

Primaljska skrb neplodnih pacijentica

Anzulović Jelavić, Ivis Di

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:702340>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-14**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



zir.nsk.hr



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PRIJEDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

PRIMALJSTVO

Ivis Di Anzulović Jelavić

PRIMALJSKA SKRB KOD NEPLODNIH PACIJENTICA

Završni rad

Split, 2024.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PRIJEDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

PRIMALJSTVO

Ivis Di Anzulović Jelavić

PRIMALJSKA SKRB KOD NEPLODNIH PACIJENTICA

MIDWIFERY CARE FOR INFERTILE PATIENTS

Završni rad/Bachelor's Thesis

Mentor:

Izv. prof. dr. sc. Martina Šunj, dr. med.

Split, 2024.

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

ZAVRŠNI RAD

Sveučilište u Splitu
Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
Sveučilišni prijediplomski studij primaljstvo

Znanstveno područje: biomedicina i zdravstvo
Znanstveno polje: kliničke medicinske znanosti
Mentor: Izv. prof. dr. sc. Martina Šunj

PRIMALJSKA SKRB KOD NEPLODNIH PACIJENTICA

Ivis Di Anzulović Jelavić, 0346013523

SAŽETAK:

Rasprava: Primaljska skrb kod neplodnih pacijentica obuhvaća sveobuhvatnu podršku i njegu usmjerenu na žene koje se suočavaju s problemima plodnosti. Uloga primalje uključuje pružanje emocionalne podrške, informiranje o mogućnostima liječenja, kao i asistiranje tijekom medicinskih postupaka poput umjetne oplodnje. Primalje također educiraju pacijentice o zdravom načinu života, koji može poboljšati šanse za trudnoću, te pružaju kontinuiranu psihološku podršku kako bi se smanjio stres povezan s neplodnošću. Sveobuhvatna i empatična skrb ključna je za unaprjeđenje kvalitete života i izglede za uspješno začeće.

Zaključak: Primaljska skrb ključna je za neplodne pacijentice, pružajući im medicinsku i emocionalnu podršku. Kontinuirano educiranje o psihološkoj pomoći i općenito reproduktivnoj medicini bit je za poboljšanje kvalitete skrbi i ishoda liječenja.

Ključne riječi: Primaljska skrb; plodnost; neplodnost; emocionalna podrška; psihološka podrška; reproduktivno zdravlje.

Rad sadrži: 35 stranice, 4 slike

Jezik izvornika: hrvatski

BASIC DOCUMENTATION CARD

BACHELOR THESIS

University of Split
University Department for Health Studies
University undergraduate study of midwifery

Scientific area: biomedicine and health care

Scientific field: clinical medical sciences

Supervisor: Izv. prof. dr. sc. Martina Šunj

MIDWIFERY CARE FOR INFERTILE PATIENTS

Ivis Di Anzulović Jelavić, 0346013523

SUMMARY:

Discussion: Midwifery care for infertile patients encompasses comprehensive support and care focused on women facing fertility issues. The role of the midwife includes providing emotional support, informing patients about treatment options, and assisting during medical procedures such as in vitro fertilization. Midwives also educate patients on a healthy lifestyle that can improve their chances of pregnancy and provide continuous psychological support to reduce the stress associated with infertility. Comprehensive and empathetic care is essential for enhancing the quality of life and improving the prospects for successful conception.

Conclusion: Midwifery care is essential for infertile patients, providing them with medical and emotional support. Continuous education about psychological help and reproductive medicine in general is essential for improving the quality of care and treatment outcomes.

Keywords: Midwifery care; fertility; infertility; emotional support; psychological support; reproductive health.

Thesis contains: 35 pages, 4 pictures

Original in: Croatian

Sadržaj:

1. UVOD	1
2. CILJ RADA	3
3. RASPRAVA	4
3.1. PLODNOST	4
3.2. NEPLODNOST	4
3.2.1. Uzroci i čimbenici koji utječu na plodnost	5
3.3. PRIMALJSKA SKRB	6
3.3.2. Ginekološki pregled	8
3.3.3 Aspiracija	11
3.3.4. Embriotransfer	12
3.3.5. Pacijentica i trudnoća	14
3.4. PRIMALJSKA DIJAGNOZA I INTERVENCIJE	15
3.4.1. Primaljska intervencija tijekom hormonske terapije u MPO procesu ..	17
3.4.2. Primaljska uloga u praćenju i upravljanju nuspojavama MPO tretmana	18
3.5. MEDICINSKI POTPOMOŽNUTA OPLODNJA	18
3.5.1. Uloga primalje kod postupka MPO	19
3.6. ZAKON MPO U HRVATSKOJ	22
3.7. EMOCIONALNA, EDUKATIVNA I PRAKTIČNA PODRŠKA NEPLODNIM PAROVIMA	24
4. ZAKLJUČAK	25
5. LITERATURA	26
7. ŽIVOTOPIS	28

1. UVOD

Primaljska skrb kod neplodnih pacijenata važna je komponenta u procesu liječenja neplodnosti i podrške parovima koji se suočavaju s ovim izazovom. Uloga primalje obuhvaća pružanje emocionalne podrške, informiranje, edukaciju te pomoć u koordinaciji medicinskih tretmana. Evo ključnih aspekata primaljske skrbi kod neplodnih pacijenata (1).

1. Emocionalna podrška:

Neplodnost je često emocionalno iscrpljujuće iskustvo za parove. Primalja može pružiti empatiju, slušati njihove brige i ponuditi podršku u suočavanju s osjećajima stresa, frustracije i tuge.

Savjetovanje i usmjeravanje prema grupama podrške ili stručnjacima za mentalno zdravlje kada je to potrebno (2).

2. Edukacija i informiranje

Informiranje pacijenata o uzrocima neplodnosti, mogućim tretmanima i dijagnostičkim postupcima.

Objašnjavanje prirodnih ciklusa plodnosti, uključujući ovulaciju i menstruaciju, te kako ovi procesi mogu utjecati na plodnost (2).

Obrazovanje o zdravom načinu života, uključujući prehranu, tjelovježbu, izbjegavanje alkohola i pušenja, što može povećati šanse za trudnoću (2).

3. Pomoć u navigaciji kroz medicinske tretmane

Primalja može pomoći pacijentima u razumijevanju različitih mogućnosti liječenja, kao što su indukcija ovulacije, inseminacija ili in vitro oplodnja (IVF).

Podrška tijekom medicinskih postupaka, uključujući pripremu i praćenje odgovora na liječenje.

Praćenje stanja pacijenata i pružanje uputa za daljnje korake na temelju medicinskih nalaza (2).

4. Koordinacija skrbi

Suradnja s drugim zdravstvenim stručnjacima, poput ginekologa, endokrinologa i embriologa, kako bi se osigurao cjeloviti pristup liječenju neplodnosti.

Pomoć u organizaciji pregleda, laboratorijskih testova i drugih dijagnostičkih postupaka

5. Priprema za moguću trudnoću

Ako je tretman uspješan, primalja može pomoći u prijelazu prema prenatalnoj skrbi, osiguravajući da se pacijentice pripreme za trudnoću i prate tijekom ranih faza (3).

6. Postupanje u slučaju neuspjeha liječenja

U situacijama kada liječenje neplodnosti ne dovede do trudnoće, primalja može pomoći pacijentima da se nose s gubitkom, razmotre druge opcije poput usvajanja ili donacije gameta, i pružiti kontinuiranu podršku.

Uloga primalje u skrbi za neplodne pacijente je ključna, jer osigurava holistički pristup, pomaže pacijentima da se osjećaju podržano i informirano te im olakšava put kroz složen proces liječenja neplodnosti (3).

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada je temeljito istražiti i rasvijetliti ulogu primaljske skrbi u procesu liječenja neplodnosti kod pacijentica, te naglasiti njezinu važnost u pružanju sveobuhvatne podrške ženama koje se suočavaju s izazovima plodnosti. Kroz ovaj rad, analizirat će se različiti aspekti primaljske skrbi, uključujući kako primalje mogu pružiti emocionalnu, psihološku i edukativnu podršku pacijenticama tijekom svih faza liječenja neplodnosti.

Rad će se baviti time kako primalje mogu aktivno sudjelovati u postupcima umjetne oplodnje, pomoći u informiranju pacijentica o opcijama liječenja, te promovirati zdrave životne navike koje mogu povećati šanse za začeće. Također, istražiti će se utjecaj primaljske skrbi na smanjenje stresa, anksioznosti i emocionalnog opterećenja koje često prati neplodnost, s ciljem poboljšanja ukupne kvalitete života pacijentica.

U konačnici, rad će pokušati pružiti smjernice za unapređenje primaljske prakse u kontekstu neplodnosti, s naglaskom na individualiziran pristup i integraciju najnovijih znanstvenih saznanja u svakodnevnu praksu.

3. RASPRAVA

3.1. PLODNOST

Plodnost, odnosno fertilitet, jedan je od ključnih pojmova u reproduktivnoj medicini, označavajući kapacitet za zanošenje i produkciju potomstva. Ljudska plodnost, iako manja nego u mnogih drugih vrsta, igra važnu ulogu u demografskim trendovima i zdravlju populacije (4). U kontekstu plodnosti i neplodnosti, važno je razlikovati nekoliko povezanih pojmova: fekunditet, fertilitet, sterilitet, primarna i sekundarna neplodnost te supfertilitet. Svaki od ovih pojmova nosi specifično značenje i odnosi se na različite aspekte reproduktivne sposobnosti (5).

Fekunditet je biološki pojam koji se odnosi na sposobnost muškarca i žene da začnu dijete. To je pokazatelj potencijalne plodnosti, odnosno sposobnosti za zanošenje unutar određenog vremenskog razdoblja, obično mjerena kroz jedan menstrualni ciklus kod žena. Fekunditet je najviši kod mladih odraslih osoba i s vremenom opada, osobito kod žena, zbog prirodnih promjena u reproduktivnom sustavu (2,5).

Fertilitet se odnosi na stvarni ishod fekunditeta, odnosno na uspješnu trudnoću koja rezultira živorođenjem. Za razliku od fekunditeta, koji je potencijalna sposobnost, fertilitet je mjerilo koliko puta parovi uspješno začnu i rode djecu. Fertilitet je pod utjecajem mnogih čimbenika, uključujući zdravstveno stanje oba partnera, kvalitetu gameta (spermija i jajnih stanica), spolni odnos u optimalnom vremenu ciklusa, te okolišne i genetske čimbenike (2,5).

3.2. NEPLODNOST

Neplodnost, također poznata kao sterilitet, definirana je kao nemogućnost zanošenja nakon jedne godine redovitih, nezaštićenih spolnih odnosa (1). Neplodnost može biti rezultat problema s fekunditetom kod jednog ili oba partnera. Ona može biti primarna ili sekundarna (6):

1. Primarna neplodnost odnosi se na parove koji nikada nisu uspjeli začeti, unatoč pokušajima.
2. Sekundarna neplodnost opisuje situacije u kojima parovi imaju povijest jedne ili više uspješnih trudnoća, ali sada nisu u mogućnosti začeti ili iznijeti trudnoću do kraja (5).

Sterilitet je pojam koji se koristi za opisivanje potpune i nepovratne nesposobnosti začeca. Za razliku od neplodnosti, koja može biti privremena ili se može liječiti, sterilitet se odnosi na stanje u kojem ne postoji mogućnost za trudnoću bez medicinske intervencije (7). Sterilitet može biti uzrokovan ozbiljnim anatomskim abnormalnostima, genetskim faktorima ili potpunim izostankom funkcije reproduktivnih organa (npr. kod žena koje nemaju maternicu ili jajovode ili kod muškaraca koji nemaju spermatozoide) (2).

Supfertilnost je pojam koji se odnosi na smanjenu, ali ne i potpuno odsutnu plodnost. Parovi s supfertilitetom mogu začeti dijete, ali to može potrajati dulje nego kod parova s normalnom plodnošću (8). Supfertilitet je često posljedica blagih do umjerenih problema s fekunditetom, poput smanjene pokretljivosti spermija, blagih hormonalnih neravnoteža kod žena, ili drugih čimbenika koji produžuju vrijeme potrebno za postizanje trudnoće (2).

3.2.1. Uzroci i čimbenici koji utječu na plodnost

Plodnost može biti pod utjecajem različitih čimbenika, uključujući:

- a) Dob: Starost je jedan od najvažnijih faktora. Ženska plodnost značajno opada nakon 35. godine, dok muška plodnost također opada s godinama, iako manje drastično (6).
- b) Hormonalni poremećaji: Problemi s hormonima, kao što su poremećaji štitnjače ili sindrom policističnih jajnika (PCOS), mogu ometati ovulaciju i smanjiti plodnost (9).
- c) Anatomski problemi: Oštećenja jajovoda, maternice, ili drugih dijelova reproduktivnog sustava mogu spriječiti trudnoću (10).
- d) Genetski čimbenici: Genetske abnormalnosti mogu utjecati na plodnost, bilo izravno (npr. kroz kromosomske abnormalnosti) ili neizravno (npr. nasljedne bolesti) (11).

- e) Način života i okoliš: Stres, nepravilna prehrana, pušenje, alkohol, pretilost, te izloženost toksinima iz okoliša mogu značajno smanjiti plodnost (6).
- f) Zdravstveno stanje: Kronične bolesti poput dijabetesa, autoimunih poremećaja ili spolno prenosivih infekcija također mogu negativno utjecati na plodnost (5).

3.3. PRIMALJSKA SKRB

Neplodnost je nedavno definirana kao "bolest koja se karakterizira nemogućnošću uspostavljanja kliničke trudnoće nakon 12 mjeseci redovitih, nezaštićenih spolnih odnosa ili zbog oštećenja sposobnosti osobe da reproducira, bilo kao pojedinac ili sa svojim partnerom" (6). S obzirom na to da se incidencija neplodnosti povećava zbog starije dobi, životnog stila i čimbenika iz okoliša, sve više pojedinaca traži liječenje neplodnosti od zdravstvenih stručnjaka (12). Potpomognuta oplodnja (ART) započela je u Ujedinjenom Kraljevstvu 1978. godine rođenjem Louise Brown, prve bebe začete in vitro oplodnjom (IVF). Od tada su primalje i medicinske sestre uključene u liječenje i igraju važnu ulogu u upravljanju ciklusima liječenja (12).

Istraživački dokazi pokazuju da skrb medicinskih sestara u području neplodnosti može poboljšati dobrobit pacijenata, pridržavanje liječenja i kvalitetu života. Karijerni uspjeh uključuje pozitivne emocije i postignuća vezana za posao koji se akumuliraju i postupno ostvaruju tijekom radnog iskustva (12).

Neplodnost nije bolest već zdravstveni problem koji zahtijeva specifičnu podršku. Medicinske sestre i primalje koje rade s neplodnim parovima ključne su za pružanje psihosocijalne podrške, koordinaciju tretmana i povezivanje pacijenata s njihovim snom o osnivanju obitelji (13). One prate parove kroz sve faze liječenja, od dijagnoze do praćenja rezultata, koristeći svoje medicinsko znanje i vještine upravljanja. Njihova uloga uključuje informiranje, savjetovanje, planiranje tretmana, podršku tijekom ciklusa liječenja te pružanje emocionalne podrške u kriznim situacijama, bilo da liječenje rezultira trudnoćom ili ne (12).

3.3.1. Priprema pacijentice

Priprema pacijentice za postupke potpomognute oplodnje uključuje niz koraka, od medicinskih pregleda do fizičke i psihičke pripreme. Prvo se uzima anamneza i obavljaju opći i ginekološki pregledi, uz dodatne dijagnostičke postupke poput ultrazvuka, cervikalnog brisa, laparoskopije ili histeroskopije, ako je potrebno (8). Kod muškaraca se uzima uzorak ejakulata za bakteriološku analizu kako bi se isključile infekcije koje mogu ometati oplodnju (14).

Medicinska sestra ima ključnu ulogu u informiranju pacijentice i partnera o preventivnim mjerama, kao što su smanjenje pušenja, konzumacije alkohola, izbjegavanje štetnih čimbenika iz okoline i održavanje zdrave tjelesne težine (9). Prije IVF postupka, pacijentica se priprema hormonskom terapijom i liječenjem postojećih zdravstvenih stanja poput spolno prenosivih bolesti, endometrioze ili hipertireoze (2).

Programiranje IVF postupka obuhvaća pripremu ciklusa, praćenje hormonskih promjena, doziranje gonadotropina i prevenciju sindroma hiperstimulacije jajnika. Postupak se temelji na stimulaciji ovulacije i praćenju razvoja folikula (11). Priprema za aspiraciju jajnih stanica i prijenos embrija u maternicu iznimno je važna, a u tome veliku ulogu igra medicinska sestra, zajedno s ginekologom i psihologom, koji osiguravaju pacijentici odgovarajuću fizičku i psihičku pripremu. Tijekom cijelog procesa, zdravstveni tim nadzire pacijenticu, pružajući podršku i tijekom trudnoće (15).

Prilikom ulaska pacijentice u ordinaciju, prvi korak u procjeni njezinog općeg zdravlja i stanja je pažljivo promatranje njezine tjelesne konstrukcije i strukture, uključujući odnos opsega struka i bokova, tjelesnu težinu, visinu i indeks tjelesne mase (ITM) (10). Ove informacije pružaju početni uvid u opće zdravstveno stanje, a posebno u kontekstu procjene rizika za određene bolesti ili poremećaje, poput metaboličkog sindroma, dijabetesa, i hormonalnih disbalansa (16).

3.3.2. Ginekološki pregled

Ginekološki pregled je ključan postupak u procjeni zdravlja ženskog reproduktivnog sustava, koji omogućuje otkrivanje mogućih abnormalnosti, dijagnosticiranje bolesti i procjenu općeg stanja pacijentice. Pregled se sastoji od nekoliko faza, uključujući vizualni pregled, uzimanje uzoraka za laboratorijske pretrage, ultrazvučni pregled, i analizu rezultata anamneze i pregleda (3).

a) Vizualni pregled

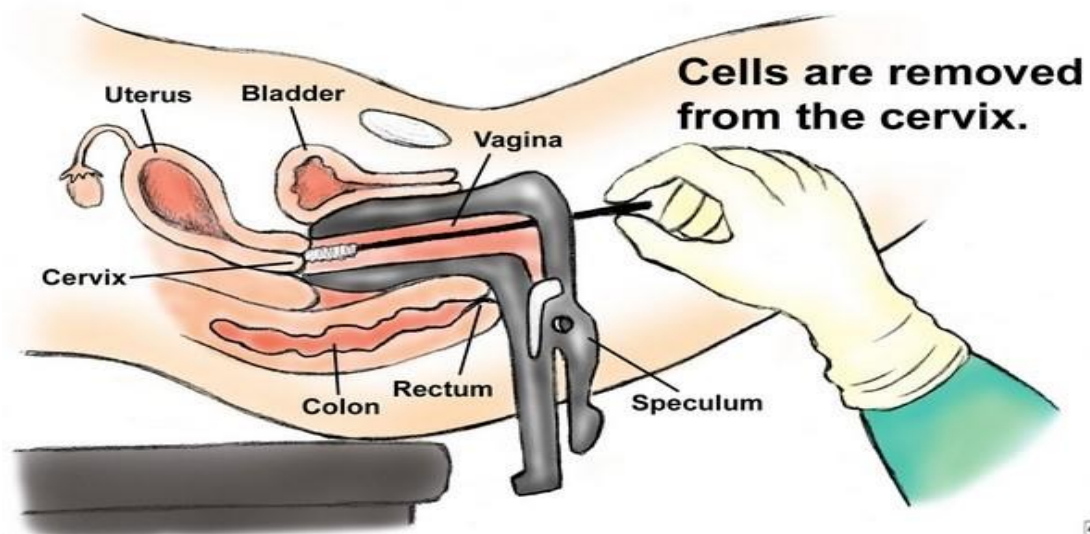
Ginekološki pregled započinje vizualnim pregledom vanjskih i unutarnjih genitalija:

- Vulva: Liječnik pregledava vulvu radi otkrivanja bilo kakvih abnormalnosti, kao što su kožne promjene, lezije, ulceracije, ili znakovi upale.
- Vagina i cerviks: Pomoću spekuluma liječnik dobiva bolji pogled na unutrašnjost vagine i cerviksa. Pritom se traže znakovi abnormalnog iscjetka, upala, polipa ili lezija.

Posebna pažnja pridaje se iscjetku iz rodnice, koji može ukazivati na infekcije ili upalne procese, te stanju cerviksa, gdje se traže promjene koje mogu sugerirati preinvazivne ili invazivne lezije (17).

a) PAPA test

PAPA test (Papa-nikolau test) je standardni postupak probira za otkrivanje preinvazivnih lezija vrata maternice. Uzima se uzorak stanica s površine cerviksa, koji se zatim laboratorijski analizira kako bi se otkrile moguće abnormalne ili kancerogene stanice. PAPA test je ključan za rano otkrivanje raka vrata maternice (15).



Slika 1. Prikaz papa testa

Izvor: <https://artemeda.hr/wp-content/uploads/2018/06/Papa-test-ginekolo%C5%A1ki-pregledi-Zagreb-1.jpg>

b) Uzimanje obrisaka

Obrisci iz uretre i cerviksa uzimaju se radi otkrivanja spolno prenosivih infekcija (SPI) ili drugih patogenih mikroorganizama koji mogu uzrokovati upale ili utjecati na plodnost (15, 17).



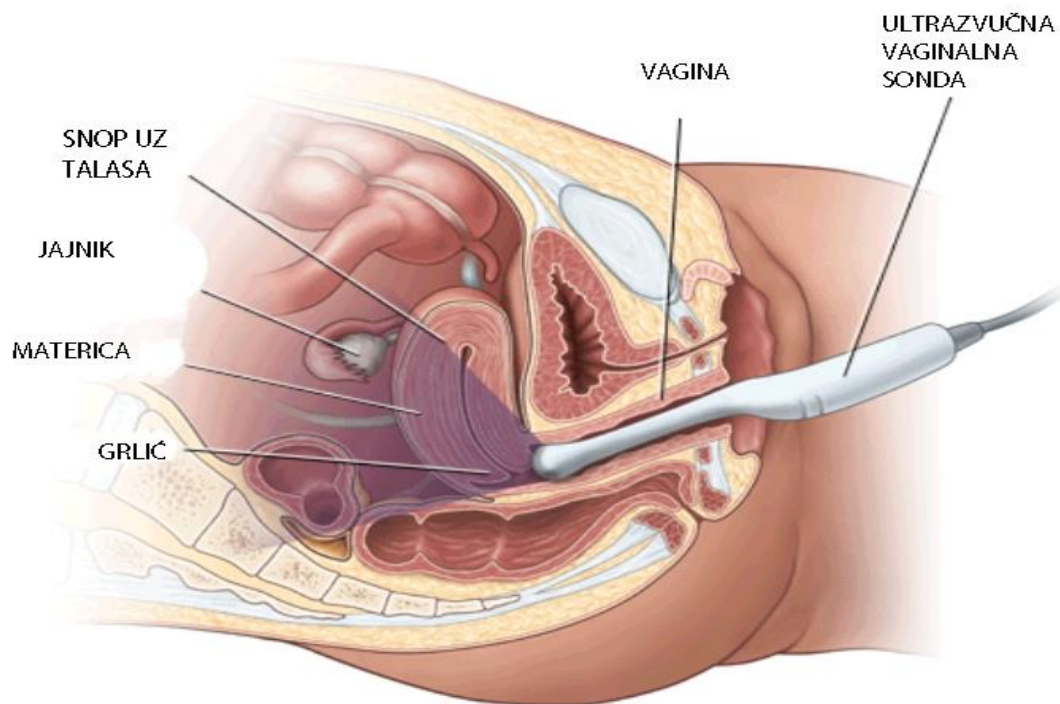
Slika 2. Prikaz uzimanja obriska

Izvor: https://najdoktor.com/storage/articles/687/thumbnail/21890_preuzmi_1.jpg

c) Ultrazvučni pregled

Ultrazvuk je neinvazivna metoda koja se koristi za detaljan pregled unutarnjih genitalnih organa:

- Dužina i položaj cerviksa
- Normalnost cerviksa
- Jajnici i jajovodi
- Miomi i adenomioza



Slika 3. Prikaz pregleda ultrazvučnom sondom

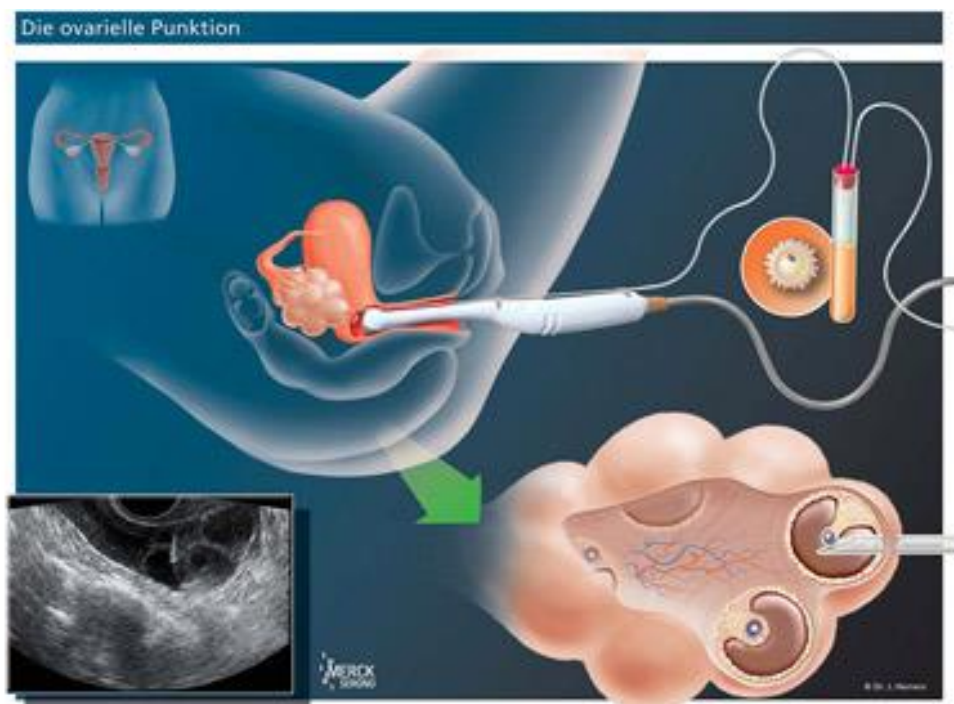
Izvor: <https://www.profemine.co.rs/wp-content/uploads/2018/10/Ginekolo%C5%A1ki-ultrazvuk.jpg>

3.3.3 Aspiracija

Pacijentica prolazi kroz terapiju injekcijama folikulostimulirajućeg i luteinizirajućeg hormona kako bi se postigla superovulacija, tj. povećano dozrijevanje folikula (9, 13). Važno je objasniti pacijentici svrhu ovih injekcija kako bi se smanjili strah i neodlučnost. Cilj je razviti više folikula koji će biti zreli za aspiraciju i daljnju obradu izvan tijela (15).

Primaljska dužnost je da informira o mogućim stupnjevima hiperstimulacije jajnika, što može uključivati simptome poput nadutosti, mučnine i blagog povećanja težine u blažem obliku, dok srednji i teži oblici mogu izazvati ozbiljnije simptome poput povraćanja i dehidracije, što može zahtijevati hospitalizaciju (12).

Aspiracija jajnih stanica obavlja se u kratkom postupku tijekom kojeg je pacijentici potrebna psihološka i fizička priprema. Primalja igra ključnu ulogu u pripremi pacijentice, osiguravanju sterilnog okruženja i pružanju podrške tijekom zahvata (8). Nakon zahvata, pacijentica se vraća na ginekološki odjel gdje ostale medicinske sestre ili primalje nadziru njezine vitalne funkcije i pruža postoperativnu njegu, uključujući kontrolu boli i sprječavanje komplikacija (15).



Slika 4. Prikaz aspiracije jajnih stanica

Izvor: <https://klinikaperinatal.com/wp-content/uploads/2015/12/Aspiracija-jajne---elije.jpg>

3.3.4. Embriotransfer

Nakon aspiracije dozrelih folikula slijedi postupak poznat kao embriotransfer. U ovoj fazi, jajne stanice se šalju na biološku analizu i stavlja u kontakt sa spermijima u

laboratoriju, čime nastaju zametci. Nakon otprilike 18 sati, oplođene stanice postaju zametci spremni za transfer u maternicu (15).

Pacijentica dolazi kod ginekologa gdje se smješta u ginekološki položaj. Embriotransfer se izvodi pod ultrazvučnom kontrolom koja pomaže preciznom pozicioniranju maternice i grlića maternice. Na ultrazvučnom monitoru vidljive su zigote koje se putem tankog katetera prenose u maternicu. Iako zahvat nije bolan, pacijentici je potrebna podrška i umirenje jer njezina opuštenost može utjecati na uspjeh transfera (12). Komplikacije su rijetke, ali mogu uključivati oštećenje maternice ili prisutnost izraslina koje otežavaju transfer.

Nakon embriotransfera, pacijentica mora strogo mirovati. Primalja pruža psihološku podršku i edukaciju o važnosti terapije hormonima kao što su gestageni (6). Pacijentici se objašnjava kako nadomjesna hormonska terapija djeluje te se savjetuje smanjenje aktivnosti, izbjegavanje tampona, seksualnih odnosa i teških fizičkih poslova. Također, preporučuje se izbjegavanje pušenja i alkohola te održavanje zdrave prehrane (3).

Primalja također objašnjava svrhu lijekova i pravila njihovog uzimanja, te upozorava da istovremeno uzimanje lijekova koji nisu propisani može poremetiti hormonski balans (18). Nakon embriotransfera, pacijentica će pratiti simptome trudnoće kao što su izostanak menstruacije, te provesti testove krvi, urina i standardne pretrage kako bi se potvrdila trudnoća (14).

Ako dođe do simptoma hiperstimulacije jajnika (OHSS), kao što su bol i nadutost, primalja je tu da prati stanje pacijentice i pruža potrebnu njegu. OHSS može uzrokovati ozbiljne komplikacije poput otežanog disanja, mučnine i povraćanja, a liječenje uključuje nadoknadu tekućine, nadzor vitalnih funkcija i preventivne mjere za ublažavanje simptoma (15).

Ako pacijentica uspješno zatrudni posvećuje joj se posebna pažnja i procjenjuje emocionalno i psihičko stanje. Primalja prikuplja podatke o prethodnim trudnoćama i bolestima koje bi mogle utjecati na ishod. Ako menstrualni ciklus pacijentice traje 28 dana, termin trudnoće određuje se prema Naegellovom pravilu, koje uključuje oduzimanje tri mjeseca od prvog dana posljednje menstruacije i dodavanje sedam dana (15).

3.3.5. Pacijentica i trudnoća

Nakon što rezultati testova potvrde da je pacijentica uspješno zatrudnjela primjenom metode potpomognute oplodnje, potrebno je pripremiti je za nadolazeću trudnoću, kako fizički tako i psihički. Primalja ima važnu ulogu u pripremi i informiranju pacijentice o svim važnim pregledima koji će uslijediti (2).

Tijekom trudnoće, pacijentica će prolaziti kroz niz ginekoloških i ultrazvučnih pregleda. Prvi ginekološki pregled obaviti će se u prvom tromjesečju, a zatim će se pregledi obavljati svakih 4 tjedna do 32. tjedna trudnoće (16). Nakon toga, pregledi će se odvijati svaka 2 tjedna do 36. tjedna, a potom svakih tjedan dana do poroda. Ultrazvuk omogućuje potvrdu života zametka, utvrđivanje dobi trudnoće, otkrivanje moguće višeploidne trudnoće i prepoznavanje kromosomskih anomalija i malformacija (16).

Ako pacijentica počne krvariti ili ako se simptomi hiperstimulacije jajnika pogoršaju zbog uzimanja lijekova, potrebno je ranije obaviti pregled, a terapija se može obustaviti prema preporuci ginekologa (7). Krvarenje nakon IVF ili ICSI metode može biti normalno, ali povećava rizik od spontanog pobačaja. Taj rizik je manji ako ultrazvuk pokaže otkucanje srca, ali kod višeploidne trudnoće rizik se povećava. Stoga se preporučuje izbjegavanje fizičkih napora i aktivnosti poput vježbanja (16).

U prvom tromjesečju trudnica treba nastaviti s hormonskom terapijom ako ne dođe do komplikacija. Nakon prvog tromjesečja, nadzor trudnoće se nastavlja kao i obično (7, 8). Kod višeploidne trudnoće, preporučuje se pažljivo praćenje kako bi se smanjila opasnost od spontanog pobačaja u kasnijem razdoblju. Tripple test i rani kombinirani test koriste se za provjeru kromosomskih bolesti, dok amnioskopija i kasna amniocenteza mogu biti preporučeni za dodatnu provjeru. Amniocenteza se izvodi između 16. i 18. tjedna gestacije i može uzrokovati komplikacije poput krvarenja ili otjecanja plodne vode, stoga je važno obratiti pažnju tijekom zahvata (16).

Prije svakog pregleda i zahvata, pacijentica treba primiti psihološku pripremu, jer invazivni postupci mogu biti stresni. Primalja pomaže trudnici da se prilagodi na promjene koje trudnoća donosi, te joj pruža emocionalnu podršku i informacije (14).

Obitelj i važni ljudi u životu trudnice također trebaju prihvatiti trudnoću kako bi se žena mogla adekvatno prilagoditi novim okolnostima. Prvi prenatalni posjet uključuje procjenu psihosocijalnog faktora, emocionalnog statusa, reakcije žene na potvrdu trudnoće, te procjenu stambene i financijske situacije. Savjeti za smanjenje stresa uključuju šetnje, razgovor s iskusnim roditeljima i pridruživanje zajednicama budućih majki (2).

U drugom tromjesečju trudnica se povezuje s djetetom, a ako se pojave problemi s emocionalnom povezanošću ili neprihvatanjem trudnoće, može biti potrebna pomoć stručnjaka ili primalje. Promjene u drugom tromjesečju mogu utjecati i na partnera, koji se prilagođava svojoj ulozi oca (17).

Tijekom trećeg tromjesečja, trudnica se priprema za porod. Preporučuje se prisustvovanje predavanjima o pripremama za porod i primanje psihološke potpore zbog straha od poroda, osobito u slučaju trudnoće koja je rezultat MPO postupka (17). Medicinska sestra ili primalja pruža savjete o zdravim prehrambenim navikama, pomaže u praćenju prirasta težine i uočavanju nepravilnosti. Također se upućuje na potrebu za prilagodbu prehrane ako postoje medicinski problemi kao što su diabetes mellitus ili kronične bolesti srca i bubrega (17).

3.4. PRIMALJSKA DIJAGNOZA I INTERVENCIJE

U ovom dijelu završnog rada razrađene su dijagnoze, ciljevi i intervencije specifične za pacijenticu koja je zatrudnjela pomoću metoda potpomognute oplodnje (MPO). Opisane su različite situacije i odgovarajuće strategije za kvalitetnu i učinkovitu njegu, kako bi pacijentica primila adekvatnu primaljsku skrb i podršku tijekom trudnoće (3).

Jedna od ključnih dijagnoza odnosi se na anksioznost uzrokovanu neizvjesnošću medicinskog postupka embriotransfera. Pacijentica se osjeća nemirno, zabrinuto i boji se nepoznatog postupka. Cilj je smanjiti njezinu anksioznost na prihvatljivu razinu. Za postizanje ovog cilja, primalja će procijeniti razinu anksioznosti pacijentice i psihološki je pripremiti za zahvat objašnjavajući svrhu, trajanje i tijek embriotransfera (15, 16).

Također, primalja će poticati pacijenticu da izrazi svoje osjećaje i pružati joj emocionalnu podršku u trenucima neizvjesnosti. Pacijentica će biti smještena u odgovarajući ginekološki položaj, a primalja za to vrijeme priprema sve potrebne materijale za zahvat te jasno objašnjava korake postupka (17).

Druga dijagnoza odnosi se na visok rizik za nastanak komplikacija tijekom trudnoće, uključujući višeploidnu trudnoću, prijevremeni porod, spontani pobačaj, kongenitalne anomalije ploda i krvarenje. Cilj je spriječiti razvoj tih komplikacija. Primalja će educirati trudnicu o štetnim učincima opojnih sredstava, alkohola, droga i cigareta te je uputiti na mogućnost nedonošenosti u slučaju neravnomjernog prirasta tjelesne težine (10). Također obavještava trudnicu o mogućem povećanom riziku od smrtnosti, naglašavajući da su takvi slučajevi rijetki. Omogućit će joj da postavlja pitanja i pružiti savjete o dnevnom unosu kalorija i hranjivim namirnicama. Važno je naglasiti značaj redovitih pregleda i preventivnih zahvata te stvoriti ugodnu okolinu za obavljanje pregleda. U slučaju krvarenja, primalja će pratiti količinu krvi i, ako je potrebno, smjestiti ženu u jedinicu intenzivne skrbi. Također će kontrolirati vitalne znakove, pratiti diurezu i obaviti sve potrebne laboratorijske pretrage (14).

Idući korak odnosi se na smanjenu mogućnost brige o sebi uslijed hipertenzije u trudnoći, što se očituje glavoboljom, promjenom vida i anksioznošću. Cilj je omogućiti trudnici da prepozna znakove i simptome hipertenzije te da bude informirana o rizicima. Intervencije uključuju edukaciju trudnice o hipertenziji, upoznavanje s znakovima i simptomima, te savjetovanje u vezi s pravilnom prehranom i unosom tekućine (6). Također, potrebno je konzultirati patronažnu sestru za dodatne posjete i naglasiti važnost mirovanja i smanjenja aktivnosti ako se pojavi hipertenzija, uz savjetovanje o ležanju na strani (3).

U slučaju dehidracije uzrokovane promjenama u hormonalnom sustavu, što se očituje povraćanjem, umorom i slabostima, primalja će omogućiti pacijentici da prepozna znakove i simptome dehidracije te različite oblike hiperstimulacijskog sindroma jajnika (OHSS) (13). Intervencije uključuju nadoknadu tekućine oralno ili intravenozno prema ordiniranoj terapiji i praćenje unosa tekućine te diureze. Preporučuje se redovito pijenje tekućine, mjerenje tjelesne težine i praćenje vitalnih znakova. Primalja će pružiti mjere

za sprečavanje povraćanja, osigurati pribor za povraćanje te omogućiti pacijentici mirovanje i preporučiti umjereno kretanje uz osiguranje mirnog i redovitog sna (16).

Na samom kraju, odnosi se na poremećaj spavanja uslijed gubitka krvi, što se očituje umorom, slabošću i nemirom. Cilj je da trudnica bude upoznata s mogućnošću krvarenja i da prepozna znakove krvarenja. Intervencije uključuju bilježenje i mjerenje količine krvi, uklanjanje straha i pružanje maksimalne podrške (19). Primalja će redovito provjeravati vitalne znakove, savjetovati pacijenticu o smanjenju bolova te primijeniti ordiniranu terapiju, uključujući analgetike (16).

3.4.1. Primaljska intervencija tijekom hormonske terapije u MPO procesu

Hormonska terapija igra ključnu ulogu u medicinski potpomognutoj oplodnji (MPO) jer pomaže u regulaciji ovulacije i pripremi maternice za embrionalni transfer (16). U ovom procesu, primalje imaju presudnu ulogu u praćenju i upravljanju terapijom kako bi se osigurali optimalni rezultati. Primalje pružaju pacijentima detaljne informacije o vrsti hormonske terapije koju će primiti. To uključuje upute o doziranju, vremenskom rasporedu, kao i potencijalnim nuspojavama (12). Pomažu pacijentima da razumiju sve aspekte terapije, čime se smanjuje osjećaj nesigurnosti i povećava suradnja s medicinskim timom (10).

Osim što educiraju, primalje redovito nadgledaju pacijentice kako bi uočile moguće nuspojave hormonske terapije. To može uključivati promjene u raspoloženju, tjelesnoj masi ili menstrualnom ciklusu (7). Ako se pojave nuspojave, primalje pružaju podršku u njihovom upravljanju, nudeći savjete i strategije za ublažavanje simptoma.

Također, primalje igraju važnu ulogu u pomoći pacijentima da se prilagode fizičkim i emocionalnim promjenama koje nastaju tijekom terapije. Pružaju podršku i savjete kako bi pacijenti lakše nosili stres i nelagode povezane s terapijom (9). Konačno, primalje koordiniraju s medicinskim timom kako bi osigurale da pacijentice razumiju i prate plan liječenja. Osiguravaju da se svi potrebni pregledi i testovi obave na vrijeme, čime se doprinosi učinkovitosti cijelog procesa liječenja (6).

3.4.2. Primaljska uloga u praćenju i upravljanju nuspojavama MPO tretmana

Tretmani medicinski potpomognute oplodnje (MPO) mogu uzrokovati različite nuspojave, a primalje imaju ključnu ulogu u prepoznavanju i upravljanju tim simptomima (16).

Primalje pomažu u identifikaciji nuspojava koje se mogu javiti tijekom MPO tretmana, kao što su bolovi, nadutost, promjene raspoloženja ili druge fizičke nelagode. Kada uoče ozbiljne ili neobične simptome, pravovremeno obavještavaju medicinski tim kako bi se osigurao pravilan medicinski odgovor (14).

Osim toga, primalje pružaju savjetovanje i podršku pacijentima u vezi s načinima ublažavanja nuspojava. To uključuje preporuke o prehranbenim navikama, tjelesnim aktivnostima i tehnikama opuštanja koje mogu pomoći u smanjenju nelagode i poboljšanju općeg stanja pacijenata (9). S obzirom na to da nuspojave MPO tretmana mogu izazvati dodatni stres i zabrinutost, primalje nude i psihološku podršku. Pomažu pacijentima da se nose s mentalnim i emocionalnim izazovima koji proizlaze iz liječenja, pružajući emocionalnu potporu i savjetovanje kako bi im olakšale cjelokupno iskustvo (12).

U slučaju ozbiljnih nuspojava, primalje koordiniraju s liječnicima kako bi se osigurao pravilan medicinski odgovor. Ovo može uključivati dodatne pretrage ili prilagodbe u planu liječenja kako bi se učinkovitije upravljalo komplikacijama i osigurali najbolji mogući rezultati za pacijentice (12).

3.5. MEDICINSKI POTPOMOGNUTA OPLODNJA

Medicinski potpomognuta oplodnja (MPO) obuhvaća različite metode i tehnike kojima se pomaže parovima koji imaju problema s plodnošću ostvariti trudnoću. Ove

metode koriste se kada prirodno začeće nije moguće ili je vrlo teško ostvarivo zbog različitih medicinskih problema kod jednog ili oba partnera (9). Postoji nekoliko različitih tehnika MPO, a izbor ovisi o uzroku neplodnosti, dobi žene, zdravstvenom stanju partnera, te drugim čimbenicima (5). Ove metode su najčešće:

1. Intrauterina inseminacija (IUI)
2. In vitro oplodnja (IVF)
3. Intracitoplazmatska injekcija spermija (ICSI)

3.5.1. Uloga primalje kod postupka MPO

Prvi posjet ginekologu pacijentica mora obaviti u ambulanti za humanu reprodukciju gdje će dobiti upute koje pretrage mora obaviti.

- OBRADA PACIJENTA : mora imati nalaz spermograma, andrološku obradu, spermokulturu i urinokulturu, endokrinološku obradu, urološku obradu i kariogram (kod indikacije) (20).
- Pacijentici je potrebno pojasniti koju dokumentaciju treba prikupiti da bi ušla u postupak MPO. Potrebna dokumentacija uključuje:
 - a) VJENČANI LIST (ne stariji od 3 mj.)
 - b) ZA NEVJENČANE PAROVE - IZVOD JAVNOG BILJEŽNIKA O IZVAN-BRAČNOJ ZAJEDNICI (također ne stariji od 3 mj.)
 - c) NALAZI HIV-a i HEPATITISA, (oba partnera ne stariji od 6 mj.)
 - d) KG samo za pacijenticu
 - e) OIB (oba partnera) (20).

Važno je priložiti osobne iskaznice zbog utvrđivanja identiteta pacijenata ili dati kopije istih. Uz svu potrebnu dokumentaciju postoje i obrasci koji moraju biti ispunjeni.

A to su :

1. Obrazac psihijatra i pravnika, koji su do nedavno bili obavezni. Sada po novom zakonu potražuje liječnik, ukoliko ih smatra potrebnim.
2. Obrazac pristanka koji potpisuju parovi a jamče da slobodnom voljom pristaju na postupak medicinske oplodnje.
3. Važno je i dati upute koje pacijenti moraju ispoštovati, a koje će im pomoći da bolje saznaju sve o IVF oplodnji tj. putu kojim moraju proći u postupku (20).

PROTOKOL

Nakon što ginekolog pregleda nalaze pacijentice i spermogram supruga, odabire odgovarajuću metodu postupka i sastavlja plan za stimulaciju ovulacije. Zatim slijedi popis lijekova koje će koristiti (12, 20). Primalja koristi tablicu da bi znala koji lijekovi su predviđeni za pacijenticu i objašnjava joj kako pratiti dane ciklusa te kada treba doći na prvi ultrazvuk. Liječnik bilježi nalaze ultrazvuka u stupce protokola na dan pregleda. Također, kada je to potrebno, određuje vrijeme za uzimanje uzoraka i dan aspiracije (12).

Slijede dužnosti primalje koje mora ispuniti, a to su : upućivanje pacijentice u sve radnje koje slijede, prikuplja dokumentaciju i arhivira je, upućuje je kada i kako će započeti sa stimulacijom (to uglavnom bude 1. ili 2. dan ciklusa), izdaje potrebnu količinu lijekova i daje upute o načinu primanja injekcija (14).

Puregon je primjerice vrsta lijeka koja se daje u obliku pen injekcije što ga čini praktičnim i za samostalnu aplikaciju. Primalja mora zatražiti kontakt broj i objasniti da se obavezno pacijentica javi 1. dan ciklusa kako bi mogle dogovoriti terapiju i dolazak na UZV pregled (14).

Lijekovi koji se koriste za stimulaciju su:

1. GONAL F (hormon FSH)
2. KLOMIFEN CITRAT, tbl.
3. PUREGON (hormon FSH)
4. MENOPUR
5. DEKAPEPTIL

6. CETROTIDE

7. OVITRELLE (štoperica)

Količina, doze i kombinacije lijekova prilagođavaju se individualno, uzimajući u obzir povijest bolesti, dob pacijentice, trajanje neplodnosti, težinu stanja i druge čimbenike (16). Pacijentica može dolaziti svakodnevno na terapiju prema dogovoru sa primaljom, ili, ako je spremna na samostalno davanje injekcija, može ih primjenjivati sama. Terapija obično traje između 10 i 12 dana, a ponekad može potrajati i duže (20).

POSTUPAK I ULOGA PRIMALJE

FOLIKULOMETRIJA - od 8. dana ciklusa započinje kontrola veličine folikula, poznata kao folikulometrija, koja se ponavlja svaka 2 dana. Na temelju rezultata tih pregleda, ginekolog može prilagoditi dozu lijekova. Terapija se nastavlja otprilike do 12. dana, ovisno o veličini folikula (16).

Na 12. ili 13. dan ciklusa, ili tijekom trećeg UZV pregleda, liječnik određuje vrijeme primanja gonadotropina (tzv. štoperice), obično u večernjim satima. 36 sati nakon primanja injekcije OVITRELLA, koja potiče sazrijevanje jajnih stanica, slijedi aspiracija folikula. Pacijentica treba obavijestiti partnera o točnom vremenu aspiracije jajašaca kako bi se moglo organizirati prikupljanje sperme ili drugi postupci za dobivanje spermija (14). Kada pacijent daje uzorak za spermioigram, primalja će mu pružiti upute koje uključuju apstinenciju od spolnih odnosa 2-4 dana prije davanja uzorka. Također, uzorak ne smije biti stariji od sat vremena kad se donese (16).

ASPIRACIJA FOLIKULA - pacijentica dolazi u laboratorij u 7:30, gdje predaje uzorak sperme svog partnera. Nakon toga, sestra je priprema za zahvat: presvlači se u spavaćicu i odvodi u operacijsku salu. Važno je napomenuti da se zahvat provodi u izuzetno sterilnim uvjetima (16).

Aspiracija jajašaca (punktiranje folikula) obavlja se u operacijskoj sali uz lokalnu anesteziju. Sestra postavlja intravenoznu infuziju s NaCl (100 ml), dolantinom i normabelom te asistira liječniku.

Punkcija se izvodi pod nadzorom ultrazvuka, koristeći vaginalnu sondu s tankom iglom koja se koristi za punktiranje jajnika i vađenje sadržaja iz folikula u epruvete. Klinički embriolog preuzima epruvete, pregledava sadržaj, izolira jajašca i sprema ih u medij za kulturu jajnih stanica (16).

Po završetku aspiracije potrebno je pacijenticu smjestiti na odjel gdje ostaje 2 sata. Pritom dobije upute kada će se javiti za ET i koju terapiju mora uzimati (16).

EMBRIOTRANSFER - 24 sata nakon punkcije i spajanja stanica, klinički embriolog provjerava oplodnju i zakazuje termin za embrio transfer (ET), koji se obično obavlja 3 do 5 dana nakon aspiracije. Najčešće se embrio transfer obavlja treći dan. Važno je napomenuti da se može vratiti između 1 i 3 zametka (12, 16). Tijekom ovog kraćeg i manje bolnog zahvata, anestezija nije potrebna. Pacijentica će nakon zahvata odmoriti 30 minuta u blago povišenom položaju. Time je jedan pokušaj medicinski potpomognute oplodnje (MPO) završen. 14 dana nakon ET, pacijentica treba napraviti test na trudnoću, bilo putem urina ili vađenjem krvi (BHCG), i rezultate treba javiti ginekologu, sestri ili embriologu. HZZO omogućuje do 6 besplatnih pokušaja, od kojih 2 mogu biti prirodna, a 4 stimulirana (20).

Sve u svemu medicinska sestra ili primalja u laboratoriju za Humanu reprodukciju nema samo dužnost brige o pacijentici koja ulazi u postupak MPO-e, već i vodi računa o urednom vođenju administracije, protokoliranju svih pacijenata odnosno uputnica kroz poseban program u računalu. Vodi brigu o sterilizaciji instrumenata, čistoći prostora i onom vrlo važnom, naručivanju lijekova i davanju terapije. Treba naglasiti da primalja svakako treba utješno i savjetodavno djelovati na pacijenticu jer je prilikom postupka ona vrlo osjetljiva (12).

3.6. ZAKON MPO U HRVATSKOJ

Medicinski potpomognuta oplodnja (MPO) u Hrvatskoj se provodi kao krajnja mjera liječenja neplodnosti, uz stroga pravila i ograničenja kako bi se osigurala sigurnost i etičnost postupka. Ključni aspekti ovih pravila uključuju broj zametaka koji se mogu prenijeti u spolne organe žene i način čuvanja preostalih zametaka (20).

Broj zametaka

Prema važećim pravilima, u MPO postupcima obično se prenose najviše dva zametka u maternicu žene. Ova praksa ima za cilj smanjiti rizik višestrukih trudnoća, koje mogu biti povezane s većim zdravstvenim rizicima za majku i djecu (11). Međutim, u određenim situacijama, kao što su žene starije od 38 godina, žene s lošim rezultatima testova pričuve jajnika, ponovljenim neuspjesima u MPO postupcima, onkološke pacijentice, te kod slučajeva teške muške neplodnosti, dopušteno je prenijeti tri zametka. Ova iznimka omogućava veću fleksibilnost u slučajevima kada su šanse za uspješnu trudnoću smanjene (20).

Čuvanje zametaka

Zametci koji nisu iskorišteni tijekom postupka MPO mogu se čuvati do pet godina na teret Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO). Ovo omogućava parovima da imaju dodatne pokušaje MPO-a u budućnosti bez potrebe za ponovnim stimuliranjem jajnika i prikupljanjem novih jajnih stanica (20). Nakon isteka petogodišnjeg roka, uz pristanak darivatelja, neiskorišteni zametci mogu se darovati drugim parovima koji također prolaze kroz MPO postupak i pristaju na takav dar. Ovo je posebno važno jer omogućava povećanje šansi za trudnoću i rođenje u slučajevima kada su parovi suočeni s ozbiljnim problemima plodnosti (20).

Ako parovi žele produljiti čuvanje zametaka nakon isteka petogodišnjeg roka, dužni su sami snositi troškove daljnjeg čuvanja. Ovo pravilo osigurava da parovi imaju kontrolu nad budućnošću svojih zametaka, ali i da se zdravstveni resursi koriste odgovorno (20).

Pokriveni postupci od strane HZZO-a

HZZO pokriva troškove do četiri pokušaja intrauterine inseminacije (IUI) i šest pokušaja izvantjelesne oplodnje (IVF), od kojih dva moraju biti u prirodnom ciklusu. Ovi pokušaji u prirodnom ciklusu podrazumijevaju da se postupak provodi bez stimulacije jajnika lijekovima, što može biti manje invazivno i manje stresno za pacijenticu, ali obično s nižom stopom uspješnosti. Ovaj model financiranja omogućava parovima pristup MPO postupcima bez prevelikih financijskih opterećenja, što je ključno za mnoge koji se bore s neplodnošću (20).

Ovakva regulacija MPO-a balansira između pružanja potrebne medicinske skrbi i očuvanja etičkih standarda, osiguravajući da postupci budu sigurni, odgovorni i dostupni onima kojima su potrebni (20).

3.7. EMOCIONALNA, EDUKATIVNA I PRAKTIČNA PODRŠKA NEPLODNIM PAROVIMA

Neplodnost predstavlja ozbiljan izazov za mnoge parove i može imati značajan utjecaj na njihove emocionalne i psihološke aspekte. Primaljska skrb igra ključnu ulogu u procesu medicinski potpomognute oplodnje (MPO) te osigurava sveobuhvatan pristup liječenju neplodnosti (20).

Primalja u ovom kontekstu ima višestruke odgovornosti. Prvo, ona pruža edukaciju i informacije o postupcima MPO-a, kao što su intrauterina inseminacija (IUI) i in vitro oplodnja (IVF) (10). Ovo omogućava pacijentima da razumiju različite opcije liječenja, njihove prednosti i potencijalne rizike, čime se smanjuje osjećaj nesigurnosti i poboljšava suradnja s medicinskim timom (13).

Drugo, primalja pruža emocionalnu podršku pacijentima. Proces MPO-a može biti emotivno iscrpljujuć i stresan, a primalja koristi empatiju i razumijevanje kako bi pomogla pacijentima da se nose sa stresom, tjeskobom i eventualnim neuspjesima. Pruža podršku ne samo pacijentici, već i partneru, potičući otvorenu komunikaciju i rješavanje nesuglasica koje mogu nastati (4, 11).

Treće, primalja se brine o praktičnim aspektima liječenja, kao što su organizacija i koordinacija medicinskih postupaka te pružanje informacije o sljedećim koracima. Ona prati tijek liječenja i osigurava da pacijenti razumiju sve aspekte postupka (14). Pristup primalje u skrbi za neplodne pacijente treba biti holistički i prilagođen individualnim potrebama, uzimajući u obzir kako medicinske, tako i psihološke aspekte liječenja. Ovaj pristup doprinosi većem osjećaju sigurnosti i razumijevanja kod pacijenata, što može pozitivno utjecati na uspješnost liječenja i opće zadovoljstvo pacijenata tijekom cijelog procesa MPO-a (6).

4. ZAKLJUČAK

Uspjeh liječenja neplodnosti konačno se mjeri rađanjem zdravog djeteta. Da bi se postigao ovaj cilj, koristi se niz složenih metoda koje zahtijevaju precizno usklađivanje mnogih faktora kako bi rezultati bili pozitivni. Razumijevanje tih metoda od strane pacijenata od ključne je važnosti. Kada pacijenti razumiju postupke i imaju jasno predstavljanje očekivanja, suradnja s medicinskim osobljem postaje bolja, pacijenti su smireniji, a rezultati kvalitetniji.

Sve metode umjetne oplodnje mogu se izvesti u prirodnom menstruacijskom ciklusu ili u ciklusu sa stimuliranom ovulacijom. Najčešće korištene metode medicinski potpomognute oplodnje uključuju inseminaciju i in vitro fertilizaciju (IVF). Svaka od ovih metoda ima specifične indikacije, prednosti i izazove.

Uloga primalje u ovom procesu je ključna. Primalja igra važnu ulogu u pružanju podrške pacijentima kroz sve faze liječenja neplodnosti.

Pristup primalje treba biti holistički i prilagođen individualnim potrebama pacijenata, uzimajući u obzir kako medicinske, tako i psihološke aspekte. Na taj način, primalja doprinosi cjelokupnom uspjehu liječenja neplodnosti i osigurava da pacijenti prolaze kroz ovaj proces s osjećajem sigurnosti i razumijevanja.

5. LITERATURA

1. Šimunić V. Reprodukcijska endokrinologija i neplodnost, medicinski potpomognuta oplodnja IVF. Školska knjiga; 2012.
2. Castells-Ayuso P, Berenguer-Labaig C, Sánchez-Martín P, Sánchez-Martín F. Nurses as a support to improve the quality of life during assisted reproduction . *Enferm Clin*. 2015 May-Jun;25(3):110-6.
3. Assens M, Ebdrup NH, Pinborg A, Schmidt L, Hougaard CO, Hageman I. Assisted reproductive technology treatment in women with severe eating disorders: a national cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015.
4. Škrablin S. Fiziološke promjene u tijelu trudnice – prilagodba na trudnoću. U: Kuvačić I, Kurjak A, Đelmiš J, i suradnici. *Porodništvo, Medicinska naklada, Zagreb, 2009; 63-67*
5. Šimunić V. Dobrobiti i rizici oralne hormonske kontracepcije Fotosoft Zagreb ; 1998.
6. Karaman N. Onkofertilitet i očuvanje plodnosti kod pacijentica s malignim bolestima - primaljska skrb [Završni rad]. Split: Sveučilište u Splitu; 2021 [pristupljeno 11.09.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:695865>
7. Habek D. Ginekologija i porodništvo, Medicinska naklada, Zagreb, 2013; 124- 139.
8. Mihanović I. Primaljska skrb u porođaju - bezbolni porod [Undergraduate thesis]. Split: University of Split; 2016 [cited 2024 August 26] Available at: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:458306>
9. Bauman R. Obrada i terapija neplodnosti. *Medicina Fluminensis (Internet)*. 2009 (preuzeto 11.06.2021.); 45(4):300-312. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/45848>
10. Škrablin S. Višeploidne trudnoće. U: Đelmiš J, Orešković S, i suradnici. *Fetalna medicina i opstetricija, Medicinska naklada, Zagreb, 2014; 371-384*
11. Švaljug D. Primaljska skrb. Zbornik radova. 2016.
12. Radan M. Etički aspekt medicinski potpomognute oplodnje. 2013, Zagreb.
13. Kuvačić I, Kurjak A, Đelmiš J. *Porodništvo. Medicinska naklada. 2009; XI, 606.*

14. Li W, Honggui W, Hong P, Hong L. Factors that affect career success of nurses who practice in assisted reproductive technology. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2023 May 12;31:e3926. doi: 10.1590/1518-8345.6388.3926. PMID: 37194896; PMCID: PMC10202227.
15. Pasqualin RS, Quintans CJ. Clinical practice of embryo transfer. *Reprod Biomed Online*. 2002 Jan-Feb;4(1):83-92.
16. Barber D, Egan D, Ross C, Evans B, Barlow D. Nurses performing embryo transfer: successful outcome of in-vitro fertilization. *Hum Reprod*. 1996 Jan;11(1):105-8.
17. Zieleskiewicz L, Bouvet L, Einav S, Duclos G, Leone M. Diagnostic point-of-care ultrasound: applications in obstetric anaesthetic management. *Anaesthesia*. 2018 Oct;73(10):1265-1279. doi: 10.1111/anae.14354. Epub 2018 Jul 26. PMID: 30047997.
18. SOGC Clinical Practice Guideline Induction of Labour; No. 296, September 2013 (Replaces No. 107, August 2001) 5. ACOG Committee on Practice Bulletins -- Obstetrics. 16. ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of labor. *Obstet Gynecol* 2009; 114:386. Reaffirmed 2016
19. Blažević A. ULOGA PRIMALJE KOD INDUKCIJE PORODA [Undergraduate thesis]. Rijeka: University of Rijeka, Faculty of Health Studies; 2021 [cited 2024 September 11] Available at: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:299432>
20. Narodne novine . Zakon o medicinski pomognutoj oplodnji NN 86/12 . Članak 1-10.

6. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i prezime: Ivis Di Anzulović Jelavić

Datum i mjesto rođenja: 23. prosinca 2002.g, Split

Adresa: Splitska 11, Stobreč

E-mail: ivisdianzulovicjelavic@gmail.com

OBRAZOVANJE

2021. – 2024. Sveučilište u Splitu, Odjel zdravstvenih studija, smjer: Primaljstvo

2016. – 2021. Srednja Zdravstvena škola Split, smjer: Farmaceutski tehničar

2008. – 2016. Osnovna škola Stobreč, Stobreč

VJEŠTINE

Rad na računalu: poznavanje rada na MS Office paketu

Strani jezici: Engleski jezik – u govoru i pismu