

OPSERVACIJA PRIMALJSKE SKRBI U LEVOLOSI HEALTH CARE CENTRU U ARUSHI, TANZANIA

Del Duca, Elena

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:549815>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-08**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ
PRIMALJSTVO

Elena Del Duca

OPSERVACIJA PRIMALJSKE SKRBI U LEVOLOSI HEALTH

CARE CENTRU U ARUSHI, TANZANIJA

Završni rad

Rijeka, 2020.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ
PRIMALJSTVO

Elena Del Duca

OPSERVACIJA PRIMALJSKE SKRBI U LEVOLOSI HEALTH

CARE CENTRU U ARUSHI, TANZANIJA

Završni rad

Rijeka, 2020.

Mentor rada: Deana Švaljug, prof., viši predavač

Završni rad obranjen je dana _____ u/na _____,

Pred povjerenstvom u sastavu:

1. _____

2. _____

3. _____

Izveštće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	
Studij	Preddiplomski stručni studij primaljstvo
Vrsta studentskog rada	Završni rad
Ime i prezime studenta	Elena Del Duca
JMBAG	

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	POSTPORODAJNA DEPRESIJA
Ime i prezime mentora	Deana Švaljug, prof.
Datum predaje rada	03.07.2020.
Identifikacijski br. podneska	1356184745
Datum provjere rada	11.07.2020.
Ime datoteke	Završni rad Del Duca
Veličina datoteke	2.05M
Broj znakova	39726
Broj riječi	6873
Broj stranica	44

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	
Ukupno	6%

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	13.07.2020.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/> DA
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

13.07.2020.

Potpis mentora

Sadržaj

1. UVOD	1
2. LEVOLOSI HEALTH CARE CENTAR.....	2
3. ANTENATALNA SKRB U LHCC-u.....	3
3.1. Osobna i obiteljska anamneza	5
3.2. Ginekološka anamneza	5
3.3. Pobačaj u LHCC-u.....	7
4. PERINATALNA SKRB U LHCC-u.....	8
4.1. Prijemna ambulanta	8
4.2. Predrađaona	10
4.2.1. Prvo porodno doba	10
4.2.2. Primjer iz prakse – psihička podrška primalje	11
4.3. Rađaona	12
4.3.1. Način rada	13
4.3.2. Drugo porodno doba.....	14
4.3.3. Prva opskrba novorođenčeta	16
4.3.4. Treće porodno doba.....	17
4.3.5. Četvrto porodno doba.....	17
4.4. Operacijska sala.....	18

5.	POSTNATALNA SKRB U LHCC-u	21
5.1.	Rodilište.....	22
5.2.	Postoperacija jedinica.....	23
5.3.	Postpartalne kontrole i cjepiva	26
5.3.1.	Cjepiva	27
5.3.2.	Novorođenčad HIV pozitivnih majki.....	28
6.	SAVJETOVALIŠTE	28
7.	PLANIRANJE OBITELJI.....	29
8.	ZAKLJUČAK	31
9.	LITERATURA.....	32
10.	PRILOZI.....	34
10.1.	Popis slika.....	34
10.2.	Popis kratica.....	35
11.	ŽIVOTOPIS	36

Sažetak

U Tanzaniji je visoka stopa materalnog mortaliteta koja proizlazi iz posljedica nedostatka potrebnih sredstava kojima bi se osigurao siguran boravak u kliničkom bolničkom centru. U ovom radu opisana su opažanja tijekom posjete Levolosi Health Care Centra u Arushi, uz detaljan opis uloge primalja te naglašene važnosti njihovog doprinosa u očuvanju ženinog zdravlja. Odjel porodništva separiran je prema načelima skrbi žene i djeteta prije poroda, tijekom i nakon rađanja. Trudnica kontrolira svoju trudnoću urednim posjećivanjem liječnika, vađenjem traženih nalaza te dosljednim praćenjem liječničkih uputa. Način dovršavanja poroda ovisi o ženinom i plodovom zdravstvenom stanju i postojećim okolnostima. Rađanjem u rađaoni ili carskim rezom ženi nedostaje privatnosti, a izložena je različitim rizičnim čimbenicima i komplikacijama potencijalno opasnima za život. Postporođajno razdoblje obilježeno je zdravstvenim kontrolama oporavka babinjače i praćenjem napredovanja razvoja novorođenčeta. U cilju budućeg planiranja obitelji, svi zdravstveni djelatnici sudjeluju u savjetovanju i edukaciji žena. Primalja je prisutna u svim segmentima ženinog reproduktivnog zdravlja te nastoji djelovati kao psihička, fizička i emocionalna potpora.

Ključne riječi: primaljska skrb, porodništvo, Tanzania, Levolosi Health Care Centar, rizični čimbenici

Summary

Tanzania has a high maternal mortality rate, as a result of severe lack of necessary protective resources for securing a safe environment during the stay at the clinical health care centre. This paper describes the observations during the visit to the Levolosi Health Care Center in Arusha, with a detailed review of the role of midwives and emphasizes the importance of their contribution to the preservation of women's health. The obstetrics department is separated according to the principles of care for women and infants before, during and after childbirth. A pregnant woman controls her pregnancy by regularly visiting a doctor, drawing the required medical reports and consistently following the doctor's instructions. The method of completing childbirth depends on the woman's and the fetus' health and present circumstances. By giving birth in a delivery room or by caesarean section, a woman is in a constant lack of privacy, exposed to various risk factors and potentially life-threatening complications. The postpartum period is marked by health controls of the puerpera's recovery as well as monitoring the progress of the newborn's development. For the purpose of future family planning, all health professionals participate in counseling and education of women. The midwife is present in all segments of a woman's reproductive health and strives to act as a psychological, physical and emotional support.

Key words: midwifery care, maternity, Tanzania, Levolosi Health Care Center, risk factors

1. UVOD

Primaljska skrb u trudnoći pojavljuje se u segmentima antenatalne, perinatalne i postnatalne skrbi. Danas, u razvijenim zemljama i adekvatnim uvjetima za rad, u zdravstvenim ustanovama, praćenje i vođenje trudnoće primalji predstavlja olakšani način rada. U nerazvijenim zemljama s premalo resursa, nehumanim uvjetima i nedostatkom bolničkog osoblja primaljska je skrb ograničena. Tanzanija je zemlja od 44 928 923 stanovnika (2012.) s jako visokim natalitetom, a čak 37,3 %, od cjelokupnog stanovništva 44,5 % mlađe je od 14 godina. Zbog loših uvjeta i nemogućnosti pružanja potrebne skrbi u bolnicama, smrtnost dojenčadi iznosi 46,2 ‰ (1). Također, zdravstveno je osiguranje jako skupo te se smatra nedostupnim većini stanovništva. Levolosi Health Care Centar (LHCC) klinički je bolnički centar smješten u središtu Arushe koji se sastoji od odjela za dentalnu medicinu, kliničkog laboratorija, jednodnevne kirurgije i odjela porodništva.

Primalje u LHCC-u svakodnevno su izložene velikim rizicima popraćenim nestankom struje, nedovoljnom količinom vode na dan, nepostojanjem računala i vođenjem cjelokupne medicinske dokumentacije na papiru. Primalje svoj posao obavljaju snalažljivošću, kreativnošću te korištenjem najčešće rijetko dostupnih materijala i pribora. Obavljaju poslove i skrb koja je izvan njihove domene te preuzimaju odgovornost za žene i pacijentice na svim razinama. Rad je pisan na temelju opažanja svakodnevnih događanja i prikaza slučajeva koje je prikupila studentica primaljstva, volonterka, tijekom mjesec dana boravka u LHCC-u.

2. LEVOLOSI HEALTH CARE CENTAR

Odjel porodništva u LHCC-u sastoji se od trudničke ambulante, prijemne ambulante, predrađaoone, rađaoone, operacijske sale, postoperacijske jedinice, rodilišta, savjetovaništa za dojenje i njegu novorođenčeta te soba za planiranje obitelji.

U svim tim prostorijama u jednoj je smjeni zaposleno oko pet primalja i dva do tri liječnika. Primalje su same u rađaooni te prema potrebi u pomoć zovu liječnika koji je za to vrijeme u prijemnoj ambulanti te vrši preglede, previja rane i obavlja pobačaje, a ponekad se nalazi i u savjetovaništu za dojenje i njegu novorođenčeta.

Podjela poslova i odgovornosti određena je na temelju dostupnog osoblja toga dana. Svaki dan započinje primopredajom smjene, pranjem podova i kreveta te čišćenjem soba. U pranje i čišćenje uključeni su liječnici, primalje, sestre, njegovateljice i spremačice.

Ukoliko se obriše jedna prostorija, ostatak se osoblja zamoli da ne korača u prostoriju dok ne bude osušena i čista. U prostorije se ulazi prijevremeno samo ako je to nužno ili je žena u aktivnoj fazi poroda, dok se u suprotnom ne ulazi oko sat vremena. Ponekad se za pranje podova koristi ista posuda u koju se kasnije stavljaju otopina, pribor i materijal kako bi se dezinficirali.

Dostupnost vode je limitirana, ponekad čak i do 100 litra vode na dan, a sapun za pranje ruku ili dezinfekciju jako je rijedak. Sva odjeća, obuća i posteljina za krevet pere se ručno i suši na otvorenom. Na raspolaganju je jedna perilica rublja i jedan sterilizator na cijeli bolnički centar.

LHCC nije opremljen potrebnim materijalima i priborima kako bi se ondje mogla vršiti adekvatna primaljska skrb. Na ovim odjelima ne postoji ultrazvuk (UZV) niti kardiotokograf (CTG), nešto bez čega je danas, u moderno doba, nezamislivo voditi odjel porodništva.

3. ANTENATALNA SKRB U LHCC-U

Kako bi detektirali i zatim odstranili moguće rizične faktore nastale u trudnoći i kasnije tijekom poroda, žena u trudnoći u određenim intervalima posjećuje zdravstvene ustanove te obavlja redovnu kontrolu (2, 3).

Cilj je ovim metodama osigurati što sigurniji tijek trudnoće, održati zdravlje majke i ploda te pravovremeno reagirati u situacijama koje zahtijevaju intervenciju, liječenje ili intenzivnije praćenje (2).

Antenatalna skrb u LHCC-u provodi se uzimanjem osobne, obiteljske i ginekološke anamneze te vanjskog pregleda trudnice i pretrage krvi i urina. Opširnija kontrola UZV-om ili korištenjem CTG-a nije moguća jer ne postoji u LHCC-u.

Ukoliko nije rizična, tijekom trudnoće dovoljna su četiri pregleda. Prvi se pregled obavlja do 16. tjedna trudnoće, drugi između 20. i 24. tjedna, treći između 28. i 32. te četvrti od 36. do 40. tjedna gestacije.

Teško je odrediti termin poroda i gestacijsku dob trudnoće jer žene ne vode evidenciju o menstrualnom ciklusu, već se javljaju u ambulantu kada je trudnoća već uznapredovala. Dogodi li se da žena zna kada je bio prvi dan zadnje menstruacije, termin se poroda izračunava prema Naegellovom pravilu.

Radi lakšeg vođenja dokumentacije, svaka žena dolaskom na prvi pregled dobiva trudničku knjižicu sa svim podacima koje ispunjava primalja te ju donosi na svaki sljedeći pregled.

KADI HII HAIUZWI RCH4

Jamhuri ya Muungano wa Tanzania
Wizara ya Afya na Ustawi wa Jamii

KADI YA KLINIKI YA WAJAWAZITO

Jaza au weka (✓) panapohusika

JINA LA KLINIKI LUHE RCH CLINIC		NAMBA YA UANDIKISHAJI 1480/019	
JINA LA MAMA ASIA IDO		UMRI 19	KIMO (CM) 150
JINA LA MUME/MWENZI SALAMA		UMRI 27	ELIMU F IV
KULIUKITONGO/JIMATAA SOKONI		JINA LA MWENYEKITI BIRSHABA	

HABARI KUHUSU UZAZI ULIO TANGULIA

MIMBA YA NGAPI **1** AMEZAA MARA NGAPI **0** WATOTO WALIO HAI **0**

Mimba zilizo Haribika	Mwaka	Umri wa mimba	Mimba zilizo Haribika	Mwaka	Umri wa mimba

Tarehe ya kuanza hedhi ya mara ya mwisho (LNMP) **18/05/09**

Tarehe anayotazama kujifungua (EDD) **25/09/09**

CHUNGUZA VIDOKEZO VIFUATAVYO KWA MAMA AJAPO KWA MARA YA KWANZA

A WEKA ALAMA (✓) PANAPOHUSIKA. MPELEKE KITUO CHA AFYA AU HOSPITALI KWA UCHUNGUZU USHAURI ZAIDI ENDAPO MAMA ANA:

UMRI CHINI YA MIAKA 20

MIAKA 10 AU ZAIDI TOKEA MIMBA YA MWISHO

KUJIFUNGUA KWA KUPASULIWA

KUZAA MTOTO MFUKIFO CHA MTOTO MCHANGA (WK 1)

KUHARIBIKA KWA MIMBA 2 AU ZAIDI

UGONJWA WA MOYO KISUKARI KIFUA KIKUU

B WEKA ALAMA (✓) PANAPOHUSIKA. MPELEKE KITUO CHA AFYA AU HOSPITALI KWA KUJIFUNGUA ENDAPO MAMA ANA:

MIMBA YA 5 AU ZAIDI MIMBA YA KWANZA ZAIDI YA MIAKA 35

KIMO CHINI YA CM150 KUZALISHWA KWA KUPASULIWA AU VACUM

KILEMA CHA NYONGA KUTOA DAMU NYINGI BAADA YA KUJIFUNGUA

KONDO LA NYUMA KUKWAMA

VIPIMO MAALUM VYA MAABARA

DAMU GROUP **0** RH **POS** VDR/PRR **MR**

VIPIMO VINGINE **MRD, Hep, Ure**

Toleo 2018 *Iwapo mama ana matatizo au wewe kliniki kulingana na mahitaji.

113gld

REKODI YA MAHUDHURIO

CHUNGUZA VYOTE KILA HUDHURIO MPELEKE KITUO CHA AFYA /HOSPITALI IWAPO KIWANGO KINAZIDI AU KINAPUNGUA ILIYO KWENYE MABANO

Mimba isiyo na matatizo mama anahitaji mahudhurio 4 Chini ya wiki 16, kati ya wiki 20-24, 28-32, 36-40

TAREHE YA HUDHURIO	2018	11/08/2018			
UZO (kilo)	32.5	37.5	38.3	37	
BLOOD PRESSURE (140/90mmHg)	113/73	117/67			
ALBUMIN KWENYE MKOJO (+)					
DAU/Hb (8.5 gm/dl)	11-3				
SUKARI KWENYE MKOJO (-)					
UMRI WA MIMBA KWA WIKI	18	17	23	30	
KIDOGO CHA MIMBA KWA WIKI		19		31	
MILIO WA MTOTO					
KITINGULIZI (KUANZIA WIKI YA 36)					
MTOTO ANACHEZA BAADA YA WIKI 20 (N/O/HAPANA)	H	H	N	A	
MWANGO YA MOYO WA MTOTO BAADA YA WIKI 20, YAPO (Y), HAKUNA (H)	H	H	Y	Y	
KUJIMBA MIGUU (Oedema) (++)	NIL	NIL	NIL	NIL	
Fetus sulphate (2 kilasiku)	1/1	1/2	1/1	1/1	
*Fetus acid (1 kilasiku)	0/1	-	3/1	3/1	
MARARIA: Sulphadoxine/Pyrimethine (SP)					
Vyote 3 baada ya wiki 20, rudia dozi hii baada ya kati nne	10	-	3/1	3/1	
Momodazole (500mg start)		5x1			
PEMPUNDA: Angalia kadi kama amepata chanjo (ya amepata ya ngapi) TT1, TT2 TT3, TT4, TT5	1st	2nd	3rd	4th	
MAMA AMESHAURIWA KUHUSU:					
• Chini za hatari	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• Hizi wa mpango	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• Hizi dalizi ya kujifungua	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• Ugonjwa yatokanayo na kujamiana na umuzi sahihi ya condom	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
PMCT:					
• PMCT/ART (0, -1, 0)	2	1			
• Miba (1N, 1Z, 1A, 1K)					
• Ugonjwa kama mama ana CD4 chini ya 350 au dozi ya 3 au ya 4 ya ugonjwa (1, 2, 3)					
• Ugonjwa na huduma ya CTC (EO, E1, 1R, kama ambakishwa andika namba ya kadi ya CTC na tarehe)					
• Ugonjwa juu ya afya ya mtoto: maziwa ya mama pekee (SF), maziwa mbadala (RF)					
• Masi (adherence) (P=poor, G=good)	1/10	2/12	5/16	4/2	
Tarehe ya kurudi	11/10	25/12	5/10/12	1/2	
Jirani mhudumu	AJ	ST	AJ	AJ	
Chacha mhudumu	RA	EN	RA	RA	

C VIDOKEZO VYA MIMBA VYA KUANGALIA KATIKA KILA HUDHURIO WEKA ALAMA (✓) PANAPOHUSIKA NA MPELEKE HOSPITALI KAMA ANA DALILI ZA HATARI.

E. MOYO AU ZAIDI UMRI WA MIMBA ZAIDI YA WIKI 40

H. CHINI YA 60% (8.5gm/dl) MTOTO KUFIA TUMBONI

A. ALBUMIN KWENYE MKOJO MTOTO AMELALA VIBAYA BAADA YA WIKI 36

S. SUKARI KATIKA MKOJO KUJIMBA MIGUU USOMIKONO

R. KANAZO DALILI ZA HATARI MAMA ANAMAPACHA

K. KIDOGO CHA MIMBA KIKUBWA ZAIDI AU KIDOGO ZAIDI KULIKO UMRI WAKE

M. MAMA AMESHAURIWA AZALIE WAPI

*Baada ya wiki 40 mama ahudhuri kliniki kila wiki.

Slika 1. Trudnička knjižica Levolosi Health Care Centra, Arusha, Tanzania

Jako se često događa da žene ne dolaze redovito na preglede, ne nose ili izgube trudničku knjižicu te zbog toga dolazi do nemogućnosti urednog praćenja trudnoće. Trudnička knjižica jedini je izvor dokumentacije koji primalja i liječnici mogu dobiti pri prijemu u bolnicu.

3.1. Osobna i obiteljska anamneza

Od najveće je važnosti pri praćenju trudnoće dobro i temeljno uzimanje anamneze. U trudničkoj knjižici najprije se traže osnovni ženini podatci:

- 1) Ime i prezime
- 2) Datum i mjesto rođenja
- 3) Ime majke i supruga
- 4) Dob
- 5) Visina (viša ili manja od 150 cm)
- 6) Obrazovanje (dobro ili loše)
- 7) Status zaposlenosti
- 8) Naziv plemena

Često se događa da žene ne znaju koliko imaju godina ni kad su rođene. U Arushi datum i godina rođenja nisu važni. Ponekad primalja mora procijeniti godine ili doći do podataka razgovorom s majkom trudnice.

Obrazovanje se dijeli na dobro i loše, ovisno o stupnju završenog školovanja. Školovanje je jako skupo te nemaju svi mogućnost pohađanja škole, a upravo je zato rijetko i fakultetsko obrazovanje. Nepismenost Tanzanije iznosi 33 % od cjelokupnog stanovništva (1).

Posao kojim se bavi većina stanovništva jest poljoprivreda. Kako bi opskrbile svoju obitelj, žene tijekom trudnoće ne leže ni ne odmaraju, već svakodnevno rade na polju do pojave prvih trudova (1).

Također se vadi krv kako bi se utvrdila krvna grupa, Rh faktor i razina hemoglobina, a zahtijeva se i knjižica provjere cjepiva.

3.2. Ginekološka anamneza

Ginekološka anamneza obuhvaća prethodni broj trudnoća, poroda, broj žive djece i pobačaja, prvi dan zadnje menstruacije te mogući termin poroda (3).

Sve trudnice mlađe od 20 godina, one koje su imale zadnju trudnoću prije 10 godina, rodile mrtvo dijete, imale više od dva pobačaja te boluju od srčanih bolesti, dijabetesa ili tuberkuloze dobivaju preporuku za daljnje pretrage te se šalju u drugu bolnicu ili kući ako imaju majku koja je dovoljno iskusna da ih savjetuje i educira.

U bolnici obavezno moraju roditi žene koje su imale više od pet poroda ili prvu trudnoću nakon 35 godina starosti, one koje su niže od 150 cm, one koje imaju kefalopelvinu disproporciju, povijest postpartalnih komplikacija ili su im prijašnji porodi bili dovršeni carskim rezom ili vakumom.

Prvi svakom dolasku na pregled mjere se krvi tlak i težina, rade se nalazi albumina i šećera u mokraći te hemoglobina u krvi. Uz to se prate fetalni pokreti i kucanje čedinjeg srca (KČS) nakon 20. tjedna gestacije te prisutnost edema kod trudnice. Također se prati uzimanje terapije željeznog sulfata, folne kiseline, terapije za liječenje malarije, dječje gliste, tetanusa, HIV-a i hepatitisa. Na kraju svakog pregleda majku se ponovo educira o spolno prenosivim bolestima i načinu uporabe kontracepcije, planiranju obitelji, simptomima koji iziskuju prijem u bolnicu i pripremi za porod.

HIV pozitivne majke tokom trudnoće uzimaju antiretraviralnu terapiju koja se sastoji od kombinacije lijekova Tenofovir, Lamivudin i Duoletagravi (TLD). Posebna se pozornost obraća na prevenciju zaraze HIV-om koja se može dogoditi prijenosom s majke na dijete (PMTCT) te se majku informira o dojenju, primjeni terapije i lijekova, mogućnosti nastanka zaraze i njezinog prijelaza na dijete..

Na dnu trudničke knjižice označena su stanja koja zahtijevaju hitan prijem u bolnicu, a to su:

- 1) Krvni tlak koji prelazi 140/90 mmHg
- 2) Prisutnost albumina u mokraći
- 3) Prisutnost šećera u mokraći
- 4) Prisutnost opasnosti u okolini trudnice
- 5) Trudnoća koja je prekoračila 40. tjedan gestacije
- 6) Fetalna smrt
- 7) Odsutnost fetalnih pokreta nakon 36. tjedna gestacije
- 8) Pojava edema na stopalima, u licu i na rukama
- 9) Višeploidna trudnoća

Ukoliko je trudnoća uredna i u 40. tjednu gestacije, ženi se preporuča dolazak na kontrolu jednom tjedno.

3.3. Pobačaj u LHCC-u

Pobačaj u Tanzaniji označava razdoblje prekida trudnoće do 27. tjedna gestacije. Ranim pobačaj smatra se period do 12. tjedna gestacije, dok se od 12. do 27. tjedna smatra kasnim. On može biti spontano izazvan posljedicama vanjskog utjecaja, traumom, bolešću ploda ili majke, malformacijama i patološkim stanjem uterusa. Pobačaj koji je namjerno provociran nazivamo abortus artificialis. Razlog artificialnog abortusa može biti medicinski, kada je u pitanju ugroženost majčinog zdravlja, ili socijalni ako je riječ o neželjenoj trudnoći (4).

Abortus artificialis dijelimo po legalnosti učinjenog zahvata. Može biti ilegalan ili legalan u državi gdje se on vrši. U Tanzaniji nije legalno imati artificialni abortus ako razlog nije medicinski uzrokovan. Ako jest, neophodan zahvat se ne naplaćuje.

Rani se pobačaji rade pomoću tableta Misoprostol ili vakumskom aspiracijom, dok se kasni pobačaji trebaju podvrgnuti kiretaži. Ilegalni pobačaji u neprimjerenim uvjetima koje vrše neovlaštene osobe česta su pojava u Tanzaniji. Popratne su komplikacije krvarenje, sepsa te moguća smrt.

4. PERINATALNA SKRB U LHCC-U

U perinatalnu skrb ubrajamo slijed kontrola i pregleda, zahvata i djelovanja u razdoblju potkraj trudnoće i tokom poroda (2). U LHCC-u primalje i liječnici provode je u prijemnoj ambulanti, predrađaoni i rađaoni te operacijskoj sali.

Porod dijelimo na latentnu i aktivnu fazu (5) te na četiri porodna doba (6).

- 1) Prvo porodno doba počinje kada nastupaju prvi pravi redovni trudovi (minimalno tri truda u 10 minuta, u trajanju od 20 sekunda) ili prsnućem vodenjaka, a završava početkom poroda djeteta.
- 2) Drugo porodno doba je doba rađanja djeteta, početak mu je vrijeme kada je ušće potpuno otvoreno (10 centimetara), a kraj izlazak svih dijelova djetetova tijela.
- 3) Treće porodno doba označava izlazak posteljice i plodovih ovoja i ono se može voditi aktivno ili pasivno.
- 4) Četvrto porodno doba traje dva sata po porodu djeteta. U tom se dobu šiva epiziotomija te se zbrinjavaju rupturi međice i cerviksa (6).

Kroz sva četiri porodna doba potrebna je primaljska asistencija i njezine intervencije. Na svako se porodno doba može utjecati davanjem lijekova, rađenjem zahvata ili korištenjem manevra. Cilj je osigurati siguran porod, smanjiti rizične čimbenike te opskrbiti novorođenče prvom njegom.

4.1. Prijemna ambulanta

Prijemna ambulanta sastoji se od jednog kreveta, stola za pregled i radnog stola. Od materijala i pribora dostupno je par gaza, jod, tlakomjer, vaga i krojački metar. Trudnica se javlja u prijemnu ambulantu s pojavom prvih jakih trudova ili krvarenja.



Slika 2. Prijemna ambulanta u LHCC-u, Arusha, Tanzania

Kod prijema se obavlja vaginalni pregled, određuje se namještaj i položaj ploda Leopold – Pavlikovim hvatovima (LP hvatovi), mjeri se tlak, tjelesna težina, udaljenost fundusa i simzife te opseg trbuha. KČS slušaju se Pinardovom slušalicom.

Određivanje približne težine djeteta izračunava se tako da se mjere od udaljenosti fundusa i simfize pomnože s veličinom opsega trbuha te se od dobivenog oduzme 600 grama (težina posteljice, krvi i vode).

Ovisno o nalazu nakon vaginalnog pregleda, jačini i učestalosti trudova, žena se iz prijemne ambulante seli u predrađeonu ili rađaonu.

Primjer iz prakse – Određivanje gestacijske dobi

Trudnica dolazi u prijemnu ambulantu sa svojom trudničkom knjižicom, ako postoji, te se ponovo provjeravaju svi navedeni podatci. Ponekad neki podatci, poput izračuna termina poroda, nisu pouzdani te se tada ponovno uzima anamneza i izračun. Ukoliko trudnica ne zna kada je bio prvi dan zadnje menstruacije, gestacijsku dob mjerimo prema podatcima zapisanim u knjižici, što ponekad dovodi do toga da je žena u 52. tjednu gestacije te se ona vodi kao kasni porod.

4.2. Predrađiona

Predrađiona, odnosno soba u kojoj trudnica leži do poroda, sastoji se od 8 kreveta iznad kojih stoje mreže protiv komaraca. Mogu koristiti dva toaleta, a nerijetko na jednom krevetu leže po dvije ili tri žene. Tijekom ležanja u predrađioni dozvoljene su posjete koje nisu limitirane brojkom niti spolom. To znači da u posjet može doći cijela obitelj koja ženi pruža psihičku potporu tijekom trudova.

4.2.1. Prvo porodno doba

Žene se vaginalno pregledavaju svaka četiri sata te se svakih pola sata sluša KČS. Ona u predrađioni provodi vrijeme tijekom cijelog prvog doba poroda.

Prilikom toga ne postoji nikakav monitoring niti se daju lijekovi protiv bolova. Nije zabranjen unos tekućine ni hrane u tom periodu, a ženina je slobodna volja ako ona želi nešto uzeti. Njena obitelj i pratnja najčešće donose gotov ručak koji spremaju kod kuće, a on se u većini slučajeva sastoji od bananine juhe i kruha. Zbog visokih temperatura koje ponekad dosežu i 35 Celzijevih stupnjeva, žene liježu na pod kako bi se ohladile te se na taj način i odmaraju.

Žene trudove proživljavaju u neprekidnoj buci, posjetama, svjetlu i gužvi, kao i svakodnevn način života, te je porod iskustvo ispunjeno dinamikom i bezbrojnim podražajima.



Slika 3. Predrađaonica u LHCC, Arusha, Tanzania

4.2.2. Primjer iz prakse – psihička podrška primalje

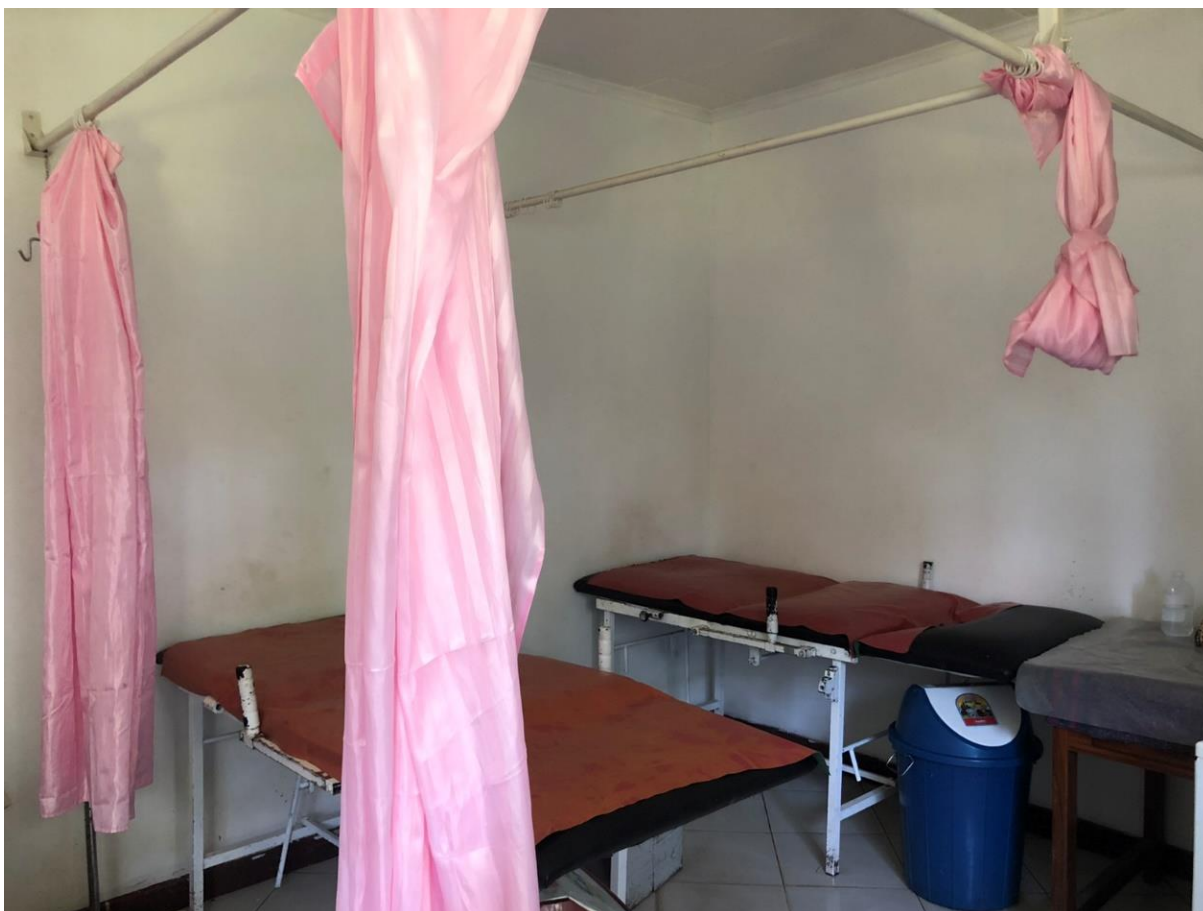
Žena u predrađaoni stoji iznad kreveta te je laktovima naslonjena o njegov rub. Trudovi su jakog intenziteta te se pokušavaju umiriti pokretima zdjelice naprijed – nazad. Prilikom prolaska kroz sobu, primalju zaustavlja žena te ju moli da joj pruži ruku. Primalja stavlja dlan o ženin trbuh i tako stoje u tišini par sekundi. Žena zahvaljuje primalji i smatra kako joj je ona dala snagu da može prebroditi trudove s manje boli. Kultura je takva da žene nikome ne daju do znanja da su u bolovima pa ih prebole u tišini.

4.3. Rađaona

Ukoliko nema komplikacija, žena se premješta u rađaonu tek kad se vaginalno može palpirati vodeća čest na dnu zdjelice te je porodni kanal potpuno otvoren.

U rađaoni postoje tri kreveta, bez posteljine ili jastuka. Kreveti su obučeni u kožu te se na njima nalazi nepropusno platno. Između kreveta stoje zastori, koji su rijetko u upotrebi, te se većina žena međusobno gleda prilikom poroda. Tijekom poroda u rađaoni nije dozvoljena pratnja, no nije osigurana nikakva razina privatnosti. Žena uvijek rađa u ležećem položaju, na leđima, nogama savijenim u koljenima. Izvor su svjetlosti široko otvoreni prozori bez zastora i uvijek otvorena vrata. Uza zid se nalazi jedan stol na koji se stavlja novorođenčad, a iznad njega jedna grijalica kako se novorođenčad ne bi pothladila. Neposredno pokraj stola nalazi se sudoper u kojemu se peru instrumenti. Svi instrumenti i pribor za dezinfekciju stavljaju se u plastične kante s već pripremljenim dezinficijensom. Zidovi su prekriveni uputama, preporukama i načelima rada te jedan stol služi za registraciju i dokumentaciju žena koje ulaze u rađaonu. U ormaru s priborom i materijalima nalaze se igle, šprice, otopine za infuziju te lijekovi. Od instrumenata koriste pean, škare i pincetu.

Potrošni materijal nije uvijek dostupan, stoga se pazi na potrošnju zaliha i koristi samo ako je nužno. Od uređaja je na raspolaganju samo jedan aspirator koji mogu koristiti ukoliko u tom trenutku imaju izvor struje. Također postoji i stol na kojem se nalazi digitalna vaga za novorođenčad.



Slika 4. Rađaona u LHCC, Arusha, Tanzania

4.3.1. Način rada

Dolaskom u rađaonu, žena nosi svu svoju dokumentaciju sa sobom i, po mogućnosti, sav pribor i materijal koji će se koristiti tijekom i nakon poroda. Porod se u bolnici ne naplaćuje, no naplaćuju se korišteni materijali ili neki drugi zahvat rađen prilikom ženinog boravka u bolnici.

Žena sa sobom u bolnicu nosi igle, šprice, materijal za podvezivanje pupkovine (klema, gaza, tračica), lijek Lidokain, rukavice za primalju i liječnike, iglu i konac za šivanje moguće epiziotomije te vatu i gazu. Također sa sobom donosi maramu na kojoj leži tijekom poroda i u koju se umata dijete. Žena donosi i plastičnu kantu u kojoj se nalazi sve što nosi sa sobom i u koju se stavlja sva odjeća nošena prilikom poroda koja je bila u doticaju s tjelesnim izlučevinama kako bi se mogla ponijeti kući i oprati. Ukoliko žena nije u mogućnosti ponijeti potrošni materijal, primalje koriste materijal iz bolnice te ga, ako je dostupan, naplaćuju.

Prijemom žene u rađeonu otvara se lista poroda u koju se zapisuju svi postupci rađeni tijekom poroda, svi dani lijekovi, napredak iz latentne u aktivnu fazu te podatci i opservacije žene nakon poroda.

4.3.2. Drugo porodno doba

Do samog poroda djeteta roditelj leži na krevetu bez ikakvih lijekova protiv bolova te sama odrađuje trudove. Gotovo svakoj se ženi uvađa urinarni kateter te ga ona ima sve do dana kada ide kući. Kako nema vješalica za kateter, žene ga nose u ruci ili puste na podu pa vuku za sobom.

Također se mjeri širina zdjelice tako da se sklopljena šaka pritisne uz ulaz u vaginu. Smatra se da je moguć vaginalni porod ako dužina kraja zapešća prilikom prianjanja na vulvu ne prelazi širinu promjera ulaza u malu zdjelicu.

Kako bi se skratilo vrijeme drugog porodnog doba, a trudovi nisu dosta efikasni kako bi se porodilo dijete, oni se stimuliraju oksitocinom. Oksitocin od 5 internacionalnih jedinica (UI) daje se u 500 mililitara (mL) 5%-tne otopine glukoze ili fiziološke otopine (3). Otopina se daje kroz intravensku infuziju kojoj je teško regulirati intenzitet kapanja jer na raspolaganju nema infuziomata. Liječnici ili primalje otvaraju ili zatvaraju protok infuzije prema procjeni stanja trudnice.

Kada nastupa čin poroda djeteta, primalja daje upute roditelji kada tiskati prilikom izlaženja djeteta iz porodnog kanala, pri čemu se ovdje ne koriste tehnike čuvanja međice. Epiziotomija, urez međice, radi se prema procjeni primalje koja ga i sama učini.

Amniotomija, prokidanje vodenjaka, radi se pomoću peana, škara ili staklene ampule kojoj je otkinut vrh. Ona se ne čini prije drugog porodnog doba te je vodenjak najčešće održan sve do poroda vodeće česti djeteta. Nakon poroda djeteta, pupkovina se odmah podvezuje ili klema, ovisno o materijalu s kojim se radi. Ponekad nema ni škara ni peana kako bi se pupkovina odvojila od posteljice, stoga se uzima igla kojom se prodire kroz pukovinu kako bi se ona mogla otkinuti.



Slika 5. Odvajanje pupkovine od posteljice iglom, LHCC, Arusha, Tanzania

Ukoliko je dijete slabo, ubrizgava se otopina glukoze u pupkovinu ili se aspirira sadržaj iz usta i nosa. Dijete se nakon poroda ne stavlja odmah na majčina prsa, a ne postoji ni "Zlatni sat" unutar kojeg se vrši kontakt koža na kožu majke i djeteta.

4.3.3. Prva opskrba novorođenčeta

Odmah nakon poroda dijete se umata u maramu koju je sa sobom u bolnicu donijela majka. Prva opskrba novorođenčeta sastoji se od brisanja, sušenja i utopljavanja djeteta. Nakon umatanja dijete se stavlja na digitalnu vagu te mu se mjeri tjelesna težina. Dijete ne prima nikakve lijekove, cjepiva, kapi niti se zbrinjava pupkovina.



Slika 6. Rađaona, stol za novorođenčad u LHCC-u, Arusha, Tanzania

4.3.4. Treće porodno doba

Treće porodno doba možemo skratiti pomoću lijekova i manevra kojima ubrzavamo porod posteljice i plodovih ovoja. Kako bi se posteljica odljuštila u što kraćem roku, ženi se intramuskularno u bedro apliciraju 5IU okistocina, dvije ampule. Prati se napredak odljuštenja posteljice prema znakovima, a to su:

- 1) Schröderov znak – u donjem uterinom segmentu se nalazi posteljica, a uterus se nalazi ispod desnog rebrenog luka
- 2) Ahlfeldov znak – traka prethodno zavezana a pupkovinu spustila se za 10 cm pred vulvu
- 3) Kustnerov znak – kada primalja pritisne svojom rukom iznad simfize, pupkovina se ne uvlači (3).

Kada su znakovi odljuštenja prisutni, primalja hvata pupkovinu te ju lagano poteže, dok istovremeno upućuje ženu da još malo tiska kako bi se porodila posteljica. Osim okistocina, primalja masira ženinu maternicu kako bi se ona što prije kontrahirala i prestala obilno krvariti.

Obavezno se radi manualna eksploracija uterusa radi provjere prisutnosti mogućeg zaostalog dijela posteljice ili plodovih ovoja. Ovaj se pothvat radi bez ikakvih analgezija.

4.3.5. Četvrto porodno doba

U četvrtom porodnom dobu, nakon izlaska posteljice, primalja zbrinjava rupturu cerviksa i međice te šiva epiziotomiju. Prilikom šivanja epiziotomije koristi se analgezija koju je žena dolaskom u bolnicu donijela sa sobom, a najčešće je to Lidokain koji se daje intramuskularno. Primalja šiva sama, bez asistencije druge primalje ili uporabom drugih instrumenata i direktnog izvora svjetla. Pri završetku šivanja čini se tamponada uterusa vatom koja se vadi kada krvarenje prestaje. Neposredno nakon žena ustaje, uzima dijete te se seli u rodilište.

4.4. Operacijska sala

Operacijska sala u LHCC-u koristi se isključivo za carske rezove (S.C.). Nakon prijema u rađaonu, pregleda dokumentacije i vaginalnog nalaza te ovisno o uznapređovalosti poroda, žena se, prema potrebi, upućuje u salu na carski rez. Indikacije za carski rez dijelimo na:

- 1) Apsolutne indikacije – placenta previa totalis i subtotalis, opstrukcije u porodnom kanalu; sužena zdjelica, tumori u zdjelici
- 2) Relativne indikacije – placenta previa marginalis, kefalopelvina disproporcija blažeg stupnja, markosomno dijete kod prvotkinje, višeplodna trudnoća, intrwauterina fertilizacija, EPH gestoze
- 3) Proširene indikacije – fetalna patnja, distocija, stanje nakon S.C. i ostali (4).

S.C. radi liječnik uz jednog asistenta i jednu primalju, a u cijelom bolničkom centru postoji jedan medicinski tehničar smjera anesteziologije. Ukoliko on nije prisutan, lokalnu anesteziju daje primalja.

Operacijska sala sastoji se od jednog operacijskog stola, stola s instrumentima, materijalima i priborima te jednog ugrijanog krevetića koji se koristi u slučaju komplikacija. Od monitoringa nije dostupno ništa osim jednog pulsno oksimetra. Na raspolaganju je jedna boca s kisikom. Unutar operacijske sale nisu ostvarivi anstieptički i aseptički uvjeti te se u salu dolazi u civilu, bos, bez rukavica, kapa i maska. Svi su prozori uvijek otvoreni, bez zastora kao dodatnog izvora svjetlosti. Kirurško je pranje ruku nemoguće jer ne postoji sapun, a ponekad ni voda. Ruke se najčešće peru alkoholom. Mantili i odjeća za salu peru se na ruke te suše na otvorenom, a zbog manjka se odjeće ponekad oblači i ona koja nije osušena.



Slika 7. Monitoring u operacijskoj sali tijekom S.C., Arusha, Tanzania

Kako bi pripremili ženu za dovršavanje poroda S.C.-om, uvađa se urinarni kateter, ako ga žena još nema, te se premješta iz rađaone na krevet u salu. Medicinski tehničar ili primalja postavljaju spinalnu anesteziju bez prijašnjeg dezinficiranja polja. Ubrizgava se Lidokain bez korištenja rukavica i pridržavanja načela asepsa i antiseptike. Spinalna anestezija ima limitiran vremenski period djelovanja te je bitno da se S.C. učini u što kraćem roku. Također, ova vrsta anestezije smanjuje rizik nastanka hipotenzije (7). Venski put ne otvara se ukoliko ne dolazi do komplikacija. Primalja prihvaća dijete te ga odvodi u rađaonu i tamo čini prvu opskrbu. Nakon zatvaranja ženinog abdomena, ulaz u abdomen se zašije te se rana opere jodom, prekrije gazom i stabilizira flasterom. Nakon završetka S.C. žena se seli u postoperacijsku jedinicu i tamo smješta u krevet. Prema potrebi dobiva infuziju sa analgetikom.

Primjer iz prakse – Zaustavljanje krvarenja S.C.-a

Žena se upućuje na S.C. nakon izračuna težine djeteta kojim je ustanovljeno da je dijete makrosomno i da neće biti moguć vaginalni pregled te se ženu seli iz rađaone u operacijsku salu. Nakon poroda djeteta i vađenja posteljice krvarenje ne prestaje te se maternica ne kontrahira. Primalja mjeri ženi tlak koji iznosi 80/20 mmHg i daje joj 5IU oksitocina intravenozno. Stanje se roditelje pogoršava te se daju još dvije doze po 5IU oksitocina intravenozno. Tijekom davanja lijeka liječnik neprekidno manualno masira uterus. Primalja nakon davanja apliciranja stimulira i masira bradavice. Prilikom stimulacije bradavica oslobađa se hormon oksitocina u tijelu te se uterus počinje kontrahirati i krvarenje prestaje. Dodatni poticaj za prestanak krvarenja daje manualno masiranje uterusa.

Istraživanje je pokazalo kako stimulacija bradavica i uterusa smanjuje trajanje prvog, drugog i trećeg porodnog doba, smanjuje postotak postporođajnih komplikacija te se reducira postotak dovršenja poroda S.C.-om (8, 9).

5. POSTNATALNA SKRB U LHCC-U

Postnatalno razdoblje označava vremenski period do šest tjedana nakon poroda te se još naziva i doba babinja ili puerperij. Žena se u tom periodu naziva babinjačom. U ovom razdoblju dolazi do psihičke, fizičke, emocionalne i socijalne adaptacije žene nakon poroda (6).

Tijelo babinjače postupno se vraća približnom stanju prije poroda. Dolazi do involucijskih procesa uterusa na mišićima trbušne stijenke, dna zdjelice, crijeva i mokraćnog mjehura. To je ujedno i period cijeljenja rana porodnog kanala, epiziotomije, laceracija i ruptura te unutarnje površine uterine stijenke. Iz rane uterine stijenke luče se lohije, sekret koji se stvara tokom babinja. Boja i količina, pa i miris, ukazuju na proces cijeljenja rane. Lohije dijelimo prvenstveno prema bojama te bi one s vremenom trebale postupno izbljediti;

- 1) Lochia rubra – krvav sekret koji se može pojaviti sa ugrušcima, traje do 6. dana po porodu
- 2) Lochia fusca – sekret smeđe boje, tekućeg sadržaja, pojavljuje se do dva tjedna nakon poroda
- 3) Lochia flava – tamno žute boje, guste konzistencije, prisutna u trećem tjednu puerperija
- 4) Lochia alba – mliječne boje, tekućeg sadržaja, označava zadnji stadij oporavka rane (2).

Zbog regulacije hormona babinjače, zacjeljivanja rana i prisutnosti sekreta jako je bitno održavanje adekvatne osobne higijene. Osobna higijena služi smanjenju rizika za infekciju te je babinjača u tom periodu posebno izložena mogućnosti infekcija i upala.

Također, posebna se pažnja treba obratiti na psihičko zdravlje majke. Moguće nastale komplikacije su postpartalna depresija, postpartalna psihoza i sindrom tužnog raspoloženja. Psihička potpora jedno je od najvažnijih elemenata u ovoj adaptaciji kako bi prilagodba babinjače na majčinstvo prošla uz što manje komplikacija. Postnatalna skrb u LHCC-u započinje preseljenjem babinjače iz rađaone u rodilište ili iz operacijske sale u postoperacijsku jedinicu.

5.1. Rodilište

Rodilište je prostorija u kojoj se nalazi 5 stolića za osobne stvari i 11 kreveta iznad kojih visi mrežica protiv komaraca, no tih mrežica nema iznad svih kreveta. Babinjača i novorođenčad dijele krevet s ostalim ženama i njihovom djecom, a najčešće dvije do tri žene leže na istom. Žene ne koriste uloške niti je novorođenčad zamotana u pelene. Bolnički je krevet žarište mogućih nastalih infekcija.

Za vrijeme boravka u rodilištu žene se ne tuširaju, a dijele toalet sa ženama iz predrađaoone. Svu hranu i tekućinu dobivaju od obitelji koja ih posjećuje jer bolnički centar ne osigurava ništa od toga.

Nastupa period laktacije te se babinjače međusobno savjetuju i pomažu, a ujedno i prvorotkinjama dijele savjete u vezi dojenja i njegovog održavanja. Majčino mlijeko najčešći je i jedini mogući izvor hrane u novorođenačko doba jer pripravci i formule iziskuju veliku svotu novca.

Nakon vaginalnog poroda majku i dijete otpušta se kući drugog dana nakon poroda. Prije otpusta mjeri se težina djeteta i majčina tjelesna temperatura, promatra se stanje pupkovine te palpira abdomen babinjače. Babinjaču se ispituje osjeća li se dobro te se nakon pozitivnog odgovora otpušta kući.



Slika 8. Rodilište u LHCC-u, Arusha, Tanzania

5.2. Postoperacija jedinica

Babinjača na krevetu nakon S.C.-a premješta se u postoperacijsku jedinicu. Ona se smješta u krevet te joj se daje intravenska otopina s analgetikom. U sobi ne postoje zvona kako bi se dozvala pomoć prilikom dizanja, hranjenja, kupanja ili obavljanja nužde. Tijekom boravka u postoperacijskoj jedinici primalja posjećuje babinjaču više puta dnevno kako bi ustanovila je li joj je što potrebno. Vitalni znakovi mjere se samo u slučaju da se žena žali na vrtoglavicu ili osjećaj slabosti, a u protivnom se vitalni znaci ne dokumentiraju.

Babinjača ustaje iz kreveta pri svakom uzimanju obroka ili kada mora obavljati nuždu. Žena s novorođenčecom boravi u istom krevetu s postavljenom infuzijom i uvedenim urinarnim kateterom koji se prilikom otpusta iz bolnice vadi. Vadi se na način da babinjača dolazi u rađaonu i u stojećem položaju raširi noge, dok primalja pomoću šprice i igle prazni urinarni balončić. Nakon toga se ženu zamoli da duboko udahne te se kateter izvlači. Posjete obitelji, koja sa sobom donosi hranu i čaj, dozvoljene su u bilo koje doba dana te se ističe važnost unosa tekućine i toplog obroka odmah nakon poroda. Ženina je majka vrlo važna u ovom razdoblju jer joj daje savjete, pruža pomoć pri hranjenju i podučava dojenju ukoliko je primalja prezaposlena. Žena kod koje nije došlo do komplikacija iz bolnice se otpušta drugi ili treći dan nakon poroda, ovisno o njezinom subjektivnom osjećaju.



Slika 9. Postoperacijska jedinica u LHCC-u, Arusha, Tanzania

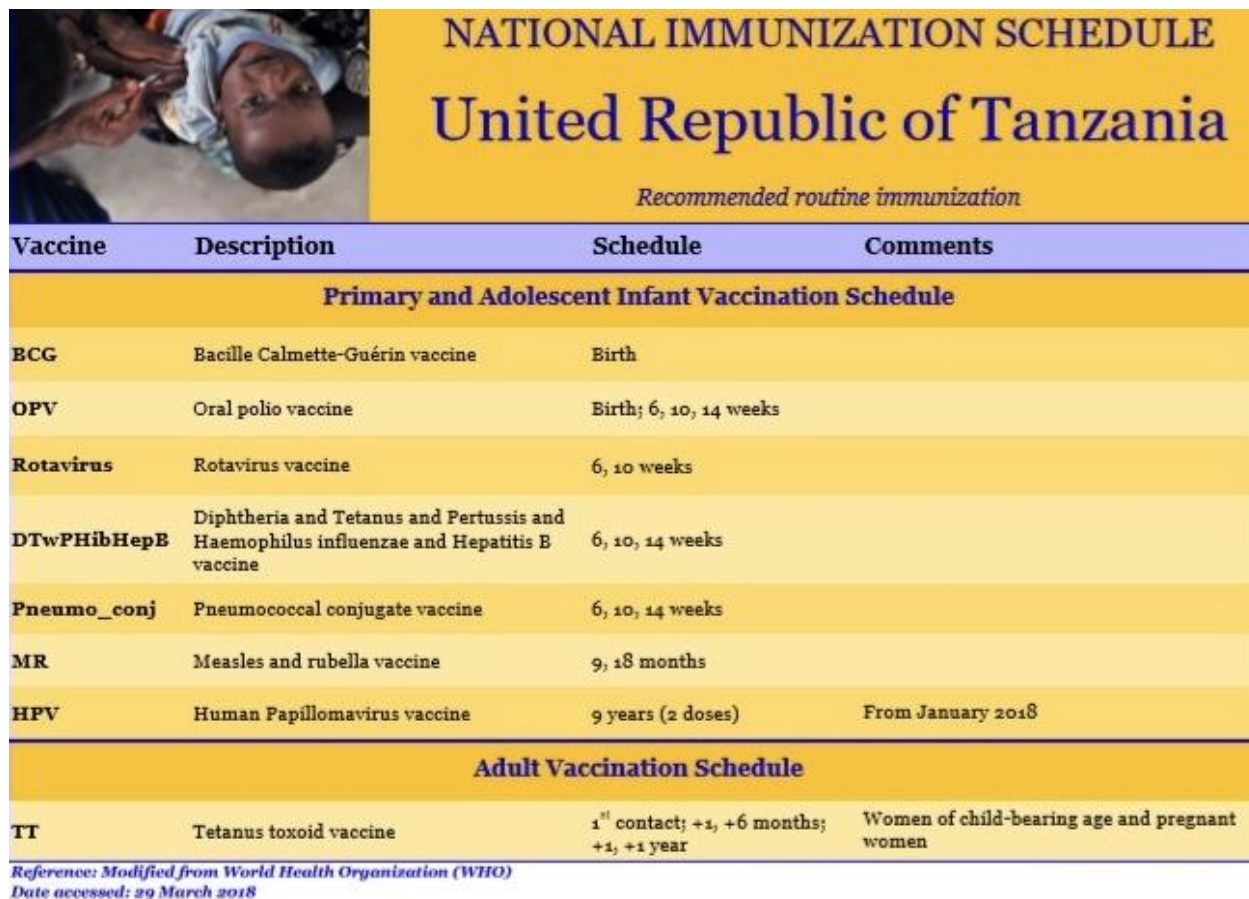
5.3. Postpartalne kontrole i cjepiva

Nakon otpuštanja iz bolnice ženu se upućuje na redovnu kontrolu 7., 28. i 42. dana nakon poroda. Šavovi od S.C.-a vade se sedmog dana od zahvata. Na redovnim se pregledima kontrolira majčin ožiljak od S.C.-a, stadij lohija te se ispituje majku ima li kakvih tegoba, komplikacija ili poteškoća u vezi dojenja. Kod djeteta se prati njegovo disanje, napredak tjelesne težine, zacjeljenje pupkovine, oči i njihovo kretanje te se obraća pažnja na neke abnormalnosti u rastu i razvoju. Praćenje djetetove težine produljuje se do njegove pete godine života.

Primjer iz prakse – Infekcija rane S.C.

Babinjača se javlja u prijemnu ambulantu zbog nastale infekcije u području reza S.C.-a. Žena se žalila na groznicu, jake bolove, osjećaj slabosti i povišenu tjelesnu temperaturu. Liječnik je upućuje na stol za pregled te ona liježe na leđa. Rana od reza bila je otvorena te se vidjela unutrašnjost abdomena. Šavovi su se raspali i rana se nije pravilno sanirala. Žena sa sobom donosi med koji se smatra prirodnim antiseptikom. Nakon ispiranja rane fiziološkom otopinom i odstranjivanja nagomilanog gnojnog sekreta gazom u otvorenu se ranu ulijeva med. Rana se rukama zatvori i na nju stavlja gaza te ponovno oblijepi flasterom. Ženu se upućuje da ponovno dođe za sedam dana te se nakon potpunog ozdravljenja rane zakazuje stavljanje sekundarnih šavova.

5.3.1. Cjepiva



Vaccine	Description	Schedule	Comments
Primary and Adolescent Infant Vaccination Schedule			
BCG	Bacille Calmette-Guérin vaccine	Birth	
OPV	Oral polio vaccine	Birth; 6, 10, 14 weeks	
Rotavirus	Rotavirus vaccine	6, 10 weeks	
DTwPHibHepB	Diphtheria and Tetanus and Pertussis and Haemophilus influenzae and Hepatitis B vaccine	6, 10, 14 weeks	
Pneumo_conj	Pneumococcal conjugate vaccine	6, 10, 14 weeks	
MR	Measles and rubella vaccine	9, 18 months	
HPV	Human Papillomavirus vaccine	9 years (2 doses)	From January 2018
Adult Vaccination Schedule			
TT	Tetanus toxoid vaccine	1 st contact; +1, +6 months; +1, +1 year	Women of child-bearing age and pregnant women

*Reference: Modified from World Health Organization (WHO)
Date accessed: 29 March 2018*

Slika 10. Kalendar cjepljenja, Tanzania

Izvor:

http://www.vacfa.uct.ac.za/sites/default/files/image_tool/images/210/Immunization_Schedules/Tanzania.pdf

Nerijetko se događa da majke ne dolaze na redovne kontrole djeteta te im se ne daju cjepiva zakazana prema terminu u kalendaru, već kasnije ili nikad.

Majka dobiva cjepivo protiv tetanusa svaki put nakon svakog poroda. Uz to Rh negativne majke nakon poroda dobivaju anti-D imunoglobulin radi potencijalne senzibilizacije majke. Ponekad lijek nije dostupan u bolnici te ga je majka primorana kupiti sama.

5.3.2. Novorođenčad HIV pozitivnih majki

Novorođenčadi s HIV pozitivnim majkama koje tijekom trajanja trudnoće nisu uzimale antiretroviralnu terapiju daje se terapija Nevirapinea u trajanju od 6 tjedana. Nevirapine se dozira peroralnim putem. Novorođenčadi do dva kilograma porodne težine daje se 8 miligrama (mg) peroralno, dok se djetetu koje teži više od dva kilograma daje doza od 12 mg. U prvom tjednu života daju se tri doze; prva doza nakon 48 sati po porodu, druga 48 sati nakon prve doze i treća 96 sati nakon druge doze. Nadalje se lijek kombinira u dozama ovisno o preporuci liječnika i razvoju djeteta (10).

Nakon davanje terapije 6 tjedana radi se PCR (Polymerase Chain Reaction) test kojim se izolira RNA te se na njemu vidi prisutnost HIV virusa. Ukoliko je nalaz negativan, dijete prima terapiju antibiotika Cotrimoxazola u narednih 9 mjeseci te se PCR test ponavlja. Pozitivan nalaz PCR testa i njegovo daljnje liječenje ovisi o pronađenim uzorcima. Ukoliko je više od 1000 kopija/mL, odmah započinje intenzivno liječenje. Ukoliko je nalaz ispod 1000 kopija/mL, nastavlja se s antivirularnom terapijom.

6. SAVJETOVALIŠTE

U sklopu kliničkog centra postoji soba za savjetovanje. Na savjetovanje dolaze majke s novorođenčetom ili pak s cijelom obitelji. Liječnik ili primalja odgovaraju na pitanja o načinu dojenja, mogućim položajima prilikom dojenja i metodi izdajanja. Također, tijekom objašnjavanja pravilnog postupanja primalja pokazuje na majci tehnike i načine dojenja, hranjenja, podrigivanja, tretiranja pupkovine i sve ostalo što joj treba pojasniti. Primalja pruža psihičku potporu i drži edukaciju majci sve dok ona sama ne savlada problem zbog kojeg je došla. Majke također dolaze u vezi savjetovanja pri bilo kakvoj opaženoj promjeni na djetetu; gubitak apetita, promjena boje i konzistencije stolice, način previjanja, kožne promjene i upale te moguće infekcije. U slučaju ozbiljnije komplikacije koja zahtijeva bolničko liječenje majke ili djeteta, primalja ili liječnik upućuju majku na daljnje pretrage u bolnicu. Majka ili otac u savjetovalište mogu doći u bilo koje doba dana i noći te će netko uvijek biti prisutan da riješi bilo kakve nedoumice ili nejasnoće u vezi trudnoće i majčinstva.

7. PLANIRANJE OBITELJI

Planiranje obitelji označuje besplatno savjetovanje ženama i njihovim partnerima o promišljenoj reprodukciji, kontracepciji te sigurnom seksualnom zdravlju. Žene se najčešće javljaju u bolnicu nakon poroda i oporavka te prolaska doba babinja kako bi se informirale o mogućim metodama kontracepcije te savjetovale o daljnjem decidiranom začecu.

Menstruacijski ciklus i vrijeme potencijalnosti začeca objašnjava se na ogrlici na kojoj su različitim bojama označene pojedine faze ciklusa. Pojašnjavanjem svake pojedine faze i perioda najveće vjerojatnosti začeca, žena se osvještava o metodama kontracepcije.

Edukacijom žena o reproduktivnom i seksualnom zdravlju prevenira se i smanjuje postotak materalnog mortaliteta. Materalni mortalitet visoko je zastupljen u Tanzaniji te je uz pomoć zdravstvenih djelatnika, odgajatelja, učitelja i njihovog podučavanja moguće povećati broj zdravih i željenih trudnoća te sigurnih poroda. (11, 12)

Metode kontracepcije

Kontracepcija služi kao sredstvo kontrole nastanka začeca te pojedine metode također služe kao zaštita od spolno prenosivih bolesti (SPB). Ženi i njezinom partneru prezentiraju se svi načini kontracepcije, a ona odabire sebi najpovoljniji (13). Metode dijelimo na farmakološke, koje obuhvaćaju hormonsku kontracepciju i spermicidna sredstva, te na nefarmakološke kao što su mehaničke barijere, sterilizacija i suzdržavanje od spolnog odnosa (14).

U LHCC-u dostupne su sljedeće metode kontracepcije;

- 4) Kondom – mehanička barijera koja sprječava dospijee spermija do jajne stanice, ujedno i štiti od SPB-a ako se pravilno koristi.
- 5) Oralna kontracepcija – hormonska oralna kontracepcija najčešće dolazi u obliku tableta koje mogu biti u pakiranju od 21 ili 28 tableta. Ovisno o vrsti, tablete sadržavaju hormone estrogena i progesterona te one ne isključuju opasnost od zaraze SPB-a.
- 6) Kontracepcijski implantat – implantat otpušta male doze progesterona koji se aplicira subkutano pomoću igle u podlakticu, a djelovanje mu je do tri godine (15).

- 7) Kontracepcijska injekcija – Depo-Provera se aplicira svaka tri mjeseca subkutano u podlakticu. Injekcija sadržava progesteron te se ne primjenjuje duže od dvije godine (16).
- 8) Hitna postkoitalna kontracepcija - ova metoda kontracepcije ne smije se primjenjivati kao redovita, već se koristi u hitnim slučajevima. Najveća učinkovitost hitne kontracepcije je u što kraćem vremenskom roku nakon spolnog odnosa.

Niti jedna metoda kontracepcije nije 100% sigurna te uvijek postoji mogućnost oplodnje i začeća. Pravilna uporaba i uzimanje kontracepcija od velike je važnosti kako bi mogla ispravno djelovati. Svaka metoda ima prednosti i nedostatke te moguće komplikacije pa se ženi mora pomno objasniti svaki segment određenog kontraceptiva. Sva savjetovanja, materijali, pribori, sredstva i lijekovi kontracepcije su besplatni.

8. ZAKLJUČAK

Nakon opservacije načina rada i djelovanja primalja u Levolosi Health Care Centru, gdje nije moguće adekvatno i sigurno voditi ženu kroz trudnoću, porod i doba babinja, ustanovljeno je da prilikom svakog pregleda, zahvata i čak posjete bolnici dolazi do izlaganja žena riziku. U okolnostima u kojima trudnica boravi, roditelja rađa te babinjača leži postoji bezbroj čimbenika koji mogu narušiti njihovo zdravlje i zdravlje ploda, novorođenčeta. Primaljska skrb iziskuje znanje, profesionalno ponašanje i brzo reagiranje. Primalja se u ovom poslu i okolnostima dokazuje kao samostalna, spretna, ambiciozna, snalažljiva i hrabra zdravstvena djelatnica. Često primaljska njega prelazi granice rada u njezinoj domeni te se ona upušta u rizike koji sa sobom nerijetko donose posljedice za zdravlje žene, djeteta i primalje. Psihička podrška trudnici, roditelji i babinjači te edukacija istih najveća je zadaća primalje u provođenju njihove skrbi. Edukacijom žena i pružanjem potpore može se reducirati nastanak komplikacija tijekom boravka u bolnici, a i izvan nje. Uz nestašicu pribora i materijala neophodnih za svakodnevni rad, nedostatak radne snage i prenapučenost bolničkog centra, primalje i dalje uspijevaju voditi odjele porodništva te uz to smatrati svoje zanimanje najplemenitijim. Porod je fiziološki čin te ga roditelja može obaviti samostalno, no primaljska je uloga ta da ga ona učini što bezbolnijim i sigurnijim.

9. LITERATURA

1. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2020., *Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje* 2020. Dostupno na: <https://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=60417> (Pristupljeno 25.6.2020.)
2. Katica Pecigoš-Kljuković, *Zdravstvena njega trudnice, roditelje i babinjače*. Školska knjiga 2005., I izdanje
3. Dubravko Habek, *Porodništvo i ginekologija*. Školska Knjiga, Zagreb 2005., III izdanje
4. Katica Pecigoš-Kljuković, *Zdravstvena njega trudnice, roditelje i babinjače*. Školska knjiga, Zagreb 2005., II izdanje
5. Andrew J Satin, MD, FACOG, Vincenzo Berghella, MD, Vanessa A Barss, MD, FACOG. *Latent phase of Labor*. Dostupno na: <https://www.uptodate.com/> (Pristupljeno 25.6.2020.)
6. Robert M Ehsanipoor, MD, Andrew J Satin, MD, FACOG, Vincenzo Bergjella, MD, Vanessa A Barss, MD, FACOG. *Normal and abnormal labor progression*. Dostupno na: <https://www.uptodate.com/> (Pristupljeno 25.6.2020.)
7. Marc Van De Velde, *Low-Dose Spinal Anesthesia for Cesarean Section to Prevent Spinal-Induced Hypotension*, 2019. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30747727/> (Pristupljeno 25.6.2020.)
8. Gulbahtiyar Demirel, Handan Guler, *The Effect of Uterine and Nipple Stimulation on Induction With Oxytocin and The Labor Proces*, 2015. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26444882/> (Pristupljeno 25.6.2020.)
9. D W Irons, P Sirskandabalan, C H Bullough, *A Simple Alternative to Parenteral Oxytocicis for the Third Stage of Labor*, 1994. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7805977/> (Pristupljeno 25.6.2020.)
10. Ivan Oransky, MD, Jo-Ann Strangis, Laura Stokowski, RN, *MedScape* Dostupno na: <https://reference.medscape.com/drug/viramune-viramune-xr-nevirapine-342623> (Pristupljeno 25.6.2020.)
11. Deogratius Bintabara, Julius Ntwenya, Issac I Mario, Stephen Kibusi, Daniel W Gunda, Bonaventura C T Mpondo, *Client Satisfaction With Family Planing Service sin High Area of High Unmet Need: Evidence from Tanzania Service Provision Assessment Survey, 2014*

- 2015. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30012151/> (Pristupljeno: 25.6.2020.)
12. Veneranda M Bwana, Susan F Rumisha, Irene R Mremi, Emanuel P Lyimo, Leonard E G Mboera, *Patterns and Causes of Hospital Maternal Mortality in Tanzania: A 10-year retrospective analysis*, 2019. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30964909/> (Pristupljeno 25.6.2020)
13. Snježana Prijić-Samaržija, *Kontracepcija: prirodno, umjetno* Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=108302 (Pristupljeno 26.6.2020.)
14. Alen Šelović, dr.sc., *Kontracepcija, 2015*. Dostupno na: <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/27630/Kontracepcija.html> (Pristupljeno 26.6.2020.)
15. Djelatnici Mayo Klinike, *Mayo Clinic Family Health Book*. Dostupno na : <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/contraceptive-implant/about/pac-20393619> (Pristupljeno 28.6.2020.)
16. Ana Micevska Slave, *Kontracepcija 2018*. Dostupno na: <http://poliklinika-ginecej.hr/kontracepcija/> (Pristupljeno 28.6.2020.)

10. PRILOZI

10.1. *Popis slika*

Slika 1. Trudnička knjižica Levolosi Health Care Centra, Arusha, Tanzania	4
Slika 2. Prijemna ambulanta u LHCC-u, Arusha, Tanzania	9
Slika 3. Predrađaonica u LHCC, Arusha, Tanzania	11
Slika 4. Rađaona u LHCC, Arusha, Tanzania	13
Slika 5. Odvajanje pupkovine od posteljice iglom, LHCC, Arusha, Tanzania	15
Slika 6. Rađaona, stol za novorođenčad u LHCC-u, Arusha, Tanzania	16
Slika 7. Monitoring u operacijskoj sali tijekom S.C., Arusha, Tanzania	19
Slika 8. Rodilište u LHCC-u, Arusha, Tanzania	23
Slika 9. Postoperacijska jedinica u LHCC-u, Arusha, Tanzania	25
Slika 10. Kalendar cjepljenja, Tanzania	27

10.2. Popis kratica

LHCC – Levolosi Health Care Centar

UZV – Ultrazvuk

CTG – Kardiotokografija

KČS – Kucanje čedinjeg srca

LP hvatovi – Lepopold-Pavlikovi hvatovi

mL – Miligram

IU – Internacionalna jedinica

S.C. – Carski rez

SPB – Spolno prenosive bolesti

11. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI:

Ime i prezime: Elena Del Duca

Datum i mjesto rođenja: 05.02.1998., Čakovec, Hrvatska

Adresa: Mirka Kolarića 6, Čakovec

Mobitel: 099/ 694 8003

e-mail: delduca.elena98@gmail.com

OBRAZOVANJE:

2004.-2012. Treća osnovna škola Čakovec

2012.-2016. Srednja škola Čakovec

2016.-2020. Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci

VJEŠTINE:

Aktivno korištenje računala

Strani jezici: Njemački jezik

Engleski jezik

Vozačka dozvola (B kategorija)