem faktora rizika bile oštećene. Mnoga istraživanja su pokazala povezanost između niskog Apgara i rizika za razvoj neuroloških oštećenja. Ta oštećenja najčešće uključuju cerebralnu paralizu, epilepsiju, mentalnu retardaciju i oštećenje kognitivnih funkcija.

Ključne riječi: Apgar indeks, neurorizična novorođenčad, neurorizik

2. APGAR INDEKS

Virginia Apgar, anestezijologinja po struci, potaknuta zanemarivanjem apneične novorođenčadi, one manje težine za svoju dob i novorođenčadi s malformacijama, 1953. godine predlaže novu metodu procjene vitalnosti novorođenčadi. Takva novorođenčad su često prozvana nedonoščadi i ostavljena da umru. Apgar ih je reanimirala i razvila Apgar indeks kako bi mogla procijeniti i dokumentirati njihovo stanje netom nakon porođaja te provesti potrebne intervencije. Smatrala je kako će Apgar skala biti korisna i u uspoređivanju ishoda različitih porodničkih praksi, metoda smanjivanja boli u porodu i metoda reanimacije koje su se u to vrijeme koristile. Te metode reanimacije

su obuhvaćale uranjanje novorođenčeta u hladnu vodu te odmah nakon toga u toplu vodu, dilataciju analnog otvora i upuhivanje zraka u želudac (1).

Apgar je u ovu brzu evaluaciju stanja uzela u obzir više čimbenika od kojih je istaknula pet zbog mogućnosti procjene bez ikakve posebne opreme i lakog usvajanja znanja o tome. Tako se kod novorođenčadi nakon poroda ocjenjuje frekvencija srca, disanja, refleksi, tonus mišića te boja kože. Od navedenih čimbenika nemaju svi istu važnost, tako su najvažniji faktori frekvencija srca i disanja, dok boja kože ima manje značajnu ulogu (1). Apgar indeksom se utvrđuje pojava cijanoze, bradikardije, hipotonije, problema s disanjem ili apneja. Svaki čimbenik Apgar metode se boduje ocjenom od nula do dva, bodovi se zbrajaju i time se odredi Apgar indeks (2). Bodovanje se obavlja na sljedeći način:

- frekvencija srca – izostanak frekvencije srca nosi nula bodova, frekvencija ispod 100 nosi jedan bod, dok ona iznad 100 nosi dva boda (2). U prvoj minutu života normalna je frekvencija srca ispod 100 otkucaja, no do kraja druge minute bi trebala porasti do 140, a do kraja pete minute do 160 (3)
- frekvencija disanja – izostanak disanja nosi nula bodova, nepravilna i slaba respiracija nosi jedan bod, a dva boda se dodjeljuju kada novorođenče krepko plače
- tonus mišića – nula bodova nosi mlojav tonus mišića, jedan bod slabi tonus i fleksija, a dva boda dobije aktivno novorođenče s flektiranim ekstremitetima koji se opiru ekstenziji
- refleksi (refleksna podražljivost) – u slučaju izostanka odgovora kod stimulacije ovaj čimbenik nosi nula bodova, odgovor u obliku grimasa i slabog pokreta nosi jedan bod, dok dva boda opisuju novorođenče koje plače i pokazuje jače pokrete
- boja kože – bijedna ili plava boja kože nosi nula bodova, ružičasti trup s cijanotičnim ekstremitetima jedan bod, a sasvim ružičasta boja kože dva boda

(2). Većina novorođenčadi kod ocjenjivanja boje kože dobiju ocjenu jedan što nije znak za uzbunu. Razlog tome je gomilanje ugljičnog dioksida u krvi i tkivu u normalnim razinama, dok pretjerano gomilanje može negativno djelovati na respiracijski sustav (3).

Zbroj od 10 do sedam ukazuje na to da je novorođenče dobrog do odličnog stanja, od šest do četiri ukazuje na potrebe za intervencijama, a zbroj ispod tri ukazuje na kritično stanje novorođenčeta. Apgar indeks se svoj novorođenčadi određuje u prvoj i petoj minuti iza poroda. Onoj novorođenčadi koja su imala Apgar manji od sedam na kraju pете minute, on se određuje u intervalima od pet minuta sve do dvadesete minute iza poroda. U prvoj minuti Apgar služi za procjenu stanja novorođenčadi, a u petoj minuti kako bi se procijenila uspješnost reanimacije u onim slučajevima kada se provodi te potreba za dalnjim oživljavanjem (2). U obzir se moraju uzeti i čimbenici koji mogu utjecati na rezultat Apgar bodovanja poput prematuriteta, porodajne težine, kongenitalnih anomalija te lijekova protiv bolova u porodu (4).

Na samom početku korištenja Apgar indeks je služio kao pokazatelj potrebe za reanimacijom, s ciljem uspostavljanja disanja nakon prve minute od poroda. Danas smjernice nalažu kako ga se ne bi smjelo koristiti kao sredstvo za procjenu toga i intervenciju već se s intervencijom mora započeti unutar prve minute od poroda, kada postoji potreba za njom (2). Apgar koji se dodjeljuje u tom periodu, odnosno u periodu reanimacije novorođenčeta, nije ekvivalentan onome koji dobije novorođenče koje samo počne disati. Razlog tome su razni postupci reanimacije koji utječu na čimbenike u Apgar indeksu. S ciljem valjane dokumentacije i opisa reanimiranih novorođenčadi, u sve većoj uporabi je proširena Apgar skala (5) (slika 1).

Apgar Score				Gestational age _____ weeks				
Sign	0	1	2	1 minute	5 minute	10 minute	15 minute	20 minute
Color	Blue or Pale	Acrocyanotic	Completely Pink					
Heart rate	Absent	<100 minute	>100 minute					
Reflex irritability	No Response	Grimace	Cry or Active Withdrawal					
Muscle tone	Limp	Some Flexion	Active Motion					
Respiration	Absent	Weak Cry; Hypoventilation	Good, Crying					
Total								
Comments:				Resuscitation				
				Minutes	1	5	10	15
				Oxygen				
				PPV/NCPAP				
				ETT				
				Chest Compressions				
				Epinephrine				

Slika 1. Proširena Apgar skala

2.1. OCJENJIVANJE APGARA U SVIJETU I HRVATSKOJ

Prema Simonovom mišljenju (2), Apgar može odrediti liječnik, primalja ili medicinska sestra. Rezultat često ovisi o subjektivnoj procjeni ocjenjivača i stoga bi bilo idealno da ista osoba procjenjuje svaki Apgar jednog novorođenčeta. Virginia Apgar je navela kako često dolazi do razlika u bodovanju nekog čimbenika skale ovisno o tome tko je ocjenjivač. Smatrala je kako liječnici opstetričari daju više bodova prilikom procjene za razliku od pedijatara, primalja ili anesteziologa (6). U mnogim državama svijeta primalje su te koje samostalno vode fiziološki porod i stoga su one zadužene za procjenu vitalnosti novorođenčeta i vođenje dokumentacije o tome. U slučaju bilo kakvih odstupanja od urednog Apgar indeksa, primalja ili medicinska sestra dužna je obavijestiti liječnika (2).

Prema Zakonu o primaljstvu, prvostupnice i magistre primaljstva u Hrvatskoj kompetentne su voditi fiziološki porod te provoditi nadzor nad zdravim novorođenčetom. U sklopu toga je uključeno i određivanje Apgar indeksa nakon poroda (7). No u praksi je situacija drugačija. Na porodima u pojedinim bolnicama je uz liječnika opstetričara obavezno prisutan i pedijatar koji određuje Apgar indeks, a kada pedijatar nije prisutan, Apgar određuje liječnik opstetričar. Prvostupnice i magistre primaljstva u Hrvatskoj porod još uvjek ne vode samostalno pa tako ni ne određuju Apgar indeks poput primalja u mnogim državama svijeta.

3. NEURORIZIČNO DIJETE

Neurorizično dijete je ono koje je bilo izloženo čimbenicima rizika u prenatalnom, perinatalnom ili postnatalnom razdoblju. Mjesto oštećenja mozga ovisi o gestacijskoj dobi fetusa. Prema tome, danas do 80 % djece sa smetnjama u razvoju pripada skupini neurorizične djece. Podaci pokazuju da u Hrvatskoj 10 % novorođenčadi ima određeni neurorizik (8).

3.1. ČIMBENICI RIZIKA

Prenatalni čimbenici rizika mogu biti kemijski, infektivni, morfološki, mehanički, od strane fetusa, majke ili uteroplacentarni. Čimbenici rizika su mnogobrojni i to su sljedeći: anomalije reproduktivnog sustava žene, položaj posteljice, abrupcija posteljice, genetske anomalije kao što su sindrom Down, hemofilija, kongenitalne srčane mane, zatim oligohidramnij ili polihidramnij, utjecaj lijekova ili toksina, korištenje opijata ili prekomjerna konzumacija alkohola, TORCH infekcija, stres, pretilost, socioekonomski faktori, manjak prenatalne skrbi. Većina neurorizične djece su čimbenicima rizika bila izložena perinatalno. U tu skupinu svrstavamo prijevremeni porod, prolongirani, ali i kratki



porod, distociju tijekom poroda, Apgar skalu manju od 7, blizanačke trudnoće, asfiksiju, porod dovršen carskim rezom, stav zatkom, aspiraciju mekonija. Čimbenici rizika u postnatalnom periodu su ozljede mozga, krvarenje u mozgu, konvulzije, endokrinološke bolesti, pothranjenost, hipotrofično ili hiperstrofično novorođenče, niska porođajna težina, postporođajna depresija majke, nepodudaranje Rh faktora i slično (8).

3.2. REHABILITACIJA NEUROROZIČNE DJECE

Neurorizično dijete zahtijeva rehabilitaciju kako bi uspostavilo funkcije koje su pod utjecajem čimbenika rizika bile oštećene. Rehabilitacijom mozak mora primiti dovoljno poticaja koje će prepoznati, obraditi i pohraniti. Obrasci funkcioniranja su omogućeni stabilizacijom živčanih sustava. Njome se smanjuje kapacitet sustava za adaptaciju, odnosno plastičnost mozga, ali ne nestaje te je prisutna i u odraslih osoba kada je nešto slabija. Mozak je sposoban trajno primati nove informacije i učiti, a rehabilitacijom se stimuliraju neoštećeni dijelovi u preuzimanju funkcije oštećenih. Rehabilitacija može biti po Bobath konceptu, Vojta terapiji, Peto-konduktivnoj edukaciji, terapijskom

jahanju, funkcionalnom motoričkom učenju, treningu jedne strane dok se druga ometa, može uključivati kirurške zahvate, ortoze i druga pomagala, istezanje mišića, hidroterapiju, terapiju glazbom, plivanje s dupinima te mnoge druge metode (8).

Ishod rehabilitacije neurorizične djece može biti potpuni oporavak ili neurorazvojno odstupanje. Rezultati su pokazali da rehabilitacija prije devetog mjeseca života pruža najbolje rezultate na području motorike i ostalih vještina. Neurorazvojno odstupanje može biti niskog ili visokog rizika. Djeca niskog rizika su ona s manje od dva rizična čimbenika u povijesti bolesti, s blaže abnormalnim spontanim pokretima u dobi do tri mjeseca, sindromom distonije te nekomplikiranim krvarenjima mozga. Djeca visokog rizika imaju tri ili više čimbenika rizika u anamnezi, razvijaju apatiju, spastičnost, distoniju s jasno vidljivim abnormalnim spontanim pokretima, periventrikularne leukomalacije, subkortikularne leukomalacije, a djeca visokog rizika su i ona s intraventrikularnom hemoragijom četvrtog stupnja te perinatalnim infarktom. Odstupanje visokog rizika uključuje cerebralnu paralizu, epilepsiju, mentalnu retardaciju, oštećenje vida ili sluha (8). Prema nalazima Tomasović i Predojević (9), odstupanja u razvoju mogu biti blaga i teška. Ona blaga obuhvaćaju usporeni

neuromotorni razvoj, motoričku nespretnost, poremećaj komunikacije, smetnje učenja, ponašanja i govora, dok teška obuhvaćaju ranije navedena odstupanja visokog rizika. Kao što je navedeno, veliki se broj djece smatra neurorizičnom te ih je važno razvrstati na one s niskim ili visokim rizikom. To se postiže brojem anamnestičkih i kliničkih čimbenika rizika i intrakranijskim ultrazvučnim nalazom (8).

4. APGAR INDEKS I NEURORIZIČNA NOVOROĐENČAD

Apgar skala ima svoj limit koji treba prepoznati. Kako je ranije navedeno, postoji više faktora koji mogu utjecati na rezultat Apgara. Zbog tih čimbenika novorođenče može imati niži Apgar, ali to ne mora biti pokazatelj daljnog razvoja djeteta (5). Apgar nikada nije bio namijenjen procjeni dugoročnog ishoda djeteta. No zbog uočavanja povezanosti čimbenika koji djeluju na rezultat Apgara i nekih neuroloških stanja, počela su se provoditi istraživanja s ciljem dokazivanja nižeg Apgar rezultata i neurološkog ishoda djeteta (10).

Apgar od 0 do 3 na kraju prve minute nije pokazatelj ishoda novorođenčeta niti njegovog razvoja jer većina novorođenčadi, pa čak i ona s vrlo niskim jednominutnim Apgarom imat će primjereni Apgar do kraja pete minute. Niski Apgar na kraju pete minute ima povezanost s neonatološkim morbiditetom, ali ne može prepostaviti individualni neurološki razvoj. Loši neurološki ishodi su češće zabilježeni kod djece koja su imala niski Apgar nakon 10, 15 i 20 minuta od rođenja (4). Mnoga istraživanja su uočila povezanost između niskog Apgara i povećanog rizika neuroloških oboljenja poput cerebralne paralize, epilepsije i kognitivnih oštećenja (10). Ona nisu uvijek prisutna, već niži Apgar samo povisuje mogućnost njihovog razvoja. Suprotno tome, mnoga djeca s neurološkim oštećenjima nisu imala niski Apgar indeks (5).

5. PROVEDENA ISTRAŽIVANJA

U Finskoj je 2018. godine provedeno istraživanje s ciljem utvrđivanja povezanosti niskog Apgara na kraju prve i pete minute s dugoročnim neurološkim oštećenjima. Istraživanje je obuhvatilo oko 400 tisuća djece rođene u razdoblju od 2004. do 2010. godine u Finskoj. Kod 1 % djece je dijagnosticiran neki oblik neurološkog oštećenja. Što je Apgar na kraju prve minute bio niži to je bilo više djece koja su imala barem jedno neurološko oštećenje. Djeca koja su imala Apgar iznad sedam su razvila neku vrstu neurološkog oštećenja u 0,7 do 1,4 % slučajeva, ona s Apgarom od šest do četiri u 1,4 do 2,9 %, dok je taj postotak kod djece s Apgarom manjim od tri iznosio 3,8 %. Što se tiče Apgara na kraju pete minute, djeca koja su imala isti iznad sedam su razvila neurološko oštećenje u

0,8 do 1,9 % slučajeva, djeca s Apgarom od šest do četiri u 2,4 do 6,1 %, a ona s Apgarom manjim od tri u 7,8 % slučajeva. Oštećenja su najčešće bila u obliku cerebralne paralize, epilepsije i kognitivnih oštećenja. Unatoč tome, 90,3 % djece koja su imala niski Apgar na kraju pete minute nisu razvila nikakva oštećenja (11).

S ciljem utvrđivanja povezanosti niskog Apgara nakon pet i 10 minuta od rođenja i rizika za razvoj cerebralne paralize te epilepsije, u Švedskoj je provedeno istraživanje koje je obuhvatilo djecu rođenu od 1999. do 2012. godine. Rezultati su pokazali da je rizik za razvoj cerebralne paralize viši što je Apgar niži. Tako je pojava cerebralne paralize kod djece koja su imala Apgar devet na kraju pete minute zabilježena u 1,9/10.000 slučajeva, dok je pojavnost iste zabilježena u 277,7/10.000 djece s Apgarom nula pet minuta nakon rođenja. Gledano na Apgar 10 minuta nakon rođenja, 425,5/10.000 djece koja su imala Apgar do tri razvila su cerebralnu paralizu. Ona djeca koja su imala Apgar viši od sedam 10 minuta nakon rođenja su razvila cerebralnu paralizu u 2,4 do 18,7/10.000 slučajeva. Za razliku od toga, rizik za razvoj konvulzija je bio veći kod djece koja su imala niži Apgar 10 minuta nakon rođenja naspram one djece koja su imala niži na kraju pete minute (12).

Godine 2009. provedena je meta-analiza istraživanja koja su proučavala povezanost Apgar skale i neurološkog ishoda djeteta (10). Cerebralna paraliza je bila jedan od prvih čimbenika proučavana u tim istraživanjima. Jedno od istraživanja je obuhvatilo 37 tisuća djece rođene u Americi čiji se razvoj pratio do sedme godine njihova života. Rezultati su pokazali kako je niža Apgar skala bila povezana s većim rizikom od razvoja cerebralne paralize. Od 390 djece koja su imala Apgar niži od tri 20 minuta nakon rođenja, njih 31 % je preživjelo do dobi od sedam godina. Zanimljivo je to da 87 od 99 djece s vrlo niskim Apgarom nije razvilo cerebralnu paralizu. Samo je osmero od te djece imalo neki oblik tjelesnog oštećenja i dvoje je imalo problema s koordinacijom. Dvanaestero djece koja su razvila cerebralnu paralizu su imala teška tjelesna oštećenja i mentalnu retardaciju. U istraživanju je iznesen i podatak o tome kako je 55 % djece koja su razvila cerebralnu paralizu imalo Apgar iznad sedam na kraju prve minute, a njih 73 % nakon pete minute od rođenja. Apgar na kraju prve minute je u 26 % slučajeva te djece bio niži od tri, a njih 19 % je imalo Apgar od četiri do šest na kraju prve minute. Na kraju pete minute 15 % djece koja su razvila cerebralnu paralizu su imala Apgar niži od tri (13).

Istraživanje provedeno u Norveškoj koje je obuhvaćeno meta-analizom je pokazalo kako su djeca koja su imala Apgar manji od tri, pet minuta iza poroda, imala rizik od razvoja cerebralne paralize u 6,8 % slučajeva, ona Apgara od četiri do šest u 2,7 %, a djeca Apgar od sedam do 10

u 0,09 % slučajeva (14). Još jedno istraživanje provedeno u Norveškoj utvrdilo je povezanost niskog petominutnog Apgara i rizik za razvoj cerebralne paralize. Uključivalo je djecu rođenu od 1986. do 1995. godine. Prema tom istraživanju 1,8/1.000 djece je razvilo cerebralnu paralizu prije pete godine života. Sveukupno, 11 % djece s Apgarom manjim od tri nakon rođenja je razvilo cerebralnu paralizu, dok su djeca s Apgarom od 10 razvila taj neuromotorni poremećaj u 0,1 % slučajeva (15).

Dansko istraživanje uključivalo je 130 tisuća novorođenčadi rođenih u razdoblju od 1978. do 2001. godine. U istraživanju je tražena povezanost između nižeg Apgara i rizika od pojave epilepsije i konvulzija. Utvrđena je povezanost Apgara manjeg od sedam, pet minuta nakon rođenja i povećanog rizika od epilepsije u prvih 12 godina života (16). Drugo istraživanje je obuhvatilo svu djecu rođenu u Danskoj u istom periodu i praćenje kroz prvi 25 godina njihova života. Razvoj epilepsije je bio pet puta veći kod djece koja su imala Apgar manji od tri, pet minuta nakon rođenja, za razliku od one koja su imala Apgar devet, pet minuta nakon rođenja (17).

6. ZAKLJUČAK

Apgar skala opisuje stanje novorođenčeta neposredno nakon rođenja i pokazuje kako se novorodenče prilagođava na vanjski svijet. Na kraju prve minute nakon rođenja nije pokazatelj lošeg neurološkog ishoda djeteta i to zbog mnogih čimbenika koji mogu utjecati na njega i koje treba uzeti u obzir. Zbog toga bi u obaveznu praksu trebalo uvesti određivanje Apgar skale i na kraju pete minute od rođenja što u nekim državama nije praksa. U Hrvatskoj se Apgar obavezno određuje na kraju prve i pete minute, a po potrebi i dalje. Apgar nije siguran pokazatelj neurološkog ishoda djeteta, ali ukazuje na povećani rizik razvoja neuroloških oštećenja kod djece koja su imala niži Apgar, i to onaj na kraju pete minute od rođenja pa i sve dalje. Najčešća neurološka oštećenja su ona u obliku cerebralne paralize, epilepsije i kognitivnih oštećenja. Neurološka oštećenja nisu uvijek prisutna kod djece koja su imala niži Apgar pa tako ni mnoga djeca s niskim Apgarom nisu razvila neurološka oštećenja. S ciljem najoptimalnijeg ishoda, od važnosti je pratiti razvoj djece s niskim Apgarom nakon rođenja i u potrebnim slučajevima krenuti s rehabilitacijom. Najbolji ishod za takvu djecu je rana intervencija kako bi im se omogućila najviša moguća kvaliteta života.

LITERATURA

1. Finster M., Wood M. The Apgar score has survived the test of time. *Anesthesiology*, 102(4):855–7, 2005.
2. Simon L., Hashmi M., Bragg B. APGAR Score. *StatPearls*. 2021.
3. Marshall J., Raynor M. Myles textbook for Midwives. Churchill Livingstone. 2014.
4. Casey B. M., McIntire D. D., Leveno K. J. The Continuing Value of the Apgar Score for the Assessment of Newborn Infants. *Obstet Gynecol Surv*. 56(7):406-7, 2001.
5. Watterberg K. L., Aucott S., Benitz W. E., Cummings J. J., Eichenwald E. C., Goldsmith J. et al. The apgar score. *Pediatrics*. 136(4):819-22, 2015.
6. O'Donnell C. P. F., Kamlin C. O. F., Davis P. G., Carlin J. B., Morley C. J. Interobserver variability of the 5-minute Apgar score. *J Pediatr*. 149(4):486-9, 2006.
7. Hrvatski sabor. Zakon o primaljstvu [internet], p. 1-7, 2008.
8. Matijević V., Marunica Karšaj J. Neurorozično dijete. *Fiz i Rehabil Med*. 27(1-2):133-42, 2015.
9. Tomasović S., Predojević M. Neurorazvojni poremećaji i mogućnost njihovog prenatalnog probira. *Acta Med Croat*. 69:415-20, 2015.
10. Ehrenstein V. Association of Apgar scores with death and neurologic disability. *Clin Epidemiol*. 1:45-53, 2009.
11. Leinonen E., Gissler M., Haataja L., Rahkonen P., Andersson S., Metsaranta M. et al. Low Apgar scores at the both one and five minutes are associated with long-term neurological morbidity. *Acta Paediatr*. 107(6):942-51, 2018.
12. Persson M., Razaz N., Tedroff K., Joseph K. S., Cnattingius S. Five and 10 minute Apgar scores and risks of cerebral palsy and epilepsy: Population based cohort study in Sweden. *BMJ*. 360:1-8, 2018.
13. Nelson K. B., Ellenberg J. H. Apgar scores as predictors of chronic neurologic disability. *Pediatrics*. 68(1):36-44, 1981.
14. Moster D., Lie R. T., Irgens L. M., Bjerkedal T., Markestad T. The association of Apgar score with subsequent death and cerebral palsy: A population-based study in term infants. *J Pediatr*. 138(6):798-803., 2001.
15. Lie K. K., Grøholt E. K., Eskild A. Association of cerebral palsy with Apgar score in low and normal birthweight infants: Population based cohort study. *BMJ*. 341:817, 2010.
16. Ehrenstein V., Sørensen H. T., Pedersen L., Larsen H., Holsteen V., Rothman K. J. Apgar score and hospitalization for epilepsy in childhood: A registry-based cohort study. *BMC Public Health*. 6:1-7, 2006.
17. Sun Y., Vestergaard M., Pedersen C. B., Christensen J., Olsen J. Apgar scores and long-term risk of epilepsy. *Epidemiology*. 17(3):296-301, 2006.
18. Slika 1. Proširena Apgar skala. Preuzeto s: https://www.researchgate.net/figure/Expanded-Apgar-score-form-Record-the-score-in-the-appropriate-place-at-specific-time_fig1_343167712

DEBLJINA I TRUDNOĆA

Maja Dernaj, mag. obs.

OŽB Našice, Našice

e-mail: majadernaj@gmail.com

SAŽETAK

Debljina predstavlja veliki javnozdravstveni problem na svjetskoj razini, a osobito u visokorazvijenim zapadnim zemljama. Na globalnoj se razini liječnici i primalje suočavaju s eskalacijom pretilosti u trudnoći. Pretilost je povezana s lošim ishodima trudnoće i za majku i za njezino dijete. Trudnice najčešće toga problema nisu niti svjesne. Porođaji pretilih trudnica najčešće se dovršavaju carskom rezom koji sa sobom donosi dodatne rizike te takvu ženu. Postavlja se važnost antenatalne skrbi prilikom rane dijagnostike, praćenja i educiranja trudnica koje imaju prekomjernu tjelesnu težinu ili su pretile, isto kao i važnost prekoncepcijске skrbi u obliku savjetovanja potom izrade planova dijeta i tjelovježbi kako bi buduće trudnice regulirale svoju tjelesnu težinu te trudnoću započele s normalnim indeksom tjelesne mase kako bi on bio takav i tijekom razdoblja trudnoće.

Ključne riječi: debljina, pretilost, dojenje, indeks tjelesne mase

1. UVOD

1.1. PRETILOST

Debljina je veliki i rastući problem kod žena na čitavoj svjetskoj razini, osobito u visokorazvijenim zapadnim zemljama. Iako debljina podjednako zahvaća i muškarce i žene, ipak je taj fenomen u pojedinim zemljama kulturno-loški uvjetovan (1). Epidemija pretilosti među populacijom potaknula je raspravu vezano uz klasifikaciju pretilosti kao bolesti. Pretilost nije samo zdravstveno stanje ili čimbenik rizika za neke druge bolesti, već predstavlja složenu bolest višežnačne etiologije s čimbenicima patofiziologije i drugim popratnim bolestima. To je fiziološka disfunkcija ljudskog organizma s okolišnom, genetskom i endokrinološkom etiologijom. Pretilost dovodi do anatomske promjene srca obzirom na to da prekomjerno nakupljanje masnoga tkiva ubrzava njegov rad. Također mijenja respiratorne, endokrinološke i imunološke funkcije, što sve skupa loše utječe na ljudsko zdravlje. U komplikacije pretilosti ubrajaju se kardiovaskularne bolesti, *diabetes mellitus* neovisan

o inzulinu, kronična opstruktivna plućna bolest, arthritis i karcinom. Ova bolest zahtjeva aktivnost i visoku pozornost zdravstvenog sustava, obzirom na to da dovodi do prekobrojnih smrtnih slučajeva, morbiditeta te ekonomskog gubitka pacijenta. Prihvatanje i status pretilosti su ključni faktori za određivanje liječenja te daljnjih intervencija (2).

1.2. INDEKS TJELESNE MASE

Indeks tjelesne mase, takozvani *BMI (Body mass index)* procjenjuje stanje uhranjenosti. Relativno ga je brzo izračunati iz tablica, a temelji se na odnosu čovjekove tjelesne težine i visine u četvornom metru. Najuže je povezan s količinom prekomjernog masnog tkiva u tijelu čovjeka (3). Prekomjerna tjelesna težina definira se kao indeks tjelesne mase u rasponu od 25 do 29,9, dok se pretilost definira kao *BMI* od 30 ili više (4). Pretilost može dovesti do posljedica za zdravlje majke i djeteta u gotovo svim stadijima trudnoće (5).

Unutar kategorije pretilosti postoje tri razine koje idu uz porast tjelesne mase:

- Najmanji rizik predstavlja indeks tjelesne mase od 30 do 34,9
- Srednji rizik predstavlja indeks tjelesne mase od 35,0 do 39,9
- Najveći rizik je pri indeksu tjelesne mase 40 ili više (4).

1.3. PRETILOST U TRUDNOĆI

Pretilost u trudnoći postaje jedan od najvažnijih zdravstvenih problema žena. Na globalnoj razini primalje i liječnici suočavaju se s eskalacijom pretilosti u trudničkoj populaciji. Pretilost je povezana s povećanim rizikom od loših ishoda trudnoće te posljedicama za majku i dijete. Najčešće većina trudnica koje su pretile nisu niti svjesne problema s kojim se suočavaju. Pretilost u trudnoći je povezana s većim rizikom od gestacijske hipertenzije, preeklampsije, gestacijskog dijabetes melitusa, produljenog porođaja, rađanja makrosomnog djeteta te djeteta s kongenitalnim oštećenjima. Sve skupa navedeno puno

se češće javlja u populaciji pretilih žena, negoli kod žena s normalnim indeksom tjelesne mase (6, 7, 8). Pretilost predstavlja jedno od najčešćih zdravstvenih stanja žena reproduktivne dobi. Za vrijeme trudnoće pretilost može predstavljati kratkoročne i dugoročne posljedice za majku i dijete. Uzrokuje poteškoće sa zanošenjem, odnosno s neplodnošću, a u ranoj trudnoći može dovesti do spontanog pobačaja ili kongenitalnih anomalija. U ranoj trudnoći, metabolički gledano, pretile žene imaju povećanu rezistenciju na inzulin, a što se u kasnijoj gestaciji klinički očituje kao intolerancija na glukozu i prekomjerni fetalni rast. Obzirom na to da 50 do 60 % žena s prekomjernom tjelesnom težinom ili pretilošću dobiva više na težini nego što to preporučuje Institut za medicinu, zadržavanje tjelesne mase i nakon porođaja povećava rizike za kardiometaboličke bolesti i pretilost u sljedećoj trudnoći (7). Pretilost ne mora sa sigurnošću predstavljati da će žena imati komplikacije u trudnoći, ali je nužna suradnja s liječnikom, pridržavanje dijete, odnosno konzumiranje raznolike i uravnotežene hrane (8).

1.4. PUT PREMA ZDRAVOJ TRUDNOĆI

Unatoč rizicima, trudnoća pretile trudnice može proći bez komplikacija, ali zahtijeva redovito i pažljivo kontroliranje tjelesne težine, isto kao i pridržavanje dijete i tjelesne aktivnosti. Također su važni redoviti prenatalni kontrolni pregledi radi praćenja eventualnih komplikacija i tijeka trudnoće. Najbolji način za sprječavanje prekomjerne tjelesne težine i pretilosti u trudnoći je gubitak prekomjerne tjelesne mase prije trudnoće, odnosno mršavljenje. Gubitak samo otprilike 5 do 7 % svoje težine je dovoljno da se poboljša cjelokupno zdravlje žene te predstavlja put za „zdraviju“ trudnoću. Kako bi žena smršavjela treba izgubiti veći broj kalorija od onoga koji unosi u tijelo. To je najlakše pomoći tjelovježbi i konzumiranjem obroka zdrave hrane. Tjelesna aktivnost može se provoditi umjerenou u obliku bicikliranja, brzog hodanja i vrtlarenja kroz 60 minuta dnevno ili energičnije, poput plivanja, joge ili težih dvorišnih poslova kroz 30 minuta dnevno. Također to, primjerice, može biti vježbanje tri puta na dan po 20 minuta. Održavanje normalne tjelesne težine i konzumiranje zdrave hrane je od neprocjenjive važnosti za trudnicu i njezino dijete. Primalje u konzultaciji s nutricionistom, ženama mogu pomoći u planiranju jelovnika prije, za vrijeme i nakon trudnoće. Ako žena nije radila nikakve vježbe prije trudnoće, tada je trudnoća idealno vrijeme kako bi to započela. Trudnice plan vježbanja trebaju pokazati ginekologu te s njime provjeriti je li on siguran za primjenu u trudnoći. Idealno bi bilo započeti s pet minuta na dan, pa svakih tjedan dana podizati početne minute s još dodatnih pet. Cilj je da žena vježba barem 30 minuta na dan. Hodanje je također izvrsna aktivnost, osobito za početnike (4).

1.5. PEROĐAJ PRETILIH ŽENA

Obično porođaj kod pretilih trudnica traje duže nego kod onih trudnica s normalnim indeksom tjelesne mase. Također je dosta teško provoditi nadzor ploda. Često se takve trudnoće dovršavaju carskim rezom, što sa sobom donosi i druge komplikacije poput eventualnog krvarenja, infekcije te drugih komplikacija koje pretilost nosi sa sobom (4).

3. RASPRAVA

3.1. UČESTALOST PRETILIH TRUDNICA U SVIJETU

Pretilost žena postala je jedan od najčešćih rizičnih čimbenika u opstetričkoj praksi (9). U Engleskoj je prevalencija pretilosti kod žena najviša u Europi, a iznosi 1:5 žena reproduktivne dobi. Obzirom na veliku učestalost mogućih komplikacija, poput hipertenzije i nedijagnosticiranog dijabetesa tipa 2, pretilost je povezana s neoptimalnim ishodima majke i novorođenčeta za vrijeme i nakon trudnoće (6). Epidemiološke studije pokazuju da čak 50 % populacije ženskoga roda starijeg od 15 godina ima prekomjernu tjelesnu težinu ili je pretilo. U Sjedinjenim Američkim Državama trećina žena u dobi od 20 do 40 godina je pretilo, a više od pola žena ulazi u trudnoću s viškom kilograma (1). Prema izvješću povjerljivih istraživača o smrtnosti majki u Ujedinjenom Kraljevstvu, od 2003. do 2005. godine, pretilost predstavlja značajan rizik za smrt majki. Naznačeno je da je više od polovice žena koje su preminule od izravnih ili neizravnih uzroka imalo prekomjernu tjelesnu težinu ili su pak bile pretile. Za majku pretilost dovodi do povećanog rizika opstetričkih komplikacija tijekom antenatalnog, prenatalnog i postnatalnog razdoblja, kao i do poteškoća u procjeni djeteta. Veću stopu perinatalnog morbiditeta i kasnijih dugoročnih posljedica za zdravlje imaju potomci pretilih majki (9). Prema istraživanju objavljenom 2018. godine, procjenjuje se da je 2014. godine u svijetu bilo 38,9 milijuna trudnica s prekomjernom tjelesnom težinom i 14,6 milijuna pretilih trudnica. Do naglog povećanja broja trudnica s prekomjernom tjelesnom težinom te pretilih trudnica došlo je u zemljama s višim i nižim srednjim dohotkom. Indija je 2014. godine imala najveći broj trudnica s prekomjernom tjelesnom težinom i pretilošću, a to iznosi 21,7 %, što je od ukupnog broja u svijetu iznosilo 11,1 %. U Sjedinjenim Američkim Državama broj pretilih trudnica iznosi 1,1 milijun, što znači da je trećina žena bila pretila. Urbanizacija i dostupnost kaloričnih namirnica pozitivno su povezani s brojem pretilih trudnica i onih s prekomjernom tjelesnom težinom, a to se odnosi na zemlje s visokim dohotkom (10). Pretilost kao važan javnozdravstveni problem predstavlja jednu od svjetskih epidemija. Njezina rasprostranjenost najveća je u bogatim zemljama, ali i u zemljama u razvoju, a rezultira teškim posljedicama. Prema studiji objavljenoj

2016. godine, prevalencija maternalne pretilosti u Africi kretala se od 6,5 do 50,7 %, a također navode da su im starije roditelje i višerotkinje češće pretile. Isto tako, važan je podatak kako ne postoji studije koje bi utvrdile znanje i informiranost majke i trudnica vezano uz pretilost te potrebne intervencije kako bi se ona spriječila (11).

3.2. UČESTALOST PRETILIH TRUDNICA U REPUBLICI HRVATSKOJ

Pretilost u većini slučajeva nastaje zbog prejedanja koje postaje kronično, potom zbog genetske sklonosti, smanjene tjelesne aktivnosti, bolesti endokrinog sustava te uzimanja nekih lijekova (12). Incidencija pretilosti povezuje se s nižim socioekonomskim statusom, konzumacijom cigareta te sa ženama koje nisu u vezi ili braku te kod autohtonih žena. Postoji i veza pretilosti s indeksom tjelesne mase prije trudnoće i konzumacijom niskokvalitetne prehrane (13). U Republici Hrvatskoj je postotak pretilosti kod žena nešto ispod 50 %, a ubrajamo se u one zemlje u kojima je postotak debelih i onih s prekomjernom tjelesnom težinom veći kod muškaraca nego kod žena. Učestalost pretilosti u reproduktivnoj dobi u Hrvatskoj iznosi 16 %, što dovodi do zabrinutosti gledano s ginekološko opstetričkog stajališta. Masno tkivo kao endokrini organ utječe na veliki broj metaboličkih procesa u tijelu. Pretilost je povezana s poremećajima menstruacijskog ciklusa i neplodnosti, sindromom policističnih jajnika, poremećajem dlakavosti, viškom muškim spolnim hormona te povećava rizik za učestalost karcinoma tijela maternice, dojke i jajnika (12). U Hrvatskoj problem pretilosti nije toliko naglašen kao, primjerice, u Sjedinjenim Američkim Državama, ali je prisutan i nikako ga se ne bi smjelo zanemariti. Trudnice u okviru redovitih, antenatalnih kontrola u Republici Hrvatskoj kontroliraju svoju tjelesnu težinu, odnosno važu se prilikom svake kontrole. Fiziološki tijek trudnoće se prati u devet redovitih antenatalnih kontrola, dok se kod trudnica čije su trudnoće komplikirane iz nekog razloga provodi znatno veći broj pregleda. Što se tiče pretilih i ekstremno pretilih trudnica, važno je imati vagu koja očitava, odnosno mjeri i veliku tjelesnu masu (1).

3.3. PREVENCIJA PRETILOSTI

Prevenjom pretilosti možemo mnogo učiniti, a u prvom redu smanjiti rizik od kardiovaskularnih oboljenja koja su vodeći uzrok smrtnosti (14). Pravovremenom antenatalnom skrbi moguće je na vrijeme prepoznati, prevenirati ili liječiti moguće posljedice pretilosti u trudnoći. Vrlo je bitno u okviru prekonceptijskog savjetovanja upoznati i informirati žene o važnosti regulacije tjelesne težine i promjeni životnih navika kako bi razdoblje trudnoće započele s idealnom tjelesnom težinom i da bi prirast tjelesne mase u

trudnoći bio normalan (12). Od ključne je važnosti smanjiti nepovoljne ishode majke i djeteta koje proizlaze iz trudnoće komplikirane pretilošću ili prekomjernom tjelesnom težinom. Ženama je potrebna podrška kako bi regulirale svoju tjelesnu težinu prije trudnoće te smanjile debljanje u trudnoći (15). Ključni čimbenik za zdravlje i dobrobit je redovita tjelesna aktivnost. Prekonceptija, trudnoća i rano postporođajno razdoblje su optimalni za uključivanje žena u redovite tjelesne aktivnosti kako bi se poboljšalo zdravlje te spriječilo debljanje s dodatnim ciljem da se promijene ponašanja i navike koje se prenose na djecu i širu obitelj (16). Skrb usmjerena na trudnicu s empatičnim pristupom, znanjem i edukacijom, znatno može poboljšati ishode za žene i djecu (5). Intervencijom ne možemo stopostotno utjecati na rizike koji su povezani s pretilošću u trudnoći. Najbolje preventivne mjere se odnose na normalizaciju tjelesne težine prije nego žena zatrudni (17). Smjernice britanskog Nacionalnog instituta za izvrsnost u zdravstvu i njezi i Američkog koledža opstetričara i ginekologa navode preporuke za trudnice o važnosti pridržavanja zdrave prehrane te ideju o provođenju pola sata tjelesne aktivnosti dnevno tijekom perioda trudnoće. Smanjenje pretilosti prije začeća je jedna od najboljih strategija za smanjenje zdravstvenog opterećenja, vezano uz kasnije komplikacije koje ona sa sobom nosi (18).

3.4. KOMPLIKACIJE PRETILOSTI U TRUDNOĆI

Prekomjerna tjelesna težina i pretilost u trudnoći predstavljaju rizik za buduću majku i njezino dijete. Indeks tjelesne mase kod trudnica bi trebao biti do 25, što znači da trudnica treba imati normalnu tjelesnu težinu, obzirom na moguće rizike i posljedice. Dostatan broj trudnica ni ne zna da svojom nezdravom prehranom ugrožava i sebe i dijete. Konzumacija nezdrave hrane za vrijeme trudnoće povezana je s rizikom za pretilost i dijabetes djece u kasnijoj dobi (14). Pretilost u trudnoći otežava ultrazvučni pregled. Javljuju se češći defekti neuralne cijevi, kao i druge anomalije te neonatalne komplikacije. Vrlo često slabije se uočavaju fetalne malformacije te je povećan rizik od intrauterine fetalne smrti. Porođaj pretile žene je visokorizičan, često je zbog komplikacija i induciran, a ne tako rijetko se dovršava carskim rezom, koji predstavlja dodatan rizik za pretile trudnice. Kao što je već ranije navedeno, djeca pretilih trudnica sklona su kasnjem riziku od pretilosti pa je moguće i za očekivati da se ta epidemija nastavi i tijekom budućih generacija (12). Porast pretilosti i morbiditeta koje veže sa sobom je jedan od najvećih javnozdravstvenih izazova. Žene predstavljaju visokorizičnu skupinu za debljanje koje je povezano s metaboličkim, kardiovaskularnim, reproducivnim i psihološkim utjecajima na njihovo zdravlje (16).

3.4.1. PRODULJENO TRAJANJE TRUDNOĆE

Visoki indeks tjelesne mase kod trudnica je povezan s produljenim trajanjem trudnoće te se češće takvi porođaji induciraju. Javlja se veća učestalost komplikacija poput slabog napredovanja porođaja i eventualnog zastoja fetalnih ramena, hitnoga carskog rez i krvarenja. Zbog velike udaljenosti između kože trbuha i maternice, odnosno udaljenosti djeteta i njegova srca, nadziranje kondicije ploda tijekom porođaja i aktivnosti maternice putem kardiotokografije je nesigurno, ali istodobno i jako važno zbog prisutnosti drugih čimbenika poput hipertenzije, preeklampsije, dijabetesa prouzrokovanih trudnoćom i induciranih porođaja. Češće se porođaj kod pretilih osoba dovršava carskim rezom, negoli vaginalnim putem. Najčešće se opstetričari za carski rez odlučuju zbog straha od velike rodne mase i zastoja ramena djeteta (1, 12).

3.4.2 DIJABETES POVEZAN S PRETILOŠĆU

Poremećaj metabolizma ugljikohidrata, a koji se prvi puta otkriva u trudnoći nazivamo gestacijskim dijabetesom (1). Faktori rizika za gestacijski dijabetes melitus, osim prekomjerne tjelesne težine u trudnoći, je povećana konzumacija masti, niska razina D vitamina i psihološki stres (19). Prevalencija gestacijskog dijabetes melitusa raste i korelira s većom pretilošću trudnica tijekom posljednjeg desetljeća. Dijabetes uzrokuje kratkoročne i dugoročne rizike za trudnicu i dijete u razvoju (20). Gestacijski dijabetes melitus nastaje kao rezultat smanjene osjetljivosti inzulina kod trudnica koje su pretile, a isto tako, dijabetes komplicira 4 do 12 % trudnoća. Peroralno opterećenje glukozom OGTT, probir je gestacijskog dijabetesa kojim moraju biti obuhvaćene sve trudnice, a radi se od 24. do 28. tjedna trudnoće. Kod onih trudnica koje su već u prethodnoj trudnoći imale gestacijski dijabetes, probir se obavlja između 14. i 16. tjedna trudnoće (1).

3.4.3. HIPERTENZIJA I PREEKLAMPSIJA U TRUDNOĆI

Porast tjelesne mase prije trudnoće je veliki čimbenik rizika za nastanak hipertenzije i preeklampsije u trudnoći. Rizik od pojavnosti preeklampsije raste s porastom indeksa tjelesne mase trudnice. Normalizacija indeksa tjelesne mase prevenira rizik od pojave preeklampsije u narednim trudnoćama, dok pretilost povećava rizik (1). U rijetkim slučajevima može doći do moždanog udara, a u teškim slučajevima potrebno je pravodobno započinjanje liječenja kako bi se izbjegle ovakve komplikacije (4). Kombinacija debljine i gestacijskog dijabetesa povećava rizik od pojave preeklampsije za 2 do 10 %. Za precizno mjerjenje krvnoga tlaka kod pretilih trudnica bitna je odgovarajuća vrsta manžetne (21).

3.4.4. PRIJEVREMENI POROĐAJ

Komplikacije koje su povezane s pretilošću mogu dovesti do medicinski induciranog prijevremenog porođaja, a recimo zbog preeklampsije. Ovdje je važno znati da se dijete rađa iz medicinski indiciranih razloga. Djeca koja se prijevremeno rode imaju rizik od kasnijih zdravstvenih poteškoća (4). Prijevremeni porođaj, odnosno onaj porođaj koji nastupi prije navršenih 37 tjedana gestacije, vodeći je uzrok neonatalnog mortaliteta i morbiditeta (1).

3.4.5. MAKROSOMIJA

Makrosomija označava veću porođajnu masu djeteta nego što je to uobičajeno. Predstavlja rizik za moguće ozljede djeteta u porođaju, isto kao i dovršenje porođaja carskim rezom. Ona dojenčad koja su rođena s prekomjernom porođajnom masom imaju veći rizik od kasnijeg razvoja pretilosti (4).

3.4.6. MRTVOROĐENJE

Rizik od intrauterine fetalne smrti je viši samim time što je veći indeks tjelesne mase majke, odnosno roditelje (4, 22). Mrtvorođenje se ubraja u fetalne i neonatalne komplikacije koje nastaju kao posljedica pretilosti. Neke od studija pokazuju kako je rizik od mrtvorođenosti povećan u III. kategoriji pretilosti, gdje je indeks tjelesne mase ≥ 40 , odnosno, rizik je 10 puta veći nego kod zdrave žene. Isto tako, rizik od mrtvorođenosti raste brzo nakon 38 tjedana trudnoće gdje indeks tjelesne mase iznosi ≥ 50 (22).

3.4.7. KONGENITALNE MALFORMACIJE

Pretilost kod trudnica povećava rizik za nastanak malformacija neuralne cijevi, uključujući spinu bifidu, defekte prednje trbušne stijenke, srčane anomalije, rascjep usne, čeljusti i nepca (1). Defekti neuralne cijevi ubrajaju se u fetalne i neonatalne komplikacije kao posljedica pretilosti (22). Kongenitalne malformacije nastaju kao posljedica metaboličkih poremećaja, poput hiperglikemije, nedijagnosticiranog dijabetesa, manjka esencijalnih nutrijenata i povišene razine inzulina (1).

3.4.8. VENSKA TROMBOEMBOLIJA

Incidencija venske tromboembolije tijekom trudnoće iznosi 5 do 12 na 10.000 trudnoća, jednako u svakom trimestru (22). Kod ekstremno pretilih trudnica čiji indeks tjelesne mase iznosi >40 potrebna je terapija niskomolekularnim heparinom i za vrijeme antenatalnih hospitalizacija. Važno je voditi računa o primjerenoj dozi niskomolekularnog heparina u odnosu na tjelesnu masu (1). Babinjače koje su pretile imaju veći rizik za nastanak tromboembolije, depresije i poteškoća s dojenjem (7).



3.5. PRETILOST I DOJENJE

Neposredno po porođaju, pretile majke treba poticati da doje svoju djecu prvenstveno iz zdravstvenih razloga, odnosno u korist zdravlja sebe i djeteta. Vrlo rijetko pretile žene žele početi i nastaviti dojiti dijete. Što znači da takvim ženama treba velika podrška i pomoći još u rođilištu kako bi one prihvatile i savladale dojenje. Isto tako, bitno ih je dobro educirati i pripremiti za otpust kući. Unos hranjivih tvari izravno utječe na sastav mlijeka pa je stoga za uspješno dojenje bitna zdrava i raznovrsna prehrana (21). Dojenje osim što je idealno za hranjenje djeteta, također pomaže gubitku tjelesne mase iza porođaja. Dokazano je da žene koje doje za samo nekoliko mjeseci nakon porođaja izgube dostatan broj kilograma u odnosu na one žene koje ne doje (4).

3.6. DIJAGNOSTIKA PRETILOSTI

Dijagnosticiranje pretilosti obavlja se na temelju izračuna indeksa tjelesne mase, mjeranjem opsega struka te mjeranjem odnosa struka i bokova. Normalna vrijednost opsega trbuha je manje od 80 cm, a 85 cm je normalna vrijednost opsega struka i bokova. U sklopu obrade trudnice, potrebno je izmjeriti krvni tlak, razinu glukoze u krvi natašte i razinu lipida (12).

3.7. LIJEČENJE PRETILOSTI I SAVJETI ŽENAMA

Proces liječenja pretilosti je često dugotrajan i mukotrpan, najčešće uspjeh i nije zadovoljavajući. Najvažniju terapiju predstavlja dijeta koja obuhvaća smanjen unos kalorija, veću potrošnju energije, tjelovježbu, psihoterapiju, promjenu ponašanja, lijekove i u krajnjem slučaju kirurški zahvat. Od velike je važnosti praćenje tjelesne težine trudnice tijekom redovitih kontrola i posjeta ginekologu u odnosu na njezinu početnu težinu.

Najčešće se ženama događa da im ostane višak kilograma nakon jedne trudnoće i onda s tim prekomjernim masnim tkivom ulaze u sljedeću trudnoću (12). Prilikom razgovora s trudnicom treba koristiti riječ „prekomjerna tjelesna težina“ ili „problem s težinom“, umjesto „debljina“, kako se ona ne bi uvrijedila i krivo shvatila našu pomoć (1). Ženama koje imaju prekomjernu tjelesnu težinu i nose makrosomno dijete, bitno je savjetovati da izbjegavaju sjedilački način života te da mogu provoditi aerobno vježbanje tri puta na tjedan od oko 30 do 60 minuta trajanja, a što je povezano i sa smanjenom učestalošću prijevremenog porođaja. Također, aerobno vježbanje je važno u prevenciji dijabetes melitusa te ga stoga treba poticati (23).

4. ZAKLJUČAK

Obzirom na veliku brojku pretilih trudnica važne su rane intervencije kako bi se smanjio njihov broj. Osim što je štetna za ženu, debljina može uzrokovati i dugoročne posljedice za dijete te dovesti do međugeneracijskog prijenosa komplikacija. Ova bolest zahtijeva visoku pažnju i aktivnost zdravstvenog sustava da bi se na vrijeme sprječile posljedice. Bitno je prekonceptijsko savjetovanje i educiranje žena da bi se prevenirao rizik pretlosti, a što je zadaća ginekologa i primalje. U cjelokupno savjetovanje važno je uključiti nutricionista koji će pripremiti kvalitetan program prehrane trudnice. Također je od velike važnosti osvijestiti čitavu zajednicu o bolesti koja je toliko česta, a o kojoj se nažalost i danas vrlo malo zna.

5. LITERATURA

1. Štimac T. Planiranje i praćenje trudnoće u pretilih žena. Debljina i komorbiditeti. 27 (1): 71-76, 2018.
2. Conway B, Rene A. Obesity as a disease: no lightweight matter. *Obes Rev.* 5 (3): 145-51, 2004.
3. Pliva zdravlje. BMI - Indeks tjelesne mase. Dostupno na: <https://www.plivazdravlje.hr/zdravlje-online/bmi>
4. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Obesity and Pregnancy, 2019. Dostupno na: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/obesity-and-pregnancy>
5. Dolin C. D., Kominiarek M. A. Pregnancy in Women with Obesity. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 45 (2): 217-232, 2018.
6. Poston L., Harthoorn L. F., Van der Beek E. M. Obesity in Pregnancy: Implications for the Mother and Lifelong Health of the Child. A Consensus Statement. *European Journal of Pediatrics.* 69: 175-180, 2011.
7. Catalano P. M. Obesity and pregnancy: mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child. *BMJ.* 356, 2017. Dostupno na: <https://doi.org/10.1136/bmj.j1>
8. Centar zdravlja.hr. Portal za zdraviji i sretniji život. Pretlost u trudnoći: koje su posljedice? 2019. Dostupno na: <https://www.centarzdravlja.hr/trudnoca-i-roditeljstvo/trudnoca/zdrava-trudnica/kako-pretilost-utjece-na-trudnoci/>
9. Lim C. C., Mahmood T. Obesity in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 29 (3): 309-19, 2015.
10. Chen C., Xu X., Yan Y. Estimated global overweight and obesity burden in pregnant women based on panel data model. *PloS One.* 13 (8):e0202183. 2018. Dostupno na: [10.1371/journal.pone.0202183](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202183)
11. Onubi O. J., Marais D., Aucott L., Okonofua F., Poobalan A. S. Maternal obesity in Africa: a systematic review and meta-analysis. *J Public Health.* 38 (3): 218-231, 2016.
12. Tadić S. Pretilost. Internet. 2021. Ožujak. Dostupno na: <https://poliklinika-harni.hr/trudnoca/pregled/pretilost-trudnoca>
13. Queensland Clinical Guidelines. Obesity in pregnancy. 2015- Dostupno na: <https://poliklinika-harni.hr/images/uploads/384/pretilost-trudnoca.pdf>
14. Šoić Mirilović L. Problem pretilosti u Hrvatskoj (završni rad). Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu, 2014.
15. Marchi J., Berg M., Dencker A., Olander E. K., Begley C. Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obes. Rev.* 16 (8): 621-38, 2015.
16. Harrison C. L., Brown W. J., Hayman M., Moran L. J., Redman L. M. The Role of Physical Activity in Preconception, Pregnancy and Postpartum Health. *Semin Reprod Med.* 34 (2): 28-37, 2016.
17. Stuberl J., Reister F., Hartmann S., Janni W. The Risks Associated With Obesity in Pregnancy. *Dtsch Arztebl Int.* 115 (16): 276-283, 2018.
18. Ching Wan Ma R., Schmidt M. I., Tam W. H., McIntyre H. D., Catalano P. M. Clinical management of pregnancy in the obese mother: before conception, during pregnancy, and post partum. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 4 (12): 1037-1049, 2016.
19. Spaight C., Gross J., Horsch A., Puder J. J. Gestational Diabetes Mellitus. *Endocr Dev.* 31: 163-78, 2016.
20. Johns E. C., Denison F. C., Norman J. E., Reynolds R. M. Gestational Diabetes Mellitus: Mechanisms, Treatment, and Complications. *Trends Endocrinol Metab.* 29 (11): 743-754, 2018.
21. Clinical practice guideline. Obesity and pregnancy. 2013; 2. Dostupno na: <https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/obesity-and-pregnancy.pdf>
22. Victorian Agency for Health Information. Obesity during pregnancy, birth and postpartum. 2021. Dostupno na: <https://www.bettersafecare.vic.gov.au/clinical-guidance/maternity/obesity-during-pregnancy-birth-and-postpartum>
23. Magro-Malosso E. R., Saccone G., Di Mascio D., Di Tommaso M., Berghella V. Exercise during pregnancy and risk of preterm birth in overweight and obese women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 96 (3): 263-273, 2017.
24. Pantham P., Aye I. L. M. H., Powell T. L. Inflammation in maternal obesity and gestational diabetes mellitus. *Placenta.* 36 (7): 709-15, 2015.
25. Mack L. R., Tomich P. G. Gestational Diabetes: Diagnosis, Classification, and Clinical Care. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 44 (2): 207-217, 2017.

Faktori rizika za neurorizik kod djece maloljetnih trudnica

(PREGLEDNI RAD)

Marijana Ivančić, mag.obs.,

Hrvatska komora primalja

e-mail: majaivancic@gmail.com

SAŽETAK

Adolescentna trudnoća je trudnoća kod djevojčica u dobi od 13 do 19 godina, a svaki dan u zemljama u razvoju rodi 20.000 djevojčica mlađih od 18 godina. Sprječavanje maloljetničkih trudnoća spada u prioritete javnog zdravstva gotovo svih zemalja. Osim socioloških, medicinski problemi maloljetničkih trudnoća su višestruki i u korelaciji su s faktorima rizika za rođenje neurorizičnog djeteta maloljetnice. Ovim preglednim radom opisana je problematika koju donose maloljetničke trudnoće i faktori koji doprinose razvoju neurorizika kod djece rođene iz tih trudnoća.

Ključne riječi: maloljetnice, trudnoća, porod, rizik, neurorizik

UVOD

Adolescentna trudnoća definirana je kao trudnoća kod djevojčica u dobi od 13 do 19 godina. Prema podacima UNFPA (*United Nations Population Fund*), svaki dan u zemljama u razvoju rodi 20.000 djevojčica mlađih od 18 godina, što je broj od 7,3 milijuna poroda godišnje. U Hrvatskoj je taj broj 9 djevojčica na njih 1.000 u dobi od 15 do 19 godina (1)¹. Sprječavanje maloljetničkih trudnoća spada u prioritete javnog zdravstva u skoro svim razvijenim zemljama, a bilježi se i porast prevencije u zemljama u razvoju (2). Osim socioloških, medicinski problemi maloljetničkih trudnoća su višestruki, često su te trudnoće nekontrolirane jer ih djevojke skrivaju, često su maloljetni roditelji i siromašni i nemaju pristup zdravstvenim uslugama, pa dolazi do prijevremenih poroda, rađaju se djeca niske porođajne težine, zbog malnutricije postoji deficit važnih nutrijenata za razvoj ploda, odnosno, javlja se cijeli niz problema koji utječu na zdravlje maloljetne trudnice te posljedično, njenog nerođenog djeteta. Zbog rizičnog ponašanja koje je i

dovelo do trudnoće maloljetnice, često su tu udružene i spolno prenosive bolesti sa svojim rizicima, zatim zloporaba opijata i sličnih supstanci. S tim svim povezana su mnoga patološka stanja u trudnoći i porodu, a velik dio tih stanja i njihove posljedice nose rizik za nastanak neurorizika kod djeteta. U ovom radu opisana je problematika maloljetničkih trudnoća i faktori koji pridonose razvoju neurorizika kod djece rođene iz maloljetničkih trudnoća jer je medicinska problematika maloljetničkih trudnoća u korelaciji s razvojem neurorizika. Većina istraživanja bavi se problemima i rizicima, ponajviše kod majki, koje maloljetničke trudnoće sa sobom nose, no ne i načinima na koji ti isti rizici maloljetničkih trudnoća i ponašanja nose za dijete rođeno iz takve trudnoće. Uzimajući u obzir izvješća o broju maloljetničkih trudnoća u svijetu i sve rizike koje takva trudnoća nosi potrebno je naglasiti važnost prevencije maloljetničkih trudnoća čime će se smanjiti i neurorizik djece rođene od maloljetnih majki. Kod djece rođene iz rizičnih trudnoća maloljetnih majki rana intervencija je osobito važna kako bi se toj djeci pružila prilika za adekvatan rast i razvoj.

MALOLJETNIČKA TRUDNOĆA – RIZIK ZA MAJKU I DIJETE

Medicinski problemi maloljetničkih trudnoća su višestruki, često su te trudnoće nekontrolirane jer ih djevojke skrivaju, prehrana tijekom trudnoće nije adekvatna jer su ponekad maloljetni roditelji siromašni te nemaju pristup zdravstvenim uslugama. Mentalna i fizička zrelost maloljetnih trudnica nije još dosegla svoju puninu, a zbog rizičnog ponašanja koje je dovelo do trudnoće često su tu udružene i spolno prenosive bolesti sa svojim rizicima. S tim svim povezana su mnoga patološka stanja u trudnoći i porodu (3). Adolescentne majke suočene su s većim rizicima od povišenog krvnog tlaka u trudnoći, puerperalnog endometritisa i sistemskih infekcija od žena u dobi od 20 do 24 godine, a djeca adolescentnih majki suočena su i s većim rizicima od male porođajne težine, prijevremenih

¹ Statistički podaci se mogu razlikovati s obzirom na izvore i organizacije koje ih prate. Negdje se uzima u obzir dob djevojčica od 10 do 19 godina, no većinom se prikazuju podaci o maloljetničkim trudnoćama djevojaka od 15 do 19 godina.

poroda i teških neonatalnih stanja (4). Razlog tome je što se tijela mladih djevojaka još nisu potpuno razvila i nisu spremna podnijeti izazove trudnoće i poroda. Činjenica je da je jedan od vodeći uzroka smrti adolescentica u svijetu upravo posljedica komplikacija pri porodu i stanja vezanih za trudnoću (5). Većina tih trudnoća događa se u siromašnim zemljama s lošim zdravstvenim uslugama. Iako u manjem broju, maloljetničke trudnoće se ipak javljaju i u razvijenim zemljama, no socijalne politike tih zemalja usmjerene su na sprječavanje takvih trudnoća, manje zbog medicinskih rizika, a više zbog socioloških aspekata ranog majčinstva.

SOCIOLOŠKI ASPEKTI MALOLJETNIČKIH TRUDNOĆA

Trudnoća kod maloljetnica je i uzrok i posljedica socijalnog isključivanja u bilo kojem obliku. Kada ostane trudna, maloljetnica se mora suočiti s različitim reakcijama društva u kojem se nalazi, što uključuje i stigmatizaciju, napuštanje školovanja, a to opet za posljedicu ima nemogućnost boljeg zaposlenja i boljih prihoda te se tako upada u krug siromaštva. Uzroci neželjenih maloljetničkih trudnoća često polaze iz disfunkcionalnih obitelji, siromaštva, loše (ne) edukacije o kontracepciji te zlouporabi droga i alkohola što dovodi do rizičnog ponašanja i posljedično do neželjene trudnoće (6). Posljedice maloljetničkih trudnoća su dalekosežne jer zbog gore navedenih razloga djeca koju su rodile takve majke također imaju mnoge komplikacije nakon poroda. Zbog male porođajne težine i preraogn rođenja imaju doživotne zdravstvene poteškoće. Majka, koja ni sama nije psihički zrela, nema kapacitet pravilnog odgoja pa takva djeca često odrastaju u stresnim i zlostavljačkim uvjetima što su sve faktori rizika za poremećaje kognitivnog razvoja djeteta, osobito djeteta rođenog iz rizične trudnoće maloljetne majke. Sve to utječe na majku, dijete, obitelj, ali i društvo u cijelini.

SPECIFIČNOSTI PRISTUPA ADOLESCENTIMA

Maloljetnice koje imaju potporu obitelji i društva, te osiguranu skrb za dijete i socijalnu pomoć, u velikom broju će uspjeti završiti školovanje i zaposliti se na adekvatno plaćenom poslu. Holističkim pristupom ovom problemu ne bi se trebalo mijenjati ponašanje djevojčica već pronaći uzrok problema koji se nalazi ponajprije u siromaštvu, lošoj roditeljskoj skrbi, spolnoj nejednakosti, društvenim pritiscima i sl. Takav pristup bi trebao obuhvaćati edukaciju mladih o seksualnosti, izjednačavanje prava spolova jačajući djevojčice i uključujući mladiće u edukaciju o seksualnom i reproduktivnom zdravlju. Iako se sve više o njoj piše, ipak edukacija o seksualnom zdravlju često

nosi kontradiktorno poruke poput „koristi kontracepciju, ali nemoj imati odnose“. Edukacija o reproduktivnom zdravlju spada u društvene norme, pa iako je ona osobna stvar pojedinca, ipak kada ih se prekrši slijede i sankcije. Roditelji, škola, razne organizacije i društvo pokušavaju mlade staviti pod određene društvene norme, njihove strategije obuzdavanja mladih ovise o njihovoj snazi, a mlađi će učiniti gotovo sve da se odupru tim normama i izbjegnu sankcije. Ipak, društvo i dalje treba pokušavati sve kako bi se broj maloljetničkih trudnoća smanjio. Odgovorno ponašanje i kontracepcija trebaju biti prioriteti u edukaciji mladih. Idealna kontracepcija ne postoji, a mlađi se dodatno suočavaju s različitim preprekama da dođu do nje, ili je preskupa, ili je potrebno uključiti druge ljudе da bi došli do nje te zbog toga često odustaju i ne koriste nikakvu zaštitu (7).

NEURORIZIK I RANA INTERVENCIJA

Neurorizično dijete je ono dijete koje je bilo izloženo prenatalnim, perinatalnim ili postnatalnim čimbenicima rizika. Mjesto i opseg nastanka oštećenja uvelike ovisi o vrsti čimbenika koji je bio uključen, kao i o vremenu i dugotrajnosti izloženosti tijekom prenatalnog perioda. U prenatalne faktore rizika ubrajamo sve nepovoljne morfološke, mehaničke, cirkulacijske, kemijske i/ili infektivne agense koji potječu od fetalnog, maternalnog i utero-placentarnog miljea (8). Intervencija u ranom djetinjstvu sastoji se od multidisciplinarnih usluga koje se pružaju djeci od rođenja do pete godine starosti radi promicanja zdravљa i dobrobiti djeteta, jačanja novih kompetencija, minimiziranja razvojnih kašnjenja, otklanjanja postojećih ili novih teškoća i sprječavanja funkcionalnog pogoršanja kod djeteta (9). Čimbenici rizika za neurorizik kod maloljetnih majki zbog njihove osjetljive, ranije navedene, situacije su veći nego kod starijih majki. Najučestaliji čimbenici rizika kojima su izložene maloljetne majke su pušenje, alkohol, zlouporaba droga, ali i socioekonomski status i psihofizičko stanje majke. Prepoznavanje neurorizične djece i rana intervencija od iznimnog su značaja za kasniji rast i kognitivni razvoj takvog djeteta, što sagledavajući životne prilike maloljetnih majki, često nije moguće ili je neadekvatno. Jedno od novijih istraživanja navodi da je dobra prenatalna opstetrička i kasnije neonatalna skrb od iznimnog značaja u sprječavanju neurorizika i povoljnijih ishoda rane intervencije kod djece s neurorizikom (10).

NEUROPLASTIČNOST MOZGA

Neuroplastičnost je sposobnost moždanih stanica da se mijenjaju kao odgovor na unutarnje i vanjske čimbenike koji mogu imati negativan ili pozitivan utjecaj u bilo kojoj dobi tijekom cijelog životnog vijeka (11). Neuroplasticitet



govori da je mozak podložan promjenama i razvoju, sposoban je trajno primati i učiti nove činjenice, i to tijekom normalnog života i razvoja, a i u stanju nakon lezije, odnosno izloženosti rizičnom čimbeniku. Nakon gubitka živčanih stanica oporavak se temelji na sposobnostima preostalih stanica da se reorganiziraju i preuzmu izgubljenu funkciju – plastičnost mozga. Upravo terapijski postupci uključeni u neurorehabilitaciju djeteta stimuliraju reorganizaciju i remodelizaciju u svrhu adaptacije na novonastalu situaciju s jedne strane, a s druge strane da drugi neoštećeni dijelovi preuzmu funkciju oštećenih (8). Probirom i otkrivanjem neurorizične djece omoguće se rano započinjanje i habilitacija kroz programe multidisciplinarnih timova u koje su nužno uključeni i roditelji. Procedura započinjanja rane intervencije u Hrvatskoj uključuje pregled neurorizične novorođenčadi (na temelju anamnističkih podataka, kliničkih pokazatelja i ranog novorođenačkog ultrazvuka mozga) koja su upućena na pregled neuropedijatru. Neuropedijatar upućuje dijete u program rane intervencije koji provode fizioterapeut, terapeut senzoričke integracije, logoped (rana intervencija kod problema gutanja i hranjenja), defektolog (rana stimulacija vida) i psiholog. Program uključuje i edukaciju

roditelja o načinu provođenja njege i skrbi djeteta te rane stimulacije neurorazvoja u sklopu svakodnevnih aktivnosti (12). Upravo zbog plasticiteta mozga moguće je ranom intervencijom spriječiti ili barem umanjiti neurorazvojno odstupanje kod neurorizične djece.

STRATEGIJE ZA SMANJENJE BROJA MALOLJETNIČKIH TRUDNOĆA

Neki od najčešćih prepoznatih čimbenika koji u kombinaciji dovode do neplanirane maloljetničke trudnoće i roditeljstva su: nedostatak edukacije o sigurnim seksualnim odnosima i metodama kontrole začeća; nedostupnost i nedostatak suvremene i efikasne kontracepcije; strah, zablude i predrasude vezane za suvremenu kontracepciju. Dodatni faktori koji utječu na broj maloljetničkih trudnoća su razvijenost i dostupnost zdravstvene zaštite; razvijenost države, njena socijalna i zdravstvena politika te zakonodavstvo. Svjetska zdravstvena organizacija, UNFPA, UNICEF i mnoge druge organizacije uključene u programe zaštite zdravlja ljudi, u ovom slučaju adolescenata, u svojim strategijama i programima donijele su niz mjeru kojima se sustavno promiču prava adolescenata na rast i razvoj, osnaživanje djevojaka kroz edukaciju o seksualnom zdravlju i sprječavanju neželjenih trudnoća, osobito u zemljama u razvoju gdje su edukacija i podrška mladim majkama nedostatne (1), (13), (14). U bogatijim zemljama poput SAD-a i Ujedinjenog Kraljevstva se radi na edukacijama adolescenata, pružanju pomoći i radu s njihovim obiteljima kako bi se broj maloljetničkih trudnoća smanjio te da bi maloljetne majke, ali i očevi, imali priliku nastaviti školovanje (15). U edukacije su uključeni različiti profili stručnjaka, a zastupljene su i primalje kroz programe edukacija i savjetovanja trudnih adolescentica. Utjecaj društva i društvenih normi, medija i cjelokupne slike koja se odašilje spram adolescentnih majki dovodi do otežane komunikacije zdravstvenih i drugih radnika prema maloljetnicima i samim time neadekvatne antenatalne i ostale potrebne skrbi. Kada se maloljetnica suočava s trudnoćom najmanje što treba je osuda, a kada ta osuda dolazi od ljudi koji bi joj trebali pomoći radije se odriče te pomoći čime se problem dodatno produbljuje. Studije koje su rađene na tu temu govore tome u prilog. Maloljetnica je teško postavljati pitanja zbog straha od osude, a zdravstveni radnici, socijalni radnici i ostali, noseći svoje predrasude i stavove ne pomažu već stvaraju otpor kod tih trudnica pa umjesto da im pomognu, gurnu ih dublje u nesigurnost. U tu svrhu izrađuju se promotivni materijali i informativne brošure za mlade, roditelje i zdravstvene djelatnike (16). Neka druga istraživanja su pokazala da maloljetne majke, ako imaju podršku i sigurnost, u mnogo većem postotku taj period prolaze u pozitivnom svjetlu i mnogo manje sejavljaju problemi koji su gotovo uobičajeni kada ta podrška izostane (17).

ZAKLJUČAK

Izvješća WHO-a, UNFPA i drugih organizacija pokazuju zabilježavajuće brojke udjela maloljetničkih trudnoća i poroda u ukupnom broju poroda, osobito u nerazvijenim zemljama i zemljama gdje ne postoje prava žena. Dok neke zemlje imaju razvijene sustave potpore i pomoći, pa tako i trend smanjenja maloljetničkih trudnoća, druge, nerazvijene zemlje ne bilježe značajnije pomake u tom smislu. U ovom preglednom radu prikazana je problematika i razmjeri adolescentnih trudnoća te njihov utjecaj na život mladih majki i njihove djece. Poveznica s neurorizicima kod djece maloljetnih majki postoji i dokazano je viša nego kod majki starije dobi. Preventivni programi koji se provode u svrhu sprječavanja maloljetničkih trudnoća doprinose i dobrobiti cijelog kupa društva. Stalnom i sustavnom edukacijom adolescenata, ali i zdravstvenih radnika i drugih suradnih struka, moguće je smanjiti broj adolescentnih trudnoća na razinu koja se može kontrolirati.

LITERATURA

1. UNFPA. Adolescent pregnancy | UNFPA - United Nations Population Fund [Internet]. [cited 2021 Apr 10]. Available from: <https://www.unfpa.org/adolescent-pregnancy>
2. Kirchengast S. Teenage Pregnancies: A Worldwide Social and Medical Problem. In: An Analysis of Contemporary Social Welfare Issues [Internet]. InTech; 2016 [cited 2020 Oct 14]. Available from: <http://dx.doi.org/10.5772/65462>
3. Franjić S. Adolescent Pregnancy is a Serious Social Problem. J Gynecol Res Obstet. 2018 Apr 30;006-8.
4. Demirci O., Yilmaz E., Tosun Ö., Kumru P., Arinkan A., Mahmutoğlu D. et al. Effect of young maternal age on obstetric and perinatal outcomes: Results from the tertiary center in Turkey. Balkan Med J. 33(3):344-9, 2016.
5. Darroch J. E., Woog V., Bankole A. ADDING IT UP : Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents. New York Guttmacher Inst. 2016;(May):1-16.
6. Radulović M., Todorova B. Adolescent pregnancy: occurrence and consequences. Prizren Soc Sci J. 28-34, 2020.
7. Afrose T. Adolescent Pregnancy, A Social Stigma. MOJ Anat Physiol. 2015 Nov 25;1(5).
8. Matijević V., Karšaj J. M. Neurorizično dijete. 27:133-42, 2015.
9. Meisels, Samuel J. and Shonkoff J. P. Handbook of early childhood intervention, Second Edition [Internet]. [cited 2021 Mar 22]. Available from: www.cambridge.org
10. Gasparrini E., Rosati F., Gaetti M. T. Long-term follow-up of newborns at neurological risk. Ital J Pediatr. 45(1):1-8, 2019.
11. Shaffer J. Neuroplasticity and clinical practice: Building brain power for health. Front Psychol [Internet]. 2016 Jul 26 [cited 2021 Apr 21];7(JUL):1118. Available from: www.frontiersin.org
12. Bošnjak-Nad K., Mejaški-Bošnjak V., Popović-Miočinović L., Gverić Ahmetašević S., Daković I., Čikara Mladin M. Rano otkrivanje neurorizične djece i uključivanje u rane habilitacijske programe. Paediatr Croat. 255(2):75-81, 2011.
13. World Health Organization. WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes. 2011; Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502214_eng.pdf?ua=1
14. UNICEF. Ending child marriage and teenage pregnancy in Sierra Leone | UNICEF [Internet]. [cited 2021 Apr 15]. Available from: <https://www.unicef.org/stories/ending-child-marriage-and-teenage-pregnancy-sierra-leone>
15. CDC. Projects and Initiatives | Prevent Teen Pregnancy | Teen Pregnancy | Reproductive Health | CDC [Internet]. [cited 2021 Apr 15]. Available from: <https://www.cdc.gov/teenpregnancy/projects-initiatives/index.html>
16. Center for Disease Control. Update: Preventing Pregnancies in Younger Teens. CDC Vital Signs [Internet]. 2014;(April):1-4. Available from: <http://www.cdc.gov/vitalsigns/pdf/2014-04-vitalsigns.pdf>
17. Brand G., Morrison P., Down B. How do health professionals support pregnant and young mothers in the community? A selective review of the research literature. Women and Birth [Internet]. 2014;27(3):174-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2014.05.004>

Sagorijevanje primalja na radnom mjestu

*Maja Češnjaj**

Opća bolnica Zabok i bolnica hrvatskih veterana

Deana Švaljug

Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija

**Autor za korespondenciju: maja.cesnjaj@gmail.com*

SAŽETAK

Produktivan i stabilan zdravstveni sustav ima veliku važnost kod funkcioniranja svake države. Najveći udio zdravstvenih djelatnika čine medicinske sestre i primalje koje su velikim dijelom izložene stresu i sagorijevanju. Cilj provedenog istraživanja bio je otkriti učestalost i intenzitet sagorijevanja primalja na radnom mjestu. Istraživanje je obuhvatilo 160 primalja na području Republike Hrvatske, bez obzira na spol i dob. Provedeno je putem online anonimnog anketnog upitnika u srpnju 2022. godine. U istraživanju je korišten Kopenhaški upitnik za sindrom sagorijevanja. Medijan ukupne skale Kopenhaškog upitnika iznosi 40,8. Rezultati su pokazali kako je najizraženiji osobni osjećaj sagorijevanja i da obuhvaća 62% ispitanika istraživanja s medijanom 54,2. Nakon toga slijedi sagorijevanje vezano uz posao koji je prisutno kod 37,5% ispitanika s medijanom 42,9. Značajno visoki intenzitet je prisutan kod dva ispitanika dobi do 30 godina, zaposlenja sa srednjom stručnom spremom i radnim stažem od šest do 15 godina. Najmanje sagorijevanja je prisutno u radu s pacijentima i obuhvaća 18,1% ispitanika, te je vrijednost medijana 25. Jedinu značajnu razliku možemo vidjeti u toj domeni, odnosno sagorijevanje vezano uz rad s pacijentom je značajno češće kod primalja i asistenata/ica primaljstva u odnosu na prvostupnike/ice primaljstva. Danas su stresni čimbenici koji dovode do sagorijevanja sve prisutniji. Važno je svim potrebitim osobama omogućiti valjanu pomoći i podršku s ciljem sprječavanja i smanjenja učestalosti sagorijevanja. Ključne riječi: sagorijevanje, primalje, stres, radno mjesto.

UVOD

Sagorijevanje je kao fenomen najvjerojatnije bio prisutan oduvijek i u svim kulturama. Tako se skupina simptoma kojima danas opisujemo sagorijevanje spominje u Starom zavjetu, a čin sagorijevanja je koristio i Shakespeare na kraju 16. stoljeća (1). Pojam sagorijevanja prvi put je opisan 1970-ih godina. Opisao ga je Freudberger i to kao sagorijevanje energije zbog konstantnog stresa u profesionalnom aspektu života (2,3). Nedugo nakon toga, Maslach je sagorijevanje na radnom mjestu opisala prisustvom sljedećih faktora: emocionalne iscrpljenosti, depersonalizacije i cinizma te smanjene profesionalne učinkovitosti i smanjenog osjećaja osobnog postignuća (4–7). Emocionalnu iscrpljenost je opisala posljedicom rada s ljudima, depersonalizaciju kao ravnodušan i bezosjećajan odnos prema klijentima, a smanjeni osjećaj osobnog postignuća kao niski osjećaj uspjeha u radu s drugim osobama te vještina (3). Nakon toga, mnogi su se počeli baviti temom sagorijevanja i proizašle su razne definicije sindroma. Edelwich i Brodsky (1980.) sagorijevanje su opisali kao kontinuirani gubitak idealja, energije, ciljeva i interesa kao posljedice uvjeta u radnom okruženju. Perlman i Hartman (1982.) su ponudili svoju definiciju; sagorijevanje kao posljedica kroničnog emocionalnog stresa koji uključuje emocionalnu i/ili fizičku iscrpljenosti, niske radne produktivnosti i depersonalizacije. Johnson i Stone (1987.) tvrde kako je sagorijevanje stanje iscrpljenosti nastalo vezom između klijenta i osobe koja pomaže u emocionalno zahtjevnim situacijama (4). Početkom



21. stoljeća, Farber opisuje osobe koje su oboljele od sagorijevanja tijekom 1970-ih i 1980-ih godina kao one koje nisu uspjeli postići nerealno visoko postavljene ciljeve, odnosno idealiste. Za razliku od toga, sagorijevanje početkom ovoga stoljeća smatra posljedicom pritiska za ispunjavanjem zahtjeva drugih osoba, cilja da osoba bude bolja od drugih u istoj tvrtki te da zarađuje što više (1).

Svjetska zdravstvena organizacija je 2019. godine u Međunarodnu klasifikaciju bolesti uvrstila sagorijevanje, i to kao profesionalni fenomen, a ne zdravstveno stanje. Sagorijevanje opisuje kao sindrom do kojega dolazi zbog kroničnog stresa na radnom mjestu kojega se nije uspješno tretiralo. Organizacija navodi tri dimenzije stresa: gubitak energije ili iscrpljenost, distanciranje od posla ili razvoj negativnih osjećaja i cinizma prema poslu te smanjenu profesionalnu učinkovitost (8).

Sagorijevanje se najčešće javlja kod poslova u kojima dolazi do interakcije s drugim osobama (3,9); kod zdravstvenog i medicinskog osoblja, djelatnika socijalne skrbi i učitelja, no sindrom se javlja i u drugim profesijama (1,10).

Autori su složni oko raznih čimbenika koji mogu dovesti do sindroma sagorijevanja. Dijelimo ih na dvije skupine: unutarnje čimbenike/osobine ličnosti i vanjske čimbenike. Unutarnji čimbenici/osobine ličnosti uključuju visoka očekivanja od sebe, visoku ambiciju, perfekcionizam, jaku potrebu za priznanjem, konstantnu želju za ugađanjem drugima i potiskivanje vlastitih potreba, osjećaj nezamjenjivosti, naporan rad i predanost do trenutka precjenjivanja sebe i preopterećenja te posao kao jedinu smislenu

aktivnost i zamjenu za društveni život. Neki od vanjskih čimbenika uključuju visoke zahtjeve na radnom mjestu, probleme s vodstvom i suradnjama, kontradiktorne upute, vremenska ograničenja, lošu atmosferu na poslu, nedostatak slobode donošenja odluka, nedostatak utjecaja na organizaciju rada, malo prilika za sudjelovanje, nisko pravo na davanje mišljenja, probleme s hijerarhijom, lošu internu komunikaciju, pritisak nadređenih, povećanu odgovornost, lošu organizaciju rada, nedostatak resursa, nedostatak prilika za napredovanje, nedostatak pozitivnih povratnih informacija, kao i loš timski rad (1,11,12).

Kao posljedica sagorijevanja, mogu se razviti fizički, emocionalni i psihički simptomi. Fizička iscrpljenost karakterizirana je manjom energije, kroničnim umorom, slabošću, češćim obolijevanjima, učestalim glavoboljama, mučninama, napetošću mišića i problemima sa spavanjem. Emocionalnu komponentu čine osjećaji depresije, bespomoćnosti, povećane napetosti i češćih konfliktova u kućnom okruženju, učestaliji su trenuci ljutnje, nestrpljivošt i razdražljivosti, a rjeđi trenuci ljubavnosti i obzirnosti. Negativno mišljenje o sebi, poslu i životu općenito čini psihičku komponentu simptoma sagorijevanja (13).

Za postavljanje dijagnoze sagorijevanja ne postoji standardizirana i općevažeća procedura. Prisutni su razni alati za probir, uključujući Maslach upitnik sagorijevanja, Shirom Melamed upitnik, Oldenburški upitnik, Kopenhaški te drugi. Svaki upitnik je prilagođen populaciji ljudi kod koje se mjeri sagorijevanje, uzimajući u obzir jezik govora, kulturu i zanimanje (14).

Sagorijevanje može negativno utjecati na privatni, ali i na poslovni život. Tako je kod osoba koje su patile od sagorijevanja zabilježeno posljedično korištenje opijata (10,15) te čak i samoubojstvo, kao i smanjeno zadovoljstvo skrbi od strane pacijenata, narušenu kvalitetu skrbi i pogreške u radu (15–17). Ujedno, smanjeno je zadovoljstvo poslom i produktivnost, češći su izostanci s posla, napuštanje struke i cinizam (18,19). Sve to dovodi do osobnog nezadovoljstva, anksioznosti, depresije, izolacije, narušenih odnosa te razvoda brakova (20). Pronađena je i povezanost između sagorijevanja i kardiovaskularnih, mišićno-koštanih, kožnih i alergijskih oboljenja (21).

Liječenje sindroma sagorijevanja ovisi o težini samog stanja u osobe. Kod blažih slučajeva sagorijevanja dovoljno je promijeniti životne navike i uskladiti privatni i poslovni život. Savjetuje se izbjegavanje stresora, opuštanje, prakticiranje nekog sporta i napuštanje ideje perfekcionizma. Poželjno bi bilo raditi na odnosima s drugim osobama; razumjeti važnost kvalitetnog provođenja vremena s obitelji i prijateljima te njegovati međusobne odnose s kolegama na poslu. Od važnosti je da se osoba počne brinuti za sebe, raznoliko se hraniti, osigurati si dovoljne količine sna, redovitu medicinsku skrb i provođenje aktivnosti od osobnog interesa. U slučaju težih oblika sagorijevanja, savjetuje se psihoterapija, kao i antidepresivi (20).

Prevencija sagorijevanja, pored već spomenutih metoda, uključuje promociju zdravlja na radnom mjestu, uvođenje modela radnog vremena te provođenje supervizije. Sagledavanje stresnih situacija i donošenje odluke o tome može li ih se ublažiti ili izbjegći je metoda samopomoći koja pomaže u podizanju otpornosti na stres. Neke od drugih metoda su jačanje odgovornosti i samokontrole, korištenje učestalijih i kraćih godišnjih odmora, pripremljenost na mogući stres na poslu i ostalo (22).

CILJEVI ISTRAŽIVANJA

1. Procijeniti učestalost sindroma sagorijevanja među primaljama na radnom mjestu.
2. Ispitati povezanost dobi ispitanika s intenzitetom sagorijevanja na radnom mjestu.
3. Ispitati povezanost stručne spreme ispitanika s intenzitetom sagorijevanja na radnom mjestu.
4. Ispitati povezanost između duljine radnog staža ispitanika i intenziteta sagorijevanja na radnom mjestu.
5. Utvrditi u kojoj domeni sagorijevanja mјerenog Kopenhaškim upitnikom ispitanici iskazuju najveći intenzitet sagorijevanja.

HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

1. Sindrom sagorijevanja na radnom mjestu je prisutan kod manje od polovine ispitanika.

2. Intenzitet sagorijevanja na radnom mjestu je češći kod primalja do 30. godine života u odnosu na primalje od 31 i više godina.
3. Intenzitet sagorijevanja na radnom mjestu je češći kod prvostupnika/ca primaljstva u odnosu na primalje i asistente/ice primaljstva.
4. Kod primalja koje u struci rade 26 i više godina sindrom sagorijevanja na radnom mjestu je češći nego u ostalih skupina.
5. Najveći intenzitet sagorijevanja mјerenog Kopenhaškim upitnikom ispitanici iskazuju u domeni sagorijevanja na radnom mjestu.

ISPITANICI I METODE

Ispitanici u istraživanju bile su primalje u Republici Hrvatskoj, bez obzira na dob, spol i stručnu spremu. Istraživanje je provedeno ispunjavanjem online anonimnog anketnog upitnika koji je kreiran pomoću Google Forms obrasca te se distribuirao online preko društvene mreže Facebook. Istraživanje je provedeno u srpnju 2022. godine.

Korišteni upitnik sastojao se od dva dijela. Prvi dio od sociodemografskih podataka ispitanika, dok se drugi dio odnosi na standardizirani Kopenhaški upitnik za sindrom sagorijevanja (16). Za korištenje Kopenhaškog upitnika prevedenog na hrvatski jezik (30) dobivena je suglasnost autorice.

Upitnik sadrži 19 pitanja podijeljenih u tri skupine: osobno sagorijevanje, sagorijevanje povezano s radom te sagorijevanje vezano uz pacijenta, odnosno klijenta. Pitanja u upitniku su zatvorenenog tipa, u kojima od više ponuđenih odgovora ispitanik može izabrati samo jedan. Svaki odgovor Kopenhaškog upitnika ispitanik označava ovisno o jačini svojih osjećaja, na skali Likertovog tipa od pet stupnjeva, pri čemu veća brojčana vrijednost odgovara jačem osjećaju, od 1 – najslabijeg osjećaja (nikada/gotovo nikada), do 5 – najjačeg osjećaja (uvijek/gotovo uvijek). Naknadno su se odgovorima dodjeljivali bodovi od 0 do 100. Bodovanje odgovora se provodilo na sljedeći način: 1 (nikada/gotovo nikada, u vrlo niskoj mjeri) – odgovor nosi 0 bodova; 2 (rijetko, u niskoj mjeri) – odgovor nosi 25 bodova; 3 (ponekad, donekle) – odgovor nosi 50 bodova; 4 (često, u visokoj mjeri) – odgovor nosi 75 bodova i 5 (uvijek, u vrlo visokoj mjeri) – odgovor nosi 100 bodova. Iznimno u zadnjoj skupini pitanje sagorijevanja na radnom mjestu gdje je bodovanje obrnuto. Ukupan rezultat upitnika je prosjek rezultata na stavkama. Tako rezultat do 49 bodova označava nisku razinu sagorijevanja, od 50 do 74 boda umjerenu razinu, od 75 do 99 bodova visoku razinu, a 100 bodova označava značajno sagorijevanje. Podatke dobivene ovim istraživanjem obradio je voditelj istraživanja. Kategorijski podaci predstavljeni su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Razlike kategorijskih varijabli

testirane su Fisherovim egzaktnim testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Shapiro-Wilkovim testom. Numerički podaci opisani su medijanom i interkvartilnim rasponom. Razlike numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina testirane su Mann-Whitneyevim U testom (iskazana Hodges Lehmanova razlika medijana i 95% raspon pouzdanosti). Razlike između tri i više nezavisnih skupina testirane su Kruskal Wallisovim testom (Post hoc Conover). Unutarnja pouzdanost skale iskazana je koeficijentom Cronbach Alpha. Sve P vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti je postavljena na Alpha = 0,05. Za statističku analizu korišteni su statistički programi MedCalc® Statistical Software version 20.111 i SPSS ver. 23.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Medijan sagorijevanja primalja na radnom mjestu iznosi 42,9, te je visoka i značajno visoka razina sagorijevanja prisutna kod 15 ispitanika. Veliki se broj primalja kod čimbenika vezanih uz posao ne osjeća iscrpljeno ili izgoreno, uz izuzetak osjećaja iscrpljenosti na kraju dana. To se može pripisati i duljini radnog dana, odnosno smjenama od 12 sati koje većina primalja obavlja te obujmu posla. Uočavamo da je najmanje izraženo sagorijevanje povezano s pacijentima, a najviše je izražen osobni osjećaj sagorijevanja.

Tablica 1. Medijan pojedinih domena i ukupne skale sagorijevanja

	Medijan (interkvartilni raspon)
Osobni osjećaj sagorijevanja	54,2 (41,7 – 69,8)
Sagorijevanje na radnom mjestu	42,9 (28,6 – 57,1)
Sagorijevanje povezano s pacijentima	25,0 (12,5 – 41,7)
Ukupna skala sagorijevanja	40,8 (32,9 – 52,6)

Tablica 2. Samoprocjena domene sagorijevanja zbog posla

	Broj (%) ispitanika				
	u vrlo niskoj mjeri	u niskoj mjeri	donekle	u visokoj mjeri	u vrlo visokoj mjeri
Iscrpljuje li vas posao emocionalno?	13 (8)	34 (21,3)	68 (42,5)	30 (18,8)	15 (9,4)
Osjećate li se izgoreno zbog vašeg posla?	21 (13)	43 (26,9)	52 (32,5)	30 (18,8)	14 (8,8)
Frustrira li vas posao kojim se bavite?	68 (43)	35 (21,9)	40 (25)	9 (5,6)	8 (5)
Nikada/ gotovo nikada	Rijetko	Ponekad	Često	Uvijek	Ukupno
Osjećate li se iscrpljeno na kraju radnog dana?	1 (1)	13 (8,1)	69 (43,1)	58 (36,3)	19 (11,9)
Osjećate li se iscrpljeno ujutro pri pomisli na još jedan dan na poslu?	23 (14)	40 (25)	60 (37,5)	25 (15,6)	12 (7,5)
Imate li osjećaj da je svaki radni sat iscrpljujući za vas?	30 (19)	58 (36,3)	43 (26,9)	22 (13,8)	7 (4,4)
Imate li dovoljno energije za obitelj i prijatelje u slobodno vrijeme?	6 (3,8)	28 (17,5)	51 (31,9)	50 (31,3)	25 (16)
					160 (100)

Istraživanjem nije pronađena značajna razlika intenziteta sagorijevanja na radnom mjestu u odnosu na dob ispitanika. Medijan je isti kod gotovo svih dobnih skupina i iznosi 42,9, uz izuzetak dobitne skupine od 51 i više godina gdje je nešto niži (37,5). Dobiveni rezultati mogu biti zbog jednakog obujma i složenosti posla svih dobnih skupina.

Tablica 3. Ocjene pojedine domene i ukupne skale sagorijevanja u odnosu na dobitne skupine

Dobne skupine	Medijan (interkvartilni raspon)				P*
	21 – 30	31 – 40	41 – 50	51 i više	
Osobni osjećaj sagorijevanja	58,3 (45,8 – 100)	58,3 (45,8 – 70,8)	54,2 (33,3 – 70,8)	45,8 (37,5 – 60,4)	0,18
Sagorijevanje vezano uz posao	42,9 (28,6 – 60,7)	42,9 (31,2 – 57,1)	42,9 (35,7 – 60,7)	37,5 (28,6 – 48,2)	0,51
Sagorijevanje vezano uz pacijenta	25 (12,5 – 41,7)	33,3 (12,5 – 42,7)	29,2 (8,3 – 37,5)	25 (14,6 – 29,2)	0,64
Sagorijevanje ukupno	42,1 (32,9 – 54,3)	43,4 (35,9 – 52,6)	40,8 (32,9 – 57,9)	36,8 (28,9 – 46,7)	0,40

*Kruskal Wallis test (post hoc Conover)

Istraživanjem nije pronađena značajna razlika u intenzitetu sagorijevanja na radnom mjestu između primalja ili asistenata/ica primaljstva i prvostupnika/ca primaljstva. Školovanje za prvostupnike/ce primaljstva je u Hrvatskoj dostupno posljednjih 15 godina. Iako su u Zakonu o primaljstvu navedene kompetencije tog kadra, primalje u Hrvatskoj, u većini, obavljaju jednake poslove bez obzira na stručnu spremu. Stoga se može zaključiti da je to razlog za nepronalaženje razlike u intenzitetu sagorijevanja između ispitivanih skupina.

Tablica 4. Ocjene pojedine domene i ukupne skale sagorijevanja u odnosu na radno mjesto

	Medijan (interkvartilni raspon)		Hodges – Lehmannova razlika medijana	95% raspon pouzdanosti	P*
	Primalja/ asistent/ica primaljstva	Prvostupnik/ca primaljstva			
Osobni osjećaj sagorijevanja	58,3 (41,7 – 69,8)	54,2 (41,7 – 67,7)	0	-8,3 do 4,2	0,85
Sagorijevanje vezano uz posao	42,9 (28,6 – 57,1)	42,9 (28,6 – 60,7)	0	-7,1 do 7,1	0,96
Sagorijevanje vezano uz pacijenta	25 (12,5 – 45,8)	25 (12,5 – 37,5)	-4,2	-8,3 do 7,2	0,41
Sagorijevanje ukupno	40,8 (32,9 – 53,6)	40,8 (32,9 – 51,6)	0	-5,3 do 3,9	0,82

*Mann Whitney U test

Istraživanjem nisu pronađene značajne razlike u intenzitetu sagorijevanja na radnom mjestu i duljine rada u struci. Možemo vidjeti kako su prisutne male razlike u intenzitetu sagorijevanja, no ne i dovoljno značajne. Tako je nešto viša razina sagorijevanja prisutna kod primalja s do pet godina radnog staža te se s godinama smanjuje. U prvim godinama rada se ulaže najviše truda i vremena kako bi se usvojeno znanje naučilo primjenjivati u praksi. Također, potrebno je upoznati radno okruženje, princip rada i ostale djelatnike. Ovom sagorijevanju može pridonijeti i osjećaj nesklada novozaposlenih primalja između stvarne skrbi za klijentice i ideologije toga kako bi skrb trebala izgledati. Tijekom posljednjih nekoliko desetljeća skrb za klijentice se promjenila i promovira se holistički pristup. Primalje tijekom školovanja uče o svim kompetencijama koje će steći po završetku obrazovanja i očekuju da će te kompetencije moći primjenjivati na svom radnom mjestu. Međutim, s početkom rada nailazi se na sustav u kojem je hijerarhija veoma izražena, provodi se medicinski model skrbi i nema mogućnosti kontinuirane skrbi klijentica. Sve to može biti razlog nešto više razine sagorijevanja kod primalja s manje od pet godina radnog staža.

Tablica 5. Ocjene pojedine domene i ukupne skale sagorijevanja u odnosu na duljinu rada u struci

Duljina rada u struci	Medijan (interkvartilni raspon)				P*
	do 5 godina	6 – 15 godina	16 – 25 godina	26 i više godina	
Osobni osjećaj sagorijevanja	58,3 (45,8 – 70,8)	58,3 (45,8 – 70,8)	50,0 (41,7 – 66,7)	45,8 (37,5 – 63,5)	0,06
Sagorijevanje vezano uz posao	44,6 (28,6 – 60,7)	42,9 (28,6 – 57,1)	42,9 (35,7 – 50,0)	35,7 (28,6 – 50,9)	0,62
Sagorijevanje vezano uz pacijenta	25 (16,7 – 41,7)	29,2 (12,5 – 44,8)	29,2 (8,3 – 41,7)	25,0 (16,7 – 34,4)	0,88
Sagorijevanje ukupno	42,1 (34,2 – 53,9)	43,4 (31,9 – 58,9)	40,1 (32,9 – 47,4)	38,2 (29,6 – 48,7)	0,43

*Kruskal Wallis test (post hoc Conover)

Medijan ukupne skale Kopenhaškog upitnika iznosi 40,8, a od svih domena, kod ispitanika je u najvišoj razini prisutan osobni osjećaj sagorijevanja (54,2). Unatoč pretpostavci da ispitanici najviše sagorijevanja iskazuju u povezanosti s radom, prema rezultatima možemo vidjeti da to nije slučaj. Rad i suradnja s pacijentima utječu i na osobni osjećaj sagorijevanja. Gotovo polovina primalja se često ili uvijek osjeća umorno te fizički i emocionalno iscrpljeno. Ovi podaci su alarmantni i potrebno je napraviti velike promjene kako bi se sprječilo povećanje intenziteta sagorijevanja i pojavnost neželjenih posljedica.

Tablica 6. Samoprocjena domene osobnog osjećaja sagorijevanja

	Broj (%) ispitanika					
	nikada/gotovo nikada	rijetko	ponekad	često	uvijek	ukupno
Koliko se često osjećate umorno?	0	9 (5,6)	77 (48,1)	67 (41,9)	7 (4,4)	160 (100)
Koliko ste često fizički iscrpljeni?	0	15 (9,4)	66 (41,3)	72 (45)	7 (4,4)	160 (100)
Koliko često ste emocionalno iscrpljeni?	3 (2)	23 (14,4)	55 (34,4)	65 (40,6)	14 (8,8)	160 (100)
Koliko često pomislite da više ne možete izdržati?	12 (8)	45 (28,1)	56 (35)	41 (25,6)	6 (3,8)	160 (100)
Koliko se često osjećate izmoreno?	1 (1)	28 (17,5)	59 (36,9)	61 (38,1)	11 (6,9)	160 (100)
Koliko se često osjećate slabo i podložno bolesti?	18 (11)	58 (36,3)	55 (34,4)	24 (15)	5 (3,1)	160 (100)



Suprotno osobnom osjećaju sagorijevanja i sagorijevanju na radnom mjestu, medijan sagorijevanja povezanog s pacijentima je najniži i iznosi 25. Možemo prepostaviti kako primalje obuhvaćene istraživanjem pronalaze zadovoljstvo i smisao u radu s klijenticama i da upravo to nadilazi nezadovoljavajuće aspekte samog posla.

Sukladno dobroj skupini ispitanika i sagorijevanju vezanom uz posao, gotovo je jednaki medijan kod osobnog osjećaja sagorijevanja i svih dobnih skupina, s nešto nižom vrijednošću kod primalja u dobi od 51 i više godina. Razlika se vidi u domeni sagorijevanja povezanog s pacijentima gdje je sagorijevanje najniže kod primalja u dobi do 30 godina i u dobi od 51 i više godina. Za prepostaviti je kako primalje niže dobne skupine imaju više entuzijazma i strpljenja u radu s klijenticama, te kako su primalje starije dobne skupine iskusnije u radu s klijenticama i sa svim mogućim situacijama u kojima se mogu naći prilikom takvog odnosa. Upravo to mogu biti razlozi nižeg intenziteta sagorijevanja vezanog uz klijente kod tih dobnih skupina ispitanika.

ZAKLJUČAK

Rezultati istraživanja su pokazali kako je sagorijevanje prisutno u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske. Štoviše, ne samo da je prisutno, već mnogo primalja pati od sagorijevanja. Iako vidimo kako je kod ispitanika istraživanja najizraženiji osobni osjećaj sagorijevanja, ipak je ono prisutno na radnom mjestu i u radu s klijentima. Istraživanjem nije pronađena značajna razlika u intenzitetu sagorijevanja i dobi, zaposlenju ili radnom stažu. Odnosno, potrebno je svim primaljama omogućiti pomoći i podršku kako bi se rast stope sagorijevanja spriječio i s ciljem izbjegavanja ranije spomenutih neželjenih posljedica.

Od koristi bi bilo provesti istraživanje o sagorijevanju na radnom mjestu nakon pružanja potrebite pomoći. Na taj način bi se uvidio utjecaj pružene pomoći i kako djeluje na razinu sagorijevanja. Također, pored proučavanih aspekta sagorijevanja, mogli bi se istražiti i drugi čimbenici koji djeluju na sagorijevanje i metode samopomoći koje su ispitanici pronašli korisnima.

LITERATURA

1. Kaschka W. P., Korczak D., Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztbl Int* [Internet]. 2011;108(46):781–7. [Posjećeno 20.05.2022.] Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22163259/>
2. Kristensen T. S., Borritz M., Villadsen E., Christensen K. B. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work Stress* [Internet]. 2005;19(3):192–207. [Posjećeno 20.05.2022.] Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/247511197_The_Copenhagen_Burnout_Inventory_A_new_tool_for_the_assessment_of_burnout
3. Domović V., Martinko J., Jurčec L. Čimbenici učiteljskog sagorijevanja na poslu. *Napredak časopis za pedagošku teoriju i praksu* [internet]. 2011;151(3-4):350–69. [Posjećeno 20.05.2022.] Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/248538>
4. Družić Ljubotina O., Friščić L. The occupational stress in social workers: Sources of stress and burnout. *Ljetopis socijalnog rada* [internet]. 2014;21(1):5–31. [Posjećeno 20.05.2022.] Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/189009>
5. Yoshida Y., Sandall J. Occupational burnout and work factors in community and hospital midwives: A survey analysis. *Midwifery*. 2013;29(8):921–6. [Posjećeno 21.05.2022.] Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23415363/>
6. Sandall J. Occupational burnout in midwives: new ways of working and the relationship between organizational factors and psychological health and wellbeing. *Risk Decis Policy* [internet]. 1998;3(3):213–32. [Posjećeno 21.05.2022.] Dostupno na:
7. https://www.researchgate.net/publication/229087359_Occupational_burnout_in_midwives_New_ways_of_working_and_the_relationship_between_organisational_factors_and_psychological_health_and_wellbeing
8. Doulougeri K., Georganta K., Montgomery A. “Diagnosing” burnout among healthcare professionals: Can we find consensus? *Cogent Med* [Internet]. 2016;3(1):1. [Posjećeno 23.05.2022.] Dostupno na: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/2331205X.2016.1237605>
9. World Health Organisation. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases [internet]. 2019. [Posjećeno 23.05.2022.] Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
10. Gómez-Gascón T., Martín-Fernández J., Gálvez-Herrer M., Tapias-Merino E., Beamud-Lagos M., Mingote-Adán J. C. Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Fam Pract* [internet]. 2013;14. [Posjećeno 23.05.2022.] Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24237937/>
11. Gabbe S. G., Melville J., Mandel L., Walker E. Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: Diagnosis, treatment, and prevention. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2002;186(4):601–12. [Posjećeno 27.05.2022.] Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11967480/>
12. P. M. L., C. M. K. F. Burnout. *Encycl Clin Psychol* [internet]. 2015; [Posjećeno 27.05.2022.] Dostupno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/action/showCitF?ormats?doi=10.1002%2F9781118625392.wbecp142>
13. Bakker A. B., Sanz-vergel A. I. Burnout. 2020;IV:411–5. [Posjećeno 27.05.2022.] Dostupno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/9781118970843.ch333>
14. World Health Organisation. Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychological disorders [internet]. WHO; 1994. [Posjećeno 28.05.2022.] Dostupno na: https://www.who.int/publications/item/WHO_MN_H_MND_94.21
15. Maslach C., Leiter M. P. Understanding burnout: New models. *Handb Stress Heal* [internet]. 2017;36–56. [Posjećeno 28.05.2022.] Dostupno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118993811.ch3>
16. Bradley M., Chahar P. Burnout of healthcare providers during COVID-19. *Cleve Clin J Med* [internet]. 2020;1–3. [Posjećeno 30.05.2022.] Dostupno na: <https://europepmc.org/article/med/32606049>
17. Montgomery A., Panagopoulou E., Esmail A., Richards T., Maslach C. Burnout in healthcare: The case for organisational change. *BMJ* [internet]. 2019;366(July):1–5. [Posjećeno 01.06.2022.] Dostupno na: <https://www.bmjjournals.org/content/366/bmj.l4774.long>
18. Salyers M. P., Bonfils K. A., Luther L., Firmin R. L., White D. A., Adams E. L. et al. The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. *J Gen Intern Med* [internet]. 2017;32(4):475–82. [Posjećeno 01.06.2022.] Dostupno na: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-016-3886-9>
19. Banovcinova L., Baskova M. Sources of Work-related Stress and their Effect on Burnout in Midwifery. *Procedia - Soc Behav Sci* [internet]. 2014;132:248–54. [Posjećeno 01.06.2022.] Dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814032169>
20. Font A., Corti V., Berger R. Burnout in Healthcare Professionals in Oncology. *Procedia Econ Financ*. 2015;23(October 2014):228–32. [Posjećeno 02.06.2022.] Dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212567115003202>
21. De Hert S. Burnout in healthcare workers: Prevalence, impact and preventative strategies. *Local Reg Anesth* [internet]. 2020;13:171–83. [Posjećeno 28.05.2022.] Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7604257/>
22. Honkonen T., Ahola K., Pertovaara M., Isometsä E., Kalimo R., Nykyri E. et al. The association between burnout and physical illness in the general population-results from the Finnish Health 2000 Study. *J Psychosom Res* [internet]. 2006;61(1):59–66. [Posjećeno 02.06.2022.] Dostupno na: <https://sci-hub.se/> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16813846/>
23. Strahonja I. Utjecaj radne okoline i vanjskih faktora na pojavu sindroma izgaranja medicinskih sestara/tehničara usporedba Republike Hrvatske i Kraljevine Švedske. 2021. [Posjećeno 02.06.2022.] Dostupno na: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/unin:4034>

IZVORNI ZNANSTVENI RAD

ISKUSTVO PORODA IZ ASPEKTA OČEVA

Željka Živković, mag. obs

Izv. prof. dr. sc. Tea Štimac, dr. med

Klinika za Ginekologiju i porodništvo

KBC- Rijeka

SAŽETAK

Svrha istraživanja

Danas je prisustvo očeva na porodu uobičajena pojava. Shodno tome očevi su postali sastavni dio primaljske skrbi u porodu, međutim u formalnom obrazovanju primalje ne stječu dovoljna znanja o radu s očevima. Cilj ovog istraživanja bio je sagledati doživljaj poroda iz aspekta očeva.

METODE

Istraživanje je provedeno u razdoblju od 19. srpnja do 4. kolovoza 2021. godine. Odazvalo se 33 očeva koji su najmanje dva sata nakon poroda, odnosno prije no što su napustili rađaonicu, ispunili online „upitnik za očeve“. Osim sociodemografskih karakteristika, upitnik je sadržavao pitanja o prenatalnoj informiranosti, karakteristikama poroda, emocionalnom stanju i zadovoljstvu kvalitetom zdravstvene usluge tijekom njihovog prisustvovanja porodu u rodilištu Kliničkog bolničkog centra (KBC) Rijeka.

REZULTATI

Analiza pitanja o osjećajima tijekom prisustvovanja porodu pokazala je kako je 96,97% očeva bilo sretno, 42,42% bespomoćno, 33,21% je osjetilo strah, 12,12% ih je bilo uzbudjeno, a 6,06% traumatizirano. Najveći postotak očeva (91,88%) mišljenja je da je najveću korist od njihove prisutnosti porodu imala supruga/partnerica. Da je prisustvovanje porodu bilo korisno iskustvo složilo se 81,31% ispitanika, a ujedno je koristilo braku/vezi (76,68%). Dojam da je prisustvovanje oca porodu bilo korisno za dijete složilo se 54,31% ispitanika. Samo 1,25% ispitanika je imalo dojam da je njihov dolazak na porod bio beskoristan. Nisu pronađene razlike u razini zadovoljstva i sociodemografskih obilježja ispitanika.

ZAKLJUČAK

Doživljaj i iskustvo poroda za očeve povezan je s pozitivnim i negativnim osjećajima. Pozitivni osjećaji i zadovoljstvo su prevladavajući. Očevi smatraju kako njihova prisutnost najviše koristi njihovoj partnerici.

Ključne riječi: iskustvo, očevi, porod, primalje, rađaonica

1. UVOD

Ideja o aktivnom uključivanju očeva u perinatalnom razdoblju nije nova i postoji već nekoliko desetljeća. Primarna namjera bila je pružiti veću podršku trudnoj partnerici prije, za vrijeme i nakon poroda. Danas su očevi na porodu pravilo, a ne iznimka.

Većina očeva u europskim zemljama još od 1970-ih godina sudjeluje u perinatalnoj skrbi i prisustvuje rođenju svog djeteta (1).

U Engleskoj, primjerice, 95% očeva prisustvuje porodu svojega djeteta, dok u skandinavskim zemljama taj postotak iznosi 98% (2). U SAD-u 90% očeva prisustvuje porodu djeteta (3).

U Republici Hrvatskoj ne postoje točni podaci koliko je očeva prisustvovalo rođenju svojega djeteta iako se pratnja, rodilji značajne osobe, u većini hrvatskih rodilišta prakticira negdje od 2000. godine.

U KBC-u Rijeka pratnju na porodu odabire između 80 do 90% rodilja. Međutim, podatak o udjelu samih očeva ne postoji jer na porod osim očeva, dolaze prijateljice, majke, sestre ili doule.

Mogućnost prisustvovanja porodu, rodilji značajne osobe, zakomplikirala se u doba pandemije. Pratnja na porodu radi epidemiološke situacije bila je zabranjena godinu dana što je kod rodilja i očeva izazvalo veliko razočarenje i nezadovoljstvo. Pokretale su se petnici i grupe na društvenim mrežama „Moj porod, moja pratnja, moj izbor“ ili

hashtag #KoronaTate) za ukidanje zabrana i ujednačavanje pravila u rađaonicama.

Rezultati tematskog istraživanja u rujnu 2020. godine o trudničkoj skrbi u vrijeme pandemije bolesti COVID-19 (kada su na snazi bile najstrože mjere i neposredno nakon toga), pratnju na porodu ostvarilo je 21% rodilja. U vrijeme prije pandemije pratnju na porodu imalo je 62% rodilja (4).

Upravo ovakva reakcija na epidemiološke mjere, primjer je koji govori u prilog činjenici kako budući roditelji žele podijeliti iskustvo rađanja te kako je sudjelovanje očeva u porodu postalo pravilo, pravo i potreba.

Čimbenici uključivanja očeva u perinatalnu skrb

Uključivanje očeva u materinalnu skrb povezano je s društvenim i tehnološkim promjenama tijekom 20-og stoljeća. Posljedično tome promijenile su se i paradigme u kulturi rađanja.

Promjene su se odnosile na: mjesto rođenja, osobe koje su prisutne tijekom poroda te medikalizaciju i uporabu tehnologije u skrbi za rodilje. Značajan doprinos dao je i drugi val feminizma 60-ih i 70-ih godina prošlog stoljeća (5,6).

Porod se iz poznatog, privatnog obiteljskog okruženja, uz poznatu primalju, preselio u javno bolničko okruženje (rodilišta) u kojem je prisutno, mnoštvo ženi nepoznatih osoba. Nepoznato okruženje i nepoznate osobe, rodiljama su izazvale nelagodu, strah i osjećaj usamljenosti.

Osobe koje skrbe o ženi u trudnoći, porodu i babinju tradicionalno su bile primalje. Prelaskom poroda u bolničko okruženje dolazi do medikalizacije poroda te se skrb uz primalju proširila na ginekologe, opstetričare, neonatologe, anesteziologe koji su u početku bili mahom muškarci.

Upravo se promjena mesta rađanja, odnosno institucionalizacija poroda, pokazala najvažnijom komponentom uključivanja očeva u proces rađanja kako žena ne bi bila usamljena (5).

Značaj očeva u perinatalnom razdoblju žene naglašavao je i podupirao drugi val feminizma 60-ih i 70-ih godina prošlog stoljeća. U tom razdoblju naglašavao se prirođan porod kao alternativa medikaliziranom porodu u bolnicama.

Feministkinje drugog vala kritizirale su institucionalizaciju i odnos prema rađanju radi medikalizacije ženskog tijela, patologizacije poroda i provođenja nepotrebnih intervencija nad ženama i novorođenčadi (7,8).

Feminizam drugog vala pozicionirao je žene u svjetlu „normalnosti“ i „prirodnosti“. Žene su zahtijevale vraćanje kontrole nad procesom rađanja doživljavajući se prirođnim stručnjacima te su smatrale sposobnima donositi samostalne odluke tijekom trudnoće i poroda (7).

Pitanje trudnoće i poroda za feministkinje bilo je povezano s kritikom patrijarhalnih društvenih odnosa koji, iz pozicije moći, ograničavaju i nadziru ženska reproduktivna prava i seksualnost.

Jelavić (2013.) na konferenciji prePOROD 2013. u svom predavanju na temu „Porod kao feminističko pitanje“ navodi:

Radikalne feministkinje tvrde da se najveće potlačivanje žena vrši upravo preko kontrole reproduktivne uloge žena i njihove seksualnosti. Osim toga, položaj primalja unutar zdravstvenih sustava daje dodatne argumente za tvrdnju o potlačenosti žena, budući da je u bolničkom porodu centralna ličnost liječnik, muškarac, a ne žena, rodilja i primalja kao njezina podrška (8).

Feminizam drugog vala i pokret za prirođan porod, oca djeteta vidio je kao najbolju podršku majci tijekom trudnoće, poroda i babinja (9-11).

OGRANIČENJA ZA OČEVE

Institucionalizacija rađanja donijela je sa sobom i određena pravila za očeve.

Za primjer, uvjeti prisustovanja porodu, u KBC-u Rijeka, tijekom posljednjih 30 godina, mijenjali su se od potpune zabrane pristupa, udaljavanja kod različitih kliničkih postupaka, do omogućavanja pristupa u operacijsku salu (2016.) kod poroda carskim rezom u regionalnoj anesteziji.

Trenutno bolnička praksa u većini rodilišta ne dopušta prisustvo oca na porodu carskim rezom. Također, još uvijek, većina rodilišta u našoj zemlji, očevima uvjetuje sudjelovanje u porodu potvrdom o pohađanju tečaja pripreme za porod.

Neki od razloga isključivanja očeva u bolničkom okruženju bili su strah od infekcija.

Govori se i o tome kako bi svjedočenje porodu moglo imati negativan utjecaj na buduće seksualne odnose para što je i potvrđeno u nekim istraživanjima traumatičnih poroda (12).

Nadalje, postoje uvjerenja da očevi u rađaonici ometaju fiziološke procese rađanja i da ne bi trebali biti prisutni.

Francuski opstetričar Michel Odent, koji dijeli ovo mišljenje, bio je na meti kritika zbog stava da muški partner u porodu može izazvati tjeskobu žene i na taj način utjecati na smanjenje lučenja oksitocina, omesti napredovanje poroda te posljedično tome povećati stope carskog reza (13).

Premda istraživanja pokazuju kako žene žele prisustvo partnera u rađaonici, ponekad se špekulira i o tome koliko je to stvarna želja žene ili više odražava društvena očekivanja i pravila uključivanja oca u odgoj djece (14).

NAČINI UKLJUČENOSTI OČEVA U TRUDNOĆI I PORODU

Uključenost očeva u porodu može biti u rasponu od aktivne uključenosti do pasivne podrške (15).

Champan opisuje tri načina uključenosti očeva u porodu. Otac trener „coach“ sebe vidi kao vođu i veliku podršku partnerici tijekom poroda. Otac kao dio tima „teammate“

,vidi sebe kao pomagača i podršku te odgovara na potrebe svoje partnerice. Otac svjedok „witness“ je pasivni promatrač koji često nije usmijeren na potrebe partnerice (na primjer, gleda u mobitel, odlazi i dolazi i sl.) (9).

Smatra se kako stupanj uključenosti očeva u porodu može biti prediktor njihove uključenosti u daljnju skrb o djetetu i obitelji i nakon poroda.

Lamb i suradnici definirali su tri komponente roditeljstva koje se mogu vidjeti i kod očeva koji prisustvuju porodu. To su: interakcija s partnericom, primaljom i/ili zdravstvenim timom koji o njoj brine, dostupnost partnera, bez obzira na stupanj interakcije te odgovornost za partnericu u smislu brige i skrbi tijekom poroda (16).

Očevi koji na porodu pružaju dobru emocionalnu, psihološku i praktičnu pomoć, doprinose pozitivnijem porođajnom iskustvu za oba roditelja (17).

Veliki značaj za dobrobiti majke i djeteta imaju očevi koji podržavaju svoje partnerice tijekom trudnoće. Njihova podrška u ovom razdoblju utječe na psihosocijalnu stabilnost i sigurnost majke. Ublažavanjem učinaka kroničnog stresa u majke, očevi mogu smanjiti rizik prijevremenih poroda (18).

Za očeve, prisustvo rođenju djeteta može imati pozitivan učinak u smislu bolje povezanosti s djetetom (19).

Osim toga, dijeljenje iskustva poroda potiče i emocionalnu povezanost između partnera, jača zajedničku odgovornost za skrb o djetetu i na taj način utječe na mnoge zdravstvene ishode djeteta (18).

ZAŠTO SU OČEVI VAŽNI?

Aktivno uključivanje očeva u materanalnu skrb donosi dugoročne zdravstvene i socijalne blagodati i za majku i dijete kao i za obitelj u cijelini (20).

Američka istraživanja potvrđuju da pozitivan odnos između očeva i djece, odnosno prisutnost oca i vrijeme provedeno s djetetom, rezultira boljim intelektualnim i socijalnim vještinama djeteta, ekonomskim prosperitetom te boljim zdravstvenim ishodima (21).

Primjerice, djeca čiji je otac prisutan i aktivno sudjeluje u njihovom životu postižu bolji uspjeh u školi i u životu:

- Vjerojatnost da će u školi zaraditi visoke ocjene bit će 39% veća
- Vjerojatnost za ponavljanje razreda 45% je manja
- Vjerojatnost da će dijete biti suspendirano ili izbačeno iz škole je 60% manja
- Postižu osam bodova više na testovima iz matematike i čitanja
- Postižu šest bodova više na testovima inteligencije

- Dva puta je vjerojatnije da će nakon srednje škole otići na fakultet i pronaći stabilno zaposlenje
- 75% manja vjerojatnost maloljetničkih trudnoća
- Čak 80% manje vjerojatnosti da će provesti vrijeme u zatvoru radi kriminalnih aktivnosti
- Upola manje šanse da će iskusiti simptome depresije
- 4% je manje vjerojatno da će doživjeti kognitivno zaostajanje.

Američka pedijatrijska udruženja, također pozivaju očeve da se što više uključe u život svoje djece i sudjeluju u praćenju zdravlja i/ili liječenju. Naglašavaju da je uključenost očeva u život djece povezana s boljim kognitivnim razvojem i mentalnim zdravljem, smanjenom stopom pretilosti i astme (22).

S druge strane, proširivanje fokusa pedijatrijske skrbi, s dijade majka-dijete na očeve, može na vrijeme otkriti zdravstvene i/ili socijalne probleme očeva koji mogu negativno utjecati na mnoge zdravstvene i socijalne dobrobiti djece, roditelja i obitelji u cijelini (22).

PRIJELAZ NA OČINSTVO

Prijelaz na očinstvo predstavlja izazovnu i važnu prekretnicu u životu muškarca. U usporedbi s prijelazom na majčinstvo i društvenom podrškom koju žene dobivaju, muškarci su u svom prijelazu na očinstvo često marginalizirani.

Izazovi s kojima se muškarci susreću u ovom razdoblju obuhvaćaju različita područja života. Preuzimanje novih uloga i razvoj emocionalne veze s djetetom ključna su pitanja ovoga prijelaza (23).

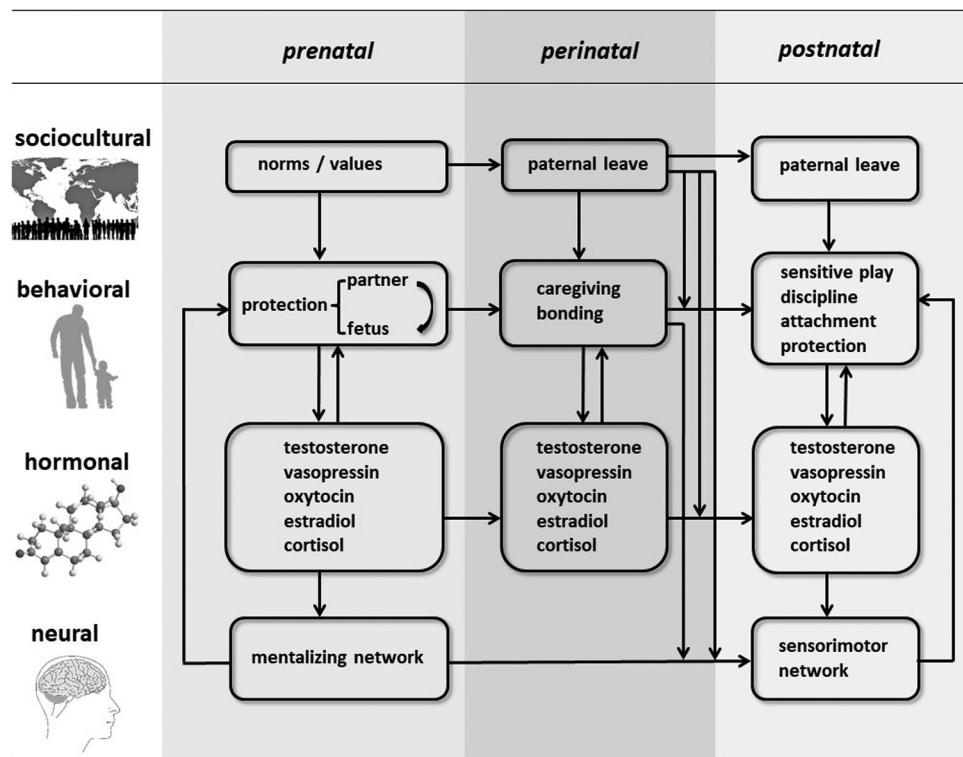
Većini očeva nova uloga donosi zadovoljstvo, podiže im vlastitu vrijednost i samopouzdanje. Očinstvo im donosi novu strukturu i svrhu života te ih potiče na promjene u načinu života (24,25).

Razvijanje emocionalne veze majke i djeteta široko se istražuje. Smatra se da su majke biološki i endokrinološki programirane za povezivanje s djetetom. Majke se s djetetom povezuju od početka trudnoće, a intenzitet povezanosti raste kako trudnoća odmiče i nastavlja se nakon poroda.

S druge strane, očevi se povezuju u trenutku kada dijete mogu osjetiti ili vidjeti na ultrazvučnom pregledu, prvim izravnim kontaktom nakon poroda i u doba ranog roditeljstva.

Danas se prijelaz na očinstvo sagledava iz više aspekata. Jedan od načina je biobehavioralni aspekt (26).

Promjene koje očevi doživljavaju odvijaju se na socijalnim i kulturološkim, ponašajnim, hormonalnim i neuralnim razinama. Između svih razina postoje međuutjecaji ovisno o tome radi li se o prenatalnoj, perinatalnoj i postnatalnoj fazi života.

A biobehavioral model of emergent fatherhood

Izvor: <https://doi.org/10.1111/cdep.12347>

Prema ovom modelu, socijalno i kulturološko okruženje može utjecati na očovo ponašanje, povezanost i uključenost u skrb i brigu o djetetu, ali isto tako sve to može biti i pod utjecajem hormonalnih i neuroloških procesa (26). Socijalni i kulturni čimbenici roditeljstva mijenjali su se tijekom vremena.

Danas, majke i očevi podjednako doprinose ekonomskoj dobrobiti obitelji. Tradicionalni pristup oca hranitelja koji nije uključen u skrb i odgoj djeteta sve je manje prisutan u većini razvijenih zemalja.

Da bi se pomoglo roditeljima, korištenje rodiljnog dopusta za oba roditelja, u većem ili manjem opsegu, ugrađeno je u zakone većine razvijenih zemalja. Iznimka su Sjedinjene Američke Države koja takve zakone nije uzela u obzir (26).

Unatoč tomu očevi to pravo manje koriste od majki. Razlozi su različiti i kreću se od toga da muškarci i dalje bolje zarađuju i na taj način ekonomski više doprinose obitelji. S druge strane, potreba djeteta za majkom je velika u periodu dojenja te očevi postaju sekundarni njegovatelji (26). Odsutnost očeva u tom razdoblju i manja količina vremena provedenog u izravnoj skrbi za dijete, uzrokuje promjene na neuralnoj i hormonalnoj razini te posredno utječe na ponašanje u smislu manje uključenosti u skrbi za dijete (26).

Promjene ponašanja očeva započinju još u trudnoći. U tom razdoblju očevi mogu pozitivno utjecati na rast i razvoj

fetusa utječući na mijenjanje loših zdravstvenih navika majke (npr. prestanak pušenja). Očevi mogu osigurati majci dovoljno odmora i zdravu prehranu i na taj način doprinijeti pravilnom rastu i razvoju fetusa. Nasuprot tomu, štetna ponašanja kao što je nasilje među partnerima može izazvati negativne zdravstvene ishode fetusa i žene (26).

Spoznaja trudnoće kod nekih muškaraca može izazvati mučninu, povraćanje, pojačani apetit, grčeve u nogama i ostale prateće simptome trudnoće kao kod žena. Takvo se stanje naziva Couvadeov sindrom ili muška empatička trudnoća koja se u pravilu pojavljuje kod muškaraca kada prvi put postaju očevi (27).

Ovaj sindrom poznat je od davnina. U nekim društвima Couvadeov sindrom dio je rituala prijelaza na očinstvo, kada otac nakon poroda ostaje u krevetu i oporavlja se, dok majka nastavlja sa svakodnevnim aktivnostima (26).

Pravi uzrok ovom psihosomatskom poremećaju nije poznat. Prema nekim obrazloženjima, pojačana empatija prema trudnoj partnerici, izaziva hormonske promjene u mozgu muškarca te posljedično tome psihosomatske promjene kao i kod trudnica. Incidencija ovog poremećaja kreće se između 11 do 76% (28).

Na koji način neuroendokrine promjene utječu na buduće roditeljsko ponašanje očeva utvrđeno je mjeranjem razine testosterona i kortizola u slini prije i jedan sat nakon po-

roda. Očevi su držali novorođenče nakon „zlatnog sata“. Rezultat ove interakcije bio je smanjenje razine testosterona i povećanje razine kortizola. Nakon dva i četiri mjeseca ponovo su kontaktirali očeve i zaključili kako je smanjenje testosterona i povećanje kortizola, kao odgovor na interakciju s djetetom, jedan od prediktora većeg uključivanja očeva u skrb o djetetu (29).

U sličnim istraživanjima, utjecaja kontakta „koža na kožu“, utvrđeno je da je 30 minuta kontakta oca i djeteta dovoljno da se kod oca povise razine dopamina i oksitocina. Ovi hormoni važni su u stvaranju novih neuralnih mreža koje će osigurati blisku povezanost s djetetom. Iz tog razloga, praksa provođenja ranog kontakta oca i djeteta, neposredno nakon poroda, pomaže očevima da pokrenu roditeljske instinkte te na taj način podupru prijelaz na očinstvo (30-32).

Iako fizički ne prolaze proces trudnoće i poroda, ipak je sve više dokaza da trudnoća i porod kod očeva uzrokuje brojne psihičke i fiziološke promjene. To govori u prilog tomu da su muškarci jednako kao i žene biološki vezani za roditeljstvo.

Rezultati istraživanja, također, ukazuju na potrebu promicanja uključenosti budućih očeva u trudnoći, porodu i ranom roditeljstvu da bi im se pomoglo u prijelazu na očinstvo s ciljem boljih roditeljskih ishoda i dobropitima koji iz toga proizlaze.

Upravo stoga, Svjetska zdravstvena organizacija, Regionalni ured za Evropu, 1997. godine u izvješću „Fatherhood and health outcomes in Europe“ istaknula je važnost uključivanja očeva u svim segmentima zdravstvene zaštite žena i djece prije, tijekom i nakon trudnoće (33).

U izvješću su analizirana većinom europska istraživanja o očinstvu i reproduktivnom zdravlju te je istaknuto kako muškarci kroz povećanu uključenost u roditeljstvo, planiranje obitelji i reproduktivno zdravlje mogu povoljno utjecati i na zdravlje žena i djece, kao i na vlastito zdravlje.

OČEVI U RAĐAONICI

Prisutnost očeva u rađaonicama danas je očekivana. Uvriježeno je mišljenje da „dobri“ očevi prisustvuju rođenju svoga djeteta. Samim time od očeva se očekuje da budu partneri na porodu, prihvate svoju ulogu i suoče se sa situacijom bez obzira na osobne osjećaje (11).

Većina očeva na porod dolaze s pozitivnim emocijama i očekivanjima, međutim postoje i oni koji osjećaju tjeskobu, strah i napetost.

Osjećaji koji se javljaju tijekom poroda različiti su i mogu se kretati od euforije, sreće, šoka do tjeskobe (3).

Očevi navode kako su se tijekom poroda osjećali shrvana i bespomoćno međutim doživljaj poroda opisuju kao najbolje što su doživjeli u životu (34).

Rođenje djeteta nedvojbeno je događaj koji mijenja život budućih očeva. Međutim, malo je pažnje posvećeno njihovim osjećajima i očekivanjima bilo da su pozitivna ili negativna (35).

Iako se dolazak u rađaonicu i podrška partnerici tijekom poroda društveno i profesionalno potiče, ipak za neke očeve to predstavlja veliki problem. Zbog straha od stigmatizacije okoline ili svoje partnerice, očevi nerado govore o svojim osjećajima.

Odluka oca o neprisutnosti na porodu ne smije biti osuđujuća. S druge strane, neosuđivanje očeva olakšalo bi i ženama, koje ne žele njihovu podršku, da bez straha od osude izaberu nekog drugog za podršku (35).

Očevi koji su na porod dolazili s pozitivnim očekivanjima često navode da su se osjećali kao pasivni promatrači bez ikakvog utjecaja jer su precijenili svoje sposobnosti. Rezultat stanja u kojem su se zatekli bio je strah od ishoda poroda. Unatoč tome, osjećali su potrebu da svoje strahove sakriju od svojih partnerica (35).

Loše pripremljeni očevi, osobito oni koji zapravo ne žele biti u rađaonicama, mogu veoma lako razviti osjećaje bespomoćnosti, napetosti, straha i panike (36).

Negativan doživljaj poroda, koji proizlazi iz takvih emocija, može doprinijeti razvoju postpartalne depresije muškaraca šest tjedana nakon poroda (37).

Prepoznajući važnost očeva prilikom poroda i neželjene zdravstvene ishode koji se mogu pojaviti, primalje i opstetričari savjetuju očevima pripremu za ono što ih čeka u rađaonicama.

Potrebe i očekivanja očeva u porodu slične su kao i potrebe majki. Zadovoljavanje tih potreba rezultira pozitivnim iskustvom rađanja (38).

PRIMALJE I OČEVI

Podrška zdravstvenih djelatnika u porodu važan je prediktor pozitivnog doživljaja poroda.

Primaljska skrb i podrška u perinatalnom razdoblju pokazala se jednim od najznačajnijih čimbenika koji doprinose pozitivnom doživljaju poroda i prijelazu na očinstvo (39).

Najjači faktor povezan s pozitivnim iskustvom poroda za očeve je podrška i stalna prisutnost primalje u rađaonici (39).

Kvalitetnu potporu i sigurnost u porodu očevi doživljavaju kada mogu ostvariti dobru komunikaciju s primaljom, kada mogu postavljati pitanja, kada mogu birati kada će se uključiti a kada odstupiti, odnosno kada ih se doživljava s poštovanjem kao dio porođajnog tima (40).

Komunikacija s primaljom izrazito je važna na razini osjećaja kontrole, sigurnosti i uključenosti u događaje tijekom poroda (41).

Primalje diljem svijeta uviđaju važnost očeva u materialnoj skrbi. U tom smislu, naglašavaju nedostatke i poteškoće te predlažu brojne strategije uključivanja. Smatraju kako se dosadašnji fokus skrbi usmjeren na žene treba proširiti i na očeve odnosno obitelj.

U Engleskoj, primjerice, postoje smjernice o pružanju informacija i podrške za roditelje u antenatalnom i postnatalnom razdoblju (42).

Unatoč malom broju istraživanja, o percepciji primalja na uključivanje očeva u primaljsku skrb, vidljivo je kako većina primalja rad s očevima vidi kao sastavni dio svoga posla (43).

Isto tako, navodi se kako primalje nemaju nikakvo formalno obrazovanje u radu s očevima, već dodatnu edukaciju stječu pohađanjem radionica, seminara, konferencijskih suradnji sa socijalnim radnicima i psihologozima (43).

Zaključno, većina primalja i opstetričara prepoznaće i uviđa važnost podrške očeva u porodu. Nasuprot tomu, mnogi zdravstveni sustavi s visokim resursima marginaliziraju očeve stvarajući im osjećaj isključenosti, straha i nesigurnosti.

Zanemarivanje, isključivanje, nepružanje adekvatne potpore kroz perinatalni period, očevima oduzima mogućnost da budu pripremljeni i učinkovito podupruti svoje partnerice (20).

Uvažavanje očeva i njihovih potreba u rađaonici svakako doprinosi pozitivnom doživljaju poroda, a samim time i pozitivnom prijelazu na roditeljsku ulogu.

Očevi u perinatalnoj skrbi nisu ni pacijenti ni posjetitelji. Njihova uloga (emocionalna, fizička i društvena) puno je veća od pasivne podrške svojim partnericama. Definiranje prostora za očeve osigurava brojne zdravstvene dobrobiti žena i njihovih obitelji.

Dok se o iskustvima i očekivanjima žena u porodu dosta govori, očevima se još uvijek poklanja malo pažnje.

Štoviše, nepostojanje formalnog obrazovanja primalja o radu s očevima potaknulo nas je da sagledamo porod iz perspektive očeva na Klinici za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka.

Očekuje se da postoje razlike između ispitanika (očeva) u načinu prenatalnog informiranja (vrstama kontrole trudnoće i načinu informiranja o porodu), motivaciji za prisustvovanje porodu, primjenjivosti znanja s tečaja pripreme za porod prema sociodemografskim obilježjima. Očekuje se povezanost sociodemografskih obilježja, prenatalnog informiranja, motivacije, trajanja poroda, lijekova za pojačavanje trudova, obezboljenje, praćenja otkucaja djeteta i trudova, prvog dojenja, ocjene primalje i rađaonice s vlastitim emocijama, emocijama prema supruzi/partnerici, emocija prema djetetu i emocijama prema medicinskom osoblju i okolini doživljenih tijekom prisustvovanja ispitanika (očeva) porodu.

2. CILJEVI I HIPOTEZE

Ciljevi ovog istraživanja su prikupiti informacije o socio-demografskim karakteristikama, prenatalnoj informiranosti, karakteristikama poroda, emocionalnom stanju i zadovoljstvu kvalitetom zdravstvene usluge očeva tijekom njihovog prisustvovanja porodu u rodilištu KBC-a Rijeka. Dodatni ciljevi su ispitati postoje li razlike u odabiru načina kontrole trudnoće, u načinu prikupljanja informacija o porodu, o primjenjivosti saznanja o porodu stečenog na tečaju pripreme za porod, u zadovoljstvu kvalitetom zdravstvene usluge tijekom boravka u rađaonici, u povezanosti vlastitih osjećaja (strah, sreća, uzbuđenost, traumatiziranost, bespomoćnost) i sociodemografskih obilježja (dob, obrazovanje, duljina trajanja braka/veze). Potom, cilj je ispitati postoje li povezanost osjećaja prema supruzi/partnerici (strah, sreća, uzbuđenost, traumatiziranost, bespomoćnost) i sociodemografskih obilježja, osjećaja prema djetetu (strah, sreća, uzbuđenost, traumatiziranost, bespomoćnost) te prema medicinskom osoblju i okolini i sociodemografskih obilježja.

HIPOTEZE:

1. Značajna je razlika u odabiru načina kontrole trudnoće, načinu prikupljanja informacija o porodu i sociodemografskih obilježja (dob, obrazovanje, duljina trajanja braka/veze).
2. Značajna je razlika u mišljenju o primjenjivosti saznanja o porodu na tečaju pripreme za porod i sociodemografskih obilježja (dob, obrazovanje, duljina trajanja braka/veze).
3. Značajna je razlika u zadovoljstvu kvalitetom zdravstvene usluge tijekom boravka u rađaonici i sociodemografskih obilježja (dob, obrazovanje, duljina trajanja braka/veze).
4. Postoji povezanost emocija očeva i njihovih sociodemografskih obilježja.
5. Postoji povezanost emocija očeva prema djetetu i njihovih sociodemografskih obilježja.
6. Postoji povezanost emocija očeva prema medicinskom osoblju i okolini i njihovih sociodemografskih obilježja.

3. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE

Podaci su prikupljeni online anketnim upitnikom u vremenu od 19. srpnja do 4. kolovoza 2021. godine u rodilištu KBC-a Rijeka uz kriterij da je svaki potencijalni sudionik bio punoljetan i da je dao privolu za sudjelovanje. Svaki je ispitanik bio informiran o svrsi istraživanja uključujući i pitanja o povjerljivosti podataka. Nakon potpisivanja informiranog pristanka pristupili su popunjavanju upitnika kojega je ispravno ispunilo 33 očeva.

Upitnik je sadržavao 32 pitanja grupirana u šest poglavlja: prvo je sadržavalo pitanja o demografskim i društvenim karakteristikama ispitanika (od pitanja broj 1 do pitanja broj 6); drugo o njihovoj prenatalnom informiranosti (7. do 13.); treće se odnosilo na karakteristike poroda (14. do 25.), a četvрто je sadržavalo pitanja samoprocjene emocionalnog stanja vezanim uz porođaj (26).

Za samoprocjenu je korišten modificirani engl. *Kuopio Instrument for Fathers* (KIF) upitnik osmišljen za istraživanje emocija očeva koji prisustvuju porodu (44). Upitnik je podijeljen u četiri grupe pitanja s DA/NE odgovorima: za procjenu vlastitih osjećaja, za procjenu osjećaja prema supruzi/partnerici, za procjenu osjećaja prema djetetu te za procjenu osjećaja prema medicinskom osoblju i okolini.

U petom se poglavljiju upitnika tražila ispitanikova procjena zadovoljstva kvalitetom zdravstvene usluge tijekom boravka u rađaonici (27. do 29.) i ocjena primalje Likertovom skalom od 1 do 5 gdje je 1 bila najniža, a 5 najviša ocjena. Posljednje poglavlje sadržavalo je zaključne komentare ispitanika (30. do 33.).

Numerički podaci iskazani su aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom, a normalnost raspodjele testirana je Shapiro Wilk testom. Razlike su ispitane Studentovim T-testom, korelacije Spearmanovim koeficijentom uz značajnost 5%, a sve p vrijednosti bile su dvostrane. Prikupljeni podaci analizirani su SPSS v.13.0 računalnim statističkim programom.

4. REZULTATI

4.1. Sociodemografski podaci

Anketni upitnik je ispravno popunilo 33 očeva koji su prisustvovali porodu. Prosječna dob ispitanika bila je $32,61 \pm 5,25$ godina. Preddiplomski, diplomski ili poslijediplomski studij je u dobnoj skupini između 26 i 30 godina završilo 44,44% ispitanika, u dobnoj skupini između 31 i 35 godina 74,43%, a najviše (80,00%) u skupini između 36 i 40 godina.

U podstanarstvu živi 50% ispitanika dobne skupine između 18 i 25 godina, te 44,44% ispitanika dobne skupine između 26 i 30 godina. S roditeljima živi 14,29% ispitanika u dobi između 31 i 35 godina.

U izvanbračnoj zajednici živi 50% ispitanika u dobi između 18 i 25 godina, 55,56% ispitanika dobne skupine između 26 i 30 godina, 28,57% ispitanika u dobi između 31 i 35 godina te 33,33% starijih od 41 godinu.

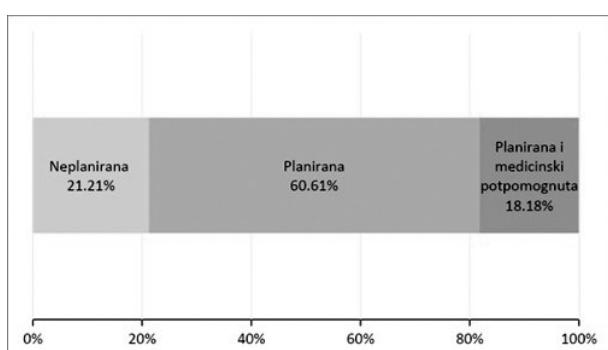
Demografske i socijalne karakteristike uzorka prikazane Tablicom 1.

Tablica 1. Demografske i socijalne karakteristike uzorka (N=33)

	N	%
Obrazovanje		
Osnovna škola	2	6,06
Srednja škola	13	39,39
Preddiplomski studij	6	18,18
Diplomski/poslijediplomski studij	12	36,36
Radni status		
Student	2	6,06
Zaposlen	31	93,94
Stanovanje		
U vlastitom stanu/kući	26	78,79
Podstanar	5	15,15
S roditeljima	2	6,06
Bračni status		
U braku	22	66,67
Izvanbračna zajednica	11	33,33
Duljina braka/veze		
Do 1 godine	1	3,03
Od 1 do 5 godina	19	57,78
Od 5 do 10 godina	8	24,24
Više od 10 godina	5	15,15

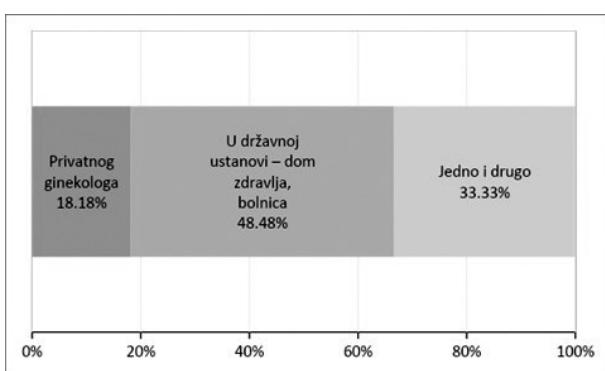
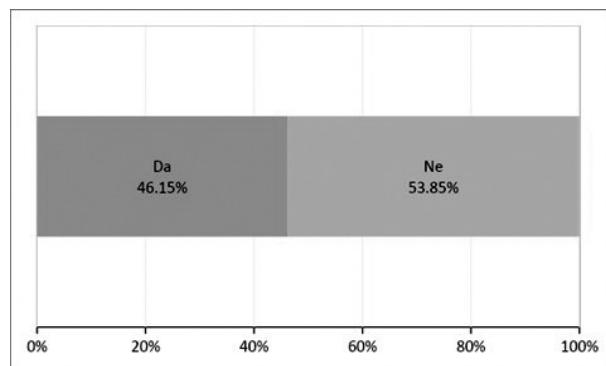
4.2. Prenatalno informiranje

Na slici 1 prikazani su postoci planiranih, neplaniranih i medicinski potpomognutih trudnoća. Analizirajući odgovore po dobnim skupinama, pedeset posto ispitanika dobne skupine od 18 do 25 godina izjasnilo se da je trudnoća bila planirana. Taj je postotak kod ispitanika dobne skupine između 26 i 30 godina iznosio 66,67%, u skupini između 31 i 35 godina 64,29%, u skupini između 36 i 40 godina 20%, a u skupini starijih od 40 godina svi su se ispitanici (100%) izjasnili da je trudnoća bila planirana. Da je trudnoća bila medicinski potpomognuta odgovorilo je 11,11% ispitanika u dobi između 26 i 30 godina. Taj je postotak u skupini između 31 i 35 godina iznosio 14,29% te 60% kod ispitanika u dobi između 36 i 40 godina.



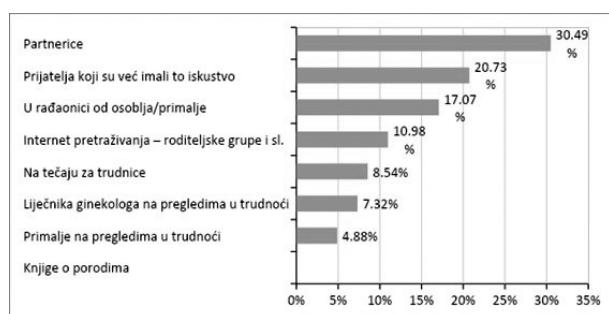
Slika 1. Vrste trudnoće (N=33)

Slika 2. Prikazani su postotni udjeli načina kontroliranja trudnoće (kod privatnog ginekologa, u državnoj ustanovi i/ili oba načina kontrole). Ispitana je razlika u odabiru načina kontroliranja trudnoće između ispitanika različitih dobnih skupina, obrazovnog statusa i duljini trajanja braka/veze. Dobivena je značajna razlika u odabiru načina kontroliranja trudnoće između ispitanika različitog obrazovnog statusa (obrazovaniji preferiraju kombinirati više načina kontrole; $p<0,01$). Razlike u odabiru kontroliranja trudnoće između ispitanika različitih dobnih skupina te između ispitanika različite duljine trajanja braka/veze nisu nađene.



Slika 2. Vrste kontrole trudnoće (N=33)

Korisne informacije kako pomoći na porodu ispitanici su najčešće prikupili od partnerice, zatim od prijatelja koji su već imali to iskustvo, od osoblja/primalje u radaonici te putem internetskog pretraživanja na roditeljskim grupama i slično (slika 3). Nisu pronađene značajne razlike u načinu prikupljanja informacija o porodu između ispitanika različitih dobnih skupina ($p=0,8143$), ispitanika različitog obrazovnog statusa ($p=0,6581$) te ispitanika s različitom duljinom trajanja braka/veze ($p=0,7736$).

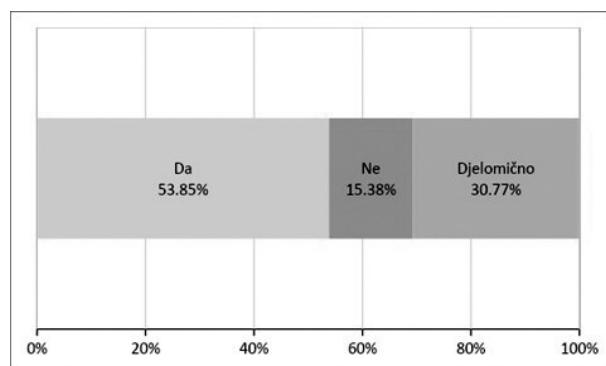


Slika 3. Način prikupljanja informacija o porodu (N=33)

Trinaest ispitanika (39,39%) pohađalo je tečaj pripreme za porod. Tijekom tečaja je priliku razgovarati s primaljom imalo 46,15% ispitanika (slika 4).

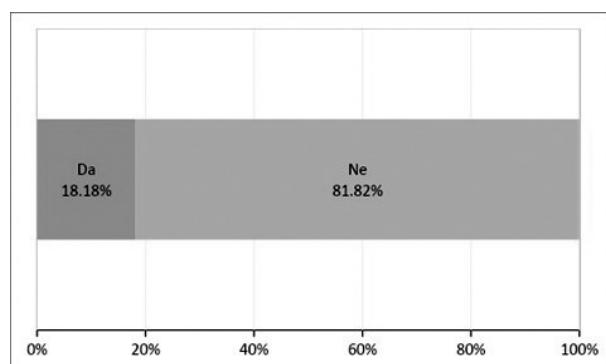
Slika 4. Razgovor s primaljom na trudničkom tečaju (N=13)

Postotak primjenjivosti saznanja o porodu dobivenih na tečaju pripreme za porod prikazani su na slici 5. Nisu pronađene značajne razlike u mišljenjima između ispitanika različitih dobnih skupina ($p=0,9761$), obrazovnog statusa ($p=0,6593$) i trajanju braka/veze ($p=0,9102$).



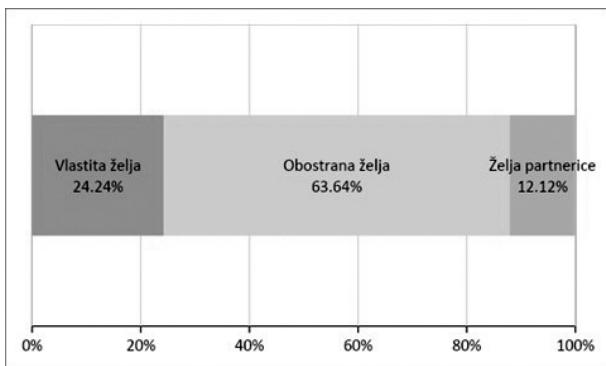
Slika 5. Primjenjivost saznanja s tečaja u porodu (N=13)

Plan poroda imali su: jedan otac u dobroj skupini od 26 do 30 godina, dva oca u dobi između 31 i 35 godine, dva u dobi između 36 i 40 godina te jedan u dobi 41+ (slika 6).



Slika 6. Plan poroda (N=33)

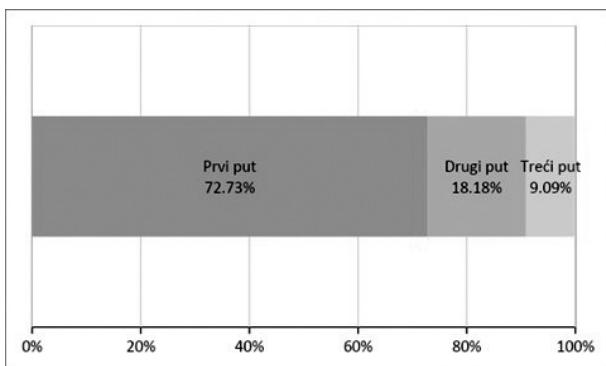
Na slici 7 prikazani su postotni udjeli motivacija prisustovanja porodu. Nisu pronađene značajne razlike u motivaciji između ispitanika različitih dobnih skupina ($p=0,6914$), ispitanika različitog obrazovnog statusa ($p=0,8521$) te ispitanika s različitom duljinom trajanja braka/veze ($p=0,6883$).



Slika 7. Motivacija prisustva na porodu (N=33)

4.3. Karakteristike poroda

Najveći postotak ispitanika (72,73%) je porodu prisustvovovalo prvi put (slika 8).



Slika 8. Prisustvovanje porodu (N=33)

U vremenskom razdoblju u kojem su prikupljeni podaci za ovo istraživanje 94,94% poroda je bilo terminu, tj. nakon 37-og tjedna trudnoće. Porodi su prosječno trajali 7 ± 5 sati, u rađaonici je uz partnericu cijelo vrijeme bilo 25 (75,76%) ispitanika (tablica 2).

Tablica 2 . Vrsta i trajanje poroda (N=33)

	N	%
Porod je bio		
Prije 37. tjedna trudnoće – prijevremeni	2	6,06
Nakon 37. tjedna trudnoće – u terminu	31	94,94
Trajanje poroda		
0 – 2 sata	6	18,18
3 – 5 sati	11	33,33
6 – 9 sati	7	21,21
10 i više sati	9	27,27
Uz partnericu cijelo vrijeme boravka u rađaonici		
Da	25	75,76
Ne	8	24,24

4.4. Procjena emocionalnog stanja očeva tijekom boravka u rađaonici

Analiza odgovora na pitanja o karakteristikama poroda nalaze se u tablici 3.

Tablica 3. Karakteristike poroda (N=33)

	N	%
U porodu su korišteni lijekovi za pojačavanje trudova		
Da	25	75,76
Ne	3	9,09
Ne znam	5	15,15
U porodu je za obezboljenje korištena		
Epiduralna analgezija	18	54,55
Nije korišteno ništa	10	30,30
Ne znam	4	12,12
Za nadzor djeteta u porodu korišten je kardiotokograf (CTG)		
Stalno	22	66,67
Povremeno	7	21,21
Ne znam	4	12,12
Način poroda		
Vaginalni porod na krevetu	24	72,73
Planirani carski rez	5	15,15
Hitni carski rez	3	9,09
Porod vakuumom i/ili uz potisak na trbuh	1	3,03
Epiziotomija/šivanje		
Epiziotomija – urez međice	12	36,36
Porod bez epiziotomije – nije bilo potrebno šivanje	7	21,21
Porod bez epiziotomije – bilo je potrebno šivanje	14	42,42
Započeto prvo dojenje		
Da	26	78,79
Ne	5	15,15
Ne znam	2	6,06

Osam ispitanika je odgovorilo da je porod planiran (pet ispitanika) ili završen (tri ispitanika), hitnim carskim rezom tijekom kojega ni jednom ispitaniku nije omogućen ulazak u operacijsku salu. Nakon planiranog carskog reza kontakt koža na kožu s djetetom omogućeno je trojici od pet očeva, a kod hitnog carskog reza kontakt koža na kožu s djetetom omogućen je dvojici od trojice očeva.

Na tablici 4 prikazane su frekvencije osjećaja očeva tijekom prisustvovanja porodu. Vlastiti osjećaji i osjećaji prema supruzi/partnerici bili su uglavnom pozitivni. Velika većina ispitanika odgovorili su da su sretni i ponosni što su postali očevi i što su prisustvovali porodu (96,97%). Bespomoćno se osjećalo 42,42% očeva. Strah, nesvjesticu, mučninu i traumu osjećao je mali postotak ispitanika.

Znatan postotak ispitanika (96,97%) je osjećao zahvalnost, a 60,61% je bilo zabrinuto za zdravlje svoje supruge/partnerice.

Osjećaji očeva prema djetu bili su pozitivni jer je 96,97% ispitanika odgovorilo da je ponosno što su postali očevi. Međutim, više od polovice (63,64%) je bilo zabrinuto za zdravlje bebe.

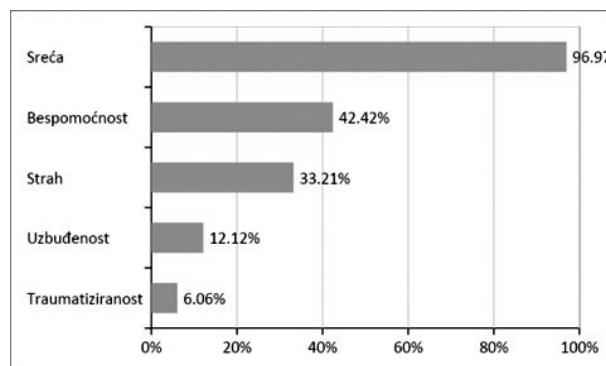
Procjene osjećaja prema medicinskom osoblju i okolini također su pozitivni. Dobrodošlicu je osjećalo 96,67% ispitanika, 81,82% se osjećalo uključenima, a svi su se ispitanici u rađaonici osjećali sigurno.

Tablica 4. Procjena osjećaja tijekom prisustva porodu (N=33)

	Da N (%)	Ne N (%)
Vlastiti osjećaji		
Bojao sam se da će odustati	4 (12,12)	29 (87,88)
Bojao sam se da će se onesvijestiti	2 (6,06)	31 (93,94)
Osjećao sam mučninu	5 (15,15)	28 (84,85)
Osjećao sam se bespomoćno	14 (42,42)	19 (57,58)
Osjećao sam se traumatizirano	2 (6,06)	31 (93,94)
Osjećao sam ponos što prisustvujem porodu	32 (96,97)	1 (3,03)
Osjećao sam ponos što sam postao otac	32 (96,97)	1 (3,03)
Osjećao sam veliku odgovornost	30 (90,91)	3 (9,09)
Sretan sam što sam prisustvovaao porodu	32 (96,97)	1 (3,03)
Osjećaji prema supruzi/partnerici		
Bojao sam se za zdravlje svoje partnerice	20 (60,61)	13 (39,39)
Bojao sam se za život svoje partnerice	15 (45,45)	18 (54,55)
Osjećao sam da podržavam svoju partnericu	32 (96,97)	1 (3,03)
Osjećao sam da pomažem svojoj partnerici	32 (96,97)	1 (3,03)
Osjećao sam krivnju zbog partneričinih bolnih trudova	11 (33,33)	22 (66,67)

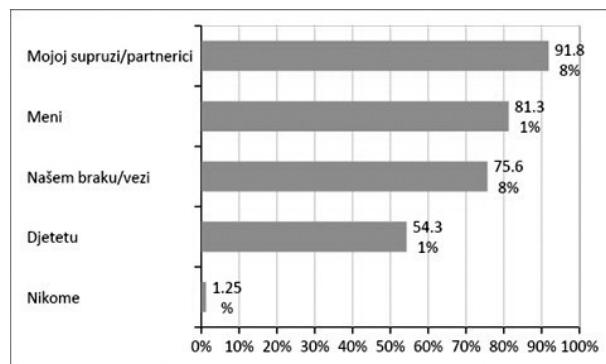
Osjećao sam zahvalnost prema partnerici	32 (96,97)	1 (3,03)
Osjećaji prema djetu		
Bojao sam se za zdravlje djeteta	21 (63,64)	12 (36,36)
Bojao sam se za život djeteta	14 (42,42)	19 (57,58)
Osjećaji prema medicinskom osoblju i okolini		
Osjećao sam se uključenim	27 (81,82)	6 (18,18)
Imao sam dojam da smetam medicinskom osoblju	4 (12,12)	29 (87,88)
Osjećao sam se dobrodošlo	32 (96,97)	1 (3,03)
Osjećao sam se sigurno	33 (100)	0 (0)

Analiza pitanja o osjećajima tijekom prisustvovanja porodu pokazala je da se 96,97% očeva osjećalo sretno, 42,42% bespomoćno, 33,21% je osjetilo strah, 12,12% je bilo uzbudjeno, a 6,06% traumatizirano (slika 9).



Slika 9. Osjećaji očeva tijekom prisustvovanja porodu

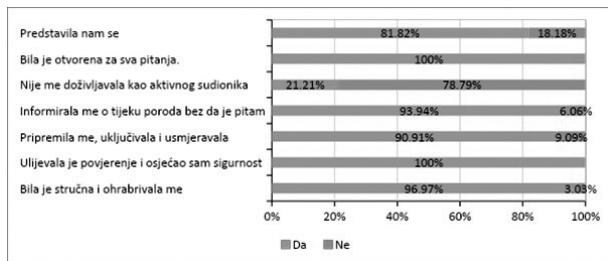
Očevi su upitani da procjene dojam korisnosti svoje prisutnosti porodu. Najveći postotak očeva (91,88%) mišljenja je da je najveću korist od njegove prisutnosti porodu imala supruga/partnerica. Da je prisustvovanje porodu bilo korisno iskustvo za ispitanika složilo se 81,31% ispitanika te da je koristilo braku/vezi (76,68%). Dojam da je prisustvovanje oca porodu bilo korisno za dijete složilo se 54,31% ispitanika. Samo 1,25% ispitanika je imalo dojam da je njihov dolazak na porod bio beskoristan (slika 10). Nisu pronađene razlike u razini zadovoljstva i sociodemografskih obilježja ispitanika.



Slika 10. Korisnost prisustvovanja očeva na porodu

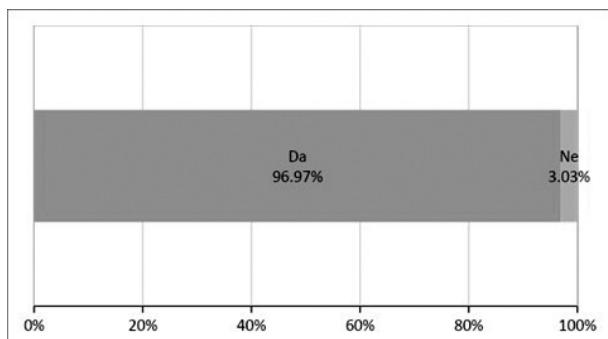
4.5. Procjena zadovoljstva kvalitetom zdravstvene usluge tijekom boravka u radaonici

Ispitanici su ocjenama od 1 (najniža) do 5 (najviša) mogli procijeniti svoj odnos s primaljom tijekom poroda. Prosječna ocjena primalje iznosi $4,88 \pm 0,42$, a postotni udjeli slaganja s tvrdnjama prikazani su na slici 12. Nisu pronađene razlike u razini zadovoljstva i sociodemografskim obilježjima ispitanika.



Slika 11. Procjena odnosa s primaljom tijekom prisustovanja porodu

Veliki postotak (96,97%) ispitanika smatra da je prostor radaonice ispunio njihova očekivanja (slika 12). Nisu pronađene značajne razlike u razini zadovoljstva i sociodemografskim obilježjima ispitanika.



Slika 12. Prostor radaonice – ispunjenje očekivanja očeva

4.6. Korelacije između emocija i osnovnih informacija

U tablicama od 5. do 8. prikazane su korelacije četiri grupe osjećaja i varijabli osnovnih informacija. Valja naglasiti da se analiza temeljila na odgovorima 24 ispitanika koji su prisustvovali vaginalnom porodu.

Tablica 5 – postoji relativno slaba i negativna korelacija između ispitanika najmlađe dobne skupine i većeg osjećaja ponosa što će postati očevi skupine ($r_s = -0,265$, $p = 0,037$). Ispitanici koji su dulje u braku/vezi imali su veći osjećaj bespomoćnosti od ispitanika s kraćim trajanjem braka/veze ($r_s = 0,334$, $p = 0,041$).

Postoji srednje jaka korelacija između prenatalne informiranosti i osjećaja odgovornosti, tj. bolje informirani ispitanici osjećali su veću odgovornost ($r_s = 0,514$, $p = 0,042$). Ispitanike koje je supruga/partnerica motivirala da prisustvuju porodu osjećali su veću traumatiziranost od ispitanika koji su porodu prisustvovali na vlastitu ili zajedničku odluku ($r_s = 0,653$, $p = 0,017$).

Osjećaj traumatiziranosti je bio veći kod ispitanika čije su supruge/partnerice brzo rodile (trajanje poroda između 0 do 2 sata, $r_s = -0,842$, $p = 0,008$). Ispitanici čije su supruge/partnerice primile lijekove za pojačavanje trudova osjećali su veću uzbudjenost od ostalih ($r_s = 0,742$, $p = 0,025$).

Osjećaj sreće takođe korelira s vrstom obezboljenja. Osjećaj je bio veći kod ispitanika čije su supruge/partnerice primile epiduralnu analgeziju ($r_s = 0,894$, $p = 0,005$).

Osjećaj ponosa bio je veći na porodima u kojima je korišten kardiotokografski (CTG) uređaj ($r_s = 0,534$, $p = 0,016$).

Postoji jaka korelacija između osjećaja bespomoćnosti i ocjene primalje. Ispitanici koji su primalju ocijenili visokom ocjenom osjećali su se manje bespomoćnim tijekom prisustva porodu ($r_s = 0,805$, $p = 0,025$).

Korelacije između varijabli obrazovnog statusa, prvog dojenja, prostora za rađanje i vlastitih osjećaja ispitanika nisu pronađene.

Tablica 5. Rezultati korelacijske analize vlastitih emocija i osnovnih varijabli kod očeva koji su prisustvovali vaginalnom porodu (N=24)

Varijabla	Vlastiti osjećaji	
	r_s	p
Dob	-0,265	0,037
Obrazovanje	-	-
Duljina braka/veze	0,334	0,041
Prenatalne informacije o porodu	0,514	0,042
Motiviranost za prisustovanje porodu	0,653	0,017
Trajanje poroda	-0,842	0,008
Lijekovi za pojačavanje trudova	0,742	0,025
Obezboljenje	0,894	0,005
CTG	0,534	0,016
Prvo dojenje	-	-
Ocjena primalje	-0,805	0,025
Prostor za rađanje ispunio očekivanja	-	-

Legenda: r_s = Spearmanov koeficijent korelacijske analize

Tablica 6 pokazuje da postoji srednje jaka korelacija između duljine trajanja braka/veze i osjećaja krivnje zbog partneričnih bolnih trudova (dulja veza, veća krivnja $r_s = 0,504$, $p = 0,003$).

Relativno slaba korelacija postoji kod ispitanika s boljom prenatalnom informiranošću i osjećaja da pomažu supruzi/partnerici ($r_s = 0,283$, $p = 0,004$).

Osjećaj da pomažu supruzi/partnerici je veći kod ispitanika koji su odluku o prisustovanju porodu donijeli samostalno ($r_s = 0,511$, $p = 0,034$).

Postoji srednje jaka korelacija između osjećaja veće zabrinutosti za život supruge/partnerice što je trajanje poroda bilo duže ($r_s = 0,655$, $p = 0,002$).

Između osjećaja krivnje za trudove i lijekova za pojačanje trudova postoji neznatna korelacija ($r_s = 0,198$, $p = 0,003$).

Osjećaj da pomaže supruzi/partnerici bio je veći kod ispitanika čije su supruge dobole epiduralnu analgeziju ($r_s = 0,751$, $p = 0,021$).

Ispitanici koji su primalji dali visoke ocjene osjećali su manju brigu za život svoje supruge/partnerice ($r_s = -0,835$, $p = 0,002$).

Za varijable dob, obrazovanje, CTG, prvo dojenje i prostor za rađanje korelacije s osjećajima prema supruzi/partnerici nisu nađene.

Tablica 6. Rezultati korelacijske analize emocija prema supruzi/partnerici i osnovnih varijabli kod očeva koji su prisustvovali vaginalnom porodu (N=24)

Varijable	Osjećaji prema supruzi/partnerici	
	r_s	p
Dob	-	-
Obrazovanje	-	-
Duljina braka/veze	0,504	0,003
Prenatalne informacije o porodu	0,283	0,004
Motiviranost za prisustovanje porodu	0,511	0,034
Trajanje poroda	0,655	0,002
Lijekovi za pojačavanje trudova	0,198	0,003
Obezboljenje	0,751	0,021
CTG	-	-
Prvo dojenje	-	-
Ocjena primalje	-0,835	0,002
Prostor za rađanje ispunio očekivanja	-	-

Tablica 7 prikazuje korelacije između osjećaja prema djetetu i osnovnih varijabli, korelacije su pronađene između duljine trajanja poroda i ocjene primalje.

Strah za život djeteta bio je veći kod poroda koji su trajali od 6 do 9 sati ($r_s = -0,527$, $p = 0,003$).

Srednje jaka korelacija postoji između visoke ocjene primalje i manjeg osjećaja straha za život djeteta ($r_s = -0,734$, $p = 0,023$).

Tablica 7. Rezultati korelacijske analize emocija prema djetetu i osnovnih varijabli kod očeva koji su prisustvovali vaginalnom porodu (N=24)

Varijable	Osjećaji prema djetetu	
	r_s	p
Dob	-	-
Obrazovanje	-	-
Duljina braka/veze	-	-
Prenatalne informacije o porodu	-	-
Motiviranost za prisustovanje porodu	-	-
Trajanje poroda	-0,527	0,003
Lijekovi za pojačavanje trudova	-	-
Obezboljenje	-	-
CTG	-	-
Prvo dojenje	-	-
Ocjena primalje	-0,734	0,023
Prostor za rađanje ispunio očekivanja	-	-

U tablici 8 prikazano je da postoji srednje jaka korelacija motiviranosti za prisustovanje porodu i osjećaja prema medicinskom osoblju i okolini.

Ispitanicima koji su sami odlučili prisustvovati porodu više se činilo kao da smetaju medicinskom osoblju ($r_s = 0,795$, $p = 0,041$).

Ispitanici kojima je prostor za rađanje ispunio očekivanja osjećali su se sigurnije ($r_s = -0,645$, $p = 0,008$).

Ostale varijable nisu bile povezane s osjećajima prema medicinskom osoblju i okolini.

Tablica 8. Rezultati korelacijske analize emocija prema medicinskom osoblju i okolini i osnovnih varijabli kod očeva koji su prisustvovali vaginalnom porodu (N=24)

Varijable	Osjećaji prema medicinskom osoblju i okolini	
	r_s	p
Dob	-	-
Obrazovanje	-	-
Duljina braka/veze	-	-
Prenatalne informacije o porodu	-	-
Motiviranost za prisustovanje porodu	0,795	0,041
Trajanje poroda	-	-
Lijekovi za pojačavanje trudova	-	-
Obezboljenje	-	-
CTG	-	-
Prvo dojenje	-	-
Ocjena primalje	-	-
Prostor za rađanje ispunio očekivanja	0,645	0,008



4.7. Komentari očeva iz anketnog upitnika

Na pitanje bi li ponovo bili podrška svojoj partnerici i prisustvovali rođenju djeteta ispitanici su se pozitivno izjasnili u stopostotnom udjelu. Na pitanje otvorenog tipa o tome što je očevima nedostajalo u rađaonici tijekom prisustva porodu najčešći je odgovor bio ništa, zatim mogućnost konzumacije vode i/ili kave, a nekima je nedostajala glazba te prostor za pušenje i udoban stolac. Očevi su mogli napisati komentar ili savjet u kojima su najčešće ohrabrili druge očeve da prisustvuju i podrže svoje partnerice na porodu jer je taj doživljaj nešto najljepše što se može dogoditi u životu. Preporučuju svima da dožive taj neopisiv osjećaj i najljepše iskustvo koje se ne događa svaki dan. Svi komentari koji su se odnosili na osoblje rađaonice su pozitivni, puni pohvala primaljama koje su porod učinile lijepim i nezaboravnim iskustvom, da su savršene, plemenite, ljubazne, profesionalne i „divim im se i zavidim jer svaki dan gledaju smisao i svrhu života“.

5. RASPRAVA

Svrha ovog istraživanja bila je saznati kako očevi koji prisustvuju rođenju svoga djeteta doživljavaju porod odnosno što tijekom poroda osjećaju i čemu pridaju najviše značaja. Utvrdili smo da je prosječan ispitanik bio u tridesetim godinama, fakultetski obrazovan, u braku, zaposlen i stambeno situiran koji je u vezi sa svojom partnericom

do pet godina. Većina ispitanika planirala je trudnoću i prvi put je prisustvovala vaginalnom porodu u terminu u zajedničkom dogovoru sa svojim partnericama.

Polovica ispitanika navela je da je trudnoća bila praćena u javnom i privatnom sektoru, što može ukazivati na nezadovoljstvo prenatalnim kontrolama u javnom sektoru. Premda su tečajevi pripreme za porod dostupni, nešto više od polovine ispitanika nije pohađalo tečaj pripreme za porod već su informacije o porodu i kako pomoći, prikupljali prvenstveno od svoje partnerice, zatim prijatelja koji su imali to iskustvo te direktno od primalje u rađaonici i internetskim pretraživanjem.

Konkretnе razloge nepohađanja edukacija pripreme za porod nismo istraživali premda je iz rezultata vidljivo da su informacije dobivene na tečaju polovično primjenjive u stvarnoj situaciji te postoji relativno slaba korelacija kod ispitanika s boljom prenatalnom informiranošću i osjećaja da pomažu supruzi/partnericama.

Otvara se pitanje jesu li postojeći tečajevi dovoljno dobri i primamljivi za očeve, odnosno obuhvaća li sadržaj tečaja pitanja koja su zanimljiva očevima na njihovom prijelazu u roditeljstvo?

Iako primalje i opstetričari preporučuju uključivanje očeva u perinatalnom razdoblju kako bi se poboljšalo razumevanje trudnoće i poroda te na taj način doprinijelo što boljem porodnom zadovoljstvu i prelasku na roditeljsku ulogu (45), postoje istraživanja koja upućuju na ponovno

razmatranje sadržaja edukacija pripreme za porod u čijem je fokusu žena i njene potrebe dok su potrebe očeva često marginalizirane (46).

U našem istraživanju postoji srednje jaka povezanost između prenatalne informiranosti i osjećaja odgovornosti, tj. bolje informirani ispitanici osjećali su veću odgovornost prema partnerici što govori u prilog edukaciji pripreme za porod. Hrvatske primalje u zdravstvenom sustavu nemaju mogućnost kontinuiranog praćenja trudnoće, poroda i babinja. Najveća interakcija budućih roditelja s primaljom događa se u bolničkom okruženju. Lako postoje primalje koje sudjeluju na tečajevima pripreme za porod u ovom istraživanju prepoznala ih je samo polovina ispitanika, što govori u prilog potrebi isticanja primalja i na drugim segmentima skrbi za žene, a ne samo u bolničkom okruženju.

U zemljama gdje su primalje jedne od nosioca skrbi za žene u trudnoći, porodu i babinju, kontinuitet njihovog angažmana pokazao se kao jedan od bitnih čimbenika utjecaja na očev angažman u materalnoj skrbi i dobrobiti koje iz toga proizlaze za čitavu obitelj (43).

S druge strane, očevi su u ovom istraživanju pokazali veliko zadovoljstvo primaljama u rađaonici te su im dali najviše ocjene. Zadovoljstvo primaljom proizlazilo je iz ostvarivanja dobre komunikacije, usmjeravanja i pripremanja na ono što slijedi. Očevi su primalju doživjeli kao stručnu osobu od povjerenja koja ih je uvažavala kao dio tima te vodila i ohrabrilala tijekom procesa rađanja.

Osjećaj sigurnosti i povjerenja očeva u porodu povezan je s primaljom i vjerom u njenu stručnu kompetentnost (47).

U našem istraživanju utvrđena je jaka korelacija između osjećaja bespomoćnosti i ocjene primalje. Ispitanici koji su primalju ocijenili visokom ocjenom osjećali su se manje bespomoćnim tijekom poroda. Jednako tako, osjećali su manju brigu za život svoje supruge/partnerice. Srednje jaka povezanost postoji i između visoke ocjene primalje i manjeg osjećaja straha za život djeteta.

Podrška, pristupačnost i prisutnost primalje te informacije o napretku poroda pokazale su se važnim aspektima očeva pozitivnog iskustva poroda. Ovakva interakcija očeva i primalja pozitivno je utjecala na iskustvo rađanja što je sukladno i s drugim istraživanjima na tu temu (48-50).

Ovo istraživanje opisalo je način vođenja poroda na Klinici za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka. U većini poroda korišteni su lijekovi za stimulaciju trudova, a primijenjena je epiduralna analgezija kao metoda obezboljenja tijekom poroda. U nadzoru djeteta upotrebljen je kontinuirani kardiotokografski monitoring. Najviše poroda dovršeno je vaginalnim putem na porođajnom krevetu nakon čega je bilo potrebno šivanje međice. Prvo dojenje u rađaonici uspostavljeno je u većini slučajeva.

Porod je sam po sebi profesionalno i emocionalno zahtjevan za sve koji u njemu sudjeluju. Tijekom poroda,

jednako kao majke, očevi prolaze kroz niz snažnih emocija. Prevladavajući osjećaj gotovo svih naših ispitanika bio je osjećaj sreće, a osobito kod očeva gdje se u porodu koristila epiduralna analgezija.

Ovo nam ukazuje da svjedočenje porodnoj болji za neke očeve može biti veliki izvor stresa i traumatiziranosti kao i osjećaja bespomoćnosti u pružanju podrške svojoj partnerici (51). U našem istraživanju, ispitanici čije su partnerice primile lijekove za pojačavanje trudova osjećali su veću uzbudjenost od ostalih. Utjecaj obezboljavanja u porodu na porodno iskustvo potvrđuje se istraživanjima u kojima su očevi iskazali manji nivo stresa i anksioznosti kod poroda gdje se koristila epiduralna analgezija (52). Unatoč dostupnosti epiduralne analgezije i pozitivnim učincima na iskustvo poroda treba naglasiti da postoje i neželjeni ishodi primjene. U tome smislu, potrebno je pripremiti buduće roditelje na porodnu bol s kojom će se suočiti te na taj način smanjiti razinu frustracije i osjećaja bespomoćnosti. Veliki doprinos tome daje upravo primalja u rađaonici (53).



Analiza pitanja o osjećajima tijekom poroda pokazala je da su se gotovo svi očevi osjećali sretnima, manje od polovine imalo je osjećaj bespomoćnosti, 33,21% je osjetilo strah, 12,12% bilo je uzbudjeno, a 6,06% traumatizirano. Naši rezultati veoma su slični rezultatima njemačkog istraživanja porodnog iskustva očeva iz 2016. godine gdje kod očeva također prevladavaju pozitivne emocije, dok su negativne emocije kao što su bespomoćnost, strah i osjećaj traumatiziranosti prisutne kod svakog četvrtog ili petog oca (54). Također, rezultati ovog njemačkog istraživanja o očevom osobnom osjećaju korisnosti na porodu gotovo su jednaki i našem istraživanju. U oba istraživanja očevi smatraju da je njihova prisutnost na porodu prvenstveno koristila partnerici, zatim njima samima i njihovoj vezi, a naposljetku i djetu (54).

Iako je osjećaj straha tijekom poroda bio prisutan kod malog broja ispitanika ipak treba spomenuti da približno 13% budućih očeva ima patološki strah od poroda. Uz strahove za život i zdravlje djeteta očevi često navode i strah za zdravlje i život svojih partnerica (55).

Postoje rodni stereotipi koji očeve danas stavljuju u ulogu glavnih pomagača tijekom trudnoće, poroda i odgoja djece. Ovakav konstrukt muževnosti 21. stoljeća sugerira da bi muškarci trebali biti snažni i samouvjereni u svim aspektima života pa tako i u rađaonici. Takva stereotipizacija ne pomaže očevima u izražavanju njihovih strahova

o trudnoći i porodu te taj problem treba imati na umu u radu s očevima (55).

Većina ispitanika u našem istraživanju, porodu je prisustvovala vlastitim ili zajedničkim odlukom. Veoma mali broj ispitanika porodu je naznačilo na zahtjev njihove partnerice, s tim da su očevi tada porod doživjeli traumatično.

Shodno prethodno spomenutom istraživanju, ispitanike koje je supruga/partnerica motivirala da prisustvuju porodu osjećali su veću traumatiziranost od ispitanika koji su bili na porodu prema vlastitoj ili zajedničkoj odluci. Osjećaj traumatiziranosti je bio veći kod ispitanika čije su supruge/partnerice rodile unutar dva sata. Zanimljiv podatak koji proizlazi iz našeg istraživanja je povezanost elektronskog nadzora djeteta i osjećaja ponosa nakon samog čina rođenja. Osjećaj ponosa bio je veći na porodima u kojima je korišten CTG uređaj. U praksi možemo vidjeti da očevi pokazuju veliki interes za CTG uređaj, traže objašnjenja o tome kako radi i koriste ga kao pomoćno sredstvo u podršci partnerice.

Objašnjenje ove povezanosti može biti u vizualizaciji trudova na grafičkom prikazu koja je očevima olakšala uključivanje u podršku partnerici kod disanja odnosno nošenja s porodnom bolji. Iako postoje, istraživanja o utjecaju tehnologije na porodno iskustvo još uvijek su neuvjerljiva (57).



6. ZAKLJUČAK

Očevi na porodima partnerica u riječkom rodilištu osjećaju da su dobro došli i imaju pozitivno iskustvo zbog prisutnosti na rođenju djeteta. Gotovo svi očevi porod opisuju kao sretan događaj ispunjen ponosom bez obzira na negativne emocije koje se tijekom tog čina pojavljuju i smatraju da njihova prisutnost najviše koristi njihovim partnericama. Primalje su kompetentne u pružanju skrbi što je iskazano visokim ocjenama očeva. Komunikacija i pristupačnost primalje jedan je od bitnih čimbenika osjećaja sigurnosti očeva prilikom poroda. Za pozitivan doživljaj poroda potrebna je zajednička želja partnera o dodeljenju iskustva poroda.

1. Ustanovljena je značajna razlika u odabiru načina kontroliranja trudnoće između ispitanika različitog obrazovnog statusa, s tim da obrazovaniji preferiraju kombinirati više načina kontrole. Korisne informacije kako pomoći na porodu ispitanici su najčešće prikupili od partnerice, zatim od prijatelja koji su već imali to iskustvo, od osoblja/primalje u rađaonici te putem internetskog pretraživanja, ali nisu pronađene značajne razlike u načinu prikupljanja informacija o porodu između različitih dobnih skupina, obrazovanja te obzirom na trajanje braka/veze.
2. Primjenjivost saznanja o porodu dobivenih na tečaju pripreme za porod isti su u svim dobnim i obrazovnim skupinama te su bez utjecaja obzirom na trajanje braka/veze.
3. Ispitanici smatraju da je prostor rađaonice ispunio njihova očekivanja, a nije pronađena razlika u razini zadovoljstva kvalitetom usluge tijekom boravka u rađaonici u odnosu na sociodemografska obilježja ispitanika.
4. Većina ispitanika je sretna i ponosna što je prisustvovala porodu bez obzira na različite sociodemografske karakteristike.
5. Strah za život djeteta bio je veći kod poroda koji su trajali duže, ali taj strah je manji ako je primalja ocijenjena kao visokostručna.
6. Većina ispitanika osjeća zahvalnost i dobrodošlicu od strane medicinskog osoblja.

LITERATURA

1. Ny, P., Plantin, L., D Karlsson, E. et al. Middle Eastern mothers in Sweden, their experiences of the maternal health service and their partner's involvement. *Reprod Health* 4, 9 (2007). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-4-9>
2. Eggermont, K., Beeckman, D., Van Hecke, A., Delbaere, I. & Verhaeghe, S. (2017). Needs of fathers during labour and childbirth: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 30(4), e188-e197. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.12.001>
3. Poh, H. L., Koh, S. S. & He, H. G. (2014). An integrative review of fathers' experiences during pregnancy and childbirth. *International nursing review*, 61(4), 543-554. <https://doi.org/10.1111/inr.12137>
4. [https://www.roda.hr/media/attachments/udruga/udruѓа_roda/dostupnost_skrbi_za_reprodukтивно_zdravlje_zena_za_vrijeme_COVIDa-compressed.pdf](https://www.roda.hr/media/attachments/udruga/udruغا_roda/dostupnost_skrbi_za_reprodukтивно_zdravlje_zena_za_vrijeme_COVIDa-compressed.pdf)
5. Garrod, Debbie Mary (2021) How do midwives and fathers communicate during labour and birth? An ethnographic study in the North West of England. PhD thesis, University of Leeds. <https://etheses.whiterose.ac.uk/29215/> (Prema: Wagner, M. 1994. Pursing the birth machine: search for appropriate birth technologies. London: ACE Graphics)
6. Najafi, T. F., Roudsari, R. L. & Ebrahimpour, H. (2017). A historical review of the concept of labor support in technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *Electronic physician*, 9(10), 5446-5451
7. <https://doi.org/10.19082/5446>
8. Prosen, M. i Tavčar Krajnc, M. (2013). „Sociological Conceptualization of the Medicalization of Pregnancy and Childbirth: The Implications in Slovenia“, *Revija za sociologiju*, 43(3), str. 251-272. <https://doi.org/10.5613/rzs.43.3.3>
9. Željka Jelavić, „Porod kao feminističko pitanje“, Izazovi i trendovi u maternalnoj skrbi u Hrvatskoj i Europskoj uniji, konferencija prePOROD 2013.
10. ZBORNIK radova s konferencije prePOROD2013. https://www.roda.hr/media/attachments/udruga/dokumenti/brosure_leci/Zbornik+prePOROD+2013.pdf
11. Chapman L. (1991). Searching: expectant fathers' experiences during labor and birth. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 4(4), 21-29. <https://doi.org/10.1097/00005237-199103000-00006>
12. Kainz, G., Eliasson, M. & von Post, I. (2010). The child's father, an important person for the mother's well-being during the childbirth: a hermeneutic study. *Health care for women international*, 31(7), 621-635. <https://doi.org/10.1080/07399331003725499>
13. Premberg, Å., Carlsson, G., Hellström, A. L. & Berg, M. (2011). First-time fathers' experiences of childbirth-a phenomenological study. *Midwifery*, 27(6), 848-853. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.09.002>
14. Delicate, A., Ayers, S. & McMullen, S. (2020). Health-care practitioners' assessment and observations of birth trauma in mothers and partners. *Journal of reproductive and infant psychology*, 1-13. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1788210>
15. Kainz, G., Eliasson, M. & von Post, I. (2010). The child's father, an important person for the mother's well-being during the childbirth: a hermeneutic study. *Health care for women international*, 31(7), 621-635. <https://doi.org/10.1080/07399331003725499>

16. Laura King (2012) Hidden Fathers? The Significance of Fatherhood in Mid-Twentieth-Century Britain, *Contemporary British History*, 26:1, 25-46, DOI: 10.1080/13619462.2012.656385 <http://wrap.warwick.ac.uk/47828/>
17. Longworth, M. K., Furber, C. & Kirk, S. (2015). A narrative review of fathers' involvement during labour and birth and their influence on decision making. *Midwifery*, 31(9), 844-857. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.06.004>
18. Lamb M. E., Pleck J. H., Charnov E. L., Levine J. A., A biosocial perspective on paternal behavior and involvement. In: Lancaster J. B., Altmann J., Rossi A. S., Sherrod L. R., editors. *Parenting across the life span: biosocial dimensions*. New Brunswick (USA) and London (UK): Transaction Publishers; 1987. p. 111-42. https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1070&context=biol_fsp
19. Kainz, G., Eliasson, M. & Von Post, I. (2010). The child's father, an important person for the mother's well-being during the childbirth: a hermeneutic study. *Health care for women international*, 31(7), 621-635. <https://doi.org/10.1080/07399331003725499>
20. Ghosh, J. K., Wilhelm, M. H., Dunkel-Schetter, C., Lombardi, C. A. & Ritz, B. R. (2010). Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of chronic stress: a study in Los Angeles county mothers. *Archives of women's mental health*, 13(4), 327-338. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0135-9>
21. Bäckström, C. & Hertfelt Wahn, E. (2011). Support during labour: first-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. *Midwifery*, 27(1), 67-73. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.07.001>
22. Steen, M., Downe, S., Bamford, N. & Edozien, L. (2012). Not-patient and not-visitor: a metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery*, 28(4), 362-371. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.06.009>.
23. Izvor: Fathers Matter
24. https://childandfamilyresearch.utexas.edu/sites/default/files/CFRPatUT_Father_Flyer.pdf
25. Allport, B. S., Johnson, S., Aqil, A., Labrique, A. B., Nelson, T., KC, A., ... Marcell, A. V. (2018, September 1). Promoting Father Involvement for Child and Family Health. *Academic Pediatrics*. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.03.011>
26. Harvey, Merryl. (2010). The experiences and perceptions of fathers attending the birth and immediate care of their baby. <https://www.researchgate.net/publication/44450392>
27. Habib, C. (2012). The transition to fatherhood: A literature review exploring paternal involvement with identity theory. *Journal of Family Studies*, 2606-2639. <https://doi.org/10.5172/jfs.2012.2606>
28. WHO (2007). Fatherhood and Health outcomes in Europe. World Health Organization (WHO), 1-30. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/69011/E91129.pdf
29. Bakermans-Kranenburg, M. J., Lotz, A., Alyousefi-van Dijk, K. & IJzendoorn, M. (2019). Birth of a Father: Fathering in the First 1,000 Days. *Child Development Perspectives*. doi:10.1111/cdep.12347 <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cdep.12347>
30. Markowska, U. S., Zyg, M. & Kielbratowska, B. (2018). Psychosomatic symptoms of the Couvade syndrome in Finnish and Polish expectant fathers. *Ginekologia Polska*, 89(1), 35-39. <https://doi.org/10.5603/GP.a2018.0007>
31. Mrayan, L., AbuJilban, S., Abuidhail, J., Bani Yassein, M. & Al-Modallal, H. (2019). Couvade Syndrome Among Jordanian Expectant Fathers. *American journal of men's health*, 13(1), 1557988318810243. <https://doi.org/10.1177/1557988318810243>
32. Kuo, P. X., Braungart-Rieker, J. M., Burke Lefever, J. E., Sarma, M. S., O'Neill, M. & Gettler, L. T. (2018). Fathers' cortisol and testosterone in the days around infants' births predict later paternal involvement. *Hormones and Behavior*, 106, 28-34. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2018.08.011>
33. Nils Bergman, <http://kangaroomothercare.com/>
34. Vittner, D., McGrath, J., Robinson, J., Lawhon, G., Cusson, R., Eisenfeld, L., Walsh, S., Young, E. & Cong, X. (2018). Increase in Oxytocin From Skin-to-Skin Contact Enhances Development of Parent-Infant Relationship. *Biological research for nursing*, 20(1), 54-62. <https://doi.org/10.1177/1099800417735633>
35. Scatliffe, N., Casavant, S., Vittner, D. & Cong, X. (2019). Oxytocin and early parent-infant interactions: A systematic review. *International journal of nursing sciences*, 6(4), 445-453. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.09.009>
36. „Fatherhood and health outcomes in Europe“
37. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/69011/E91129.pdf
38. Johansson, M., Fenwick, J. & Premberg. (2015, January 1). A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby. *Midwifery*. Churchill Livingstone. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.05.005>
39. Jomeen J. (2017). Fathers in the birth room: choice or coercion? Help or hindrance?. *Journal of reproductive and infant psychology*, 35(4), 321-323. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1361124>
40. Hazard, L. (2010). 'Beyond Fear, Tension and Panic: Helping Men Enjoy the Birth Experience', *Midwifery Today*, no. 95, <https://midwiferytoday.com/mt-articles/beyond-fear-tension-and-panic/>
41. Greenhalgh, R., Slade, P. & Spiby, H. (2000). Fathers' coping style, antenatal preparation, and experiences of labor and the postpartum. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 27(3), 177-184. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2000.00177.x>
42. Howarth, A. M., Scott, K. M. & Swain, N. R. (2019). First-time fathers' perception of their childbirth experiences. *Journal of health psychology*, 24(7), 929-940. <https://doi.org/10.1177/1359105316687628>
43. Ingegerd Hildingsson, Ulla Waldenström & Ingela Rådestad (2002). Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 81:2, 118-125, DOI: 10.1080/j.1600-0412.2002.810206.x
44. Bäckström, C. & Hertfelt Wahn, E. (2011). Support during labour: first-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. *Midwifery*, 27(1), 67-73. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.07.001>
45. Longworth, H. L. & Kingdon, C. K. (2011). Fathers in the birth room: what are they expecting and experiencing? A phenomenological study. *Midwifery*, 27(5), 588-594. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.06.013>
46. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/chapter/recommendations#partner>
47. Rominov, H., Giallo, R., Pilkington, P. D. & Whelan, T. A. (2017). Midwives' perceptions and experiences of engaging fathers in perinatal services. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 30(4), 308-318. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.12.002>

48. Sapountzi-Krepia, D., Raftopoulos, V., Psychogiou, M., Tzavelas, G., Vehvilainen-Julkunen K. (2009). Test-retest reliability of the Kuopio instrument for fathers (KIF): a questionnaire to assess fathers' feelings, experiences and preparation for their wife/partner's delivery. *Midwifery*, 25(4), 366-72.
49. Howarth, A. M. & Swain, N. R. (2020). Low-cost self-paced interventions increase birth satisfaction in first time fathers. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 24, 100503. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100503>
50. Premberg, A. & Lundgren, I. (2006). Fathers' Experiences of Childbirth Education. *The Journal of Perinatal Education*, 15(2), 21-28. <https://doi.org/10.1624/105812406X107780>
51. Ekström, A., Arvidsson, K., Falkenström, M. & Thorstensson, S. (2013). Fathers' feelings and experiences during pregnancy and childbirth : A qualitative study. *Journal of Nursing & Care*, 2(2). <https://doi.org/10.4172/2167-1168.1000136>
52. Thies-Lagergren, L. & Johansson, M. (2019). Intrapartum midwifery care impact Swedish couple's birth experiences – A cross-sectional study. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 32(3), 213-220. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.08.163>
53. Ledénfors, A. & Berterö, C. (2016). First-time fathers' experiences of normal childbirth. *Midwifery*, 40, 26-31. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.013>
54. Hildingsson, I., Cederlöf, L. & Widén, S. (2011). Fathers' birth experience in relation to midwifery care. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 24(3), 129-136. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.12.003>
55. Berry L. M. (1988). Realistic expectations of the labor coach. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 17(5), 354-355. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1988.tb00455.x>
56. Capogna, G., Camorcio, M. & Stirparo, S. (2007). Expectant fathers' experience during labor with or without epidural analgesia. *International journal of obstetric anesthesia*, 16(2), 110-115. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2006.08.009>
57. Chapman L. L. (2000). Expectant fathers and labor epidurals. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 25(3), 133-138. <https://doi.org/10.1097/00005721-200005000-00006>
58. Vischer, L. C., Heun, X., Steetskamp, J., Hasenburg, A. & Skala, C. (2020). Birth experience from the perspective of the fathers. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 302(5), 1297-1303. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05714-z>
59. Moran, E., Bradshaw, C., Tuohy, T. & Noonan, M. (2021). The Paternal Experience of Fear of Childbirth: An Integrative Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(3), 1231. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031231>
60. Darwin, Z., Galdas, P., Hinchliff, S., Littlewood, E., McMillan, D., McGowan, L., Gilbody, S. & Born and Bred in Yorkshire (BaBY) team (2017). Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1229-4>
61. Smith, V., Begley, C.M., Clarke, M. et al. Professionals' views of fetal monitoring during labour: a systematic review and thematic analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 12, 166 (2012). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-166>



POSEBNA PONUDA

za članove Hrvatske
komore primalja

POGODNOSTI PBZ STAMBENIH KREDITA

Rješavate li svoje stambene potrebe kupnjom, izgradnjom ili adaptacijom nekretnine ili želite refinancirati postojeći stambeni kredit, finansijsku podršku pronađite u PBZ stambenim kreditima u eurima.

Stambeni kredit uz hipoteku može se ugovoriti uz fiksnu kamatnu stopu za cijelo razdoblje otplate (do 15 godina) ili uz fiksnu kamatnu stopu za prvih 5 ili 15 godina te potom promjenjivu kamatnu stopu za preostalo razdoblje otplate. Stambeni kredit bez hipoteke može se ugovoriti uz fiksnu kamatnu stopu za prvih 5 godina te potom promjenjivu kamatnu stopu za preostalo razdoblje otplate (maksimalni rok otplate kredita je 15 godina).

Povoljne kamatne stope

Vrsta kamatne stope	Stambeni krediti uz hipoteku	Stambeni krediti bez hipoteke
Fiksna kamatna stopa za cijelo razdoblje otplate (do 15 godina)	3,68%* godišnje, fiksno (EKS 4,02%)	nije u ponudi
Fiksna kamatna stopa za prvih 5 godina	od 2,98%** godišnje, fiksno (EKS od 3,45%)	od 3,18%**** godišnje, fiksno (EKS od 3,49%)
Fiksna kamatna stopa za prvih 15 godina	3,68%*** godišnje, fiksno (EKS 4,02%)	nije u ponudi

* Kod kredita uz hipoteku koji se ugovaraju uz fiksnu kamatnu stopu za cijelo razdoblje otplate, kamatna stopa ne ovisi o kreditnom riziku klijenta te visini iznosa kredita u odnosu na procijenjenu vrijednost nekretnine.

** Kod kredita uz hipoteku koji se ugovaraju uz kombinaciju fiksne kamatne stope za prvih 5 godina otplate i promjenjive kamatne stope u preostalom razdoblju otplate kredita, visina fiksne kamatne stope ovisi o kreditnom riziku klijenta te visini iznosa kredita u odnosu na procijenjenu vrijednost nekretnine, dok promjenjiva kamatna stopa u preostalom razdoblju otplate kredita ovisi o kreditnom riziku klijenta.

*** Kod kredita uz hipoteku koji se ugovaraju uz kombinaciju fiksne kamatne stope za prvih 15 godina otplate i promjenjive kamatne stope u preostalom razdoblju otplate kredita, visina fiksne kamatne stope ne ovisi o kreditnom riziku klijenta te visini iznosa kredita u odnosu na procijenjenu vrijednost nekretnine, dok promjenjiva kamatna stopa u preostalom razdoblju otplate kredita ovisi o kreditnom riziku klijenta.

**** Kod kredita bez hipoteke koji se ugovaraju uz kombinaciju fiksne kamatne stope za prvih 5 godina otplate i promjenjive kamatne stope u preostalom razdoblju otplate kredita, visina fiksne i promjenjive kamatne stope ne ovisi o kreditnom riziku klijenta.

Ostale pogodnosti do 30.6.2023. za kredite kojima se financira nekretnina višeg energetskog razreda (A, A+ ili B):

- bez troška procjene nekretnine
- 50% troškova javnog bilježnika snosi PBZ*

* Nakon što korisnik kredita predoči račun o plaćenim javnobilježničkim troškovima, PBZ obavlja povrat iznosa koji odgovara iznosu od 50% plaćenih troškova.

Ostale pogodnosti PBZ stambenih kredita:

- bez troška procjene nekretnine – za korisnike kredita s namjenom kupnje do 45 godina starosti
- bez hipoteke: do 40.000 EUR
- uz hipoteku: do 350.000 EUR; za adaptaciju do 70.000 EUR
- rok otplate kredita: do 30 godina, ovisno o instrumentima osiguranja i namjeni kredita
- za vrijeme rodiljnog dopusta moguće je ugovaranje moratorija (odgode otplate) postojećeg stambenog kredita do 18 mjeseci, bez plaćanja kamate
- odobravanje kredita za adaptaciju, dovršenje, dogradnju, nadogradnju, rekonstrukciju i u slučaju da tražitelj kredita nije vlasnik kreditirane nekretnine

Reprezentativni primjer ukupnih troškova za stambeni kredit u EUR uz zalog na stambenoj nekretnini

Vrsta kamatne stope	Fiksna kamatna stopa za cijelo razdoblje otplate	Kombinacija fiksne i promjenjive kamatne stope uz iznos kredita do 80% procijenjene vrijednosti nekretnine
Parametar promjenjivosti	-	6M EURIBOR (za promjenjivu kamatu)
Valuta kredita	EUR	EUR
Traženi iznos kredita	70.000,00 EUR	70.000,00 EUR
Rok otplate kredita	15 godina fiksna kamatna stopa	5 godina fiksna + 15 godina promjenjiva kamatna stopa
Naknada za obradu kreditnog zahtjeva	bez naknade	bez naknade
Kamatna stopa	fiksna 3,68% ¹	fiksna 2,98% ¹ promjenjiva 3,28% ¹
Efektivna kamatna stopa (EKS)	4,02% ²	3,45% ²
Mjesečni anuitet	506,63 EUR	uz fiksnu kamatu 387,52 EUR uz promjenjivu kamatu 395,67 EUR
Ukupan iznos kamate za razdoblje otplate	21.407,68 EUR	24.645,52 EUR
Ukupan broj anuiteta	180 anuiteta	240 anuiteta
Ukupan iznos za otplatu	92.997,68 EUR ³	96.765,52 EUR ³
		101.085,99 EUR ³

¹Odarbit vrste kamatne stope ovisi isključivo o izboru klijenta. Kod kredita uz fiksnu kamatnu stopu za cijelo razdoblje otplate kredita, kamatna stopa ne ovisi o kreditnom riziku klijenta, niti o visini iznosa kredita u odnosu na procijenjenu vrijednost nekretnine. Kod kredita uz kombinaciju fiksne kamatne stope za 5 godina i promjenjive kamatne stope u preostalom razdoblju otplate kredita, visina fiksne kamatne stope ovisi o: kreditnom riziku klijenta u odnosu na procijenjenu vrijednost nekretnine, dok promjenjiva kamatna stopa u preostalom razdoblju otplate kredita ovisi o kreditnom riziku klijenta. Kod kredita uz kombinaciju fiksne kamatne stope za 15 godina te promjenjive kamatne stope u preostalom razdoblju otplate kredita, visina fiksne kamatne stope ne ovisi o kreditnom riziku klijenta, niti visini iznosa kredita u odnosu na procijenjenu vrijednost nekretnine, dok promjenjiva kamatna stopa u preostalom razdoblju otplate ovisi o kreditnom riziku klijenta.

²EKS je izračunat za navedeni iznos kredita uz navedeni rok otplate, godišnju premiju za policiu osiguranja imovine u iznosu od 38,00 EUR te godišnju premiju za policiu osiguranja od negoze u iznosu od 68,00 EUR. U izračun EKS-a uključena je interkalarna kamata za mjesec dana. Kod kredita uz kombinaciju fiksne i promjenjive kamatne stope, ako je fiksna kamatna stopa veća od promjenjive, u izračun EKS-a uključena je fiksna kamatna stopa za cijelo razdoblje otplate.

Točan izračun EKS-a klijent će dobiti u obrascu prethodnih informacija koji će mu se uročiti prije potpisivanja ugovora.

³Ukupan iznos za otplatu uključuje iznos glavnice kredita te kamate obračunate do dospijeća uvezane za iznos interkalne kamate za razdoblje od mjesec dana, a koje bi korisnik kredita plaćao do konačne otplate kredita, uz pretpostavku da je do kraja otplate kredita važeća navedena kamatna stopa, godišnju premiju za policiu osiguranja imovine u iznosu od 38,00 EUR te godišnju premiju za policiu osiguranja od negoze u iznosu od 68,00 EUR.

Utvrdjivanje i promjenjivost kamatne stope prema 6M EURIBOR definirano je Općim uvjetima poslovanja Priveđene banke Zagreb d.d., Zagreb u kreditnom poslovanju s fizičkim osobama.

Ugovor o kreditu osiguran je založnim pravom na stambenoj nekretnini.

- isplata do 10% iznosa kredita na račun korisnika kredita za plaćanje ili povrat troškova vezanih uz realizaciju stambenog kredita
- mogućnost isplate do 70% iznosa kredita na račun korisnika kredita kod korištenja kredita za: adaptaciju, dovršenje, dogradnju, nadogradnju, rekonstrukciju i izgradnju
- izbor datuma i načina otplate kredita: u mjesечnim ratama ili jednakim mjesечnim anuitetima
- mogućnost ugovaranja preskoka (počeka otplate) rate ili anuiteta kredita tijekom trajanja otplate kredita, bez naknade.



PBZ

Intesa Sanpaolo Group

BRINEMO O SVEMU
ŠTO VAM ZNAČI.



**HRVATSKA UDRUGA ZA
PROMICANJE PRIMALJSTVA**



HRVATSKA KOMORA PRIMALJA