

Trudnoća u kasnijoj životnoj dobi - prikaz slučaja

Svjetličić, Lucija

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:583355>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-08**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

TRUDNOĆA U KASNIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI
Prikaz slučaja

Završni rad br. 25/SES/2018

Lucija Svjetličić

Bjelovar, listopad 2018.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Svjetličić Lucija** Datum: 06.04.2018. Matični broj: 001418

JMBAG: 0314013406

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA MAJKE I NOVOROĐENČETA**

Naslov rada (tema): **Trudnoća u kasnijoj životnoj dobi – prikaz slučaja**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo** Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Mirna Žulec, dipl.med.techn.** zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. Đurđica Grabovac, dipl.med.techn., predsjednik
2. Mirna Žulec, dipl.med.techn., mentor
3. Ksenija Eljuga, dipl.med.techn., član

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 25/SES/2018

Studentica će u radu prikazati trudnicu kasnije životne dobi, navesti rizike takve trudnoće te prikazati proces zdravstvene njege za trudnicu.

Zadatak uručen: 06.04.2018.

Mentor: **Mirna Žulec, dipl.med.techn.**



Zahvala

Hvala mojim roditeljima, mojim životnim stupovima, na svom odricanju i borbi kako bi došla do ovoga što sad postajem.

Hvala mom suprugu na bezuvjetnom pomaganju i ohrabivanju, jer je uvijek bio moj vjetar koji me gurao naprijed.

Hvala mojoj sestri, braći i ostatku uže obitelji jer su me naučili značenju riječi obitelj.

Svima vam hvala jer ste vjerovali u mene, jer ste bili moja snaga i moja najveća potpora svatko od vas tijekom cijelog mog školovanja.

Hvala mojoj mentorici dipl. med. techn. Mirni Žulec, na ukazanom povjerenju, svom pomaganju i usmjeravanju tijekom pisanja ovoga rada.

Sadržaj

1. UVOD	1
2. CILJ RADA	2
3. PRIKAZ SLUČAJA.....	3
3.1. Anamnestički podatci.....	3
3.2. Klinička slika	4
3.3. Proces zdravstvene njege (sestrinska dijagnoza, cilj i intervencije).....	5
4. RASPRAVA	8
4.1. Općenito o trudnoći.....	8
4.2. Promjene u ženinu organizmu za vrijeme trudnoće	8
4.3. Prehrana u trudnoći	9
4.3.1. Masti.....	10
4.3.2. Bjelančevine	10
4.3.3. Ugljikohidrati	10
4.3.4. Folna kiselina (vitamin B9).....	11
4.3.5. Minerali	11
4.4. Vrste začeca u kasnijoj životnoj dobi.....	12
4.5. Općeniti i specifični pregledi tokom trudnoće u kasnijoj životnoj dobi	13
4.5.1. Amniocenteza.....	15
4.5.1.1. Postupak provođenja amniocenteze	16
4.5.2. Dvostruki i trostruki probir	16
4.6. Rizici trudnoće u kasnijoj životnoj dobi.....	17
4.6.1. Downov sindrom.....	17
4.6.2. Hipertenzija	18
4.6.3. Gestacijski dijabetes	19
4.6.4. Rizik od spontanog pobačaja.....	19
4.6.5. Srčane bolesti majke.....	20

4.6.6.	Nasjela posteljica- placenta previja.....	20
4.7.	Vrste poroda.....	21
4.7.1.	Carski rez.....	21
4.7.1.1.	Apsolutne indikacije.....	21
4.7.1.2.	Relativne indikacije.....	22
4.7.1.3.	Postupak pripreme i izvođenja carskog reza	23
4.7.2.	Vaginalni porod.....	23
4.7.2.1.	Prvo porodno doba	24
4.7.2.2.	Drugo porodno doba.....	24
4.7.2.2.1.	Porod	24
4.7.2.3.	Treće porodno doba.....	25
4.7.2.4.	Četvrto porodno doba.....	25
5.	ZAKLJUČAK	27
6.	LITERATURA.....	28
7.	OZNAKE I KRATICE.....	29
8.	SAŽETAK.....	30
9.	SUMMARY	31
10.	PRILOZI	32

1. UVOD

Trudnoća koja se odvija nakon navršenih 35 godina života, smatra se trudnoćom u kasnijoj životnoj dobi žene. Takve trudnoće su u današnje vrijeme u stalnom eksponencionalnom rastu. Razni su činitelji koje dovode do porasta ove vrste trudnoće, no među njima se ističu teži pronalazak posla i osiguravanje financijske sigurnost, produljeno vrijeme koje je potrebno za rješavanje stambenog pitanja, te želja za profesionalnim napredovanjem i stjecanjem što većeg stupnja obrazovanja. Iako trudnoća u kasnijoj životnoj dobi sa sobom nosi određene rizike, kako za majku tako i za fetus, medicina današnjice posjeduje sve više metoda i tehnika koje takvu trudnoću privode sretnom kraju. Dobro je da trudnice koje trudnoću proživljavaju nakon 35. godine života obrate pozornost na način svoje prehrane, redovito nadziru trudnoću, redovito odlaze na sve preporučene dijagnostičke i kontrolne preglede u trudnoći, te na taj način rizike koje im donosi trudnoća svedu na minimum. Također trudnoća u kasnijoj životnoj dobi sa sobom nosi određene pozitivne strane kao što su psihološka i emocionalna stabilnost žene, te povećana razina odgovornosti.

2. CILJ RADA

Cilj pisanja ovoga rada je prikaz slučaja trudnoće u kasnijoj životnoj dobi, upoznavanje sa općenitim dijelovima trudnoće, te sa specifičnostima koje nosi trudnoća u kasnijoj životnoj dobi.

3. PRIKAZ SLUČAJA

3.1. Anamnestički podatci

Pacijentica N.N., godište 1977., 28. rujna 2017. u 39. tjednu trudnoće u dobi od 40 godina vaginalnim putem rodila drugo dijete ženskog spola. Stav djeteta bio je glavicom. Čedo je težilo 3700 grama, visine 50 cm, apgar 10/10. Vrijeme trajanja poroda od 7 sati do 10 sati i 30 minuta. Porod je protekao uredno, bez urezivanja epiziotomije, također bez potrebe za šivanjem. Epiduralnu anesteziju nije primila. Krvni tlak je tijekom cijele trudnoće bio u granicama normale, kao i vrijednosti šećera u krvi. U trudnoći se udebljala 13 kg. Za vrijeme trudnoće nije konzumirala nikakve dodatke prehrani u vidu kapsula koje sadrže folnu kiselinu, željezo, omega 3 masne kiseline i drugo. Tokom trudnoće prisutni opstipacija i mučnina, te povraćanje. Pušenje u trudnoći negira. Za vrijeme trudnoće nije se podvrgnula nikakvim testovima kojima se dokazuje abnormalnost kromosoma. Od aktivnosti tijekom trudnoće provodila je jogu.

Prva trudnoća se zbivala u 21. godini života, tada također vaginalnim putem završena trudnoća, na svijet doneseno živo žensko čedo, težine 3850 grama, dužine 52 centimetra.

3.2. Klinička slika

Trudnica u četrdesetoj godini života proživljava svoju drugu trudnoću koja je bila planirana. Nikada nije imala spontani ili inducirani pobačaj, te navodi kako je prvu menstruaciju dobila sa 13 godina. Redovno je išla na kontrolne preglede u trudnoći u sklopu kojih su joj na samom početku uzeta osobna i obiteljska anamneza, napravljen papa test koji je bio uredan, ultrazvučni pregledi obavljeni po rasporedu provedbe, određena joj je Rh pozitivna krvna grupa A, nalaz opterećenja glukozom bi je uredan, kao i perineovaginalni obrisi na beta hemolitički streptokok grupe B, vrijednost TSH hormona također je bila uredne, tijekom cijele trudnoće albumini u urinu bili su negativni, krvni tlak tijekom cijele trudnoće bio je nešto nižih vrijednosti, no to nije izazivalo nikakve poteškoće trudnici koja je i prije trudnoće uobičajeno imala niže vrijednosti krvnog tlaka. Po navršenih 38 tjedana trudnoće krenula je na redovne CTG kontrole. Tijekom trudnoće nije konzumirala alkohola, drugu ili nikotin, kao niti bilo kakvu vrstu tableta, pa ni dodatke prehrani. Konzumirala je sok od aronije zbog folne kiseline, vitamina, te minerala koje biljka sadrži. U prvom trimestru trudnoće imala jutarnje mučnine i povraćanje, no to nije bilo svakodnevno. Tijekom cijele trudnoće bili su prisutni problemi sa probavom u vidu opstipacije. Za vrijeme trudnoće porast na težini bio je 13 kilograma. Pred kraj trudnoće provodila je Keglove vježbe, a do 5. mjeseca trudnoće bavila se jogom. Iako je s obzirom na godine spadala u rizičnu skupinu od pojave anomalija kromosoma fetusa odbila je amniocentezu kao i dvostruki i trostruki probir. Trudove je dobila kod kuće, te se nakon uspostave pravilnih intervala pojavljivanja kontrakcija javlja u Opću bolnicu Bjelovar. Trajanje poroda bilo je 3 sata i 30 minuta. Čedo je na svijet doneseno prirodnim pute, epiziotomija nije urezivana, žena također nije niti popucala i nije bilo potrebe za šivanjem. Epiduralnu anesteziju nije primila. Rođeno čedo ženskog spola, težine 3700 grama, te dužine 50 centimetara, apgara 10/10. Majka i dijete otpušteni kući nakon 3 dana boravka u bolnici. Pri otpustu prisutan pad na težini, te je dijete za vrijeme otpusta težilo 3570 grama. Po dolasku kući javljaju se problemi sa dojenjem, dijete odbija sisati po danu, sisa samo za vrijeme noći, te se uvodi adaptirano mlijeko uz konzultaciju sa patronažnom sestrom.

3.3. Proces zdravstvene njege (sestrinska dijagnoza, cilj i intervencije)

1. Neupućenost u/s važnošću uzimanjem dodataka prehrane u trudnoći

Cilj: Trudnica će znati nabrojati najmanje 2 razloga uzimanja dodataka prehrane u trudnoći.

Intervencije:

- Educirati trudnicu o pozitivnim učincima dodataka prehrani u trudnoći.
- Savjetovati trudnicu o važnosti unosa dodataka prehrane.
- Poticati trudnicu na usvajanje novih informacija.
- Izbjegavat korištenje medicinskih izraza, koristit izraze razumljive trudnici.
- Prilagoditi komunikaciju intelektualnoj razini trudnice.
- Osigurati vrijeme u kojemu će trudnica demonstrirati naučeno.

2. Strah u/s procesom poroda

Cilj: Trudnica će se pozitivno suočiti sa strahom.

Intervencije:

- Stvoriti osjećaj povjerenja.
- Na zanimljiv način educirati trudnicu o tijeku poroda.
- Poticati pozitivan stav trudnice.
- Isticati lijepe trenutke koji slijede nakon poroda.
- Nagnati trudnicu na izražavanje svojih trenutnih osjećaja vezanih uz porod.
- Poticati trudnicu na izražavanje svojih strahova partneru kako bi se zajedno suočili sa strahovima koje imaju, a vezani su uz porod.

3. Visok rizik za opstipaciju

Cilj: Trudnica će imati svaki drugi dan stolicu mekane konzistencije.

Intervencije:

- Savjetovat trudnici unos hrane bogate vlaknima.
- Educirati trudnicu o važnosti dnevne aktivnosti i kretanja u granicama njenih mogućnosti.
- Poticati unos optimalno 2 do 2.5 litre tekućine dnevno.
- Savjetovati konzumaciju optimalno 4 do 8 komada voćki dnevno.
- Educirati ju o namjernicama koje izazivaju opstipaciju kako bi ih izbjegavala.

4. Smanjena mogućnost brige za sebe – odijevanje

Cilj: Trudnica će prihvatiti pomoć druge osobe pri odijevanju, te će koristiti potrebna pomagala kako bi si olakšala proces odijevanja.

Intervencije:

- Poticati pozitivan stav trudnice.
- Educirati ju o promjenama na tijelu koje joj otežavaju proces odijevanja određenih dijelova tijela.
- Pomagala pri odijevanju kao što su „žlica“ za obuvanje obuće staviti nadohvat ruke trudnice.
- Zajedno sa trudnicom definirati u kojim situacijama joj je potrebna pomoć druge osobe pri odijevanju.

5. Mučnina

Cilj: Trudnica će uspješno provoditi postupke u svrhu suzbijanja mučnine.

Intervencije:

- Educirati trudnicu o uzrocima koji dovode do pojave mučnine.
- Educirati trudnicu o provođenju vježbi dubokog disanja.
- Poticati trudnicu na konzumaciju manjih ali češćih obroka.
- Savjetovat izbjegavanje jako začinjene, masne hrane.
- Savjetovati više puta prožvakati sadržaj u usnoj šupljini.
- Savjetovat izbjegavanje fizičkog napora do 1 sat nakon obroka.
- Poticati konzumaciju čajeva koji imaju umirujuće djelovanje.

6. Povraćanje

Cilj: U trudnice neće doći do pojave simptoma dehidracije.

Intervencije:

- Educirati trudnicu o važnosti unosa dovoljne količine tekućine u organizam, u prosjeku 2-3 litre dnevno.
- Savjetovat uzimanje manjih ali češćih obroka.
- Poticati redovno provođenje higijene usne šupljine.
- Savjetovat joj boravak u prostorijama koje imaju povoljne mikroklimatske uvjete.
- Educirati o primjeni hladnih obloga na predjelu čela ili pak području vrata.

4. RASPRAVA

4.1. Općenito o trudnoći

Trudnoća je normalan, fiziološki proces, koji u prosjeku traje 280 dana ili 40 tjedana ili 9 mjeseci i 10 dana, počinje začećem a završava porodom. Termin poroda računamo prema datumu zadnje menstruacije metodom zvanom Negelovo pravilo, ili prema nalazu ultrazvuka što nazivamo gestacijski termin poroda. Začeti plod se razvija u materici koja pored ploda koji se razvija sadrži još jedan novostvoreni organ zvan posteljica. Posteljica luči hormone; horionski gonadotropin (HCG) i placentni laktogen (HPL), ali i spolne steroidne hormone estrogene i progesterone, inhibin, relaxin i niz proteina specifičnih za trudnoću koji u velikoj mjeri doprinose svim promjenama u trudnoći. Kad plod sazrije procesom rađanja odvaja se od posteljice, koja se porodi nakon rođenja čeda.

4.2. Promjene u ženinu organizmu za vrijeme trudnoće

U ženinu organizmu i na tijelu se tijekom procesa trudnoće događaju razne promijene kao što su; malaksalost i moguće nesvjestice do kojih dolazi uslijed naglog povećanja ukopnog volumena krvi u organizmu žene, pojava žgaravice i osjetljivosti na mirise, povećava se pigmentacija u predjelu lica koju nazivamo chloasma ili drugim riječima „maska trudnoće“, te pojava pojačane pigmentacije na predjelu trbuha odnosno linea nigra. Povećana pigmentacija u trudnoću uzrokovana je radom hipofize koja otpušta hormone koji zatim potiču aktivno lučenje melanina. Također dolazi do povećanja abdomena uslijed rasta i sazrijevanja fetusa. Ligamenti u tijelu žene se rastežu, te to uzrokuje pojavu boli u predjelu prepona. Također može doći do pojave ortostatske hipotenzije, fiziološke anemije, potrebe za učestalim mokrenjem uslijed povećanja uterusa koji vrši pritisak na mokraćni mjehur žene. Dolazi do pojave grčeva u nogama uslijed povećanjem uterusa koji vrši pritisak na živce koji se protežu prema donjim ekstremitetima. Usporava se rad metabolizma uslijed povećanih vrijednosti relaxin hormona, te dolazi do opstipacije. Opstipaciju definiramo kao; neredovito, otežano ili nepotpuno pražnjenje suhe i tvrde stolice (manje od učestalih navika pojedinca) popraćeno osjećajem bolne i neugodne

defekacije. (1) Iz dojki žene počinje se izlučivati kolostrum pod utjecajem prolaktina kojeg luči hipofiza. Dolazi do povećanja tjelesne težine, te se trudnica lako umara. Edem larinksa dovodi do promjene tona glasa, moguća je pojava edema ruku i zglobova, te pred sam kraj u trećem trimestru trudnoće trudnica počinje osjećati povremena Braxton-Hicksove kontrakcije koje nagovješćuju spuštanje fetusa, te skorašnji početak poroda.

4.3. Prehrana u trudnoći

Zdrava, raznolika te uravnotežena prehrana vrlo je važan segment pravovaljanog vođenja trudnoće. Ukoliko je prehrana uravnotežena, te je dnevni unos kalorija u granicama propisanih vrijednosti, tijelo trudnice je samo sposobno zadovoljiti sve dnevne potrebe za esencijalnim tvarima kako i za svim potrebnim nutrijentima za kojima se u trudnoći stvara potreba radi pravilnog rasta i razvoja čeda. Važno je i za vrijeme same trudnoće pridržavati se piramide pravilne prehrane. Prije svega u trudnoći je bitna kvaliteta, a ne kvantiteta, odnosno važnije je usmjeriti pažnju na unos zdravih namjernica koje su bogate potrebnim vitaminima, mineralima i ostalim tvari koje utječu na pravilan i uravnotežen razvoj čeda u majčinoj utrobi. Količina unesenih tvari svakako se treba regulirati i držati pod nadzorom, te uvriježeno mišljenje kako trudnica mora jesti za dvoje nikako nije u skladu sa mišljenjem i saznanjima struke. Razdoblje trudnoće je vrijeme kad je preporučljivo povećati dnevnu dozu kalorijskog unosa hrane za 200 kalorija dnevno. Preporuča se uvesti dnevni međuobrok koje je sačinjen od mliječnih proizvoda, obogaćen voćem ili pak raznim žitaricama.

Uloga medicinske sestre u vidu pravilne prehrane trudnice je pomoći trudnici da što uspješnije shvati važnost pravilne prehrane, te da se tokom trudnoće što više pridržava smjernica koje vode ka održavanju pravilnog unosa hranjivih tvari.

Raznolikost unesenih namjernica tijekom dana također će ostvariti poželjan raznovrstan unos hranjivih tvari odnosno masti, bjelančevina, ugljikohidrata, vitamina i minerala. Svaka od tih tvari važna je za pravilan rast i razvoj čeda unutar majčine utrobe, te je važan njihov uravnotežen unos u organizam.

4.3.1. Masti

U tijeku trudnoće nije potrebno povećati unos masti u organizam. Prekomjieran unos dovodi do pojave povećanja tjelesne težine više od preporučenoga. Prehrana u trudnoći svakako treba biti sačinjena i od udjela masti s obzirom da je to jedan od izvora energije, omogućuje razgradnju vitamina koji su topivi u masti, a potrebni su organizmu tijekom trudnoće, zadržava toplinu u organizmu, stvara osjećaj sitosti, te štiti vitalne organe unutar tijela. Pod namjernice kojima se u organizam unose dovoljne količine masti ubrajaju se;

- biljna ulja, kao što su malinovo ili suncokretovo, maslac, margarin, slanina i drugo.

4.3.2. Bjelančevine

Tjelesna masa svakog biča u svojoj osnovi sačinjena je od bjelančevina. U samom organizmu svrha postojanja bjelančevina je izgradnja mišića, kosti, kose, reguliranje acidobazne ravnoteže i tekućina unutar organizma. Bjelančevine također sudjeluju u stvaranju enzima i hormona koji su bitni za normalno funkcioniranje organizma, sudjeluju u procesu transporta netopljivih lipida kroz krv, te kao i masti služe kako izvor energije tijela. Za proces stvaranja tkiva ploda potrebne su aminokiseline koje sačinjavaju bjelančevine ili se pak nalaze unutar same strukture bjelančevina. Također pravilan unos bjelančevina u trudnoći važan je za sam rast i razvoj fetusa. Za vrijeme same trudnoće dolazi do porasta ukupne količine bjelančevina u majčinoj krvi, stoga je važno da trudnica dnevno unosi jedan gram bjelančevina na svaki kilogram svoje tjelesne težine. Pod izvore bjelančevina ubrajaju se;

- meso, sir, riba, mlijeko koje jednim nazivom zovemo animalne bjelančevine.

4.3.3. Ugljikohidrati

Ugljikohidrati stvaraju potrebnu energiju baš kao i masti i bjelančevine. Olakšavaju razgradnju masti, važan su čimbenik održavanja fiziološkog stanja unutar crijevnog sustava, dio su sustava

koji proizvodi ne esencijalne aminokiseline. U sklopu dnevne prehrane ugljikohidrati čine najveći dio unesenih kalorija, stoga prekomjerni unos ugljikohidrata nikako nije preporučljiv s obzirom da dovodi do pojave pretilosti. Preporučuje se da se kod normalne trudnoće u prvoj polovici uzima 270-310 grama dnevno, a u drugoj polovici trudnoće 310-350 grama. (2) Izvori ugljikohidrata su;

- Tjestenina, riža, krumpir, svježe voće, med i drugo.

4.3.4. Folna kiselina (vitamin B9)

I prije samog začeća kao pripremu organizma žene za trudnoću, pogotovo kod žena u kasnijoj životnoj dobi koje se pripremaju na proces trudnoće važan je unos zadovoljavajućih vrijednosti folne kiseline. Također folna kiselina nosi veliku važnost u pravilnom rastu i razvoju fetusa. Preporučeni dnevni unos u trudnoći je 400 mcg, a namjernice koje su bogate folnom kiselinom su;

- grašak, grah, leća, slanutak, špinat, aronija, pivski kvasac, avokado, brokula, jaja ili pak šparoge.

4.3.5. Minerali

U toku trudnoće posebice se povećava potreba za unosom kalcija, željeza, cinka, magnezija, joda te selen. Tablica 1 prikazuje potrebno povećanje vrijednosti spomenutih minerala na dnevnoj bazi.

NAZIV MINERALA	PREPORUČENA DNEVNA KOLIČINA PRIJE TRUDNOĆE	PREPORUČENA DNEVNA KOLIČINA U TRUDNOĆI
KALCIJ	80mg	120mg
ŽELJEZO	15mg	30mg
CINK	12mg	15mg

MAGNEZIJ	280mg	320mg
JOD	150mg	180mg
SELEN	55mg	65mg

Tablica 1. Preporučeni dnevni unos minerala prije trudnoće i za vrijeme trudnoće

(Izvor: Keleminec L. Fiziološke promjene u tijelu trudnice i prehrana u trudnoći (završni rad). Split: Sveučilišni odjel zdravstvenih studija preddiplomski sveučilišni studij primaljstvo; 2014.)

Kalcij je važan za razvoj i stvaranje kostiju i zubi, te ga nalazimo u mliječnim proizvodima, špinatu, kupusu, sardinama i drugom. Željezo nalazimo u zelenom lisnatom povrću, šparogama, cikli, crvenom mesu, te gljivama, a služi za prijenos kisika do svih stanica u organizmu, te kao zaštita organizma. Trudnice koje imaju smanjenu razinu željeza u krvi spadaju u rizičnu skupinu za nastanak prijevremenog poroda, povećan gubitak krvi za vrijeme poroda ili pak rađanje čeda s niskom porođajnom težinom. Cink služi za jačanje reproduktivnog sustava žene, te njegove male količine u organizmu za vrijeme trudnoće mogu dovesti do pojave preeklampsije ili pak zastoja u rastu ploda. Cink nalazimo u mahunarkama, žitaricama, ribi ili pak suhom voću. Povećan unos magnezija u trudnoći preporučljiv je zbog smanjivanja pojave grčeva u mišićima koji znaju biti izrazito neugodni i bolni, a izvori magnezija su banane, zeleno povrće, orašasti plodovi, te rajčica. Jod je pak sastavni dio hormona štitne žlijezde, njegov nedostatak u trudnoći uzrokuje zastoj u rastu mozga fetusa.

4.4. Vrste začeća u kasnijoj životnoj dobi

Do začeća u kasnijoj životnoj dobi dolazi prirodnim putem, ili pak sve češće ako su u pitanju planirane trudnoće takozvanim umjetnim putem. Proces začeća se definira kao spajanje spermija muškarca sa jajnom stanicom žene. Ukoliko do začeća ne može doći prirodnim putem, primjenjuju se medicinske metode koje potpomažu sam čin začeća. Jedan od najčešćih uzroka otežanog začeća je životna dob žene. Povećanjem godina, smanjuje se sama plodnost žene. Osim životne dobi na začeće nepovoljno utječu i oštećenje jajovoda ili jajnika, nepravilni menstrualni

ciklusi koji dovode do neredovity ovulacija ili pak endometrioza. Da bi se utvrdila potreba za umjetnom oplodnjom, potvrdi treba prethoditi ginekološki pregled žene, papa test, pregled ultrazvukom, te pregled razine hormona u ženinu organizmu. Kod muškaraca se preporuča pregled pokretljivosti spermija, količina spermija u ejakulatu, te pregled same kvalitete spermija. Po utvrđivanju problema sa začecem žena se podvrgava procesu potpomognute oplodnje koja se može odviti na nekoliko različitih načina.

- Inseminacija je postupak pri kojemu se u šupljinu maternice za vrijeme ovulacije ubrizgava uzorak sperme. Ova se metoda koristi prva, a ukoliko se nakon nekoliko pokušaja pokaze neučinkovitim prelazi se na druge vrste umjetne oplodnje.
- In vivo oplodnja je postupak tokom kojega se iz tijela žene uzima jajna stanica koja se zatim u laboratoriju spaja sa spermom, nakon toga dolazi do nastanka embrija koji se zatim vraća u maternicu.
- Gamete Intrafallopian Transfer i Zygote Intrafallopian Transfer skraćeno nazvane GIFT i ZIFT su kao i in vivo oplodnja zasnovane na uzimanju jajne stanice iz tijela žene, te vraćanju embrija u šupljinu maternice, no njihovo provođenje je znatno kraća od in vivo postupka.
- Intracytoplasmic Sperm Injection ili pak skraćeno ICSI metoda koristi se u slučaju neplodnosti muškarca, te se kod ove metode spermiji uzimaju iz ejakulata ili pak iz testisa. Samo jedan spermij se izravno spaja s jajnom stanicom, nakon stvaranja embrija on se unosi u materničnu šupljinu baš kako i kod in vivo oplodnje.

4.5. Općeniti i specifični pregledi tokom trudnoće u kasnijoj životnoj dobi

U prvom tromjesečju trudnoće vrši se 1. kontrolni pregled to je ujedno i prvi pregled trudnice, u drugom tromjesečju provode se 3 kontrolna pregleda dok se u trećem tromjesečju provode 4 kontrolna pregleda. Po navršениh 40 tjedana pregledi se vrše svaka 2 dana, a nakon 41. tjedna svaki dan. Na prvom pregledu uzima se anamneza koja sadrži sve bitne podatke vezane uz trudnicu, provodi se vaginalni pregled u spekulima uslijed kojeg se uzimaju uzorci za papa test,

ukoliko istoimeni nije napravljen unutar posljednjih godinu dana. Pri provođenju pregleda u spekulima važnost se pridaje izgledu i boji sluznice, rodnice, vrata maternice, te izgledu i mirisu vaginalnog iscjetka koje je fiziološki bjelkast i bez specifičnog mirisa. Ukoliko žena planira trudnoću sve navedene pretrage se obavljaju u sklopu prekonceptijskog pregleda. Nakon pregleda rodnice u spekulima vrši se bimanualna palpacija unutarnjih genitalnih organa, odnosno klasični ginekološki pregled. Bimanualnim pregledom se vrši određivanje veličina maternice, stanje vrata maternice odnosno njegova konzistencija, zatvorenost ili otvorenost. Posebna važnost pridodaje se mjerenju visine, težine, krvnoga tlaka te bjelančevina u mokraći. Mjerenje spomenutih vrijednosti provodi se na svakom pregledu trudnice s obzirom da su to vrlo važni pokazatelji različitih patoloških stanja u trudnoći. U laboratorijske pretrage koje se rade po samom početku trudnoće ubrajaju se kompletna krvna slika tj. KKS, serološke reakcije na lues, određuje se krvna grupa i Rh faktor trudnice. Ukoliko je trudnica Rh negativna provode se testovi senzibilizacije. Također se provodi kompletni pregled mokraće, urinokultura s antibiogramom, te se mjere vrijednosti glukoze u krvi na tašte. U trudnica koje su ranije rodile dijete s urođenom anomalijom provodi se genetsko savjetovanje. Po navršениh 12 tjedna trudnoće doplerskim aparatom vrši se slušanje čedinjeg srca takozvani KČS. Nakon 16. tjedna trudnoće provodi se mjerenje udaljenosti fundus-sinfiza. Kardiotokografija provodi se po navršениh 38 tjedana trudnoće, dok se amnioskopija odnosno pregled plodove vode vrši nakon navršениog 40. tjedana trudnoće. Prvi ultrazvučni pregled vrši se u razdoblju od 8. do 14. tjedna trudnoće njime se utvrđuje prisutnost živog zametka i određuje se rana procjena trajanja trudnoće. Ukoliko je trudnoća višeplodna ili postoje malformacije ploda na prvom ultrazvučnom pregledu dolazi do potvrde takvih stanja. Drugi ultrazvučni pregled vrši se od 16. do 20. tjedna, te se tada provodi detaljan pregled anatomije fetusa i utvrđivanje kromosomskih bolesti. Treći ultrazvučni pregled se provodi u razdoblju od 30. do 34. tjedna, te se njime prati rast i napredak ploda. Kod trudnica u kasnijoj životnoj dobi posebna pažnja se usmjerava na kromosomske „double“ ili „triple“ testove koji su neinvazivni za razliku od procesa provođenja amniocenteze koja se također preporučuje svim trudnicama starijim od 35 godina pa nadalje. U novije vrijeme sve se češće umjesto „double“ i „triple“ testova provodi Harmony čija je vrijednost rezultata najbliža stopostotnoj točnosti.

4.5.1. Amniocenteza

Postojanje genetskih nepravilnosti u ploda ustvrđuje se pomoću više različitih testova, a jedan od njih je amniocenteza. Provedba ovog testa ima skoro stopostotnu točnost rezultata. Test se u žena koje su trudne u kasnijoj životnoj dobi koristi za odredbu postojanja kromosomskih anomalija u fetusa, osim toga provođenje ove metode također može biti uzrokovano postojanjem potrebe za određivanjem zrelosti fetalnih pluća. Amniocenteza omogućuje određivanje broja i izgleda kromosoma, spola djeteta, te za specijalnu dijagnostiku, posebice za određivanja zrelosti djeteta ili količine bilirubina u plodnoj vodi. (3) Ukoliko je svrha provođenja testa utvrđivanje prisutnosti ili ne prisutnosti genetskih poremećaja test se provodi od 11. tjedna pa nadalje do kraja trudnoće, te su u tom slučaju kod rane amniocenteze prisutni nedostaci u vidu velikog rizika od nastupanja spontanog pobačaja ili pak dug vremenski razmak od dana provođenja zahvata do dospijeca konačnih rezultata kariotipizacije koji u prosijeku traje 3 tjedna. Amniocenteza nakon 34. tjedna provodi se s ciljem određivanja zrelosti fetalnih pluća. Neke od indikacija za provođenje amniocenteze su osim trudnoće u kasnijoj životnoj dobi također i prijašnje rađanje djece sa trisomijama u obitelji, utvrđivanje pozitivne obiteljske ili osobne anamneze, pojava malformiranog ploda u prijašnjim trudnoćama, ukoliko je u prošlim trudnoćama dokazana pojava kromosomskih ili genetskih abnormalnosti, habitualni pobačaji, postojanje abnormalnosti na ultrazvučnom nalazu, te povišen rizik nakon provedenih dvostrukih ili trostrukih hormonskih testova probira. Postupak provođenja amniocenteze sam po sebi nije neinvazivan, postoje razne vrste mogućih komplikacije prilikom i nakon provođenja samog zahvata kao što su pojava sukrvice, embolizacija amniotičkom tekućinom, izloženost trudnice stresu, perforacija mokraćnog mjehura ili pak crijeva majke, Rh imunizacija, pojava depresije u trudnice uzrokovana brigom i bojazni za krajnji rezultat testiranja, grčevi, gubitak plodove vode koji je u većini slučajeva oskudan, a uzrokovan je pucanjem plodnih ovoja prilikom uzimanja uzorka za testiranje. Ukoliko kapanje odnosno gubitak plodove vode ne prestane unutar tjedan dana po uzimanju uzorka potrebna je provedba intenzivnog nadzora trudnice i fetusa kako bi se na vrijeme uočila i sanirala moguća infekcija ili pak abnormalan rast fetusa, prijevremeni porod, problemi sa radom pluća u fetusa ili pak smrt fetusa.

4.5.1.1. Postupak provođenja amniocenteze

Sam zahvat je nije bezbolan, te je trudnicu važno prije svega psihički pripremiti, upoznati ju sa rizicima koje donosi provođenje zahvata, objasniti joj način provođenja postupka, te ju upoznati sa vremenskim periodom koji je potreban za dobivanje rezultata testiranja. Vrlo važan dio provođenja amniocenteze je kontrola postupka putem ultrazvučnog aparata kako bi se izbjegle ozljede majke i fetusa. Mjesto same punkcije određuje se prema smještaju samog ploda, posteljice i veličini džepa plodove vode. Neposredno prije provođenja zahvata važno je trudnici napomenuti da je obavezna isprazniti mokraćni mjehur. Trudnica prilikom izvođenja postupka zauzima ležeći položaj na leđima, dok pri tome noge drži razmaknuto. Prije same punkcije površina trbuha se tretira antiseptikom, dok se na UZV sondu aplicira gel. Po utvrđivanju mjesta uboda pod kontrolom UZV-a tanka igla se pod kutom od 90° uvodi kroz zid maternice u amniotičku šupljinu, te se tada aspirira mala količina amniotske tekućine 1 do 1.5 ml u prvu špricu kako bi se izbjegla kontaminacija uzorka stanicama iz abdominalnog zida majke. Zatim se u drugu špricu aspirira 15 do 20 ml uzorka plodove vode koja se potom šalje na citogenetsku analizu. Količina plodove vode koja je uzeta u svrhu uzorka odmah se nadomještuje, a mjesto same punkcije na površini abdomena se previje, te trudnica na stolu ostaje ležati nekoliko minuta po završetku zahvata.

4.5.2. Dvostruki i trostruki probir

Dvostruki i trostruki probir ili drugim nazivom „double“ i „triple“ test provode se u svrhu omogućivanja usporedbe određenih biokemijskih parametara iz uzorka krvi trudnice i njezine starosti sa standardnim krivuljama, te se na taj način dolazi do procjene rizika za pojavu Dawnovog sindroma, oštećenjem neuralne cijevi ali pak poremećaja kao što je Edwardsov sindrom. Tablica 2 prikazuje točnost podataka dobivenih ovim testiranjem koji se procjenjuj na 60 do 80%, te se sam zahvat izvodi u periodu od 15. do 18. tjedna trudnoće. Ukoliko rezultati testa budu sumnjivi trudnica se upućuje na provođenje amniocenteze kako bi se dobili vjerodostojniji nalazi.

METODA	TOČNOST	RIZIK
Amniocenteza	99,99%	1:100
Dvostruki probir	80%	Nema rizika
Trostruki probir	60%	Nema rizika

Tablica 2. Postojanje rizika i postotak točnosti rezultata prilikom provođenja amniocenteze, dvostrukog i trostrukog probira

(Izvor: Harmony prenatal test. Usporedba screening metoda. [Online]. 2018. Dostupno na: <http://www.harmony-test.hr/>) (29.9.2018.)

4.6. Rizici trudnoće u kasnijoj životnoj dobi

Većim brojem godina trudnoće sve više rastu rizici i pojava određenih komplikacija u trudnoći. Važno je trudnicu upoznati sa mogućim rizicima kako bi sama bila što svjesnija mogućih komplikacija, te kako bi tijekom trudnoće aktivno sudjelovala u prevenciji onih komplikacija kod kojih je to moguće.

4.6.1. Downov sindrom

Ljudsko tijelo sačinjeno je od velikog broja stanica, one u sebi sadrže jezgru unutar koje se nalazi geni koji se grupiraju oko struktura nalik štapićima koje drugim riječima nazivamo kromosomima. Kod zdrave osobe se unutar jezgre svake stanice nalazi 46 štapićastih struktura, ili pak 23 para kromosoma koji se nasljeđuju od oba roditelja. Genetski materijal koji se nalazi unutar zametnih stanica podložan je mutacijama koje se događaju tijekom starenja ili pak prilikom procesa podjele stanica po završetku oplodnje. Pogrešan prijenos štapićastih struktura odnosno kromosoma tijekom procesa stanične diobe uzrok je nastanka Downovog sindroma.

Usljed pogrešnog prijenosa dolazi do postojanja viška cijelog ili djela kromosoma unutar jedne stanice. Tada dolazi do pojave 47 kromosoma umjesto uobičajenih 46 kromosoma unutar stanice. Kromosom viška naziva se 21 kromosom. Trisomija 21, u većine bolesnika, nastaje u starijih trudnica za vrijeme oogeneze tijekom prve mejotske diobe. (4) Pojava Downovog sindroma povećava se u trudnoćama koje su nastupile u kasnijoj životnoj dobi, a s većim brojem godina trudnice i rizik je sve veći. U trudnica od 35 do 40 godina starosti rizik iznosi 1:100, a on se kod trudnica do 45 godina povećava na 1:50. Ukoliko žena koja godinama spada u rizičnu skupinu od pojave ove kromosomske anomalije planira trudnoću njoj i partneru se preporuča genetsko savjetovanje sa liječnikom.

4.6.2. Hipertenzija

Krvni tlak je sila kojom krv tlači stjenku krvnih žila. (5) Hipertenzija ili drugim riječima povišeni krvni tlak jedna je od najčešćih komplikacija trudnoće u kasnijoj životnoj dobi. Tablica 3 prikazuje vrijednosti krvnog tlaka po kategorijama, normalne vrijednosti krvnog tlaka kreću se oko 120/80 mmHg, dok se kod povišenja vrijednosti kreću od 140/90 mmHg pa na dalje. Povišen krvni tlak u trudnoći jedan je od znakova EPH gestoze, te se radi preventivnih razloga tlak mjeri na svakom pregledu trudnice neovisno od njezinoj životnoj dobi. Ukoliko je hipertenzija bila prisutna u žena prije samog začeća, za vrijeme trudnoće može se očekivati njezino pogoršanje. Zujanje u ušima, bljeskanje pred očima, vrtoglavica i izrazita glavobolja simptomi su koji upućuju na pojavu povišenog krvnog tlaka. Kako bi se vrijednosti tlaka snizile trudnici se preporuča mirovanje, smanjiti unos soli u organizam, te uzimanje lijekova namijenjenih liječenju hipertenzije, ukoliko ih liječnik propiše.

KATEGORIJE	SISTOLIČKI TLAK (mmHg)	DIJASTOLIČKI TLAK (mmHg)
Optimalan	< 120	< 80
Normalan	120-129	80-84
Visoko normalan	130-139	85-89

Hipertenzija		
Stupanj I.	140-159	90-99
Stupanj II.	160-179	100-109
Stupanj III.	≥180	≥110

Tablica 3. Prikaz vrijednosti krvnog tlaka

(Izvor: Prlić N. Zdravstvena njega – opća. Zagreb: Školska knjiga; 2014.)

4.6.3. Gestacijski dijabetes

Povećana tjelesna težina trudnice i dob su najznačajniji uzroci koji dovode do pojave gestacijskog dijabetesa. U žena starije životne dobi stopa pojavljivanja uvelike je veća nego u žena mlađe životne dobi. Gestacijski dijabetes je onaj koji se prvi put pojavljuje u trudnoći. Stopa pojavljivanja najčešća je u drugom tromjesečju trudnoće. Kako bi se pak ustanovila prisutnost gestacijskog dijabetesa trudnice se upućuju na test opterećenja glukozom odnosno OGTT. Dvosatni OGTT test sa 75 grama glukoze provodi se tako da trudnica popije glukozu ujutro natašte nakon što prethodnu noć nije uzimala ni hranu niti tekućinu. (6) Vrijednosti glukoze u venskoj plazmi na tašte prije konzumacije 75 grama glukoze moraju biti 5,1 mmol/L ili manje, zatim trudnica pije 75 grama glukoze pomiješane sa malom količinom vode, te 1 sat nakon tog granične vrijednosti su 10,0 mmol/L ili manje, a nakon 2 sata 8,5 mmol/L ili manje. Sve vrijednosti veće od tih ukazuju na pojavu gestacijskog dijabetesa.

4.6.4. Rizik od spontanog pobačaja

Definira se kao gubitak ploda prije navršenog 20. tjedana trudnoće. Životna dob žene jedan je od značajnijih faktora koji povećavaju mogućnost pojave spontanog pobačaja. Uz dob također

faktori rizika za nastanak spontanog prekida trudnoće su prijašnji spontani pobačaji, infekcije, spolne bolesti, konzumacija alkohola, droga, nikotina, pretilost u žene, bolesti maternice, određene genetske bolesti u obitelji žene ili partnera, konzumacije određenih lijekova, te imunološke bolesti. Krvarenje i snažna bol najčešći su pokazatelji da je došlo do spontanog pobačaja, iako to ne mora uvijek biti tako, naime u nekim slučajevima se pri pregledu trudnice ustanovi kako nema otkucaja čedinjeg srca, a da su pri tome krvarenje i bol izostali.

4.6.5. Srčane bolesti majke

Do pojave srčanih bolesti u trudnoći dolazi uslijed pojave napora kojem je podvrgnut kardiovaskularni sustav u trudnoći. U spomenute napore spadaju povećanje ukupnog volumena krvi, povećanje frekvencije rada srca, te povećanje udarnog volumena. Napori kojima je podvrgnut kardiovaskularni sustav se unutar nekoliko tjedana od poroda vraćaju u okvire svojih uobičajenih vrijednosti. Trudnoća može pogoršati već postojeće srčane probleme u žena ili pak može doći do otkrivanja dotad prikrivenih i neustanovljenih srčanih poremećaja. Trudnici se savjetuje mirovanje, kontrola porasta tjelesne težine kako bi se preveniralo pretjerano debljanje, te redovne prenatalne kontrole.

4.6.6. Nasjela posteljica- placenta previja

Fiziološki je posteljica smještena tako da je njezin donji rub postavljen 3 do 4 cm od unutarnjeg ušća maternice, ukoliko posteljica većim ili manjim djelom prekriva unutarnje ušće maternice riječ je o placenti previji. Postoje četiri stupnja placente previje;

Placenta previja totalis koja u potpunosti prekriti unutarnje ušće maternice. Kod pojave totalne placente previje krvarenje je prisutno u većini slučajeva, te se porod provodi carskim rezom. Placenta previja partialis koja djelomično prekriva unutarnje ušće. Placenta praevia marginalis u koje donji rub posteljice doseže unutarnje ušće maternice, ali ga ne prelazi, te je vaginalni porod moguć. Nisko sjelo posteljice u kojeg je posteljica smještena vrlo nisko u donjem uterinom segmentu ali ne doseže unutarnje ušće maternice. Rizični faktori za nastanak placente previje su

prijašnje trudnoće u kojima je bio prisutan neki oblik placente previje, žene koje su rodile više puta, te sama dob trudnice, odnosno trudnoća u kasnijoj životnoj dobi.

4.7. Vrste poroda

Porod se definira kao proces u kojem se trudnica oslobađa svih pet elemenata ploda, a to su: posteljica, pupkovina, plodova voda, plod, te plodovi ovoji. Porod može biti vaginalni porod drugim riječima nazivan prirodni porod ili pak porod u vidu operativnog zahvata odnosno carski rez. Trudnoće u kasnijoj životnoj dobi češće se završavaju carskim rezom, no to nije uvriježeno pravilo. Ovisno u stanju žene, indikacijama odnosno kontraindikacijama trudnoća se privodi kraju na jedan od ta dva načina.

4.7.1. Carski rez

Latinskim nazivom sectio caesarea jedan je od najstarijih operativnih zahvata iz područja abdominalne kirurgije u sklopu kojega se provodi kirurški rez kože, vezivnog tkiva, maternice, te plodnih ovoja, da bi se na poslijetku dospjelo do ploda koje se zatim direktno vadi van. Kako je carski rez sam po sebi operativni zahvat on kao i svaka operacije sa sobom nosi određene rizike i moguće komplikacije po majku i čedo, te je u RH za provođenje istoga potrebno prisustvo određenih indikacija, a nikako se ne provodi radi subjektivne želje trudnice.

4.7.1.1. Apsolutne indikacije

Pod apsolutne indikacije za provedbu carskog reza ubrajamo;

- placenta previa totalis definira se kao stanje u kojem posteljično tkivo u potpunosti prekriva unutarnje ušće same maternice

- tumori unutar zdjelice koji svojim prisustvom onemogućuju vaginalni porođaj
- fetopelvina disproporcija tj. suženje zdjelice koje onemogućuje prolazak čeda zbog nesrazmjera između omjera glave čeda i omjera koštanog ruba zdjelice
- abrupcija posteljice odnosno proces prijevremenog odljuštenja posteljice od maternične stijenke, koji se odvija tijekom procesa trudnoće, a ne po završetku poroda čeda kako je to uobičajeno
- poprečni položaj čeda je stanje u kojem dijete nije zauzelo pravilni uzdužni položaj, te mu to onemogućuje ulazak u porođajni kanal.

4.7.1.2. Relativne indikacije

Pod relativne indikacije za provedbu carskog reza ubrajamo;

- operacije na maternici
- prethodni carski rez
- teški oblici povišenog krvnog tlaka
- čedo kod kojeg se predviđaju iznadprosječne mjere visine i težine
- višeploidna trudnoća
- produljeno vrijeme porođaja više od 12-18 sati
- stav zatkom odnosno stanje u kojem se fetus smjestio u uzdužni položaj, no zadak fetusa predvodi u porodnom kanalu, dok se glava fetusa nalazi u fundusu samog uterusa
- infekcija Humanim papiloma virusom je stanje kod koje se trudnoća završava carskim rezom ukoliko su prisutne kliničke manifestacije ove infekcije koje stvaraju mehaničku prepreku u porodnom kanalu žene

- genitalni herpes koji je uzrokovan Herpes simplex virusom tip 2, ili pak u rjeđim slučajevima Herpes simplex virusom tip 1. Prijenos ovog herpesa je kontaktni, te se često može inficirati ne samo tijekom trudnoće i poroda, nego i pri samom porodu.

4.7.1.3. Postupak pripreme i izvođenja carskog reza

Operativni zahvat u prosjeku traje 30 do 40 minuta. Prije samog operativnog postupka kako bi se omogućilo davanje intravenske terapije postavlja se intravenska kanila, uvodi se urinarni kateter, te se noge trudnice zamotavaju elastičnim zavojima, zatim se trudnica smješta u operacijsku salu i počinje primjena anestezije. Trudnici se najčešće daje regionalna anestezija odnosno epiduralna ili spinalna anestezija, koja trudnici omogućuje da vidi novorođenče odmah po završetku neonatalnog pregleda. U rijetkim slučajevima ženu se podvrgava općoj anestezija. Zatim slijedi priprema operativnog polja i sam postupak operativnog zahvata. Carski rez najčešće započinje vodoravnim rezom na površini kože u prosjeku 2 cm iznad područja simfize, a u rijetkim slučajevima izvodi se vertikalni u središtu površine trbuha između područja pupka i simfize. Potom se provodi rez vezivnog tkiva, maternice, te plodnih ovoja. Čedo se vadi iz utrobe, zatim posteljica i na samom kraju šivanjem se zatvara maternica. Provodi se rekonstrukcija trbušne stijenke, te se na koncu zašije koža. Po završetku operacije žena se smjesti na odjel intenzivne njege, a sveukupno vrijeme boravka u bolnici je u prosjeku 4 do 5 dana.

4.7.2. Vaginalni porod

Vaginalni porod započinje spontanom prsnućem vodenjaka, odnosno početkom curenja plodove vode ili pojavom regularnih kontrakcija maternice ili drugim riječima trudovima. Dijelimo ga na četiri porodna doba. U 1. trudnoći, porod obično traje najdulje 12 do 14 h; sljedeći porodi su često kraći, u prosjeku 6 do 8 h. (7)

4.7.2.1. Prvo porodno doba

Porod započinje prvim porodnim dobom, to je doba nestajanja cerviksa i otvaranja ušća. Na proces otvaranja ušća utječu pravilni trudovi. Proces nestajanja cerviksa razlikuje se kod prvoročke i višeročke. U žena koje prvi put rađaju prvo nestaje cerviks a zatim dolazi do otvaranja ušća maternice, dok se kod žena koje su rađale više puta proces nestajanja cerviksa i otvaranja ušća događa istovremeno. Početkom prvog porodnog doba važno je i započeti nadzor KČS-a koje se provodi sve do rađanja čeda. Prvo porodno doba završava kad je ušće maternice otvoreno 10 cm, te je došlo do prsnuća vodenjaka.

4.7.2.2. Drugo porodno doba

Drugo porodno doba ujedno je i doba rađanja čeda. Ono započinje kad je cerviks nestao, ušće je potpuno otvoreno, a završava rađenjem čeda. Sam proces poroda sačinjen je od tri elementa, a to su porodne snage odnosno trudovi, porodni put te porodni objekt odnosno čedo.

4.7.2.2.1. Porod

Pri stavu glavom čedo je na samom ulasku u malu zdjelicu flektirano, odnosno glavica je priljubljena uz prsa, konfigurirano ili drugim riječima došlo je do preklapanja parijetalnih kosti čeda, te je sinklitički položeno tj. sutura sagitalis je jednako udaljena od promotorija i kosti zvane simfiza. Na početku glavica stoji poprijeko na samom ulazu u malu zdjelicu, sutura sagitalis ide prema Negelovom oblikvitetu, vodi mala fontanela, te se centririra uz crtu prolaznicu. Zatim glava ulazi u malu zdjelicu gdje su svi promjeri 12 cm, ramena čeda se nalaze iznad simfize i promotorija. U sredini male zdjelice događa se unutarnja rotacije, tad je fontanela minor ispod simfize, a sutura sagitalis u smjeru diameter recta. Proces unutarnje rotacije glave omogućuje da ona svojim promjerom od 9,5 cm prođe kroz diameter interspinalis koji je promjera 10 cm, na taj način ramena dolaze iznad poprečnog promjera, koji iznosi 13 cm, ulaza u malu zdjelicu te ulaze u malu zdjelicu. U trenutku kada se glava čeda pokazuje u introitusu

vagine uslijed truda, a van truda se povlači to je pokazatelj da još nije svladan otpor mišića dna male zdjelice. U trenutku kada van truda glavica ostaje u introitusu vagine, to označava svladavanje otpora, te počinje izgon čeda. Važno je da pri izgonu glavica ostane u fleksiji, a to se ostvaruje guranjem glavice u taj položaj i onemogućivanjem defleksije. Jednom rukom primalja čuva međicu dok drugom rukom gura glavu u fleksiju, i taj postupak traje sve do pojave prvog hipomohliona, odnosno granice kose na zatiljku čeda. Zatim se rađa glavica, kada je glavica rođena ramena čeda se nalaze iznad spine ossis ischii. Provodi se vanjska rotacija tako da se glavica primi rukama sa strane ušiju i zatiljka, te se okrene prema bedru žene ovisno o namješčaju ukoliko je prvi namješčaj okreće se lijevo, ukoliko je drugi namješčaj okreće se desno. Proces vanjske rotacije provodi se kako bi ramena okomitim položajem prošla interspinalni prostor i ušla u pravi promjer izlaza iz porodnog kanala. Po završetku vanjske rotacije porodi se prvo 2/3 prednjeg ramena to je drugi hipomohlion ispod simfize, a potom stražnje rame iznad perineuma, te cijelo prednje rame, na samom kraju rađa se ostatak tijela djeteta.

4.7.2.3. Treće porodno doba

Početak trećeg porodnog doba smatra se trenutak rađanja čeda, a njegov kraj označava rađanje posteljice. U prosjeku treće porodno doba traje 30 do 60 minuta, važno je po rođenju čeda isprazniti mokraćni mjehur kako ne bi došlo do usporavanja retrakcije uterusa i samog rađanja posteljice. Po završetku poroda posteljice ona se pregledava kako si se ustanovilo jesu ili prisutni svi dijelovi.

4.7.2.4. Četvrto porodno doba

Rađanje posteljice označava početak četvrtog porodnog doba koje traje do 2 sata nakon poroda. U četvrtom porodnom dobu dolazi do retrakcija, odnosno skraćivanja mišića maternice, i kontrakcije tj. stezanja maternice. Retrakcije i kontrakcije dovode do miotamponade ili drugim riječima procesa u kojem mišići svojim stezanjem zatvaraju lumene krvnih žila i trombotamponade, odnosno proces u kojem se na kraju raskinutih krvnih žila unutarnje stjenke

maternice stvara krvni ugrušak. Ukoliko je pri procesu rađanja čeda u drugom porodnom dobu urezana epiziotomija u četvrtom porodnom dobu provodi se šivanje iste.

5. ZAKLJUČAK

Povećanjem godina smanjuje se mogućnost začeća u kasnijoj životnoj dobi, iako prirodan način začeća nikako nije isključiv. Ukoliko pak ne dođe do prirodnog načina začeća postoji mogućnost izvršavanja postupka umjetne oplodnje. Kad u kasnijoj životnoj dobi nastupi trudnoća ona sa sobom nosi određene specifičnosti, te određene rizike. Majka i dijete spadaju u rizičnu skupinu za nastanak određenih bolesti koje se pravovaljanim nadzorom i prevencijom mogu svesti na minimalnu mogućnost pojavljivanja. Kako bi se ustanovile određene anomalije u fetusa starijih trudnica postoji mogućnost podvrgavanja određenim dijagnostičkim postupcima. U tijelu žene tijekom trudnoće dolazi do određenih promjena koje su između ostaloga uzrokovane povećavanjem razine određenih hormona. Kako u trudnoći dolazi do povećanih potreba za određenim hranjivim tvarima, važno je obratiti pozornost na to, te se pridržavati dnevnog unosa koji se u trudnoći uslijed povećanja potreba također povećava. Potrebno je jesti zdravo i uravnoteženo, te u ni u kakvom pogledu nije poželjno pretjerivati. Sam završetak trudnoće u starijih trudnica ne razlikuje se bitno nego u onih mlađih, no praksa je sklonija takve trudnoće završiti pomoću carskog reza.

6. LITERATURA

1. Šepec S., Munko T., Abcu Aldan D., Turina A. Sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara; 2011.
2. Dražančić A. Porodništvo. Zagreb: Školska knjiga; 1999.
3. Šilje M. Amniocenteza i metode zdravstvene njege. Sestrinski glasnik [Internet]. 2016;21(3):204-210. Dostupno na: <https://doi.org/10.11608/sgnj> (26.9.2018.)
4. Antičević D., Barišić I., Čulić S., Čulić V., Erceg M., Gabrić Pandirić D., Gelb M., Ivić Puizina N., Karaman K., Karelović D., Novak J., Rešić B. Sindrom Down. Split: Naklada Bošković, Udruga 21 za sindrom Down; 2008
5. Prlić N. Zdravstvena njega – opća. Zagreb: Školska knjiga; 2014.
6. Đelmiš J, Ivanišević M, Juras J, Herman M. Dijagnoza hiperglikemije u trudnoći. Gynaecologia et perinatologia [Internet]. 2010;19(2):86-89. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/68422> (28.9.2018)
7. MSD priručnik. Normalna trudnoća i porod. Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/ginekologija/normalna-trudnoca-i-porod/normalni-porod> (29.9.2018.)

7. OZNAKE I KRATICE

cm – centimetri

CTG – kardiokografija

EPG – edem, proteinurija, hipertenzija

GIFT - Gamete Intrafallopian Transfer

h – sat

HCG - humani korionski gonadotropin

HPL - human placental laktogen

ICSI - Intracytoplasmic Sperm Injection

KČS – kucajevi čedinjeg srca

Kg – kilogram

KKS – kompletna krvna slika

mcg – mikrogram

mg – miligram

mmol/L – milimol/Litra

mmHg – milimetar stupca žive

OGTT - oralni glukoza test tolerancije

RH – Republika Hrvatska

TSH - Tireoidni stimulirajući hormon

UZV – ultrazvuk

ZIFT - Zygote Intrafallopian Transfer

8. SAŽETAK

Trudnoće u kasnijoj životnoj dobi u stalnom su porastu, a sa sobom nose određene rizike za majku i fetus koji se pravovaljanim nadzorom mogu držati pod kontrolom. Isto kao i kod trudnoća u žena mlađe životne dobi važna je pravilna i uravnotežena prehrana, umjerena fizička aktivnost, pridržavanje preporuka liječnika, obavljanje svih preporučenih pregleda za vrijeme trudnoće, te redovna kontrola rasta i razvoja fetusa. U svrhu ovog završnog rada intervjuirana je multipara koja je svoju drugu trudnoću proživljavala u 40-oj godini života. Unutar rada opisana je specifičnost njezine trudnoće, te su spomenute sličnosti i razlike u odnosu na trudnoću koju je žena proživjela mlađoj životnoj dobi. Na temelju anamnestičkih podataka uzetih tokom intervju postavljene su sestrinske dijagnoze vezane uz spomenutu trudnoću, te su postavljeni ciljevi i intervencije koje će ukoliko se budu provodile pravovaljano dovesti do pozitivne evaluacije cilja.

Ključne riječi: trudnoća u kasnijoj životnoj dobi, rizici, dijagnostičke metode, multipara

9. SUMMARY

Pregnancies later in life are on the constant rise, although they bring certain risks for both mother and baby that can be kept under control with proper supervision. The same is with pregnancies in younger ages, it is important in both of those cases to have a healthy, balanced diet and moderate physical activity, follow the doctor's orders, take all the recommended examinations during the pregnancy as well as the regular control of growth and development of the fetus. For the purpose of this final work, a multipara, who had her second pregnancy in her 40s, was interviewed. The specificity of her pregnancy, the similarities and differences in relation to her earlier pregnancy are described in this thesis. Based on anamnestic data taken during the interview, nursing diagnoses were made for her pregnancy. Goals and interventions, which would lead to a positive evaluation of the target, if they are properly implemented, were also set.

Keywords: Pregnancy later in life, Risks, Diagnostic methods, Multipara

10. PRILOZI

Popis tablica:

1. Tablica 1. Preporučeni dnevni unos minerala prije trudnoće i za vrijeme trudnoće (Izvor: Keleminec L. Fiziološke promjene u tijelu trudnice i prehrana u trudnoći (završni rad). Split: Sveučilišni odjel zdravstvenih studija preddiplomski sveučilišni studij primaljstvo; 2014.)
2. Tablica 2. Postojanje rizika i postotak točnosti rezultata prilikom provođenja amnicenteze, dvostrukog i trostrukog probira (Izvor: Harmony prenatal test. Usporedba screening metoda. [Online]. 2018. Dostupno na: <http://www.harmony-test.hr/>)
3. Tablica 3. Prikaz vrijednosti krvnog tlaka (Izvor: Prlić N. Zdravstvena njega – opća. Zagreb: Školska knjiga; 2014.)

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>25. 10. 2018.</u>	Lucija Sjetlić	Lucija Sjetlić

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

LUCIJA SVJETLIČIĆ

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojem potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 25.10.2018.

Lucija Svjetličić
(potpis studenta/ice)