

VISOKA MEDICINSKA ŠKOLA ZDRAVSTVA
DOBOJ



ULOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE NA GINEKOLOŠKO- AKUŠERSKOM ODJELJENJU

DIPLOMSKI RAD

MENTOR:

dr Slobodan Stanić

KANDIDAT:

Sandra Simić

BROJ INDEKSA:

Z81

DOBOJ, septembar 2024. godine

SADRŽAJ

UVOD	3
1. ULOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE NA GINEKOLOŠKO- AKUŠERSKOM ODJELJENJU TOKOM OPERATIVNOG ZAHVATA	4
1.1. Indikacije za operativni zahvat	5
1.2. Priprema pacijentice dan prije operacije	6
1.3. Priprema pacijentice na dan operacije	10
1.4. Poslijeoperacijska zdravstvena njega pacijentice	12
1.5. Poslijeoperacijske poteškoće	14
1.6. Poslijeoperacijske komplikacije	19
1.7. Sestrinske dijagnoze i intervencije kod operisanih pacijentica	19
2. ULOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE NA GINEKOLOŠKO- AKUŠERSKOM ODJELJENJU TOKOM POROĐAJA	20
2.1. Antenatalna njega	20
2.2. Određivanje termina porođaja	20
2.3. Nadzor trudnoće	22
2.4. Laboratorijske pretrage u trudnoći	22
2.5. Genitalni pregled trudnice	23
2.6. Opšti pregled trudnice	24
2.7. Ultrazvučni pregled trudnice	24
2.8. Edukacija roditelja	24
2.9. Prijem roditelja	25
2.10. Porod i porodno doba	27
2.11. Pregledi tokom trudnoće	30
2.12. Uloga patronažne sestre kod trudnica i babinjača	34
ZAKLJUČAK	38
LITERATURA	40

UVOD

Medicinske sestre, kao najbrojniji članovi zdravstvenog tima, sa pacijentom provode najviše vremena. Savjetodavna uloga medicinskih sestara/tehničara u radu sa pacijentima i njihovim porodicama jedna je od najčešćih sestrinskih intervencija.

Uloga medicinske sestre u zdravstvenoj njezi operisanih pacijentica podrazumijeva niz odrađenih radnji i puno sadržaja u psihološkoj pripremi pacijentice za operaciju, koja počinje upoznavanjem i smještajem u bolesničku sobu, nastavlja se tokom prijeoperacijske pripreme, poslijeoperacijske njege i nadzora.

Zajedno sa psihološkom pripremom, medicinska sestra provodi i fizičku pripremu pacijentica. Radi što bržeg i boljeg oporavka medicinska sestra provodi niz postupaka proizašlih iz sestrinskih dijagnoza i ciljeva koji vode dobroj prijeoperacijskoj pripremi te nadzoru i njezi nakon operacije. Također, ona je koncentrisana na pomoć kod poslijeoperacijskih poteškoća i na sprečavanje komplikacija poslije operacije.

Informisanje pacijentice o toku prijeoperacijske pripreme te opisu poslijeoperacijskog zbrinjavanja od strane medicinskih sestara, vodi lakšem, mirnijem i sigurnijem prihvaćanju operativnog zahvata. Svrha prijeoperacijskih postupaka je osigurati pacijentici najbolju moguću fizičku i psihološku spremnost kojom značajno možemo smanjiti nastanak poslijeoperacijskih poteškoća i komplikacija. Svojim radom, znanjem, kompetencijama i holističkim pristupom medicinska sestra utiče na pacijentice.

U ovom će se radu prikazati uloga medicinske sestre u njezi operisanih pacijentica, važnost dobre psihološke i fizičke pripreme pacijentice, ali i samih medicinskih sestara. Vrlo je važna prijeoperacijska priprema pacijentice, a isto tako i poslijeoperacijska zdravstvena njega kako bi se spriječio nastanak mogućih poteškoća i komplikacija. Tokom posljednjih desetljeća uloge medicinskih sestara i opisi poslova značajno se i stalno mijenjaju, a sestrinstvo se razvilo u disciplinu za koju su potrebna znanja i vještine u neprestanom suočavanju s novim izazovima.

Brojne su uloge medicinskih sestara: od provođenja zdravstvene njege, edukacije, pacijentove savjetnice, menadžerice, istraživačice, saradnice do pokretača promjena te zagovornica prava pacijenata. Ipak, sestrinstvo se u najvećoj mjeri poistovjećuje s njegovanjem pacijenata.

1. ULOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE NA GINEKOLOŠKO-AKUŠERSKOM ODJELJENJU TOKOM OPERATIVNOG ZAHVATA

Jedinstvena je uloga medicinske sestre pomagati pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju onih aktivnosti koje pridonose zdravlju, ili oporavku, ili mirnoj smrti, a koje bi pojedinac obavljao samostalno, kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. To treba činiti tako da mu se pomogne postati nezavisnim što je prije moguće. Aktivnosti o kojima Henderson govori u definiciji usmjerene su na zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba za disanjem, hranom i tekućinom, eliminacijom, kretanjem i pravilnim održavanjem položaja tijela, spavanjem i odmorom, odijevanjem, održavanjem normalne tjelesne temperature, održavanjem lične higijene, izbjegavanjem opasnosti koje prijete iz okoline, komunikacijom, produktivnim radom, rekreacijskim aktivnostima i učenjem [4].

Sestrinske dijagnoze jasno definišu područja zdravstvene njege i čime se zdravstvena njega bavi. Opisuju praksu i kakva bi ona trebala biti, razlikuju zdravstvenu njegu od medicinske koja je usmjerena na bolest te upozoravaju da zdravstvena njega nije orijentisana na bolest, već na pružanje njege vezane uz probleme proizašle iz bolesnog stanja.

Medicinska se dijagnoza uvijek odnosi na bolest i zahtijeva medicinsku, liječničku intervenciju. Sestrinska dijagnoza je naziv za probleme koje medicinska sestra samostalno prepoznaje, tretira i opisuje nastale zbog bolesti i brojnih drugih faktora, a proizlazi iz podataka o zdravstvenom stanju pacijentice te u planu zdravstvene njege uključuje ciljeve i zahtijeva sestrinske intervencije proizašle iz same sestrinske dijagnoze [4].

Prvi postupci vezani uz prijeoperacijsku pripremu su informisanje pacijentice što je sve očekuje prije operacije, a djelimično upoznaju pacijenticu i sa njegom poslije operacije, poteškoćama koje se mogu očekivati nulti dan i prvih dana poslije operacije, informacijama koje se odnose na važnost vježbi disanja i ekstremiteta u svrhu prevencije eventualnih komplikacija poslije operacije.

Dan prije operacije, tokom prijepodneva, započinje pripremom pacijentice informacijom o ograničenju unosa hrane i tekućine na usta od ručka pa sve do pojave peristaltike, s napomenom da tekućinu može uzimati cijeli dan prije operacije sve do ponoći.

Zatim slijede informacije o prostoriji u koju će biti smještena nakon operacije i ako je to soba poslijeoperacijske njege, koliko će vremena provesti u tim prostorima, informacije o postupcima koji moraju biti odrađeni zbog dobre pripreme operativnog područja, a to se odnosi na davanje klizme tokom popodneva i sljedeći dan, na dan operacije rano ujutro, te davanje preciznih uputa o pravilnoj eliminaciji sadržaja [2].

Premedikacijska priprema počinje dan prije operacije i slijede se upute anesteziologa koje su napisane na premedikacijskom listiću.

Kako bi medicinska sestra mogla dobro planirati zdravstvenu njegu pacijentice mora imati znanja o medicinskim dijagnozama, o vrstama operacija, načinu pristupa bolesnom području, indikacijama i kontraindikacijama, kakve operacije mogu biti prema opsegu te vrsti anestezije i anesteziološkoj klasifikaciji operacije prema ASA-inoj (American Society of Anesthesiologists) ljestvici smrtnosti.

1.1. Indikacije za operativni zahvat

Pacijentica dolazi na odjel zbog tegoba koje ima, a radi operativnog liječenja. Operacijom se naziva instrumentalno prodiranje u živo bolesno ljudsko tijelo koje izvodi liječnik u namjeri liječenja bolesnog organa ili tkiva. Svrha je liječenje ili poboljšanje zdravlja bolesnog organa ili tkiva, oslobađanje od bolova [1].

Najčešće operacije na odjelu ginekologije su: laparatomija, laparoskopija, histeroskopija, konizacija i vaginalna operacija. Indikacija za operaciju označava potrebu za hirurškim liječenjem bolesti. Razlikujemo apsolutnu indikaciju (operativni zahvat je jedini način liječenja), vitalnu indikaciju (operacija je prijeko potrebna zbog spašavanja života), relativnu indikaciju (operativni zahvat je opravdan, ali nije hitan, a kod nekih se bolesti može provesti i konzervativno liječenje s izgledom na uspjeh). Kontraindikacija za operaciju znači da je opšte stanje bolesnice ili nekog vitalnog organa toliko poremećeno da operativni zahvat ne samo da ne bi pridonio liječenju i izlječenju, nego bi mogao dovesti do letalnog ishoda.

Hirurški zahvati u ginekologiji dijele se prema pristupu na:

- abdominalne (uzdužnim ili poprečnim rezom);
- vaginalne;
- abdominalno-vaginalne (LAVH);
- endoskopske (LPSC, HYSC).

Prema dosegu mogu biti:

- radikalni,
- potpuni,
- djelimični,
- palijativni,
- eksplorativni [1].

Radikalna operacija je odstranjivanje žarišta bolesti u cijelosti, često sa žrtvovanjem zdravog dijela tijela (npr. Wertheimova operacija).

Potpunim zahvatom smatra se odstranjenje unutrašnjih genitalnih organa u cijelosti (npr. odstranjenje maternice s adneksima).

Djelimični zahvat u ginekologiji učinjen je kad se odstrani samo uzrok tegoba (npr. paraovarijalna cista).

Palijativnim zahvatom samo se ublažuju postojeće tegobe, djelimično se odstrani tumorsko tkivo, ali se ne odstranjuje uzrok bolesti.

Eksplorativni operativni zahvat je hirurški postupak otvaranja trbušne šupljine u svrhu definitivnog utvrđivanja dijagnoze ili opsega bolesti, bez daljnje operacije zbog opsežnosti patološkog procesa [1].

1.2. Priprema pacijentice dan prije operacije

Cilj je prijeoperacijske pripreme unaprijed prepoznati i liječiti simptome koji mogu remetiti normalan tok anestezije, operacije i poslijeoperativni oporavak. Hirurški zahvat je psihička i tjelesna trauma koja manje ili više opterećuje organizam u cijelosti, ne samo u području hirurškog reza, već unosi čitav niz promjena u cijelom organizmu. Posebno utiče na funkcije nekih vitalnih organa (srce, pluća, bubrezi, jetra) te narušava zadovoljavanje ljudskih potreba - psihičkih, fizičkih, socijalnih i duhovnih. Uzimajući sve to u obzir, postavljaju se sestrinske dijagnoze [3].

Sestrinska prijeoperacijska priprema pacijentice počinje uzimanjem podataka za sestrinsku anamnezu, procjenjivanjem njezinog stanja, utvrđivanjem rizičnih faktora koji mogu povećati mogućnost poslijeoperacijskih komplikacija (dob, dijabetes, hronične bolesti, dehidracija, neadekvatna prehrana, pušenje, zavisnost, pretilost, lijekovi, strah). Medicinska sestra će prekontrolisati prikupljene nalaze i nalaze učinjenih pretraga, uredno uložiti u istoriju bolesti, informisati pacijenticu o postupcima koji moraju biti obavljani u svrhu cjelokupne i adekvatne prijeoperacijske pripreme te je upoznati sa situacijama s kojima će se susresti nakon operacije [1].

Informisanje pacijentice o toku prijeoperacijske pripreme te opis poslijeoperacijskog zbrinjavanja od strane medicinske sestre, vodi lakšem, mirnijem i sigurnijem prihvatanju operativnog zahvata. Sestrinska anamneza počinje prikupljanjem:

- opštih podataka o dobi, bračnom stanju, obrazovanju, radnom statusu, radnom mjestu, uslovima rada;
- porodične prilike i odnosi unutar porodice, podataka o uslovima stanovanja;
- situacijskih podataka koji će informisati sestru o pacijentičinom prihvatanju bolesti i stavu o operaciji, stanju kod prijema, snalaženju na odjelu, kada je

posljednji put uzela lijekove te kakvo joj je prihvaćanje i pridržavanje zdravstvenih preporuka (uzimanje lijekova redovno/neredovno);

- nutritivno metaboličkih podataka pacijentice o tjelesnoj težini, načinu prehrane, uzimanju tekućine, apetitu i konzumiranju hrane te o dijetalnim navikama, eliminacijskim podacima o defekaciji i mokrenju;
- podataka o tjelesnoj pokretnosti (nezavisna/zavisna o pomagalu i o kojem je pomagalu riječ);
- kognitivno-percepcijskih podataka o poteškoćama sa sluhom (nošenje slušnog aparata);
- poteškoće s vidom (nošenje naočala ili leća);
- poteškoće sa zubalom (zdravi zubi ili proteze - kompletne/parcijalne);
- podataka o pamćenju, navikama čitanja [1].

Uzimanjem podataka za anamnezu stvaraju se uslovi za postavljane sestrijskih dijagnoza, postavljaju se ciljevi i planiraju se postupci koji će se činiti tokom i poslije operacijske zdravstvene njege.

Strah je psihički fenomen doživljaja, mučno osjećanje stvarne opasnosti od nečega čemu je uzrok poznat i određen. Odgovor je na neposrednu i realnu opasnost nakon čega uslijedi podsticaj bijega u potrazi za odbranom. Strah od nepoznatog, strah od bolova, strah od umiranja, strah da se neće probuditi iz anestezije i dr. ozbiljni su strahovi i često su prisutni kod pacijentica koje se moraju podvrgnuti operativnom zahvatu. Ti strahovi uopšte nisu bezazleni, prate ih vegetativni i tjelesni znakovi ubrzanja pulsa, lupanja srca, bljedila, ježenja kože, suhoće u grlu, zujanja u ušima, kočenja, drhtanja i znojenja.

Pacijentica u bolnici nema svoje svakodnevne obaveze te ima više vremena za razmišljanje o predstojećem zahvatu, opterećena je brigom za porodicu, kuću, posao, ekonomskim problemima, susretom s nepoznatim ljudima i sredinom te je treba podsticati na verbalizaciju straha. Svojim znanjem će medicinska sestra, bez omalovažavanja strahova i bez neprimjerenog objašnjavanja da se nema čega bojati, smiriti pacijenticu i pokušati te strahove umanjiti argumentiranim objašnjavanjem i upućivanjem pacijentice na ono što je očekuje te će tako umanjiti strah od nepoznatog [5].

Kod prijema na odjel, pozdravljajući pacijenticu toplo i prijateljski, kao osobu koja je očekivana, što je istina jer je operacija planirana, pokazujući joj male stvari kao što su soba, ormar, tuš, toalet. Uključit će je u planiranje i provođenje zdravstvene njege što doprinosi sticanju povjerenja, a sve to doprinosi uspješnoj pripremi.

Tokom večeri, npr. tokom obilaska pacijentice, medicinska sestra će u ugodnom razgovoru s pacijenticom, smireno i sa sigurnošću, provoditi edukaciju o postupcima koji je očekuju, a koji su u domenu medicinske sestre i koje će na primjeren način odraditi, s ciljem smanjivanja tjeskobe i straha, podsticanja pacijentice da postavlja pitanja iz domena rada medicinske sestre te iscrpno odgovarati i s razumijevanjem opisati što pacijentica treba raditi kako bi sama sebi pomogla u sprečavanju poslijeoperacijskih komplikacija. Medicinska sestra će podučiti pacijenticu vježbama disanja i vježbama ekstremiteta [2].

Dobrom edukacijom i nadzorom nad provedenim vježbama disanja i vježbama ekstremiteta sprečavaju se komplikacije respiratornog i krvožilnog sistema, ali samo one koje zavise o ranom ustajanju i dobroj ventilaciji pluća. Pacijentica treba osjećati potpuno povjerenje u medicinsku sestru i vjerovati u njezine kompetencije.

Pacijentica najčešće dolazi na odjel s transfuziološkim nalazima krvne grupe, Rh-faktora i protrombinskog vremena pa je na odjelu potrebno uzeti samo uzorak krvi za provjeru podudarnosti krvne grupe. Rutinski se na odjelu transfuziologije naručuje jedna doza krvi koja se priprema za eventualno potrebnu transfuziju.

Doručak koji se daje pacijentici je kompletan, a do ručka pacijentica može pojesti užinu i ono što poželi, ali se ne smije prejedati. To joj svakako treba objasniti kako ne bi shvatila da može pojesti jako puno jer neće jesti određeno vrijeme. Za ručak pacijentica dobije samo supu. Nakon toga više ne smije jesti. Tekućinu može piti koliko želi sve do ponoći. Unos tekućine treba provjeravati, a naročito je važno za vrućih dana podsticati pacijenticu da pije dosta tekućine kako ne bi dehidrirala prije operacije. Nakon ponoći se ne smije piti. Pacijenticu treba savjetovati da je najbolje piti vodu ili čaj. Sokove treba izbjegavati, naročito guste, a gazirana se pića ne konzumiraju. Pacijentici treba objasniti, na način koji će dobro razumjeti, zašto je važno ovako postupati i zašto je važno ne uzimati ništa na usta do pojave peristaltike [5].

Laksativi ili purgativi su sredstva koja podstiču pražnjenje crijeva. Laksativi se primjenjuju per os, a svrha im je podržati pražnjenje crijeva angažiranjem od gornjeg probavnog sistema do anusa. Primjena laksativa u prijeoperacijskoj pripremi je kasnije prijepodne, oko 13 sati, davanjem Portalak sirupa s preciznim uputama kako ga popiti i koliko tekućine iza njegove primjene treba konzumirati. Dijabetičarke neće dobiti laksativ jer sadrži šećer.

Klizma je postupak kojim se ulijeva tekućina analnim putem u debelo crijevo radi čišćenja i pražnjenja. Tokom popodneva pacijentica dobije prvu klizmu. Svrha klizme je isprazniti i očistiti crijeva od fekalija. Tri su razloga tome. Puna crijeva ne mogu se

tamponadom odmaknuti u gornji dio trbušne šupljine ispod ošita te tako ometaju tok operacije i hirurgu mogu stvarati velike probleme za slobodan pristup operativnom području u Douglasovom prostoru. Drugi je razlog da se na minimum svede mogućnost infekcije do koje bi došlo eventualno mogućom povredom crijeva tokom operacije, a treći je razlog da anestezijom nastaje relaksacija mišića, pa tako i sfinktera, te može doći do nekontrolisanog pražnjenja crijeva tokom operacije. Isto tako, prazna crijeva smanjuju poslijeoperacijsku nadutost. Tako već tokom prijeoperacijske pripreme sestra, dobrom i dubokom klizmom s pravilnim uputama o eliminaciji, počinje sprečavanje poslijeoperacijskih poteškoća [1].

Pranje tijela nakon poslijepodnevnog klizme radi se dezinficijensom koji je u potpunosti kompatibilan sa sredstvom pranja operacijskog područja u operacijskoj sali. Sestrina uputa pacijentici je da s većom pažnjom opere aksilarne lože, područje ispod dojki, područje trbuha, prepone i genitalnu regiju s anusom.

Anesteziolog obilazi pacijenticu dan prije operacije, uspostavlja kontakt, upoznaje se s njenim zdravstvenim stanjem, hroničnim bolestima, lijekovima koje uzima, pregledava donje ekstremitete vezano uz proširenje vena te ordinira premedikaciju. Ordiniranu premedikaciju anesteziolog je evidentirao na premedikacijskom listiću na kojem su ordinirani lijekovi koje eventualno pacijentica uzima zbog svojih hroničnih bolesti, npr. antihipertenzivi te antikoagulantna terapija kojoj je cilj smanjenje rizika od tromboembolijskih događaja i antibiotska profilaksa.

Pravilnom primjenom ordinirane premedikacije započinje sprečavanje poslijeoperacijskih komplikacija. Lijekovi su ordinirani prema vremenu, vrsti i dozi lijeka koji medicinska sestra daje, a primjena počinje večer uoči operacije. Premedikacija je sastavni dio pripreme za operativni zahvat, medikamentozna je priprema pacijentice za operaciju. Pružanjem odgovarajuće potpore pojedinim organskim sistemima moguća je bolja kontrola pacijentičnih životnih funkcija za vrijeme operativnog zahvata, brz oporavak od anestezije, poslijeoperacijska kontrola boli i brži oporavak.

Lijekovi u premedikaciji snižavaju bazalni metabolizam i prag podražljivosti za bol te smanjuju nepoželjne nuspojave anestetika. Premedikacija je prilagođena individualno. Ako je došlo, iz bilo kojeg razloga, do kašnjenja primjene premedikacije ili primjena premedikacije nije bila u tačno ordinirano vrijeme, dužnost je medicinske sestre o tome izvijestiti anesteziologa. Tačnost primjene premedikacije medicinska sestra potvrđuje potpisom. Medicinska sestra mora kontrolisati pacijentičin krvni pritisak, temperaturu i puls, prepoznati promjene u ponašanju, sve evidentirati na listu sestričkog prijeoperacijskog nadzora, a o patološkim nalazima obavijestiti liječnika [1].

Premedikacija večer uoči operacije, koja se daje prema uputi anesteziologa ordiniranoj na premedikacijskom listiću, je davanje sedativa da pacijentica mirno prespava noć i antikoagulantne terapije. Tokom noći medicinska sestra obilazi pacijenticu i kontrolira spavanje. Ujutro, na sestrijskoj viziti uz pacijentičin krevet je primopredaja službe tako da medicinska sestra koja je primila službu zna kako je pacijentica provela noć.

1.3. Priprema pacijentice na dan operacije

Pripremanje operativnog područja počinje rano ujutro šišanjem trbušne stijenke i vulve. Praksa je pokazala da brijanjem operativnog područja, bez obzira na to kako se pažljivo izvede, nastaju mikrolaceracije kože koje su dobro hranilište za bakterije čime se može kompromitovati poslijeoperacijski tok infekcijom rane na mjestu reza trbušne stijenke ili na vulvi [4].

Druga duboka klizma daje se kako bi se iz debelog crijeva odstranile zaostale fekalne mase koje su ostale nakon prve klizme ili su peristaltikom tankog crijeva došle u debelo crijevo.

Pranje tijela mora biti preporučenim dezinficijensom i prema protokolu Tima za kontrolu bolničkih infekcija. Pacijentica nakon pranja tijela oblači čisti zeleni mantil i smješta se u krevet koji je opran, dezinficiran i čisto presvučen.

Ako nije došlo ni do kakve promjene u zdravlju pacijentice, u smislu šmrcaja ili izmjerenih vrijednosti povišene temperature, krvnog pritiska ili početka menstruacijskog krvarenja, može se dati premedikacija. U protivnom će medicinska sestra obavijestiti liječnika koji će odlučiti hoće li se pristupiti operaciji. Prije davanja premedikacije pacijentica mora isprazniti mokraćni mjehur, skinuti nakit, šminku, lak za nokte, ukosnice ili kopče, naočale ili kontaktne leće i izvaditi zubne proteze. Nakon davanja premedikacije i eventualne druge terapije ordinirane na premedikacijskom listiću, pacijentici će se na noge obuti elastične čarape ili zamotati elastični zavoj koji treba navući do ingvinalnih regija i pacijenticu treba upozoriti da više ne smije ustajati iz kreveta bez nadzora sestre. Praksa je da se na odjelu otvori venski put i primijeni eventualno ordinirana antibiotska profilaksa i ordinirana parenteralna nadoknada tekućine [4].

Rodnicu je potrebno isprati kod svake operacije kod koje se otvara trbušna šupljina, bilo da je to abdominalnim ili vaginalnim pristupom. Liječnik će u sterilnim rukavicama oprati spolovilo, isprati rodnicu i postaviti urinarni kateter.

Postavljanje trajnog katetera ima dvojaku funkciju. Prva je kontrola diureze, time i bubrežne funkcije, te kontrola omjera unijete i eliminisane tekućine. Druga je funkcija da se

trajnom eliminacijom mokraćni mjehur drži praznim kako ne bi hirurgu smetao tokom operativnog zahvata s obzirom na to da je mjehur anatomski smješten ispred maternice. Nakon pranja vulve i ispiranja vagine, opere se vanjsko ušće uretre. Kratkim sterilnom anatomskom pincetom postavlja se Follyjev kateter odgovarajuće veličine (najčešće je to 16 ili 18 ch) za trajnu kateterizaciju. Nakon insercije katetera medicinska sestra će dodati liječniku špricu s 10 ml aque redestilate koju aplicira u balon katetera, a on zadržava kateter u mjehuru. Laganim povlačenjem katetera prema van provjerava se je li kateter u mokraćnom mjehuru. Sav urin iz mjehura ispusti se prije postavljanja urinarnе vrećice [4].

Pacijentica se odvozi u operacijsku salu na pripremljenom krevetu sa svom medicinskom i sestrinskom dokumentacijom u tačno planirano vrijeme ili na poziv iz operacijske sale. Medicinska sestra ne ostavlja pacijenticu bez nadzora, predaje je sestri instrumentarki ili anesteziološkom tehničaru koji su dužni provjeriti ime i prezime pacijentice i njezinu dokumentaciju. Pacijentica se s kreveta premješta na kolica kojima je voze do operacijskog stola.

Nakon operacije zbrinjavanje pacijentice je u prostorima za buđenje i nadzor neposredno nakon operacije. Tu se kontrolišu krvni pritisak, puls, oksigenacija, krvarenje, znojenje, boja kože, boja vidljivih sluznica te disanje, a po potrebi može biti i monitorirana. Pacijentica mora biti utopljena dekamama.

Anesteziolog procjenjuje vrijeme kada pacijentica može ići na odjel, u sobu poslije operacijske njege. Anesteziološki tehničar operisanu pacijenticu predaje medicinskoj sestri s odjela, daje sve važne podatke o stanju pacijentice tokom operacije (kakav je bio krvni pritisak – povišen, snižen ili oscilirajući, kakav je bio puls, je li dobila transfuziju krvi ili plazme, kakvo je bilo krvarenje tokom zahvata, daje informaciju o nadzoru pacijentice tokom boravka u prostorima za buđenje, je li krvni pritisak bio povišen ili snižen, sve o dobivenoj analgeziji, a isto tako i o terapiji i analgeziji koju medicinska sestra mora provoditi na odjelu).

Pacijentica se dovozi na odjel u sobu za poslijeoperacijsku njegu. Zdravstvena njega medicinske sestre nad pacijenticom poslije operacije uključuje utopljavanje i kontrolu vitalnih funkcija. Neposredno po dolasku pacijentice u sobu poslijeoperacijske njege medicinska sestra će staviti pacijenticu na monitor (kontrolisati krvni pritisak, puls, frekvenciju disanja, promatrati izgled pacijentice, boju kože). Ako nije drugačije određeno, kontrole se obavljaju svakih pola sata po dolasku iz operacijske sale. Ako svi parametri pokazuju normalno stanje, kontrole su rjeđe [5].

Zadaci medicinske sestre kod pacijentice:

- parenteralna prehrana i terapija – ordiniranu nadoknadu tekućine medicinska sestra procjenjuje tokom 24 sata, a za terapiju slijedi smjernice anesteziologa;
- kontrolisanje eventualne vaginalne tamponade zbog mogućeg pojačanog krvarenja.

Drenaža je postupak kojim se pomoću drena omogućuje odstranjivanje krvi, sekreta i raspadnih produkata iz hirurške rane ili abdomena. Dren omogućuje istjecanje krvi, seruma ili gnoja, a postavlja se na najnižem dijelu koji se drenira. Medicinska sestra mora provjeriti je li drenaža slobodna i nema li pritiska na dren koji bi ometao otjecanje sadržaja.

Urinarni kateter potrebno je pregledati zbog mogućeg presavijenog mjesta što bi kompromitiralo eliminaciju te je potrebno provjeriti je li kateter dobro pričvršćen uz urinarnu vrećicu. Urinarnu vrećicu, koja je graduirana, kako bi se kontrolisala količina, i prozirna, kako bi se kontrolisao izgled mokraće, držaćem se montira sa strane kreveta da je lako vidljiva. Na mjestu reza rana je pokrivena sterilnim tupferom, a medicinska sestra pregleda gornju stranu tupfera koji mora biti suh. Dalje promatra je li došlo do kakvih promjena na tupferu, možda ružičasta mrlja, mrlja krvi ili pak jače natopljeni tupfer. O tome će odmah obavijestiti liječnika [5].

Rutinski se na odjelu vadi uzorak krvi, oko 15 sati, za laboratorijske vrijednosti hemoglobina i hematokrita te za vrijednosti kalija i natrija. Drugi se nalazi prikupljaju ako su ordinirani. Nalazi trebaju biti pripremljeni za popodnevnu liječničku vizitu, ali ako vrijednosti nisu dobre, odmah treba obavijestiti liječnika ne čekajući vizitu.

Navečer na kraju smjene je sestrinska vizita na kojoj se vrši primopredaja službe i tada se o zbivanjima oko pacijentice informiše medicinska sestra koja će noću biti zadužena za njegu. Naravno da se uz krevet ne govori o eventualnim situacijama koje bi uznemirile pacijenticu. Tokom noći se kontroliše krvarenje na trbušnoj stijenci i natopljenost tamponade, venski put, primjenjuje se parenteralna prehrana i terapija, kontroliše se urinarni kateter i diureza. Ako je potrebno, promijeni se urinska vrećica i zabilježi se količina, kontrolišu se drenovi i drenaže te spavanje pacijentice. Ujutro na sestrinskoj viziti uz pacijentičin krevet je primopredaja službe tako da medicinska sestra koja je primila službu zna kako je prošla noć kod pacijentice [3].

1.4. Poslijeoperacijska zdravstvena njega pacijentice

Zdravstvena njega prvog poslijeoperacijskog dana počinje mjerenjem temperature, kontrolom krvnog pritiska, disanja, pulsa, mjerenjem količina izlučevina te evidentiranjima. Jutarnja njega započet će razgovorom - medicinska sestra će dobiti informacije kako se

pacijentica osjeća, muči li je ili boli nešto te postoje li neke nelagode ili smetnje koje bi medicinska sestra trebala znati, kako bi ih mogla ukloniti, ili su problemi takvi da se mora obavijestiti liječnik.

Pranje vanjskog spolovila obavlja se u krevetu i tada se kontroliše natopljenost tamponade. Pacijentica se podiže iz kreveta, prvo u sjedeći položaj da ne bi naglim ustajanjem došlo do problema u cirkulaciji i do kolapsa, a zatim se ispravi na noge i uz pratnju medicinske sestre odlazi do umivaonika da se umije, opere zube, opere gornji dio tijela, počešlja se i promijeni rublje. Medicinska sestra je bodri i promatra cijelo vrijeme radi eventualnih promjena (naglo bljedilo, znojenje, opšta slabost). U tom se slučaju žurno vraća u krevet, pa slijedi provjera krvnog pritiska i pulsa. Često se nakon vraćanja u vodoravni položaj pacijentica opet dobro osjeća. Sa sljedećim pokušajem ustajanja treba se pričekati sat-dva pa opet polako i uz bodrenje posjesti je, dati joj vremena da prebrodi strah i nesigurnost i uz pridržavanje malo prošetati. Najčešće prvo ustajanje prođe bez komplikacija [4].

Druga medicinska sestra za to vrijeme presvlači i uređuje krevet. Medicinska sestra će zajedno s pacijenticom napraviti nekoliko vježbi disanja i micanja ekstremiteta s ciljem sprečavanja poslijeoperacijskih komplikacija vezano uz kardiovaskularni i plućni sistem. Izuzetno je važno zajedno s pacijenticom odraditi nekoliko puta dnevno pet do deset minuta vježbe disanja i pokretanja ekstremiteta, naučiti pacijenticu vježbama i uputiti je da naučene vježbe primjenjuje jednom na sat do odlaska na spavanje.

Vježbe disanja i ekstremiteta su jednostavne, ne opterećuju pacijenticu i dobra su terapija tokom boravka u sobi poslijeoperacijske njege. Također, one su i skretanje pozornosti sa straha i briga te ispunjavanje vremena tokom dana, a isto tako dovode do laganog umora koji vodi mirnijem snu i na kraju boljem i bržem oporavku.

Navečer na kraju smjene je sestrinska vizita na kojoj se vrši primopredaja službe i tada se o zbivanjima oko pacijentice informiše medicinska sestra koja će noću biti zadužena za njegu. Naravno da se uz krevet ne razmjenjuju informacije o eventualnim situacijama koje bi pacijenticu mogle uznemiriti [2].

Rana se prvog dana poslije operacije pregleda i učini se toaleta. Tupfer koji je postavljen u operaciji se odstrani, rana se zbrine prema pravilima asepsa. Medicinska sestra pripremi pacijenticu i pribor te učini prvu toaletu rane.

Urinarni kateter se odstranjuje prvog poslijeoperacijskog dana, osim kada postoji indikacija za trajnom kateterizacijom (diureza nije dobra, nakon vaginalnih operacija kad se ostavlja do sedam dana, kao i kod ozljede mokraćnog mjehura tokom operacije). Kateter se odstranjuje u krevetu. Do spontane mikcije treba doći, a medicinska sestra će podučiti

pacijenticu kako će sebi pomoći. Ako iz nekog razloga pacijentica nije mokrila, učinit će se kateterizacija ili će se urinarni kateter opet postaviti.

Kada se uspostavi peristaltika i pojave vjetrovi, počinje uzimanje hrane na usta i prestaje parenteralna prehrana. Za prvi obrok poslije operacije pacijentica će dobiti čaj i supu.

Prehrana je dijetom prilagođena pacijenticama. Tada se iz sobe za poslijeoperacijsku njegu premješta u sobu gdje će boraviti do otpusta iz bolnice. Ako je rani poslijeoperacijski tok prošao bez problema i prema očekivanjima, pacijentica dalje brine o sebi po pitanju higijene. Medicinska sestra brine o terapiji, pravilnoj i tačnoj primjeni svih lijekova, ako postoji parenteralna terapija, čini toaletu mjesta uboda i postavljene intranile prema postupniku održavanja intranile i mijenjanja flastera. Informiše se kod pacijentice o njenom stanju i osjećanju, o spavanju, o eliminaciji (je li uredna ili ima li znakova opstipacije) i ima li problema kod mokrenja [2].

Pokušat će pacijentici olakšati taj dio boravka u bolnici pokazivanjem interesa i razumijevanja te, ako se time ne remete pravila kućnog reda i ne smeta drugim pacijenticama, raznim sitnim ustupcima, koji moraju biti dopustivi, skratiti vrijeme i boravak u bolnici učiniti manje napornim. Pacijentica i dalje radi vježbe disanja i vježbe ekstremiteta do potpune mobilizacije. Kod teško pokretnih ili nepokretnih pacijentica medicinska sestra će provoditi pasivne vježbe.

Nakon vaginalnih operacija četvrtog poslijeoperacijskog dana počinje ispiranje rodnice. Ispiranje rodnice vrši se ujutro kod njege i vrši se sve do otpusta. Nakon pranja spolovila u rodnicu se uvodi sterilni Nelaton kateter desetak centimetara duboko, šprica, koja ima 20 ml 3 % vodikovog peroksida, pričvrsti se u kateter i laganim uštrcavanjem peroksida vrši se ispiranje. Medicinska sestra promatra sadržaj koji se cijedi iz rodnice [4].

1.5. Poslijeoperacijske poteškoće

Poslijeoperacijske poteškoće su zbivanja koja prate svaki poslijeoperacijski tok operisane pacijentice u većoj ili manjoj mjeri, a njihov intenzitet često zavisi o dobroj psihološkoj pripremi pacijentice. Kada postoje, poslijeoperacijske poteškoće mogu se suzbiti ili ublažiti dobro planiranom zdravstvenom njegom, a time i spriječiti neke komplikacije koje bi mogle nastati zbog nekvalitetnog zbrinjavanja poteškoća [4].

Poslijeoperacijske poteškoće su:

- Bol;

Psihički faktori imaju izuzetan uticaj u oblikovanju bolnog osjeta i zato je dobra psihička priprema prije operacije izuzetno važna kao mehanizam pomoći u lakšem

savladvanju poslijeoperacijskih poteškoća. Bol je poteškoća koja je prisutna kod svih operisanih pacijentica i traje 24 do 48 sati nakon operacije. Naravno, tolerancija na bol je individualna pa neke pacijentice teže podnose bol, ali dužnost medicinske sestre je da svakoj pacijentici pristupi jednako brižno i s istom dozom razumijevanja. Medicinska sestra nikada ne smije osuđivati pacijentice s niskom snošljivošću za bol ili ne vjerovati pacijentici da je ne boli. Tokom prijeoperacijske pripreme medicinska sestra je pacijenticu upoznala s vjerojatnošću da će osjetiti bol, ali ona nikako nije jaka jer je to nedopustivo u današnje vrijeme. Također, upoznala je pacijenticu na koji način može skrenuti pažnju s boli, npr. čitajući knjigu, gledajući TV, upoznala je pacijenticu na važnost samosugestije i bodrenja u smislu prolaznosti boli i umanjivanje njene važnosti i da će se bol suzbijati lijekovima koje je liječnik ordinirao. Medicinska sestra uzima podatke o lokalizaciji boli koja može biti na mjestu reza, u abdomenu, u leđima, kod kukova, na mjestu uboda kod spinalne anestezije ili na mjestu uboda gdje je otvoren venski put. Medicinska sestra će zatražiti pacijentici da procijeni intenzitet i karakter boli (je li to pritisak, žarenje, jako pečenje), je li bol podnošljiva ili pak nesnošljiva i je li promjenjivog intenziteta. Važna je informacija karakter boli, pa je stoga neophodno znati je li bol tupa, oštra, nagla, probadajuća, pulsirajuća. Medicinska sestra će se informisati kada su bolovi počeli, u koje vrijeme tačno, koliko traju, javljaju li se povremeno ili traju kontinuirano. Promatranjem pacijentice medicinska sestra će uočiti autonomne reakcije na bol: ubrzan puls, površno disanje, povišen krvni pritisak, mišićnu tenziju, znojenje, bolan izraz lica, nemir, stenjanje, jaukanje ili plač [4].

➤ Mučnina i povraćanje;

Mučnina i povraćanje su klinički usko povezani te se mogu smatrati jednim simptomom, ali različitog intenziteta. Česte su poslijeoperacijske poteškoće i javljaju se kod mnogih pacijentica nakon operacije. Mučninu, koja se javlja kao posebno neugodan osjećaj u grlu, i epigastriju prate razne smetnje centralnog živčanog sistema, vegetativnog sistema, vazomotornih funkcija kao što su nemoć, strah, zbunjenost, glavobolja, osjećaj vrućine, bljedoća kože, pojačano disanje, znojenje, pojačana salivacija, hipotenzija, bradikardija ili tahikardija. Jačina mučnine zavisi o pragu osjetljivosti centra za povraćanje pojedine osobe. Povraćanje je snažno oralno izbacivanje želučanog sadržaja. Mučnina i povraćanje su relativno česte poteškoće poslije operacije, a najviše se manifestiraju nakon primjene endotrahealne anestezije. Najčešće su posljedica djelovanja anestetika ili nakupljanja sadržaja u želucu (akutna dilatacija želuca). Isto tako, prerano uzimanje tekućine na usta, prije pojave peristaltike, može izazvati povraćanje. Mučnina i povraćanje negativno utiču na pacijentičino opšte stanje, povraćanje uzrokuje gubitak tekućine i elektrolita, neugodan osjećaj u ustima i

bol zbog naprezanja trbušnih mišića. Zadaće medicinske sestre su promatrati pacijenticu (bljedilo, znojenje, podrigivanje, pojačana salivacija) i provoditi postupke koji će umanjiti, odnosno ukloniti mučninu, pa tako i ukloniti sve što može izazvati mučninu svojim mirisom, uputiti pacijenticu da diše na usta, provjetriti sobu, promijeniti položaj u krevetu, procijeniti boju, količinu, miris i primjese u sadržaju, upisati u listu sestrinske dokumentacije, obavijestiti liječnika te primijeniti ordiniranu terapiju koja se sastoji od davanja antiemetika i parenteralne nadoknade tekućine i elektrolita. Treba postupiti prema osnovnim postupcima kod povraćanja: staviti pacijenticu u sjedeći položaj, a ako mora ležati okrenuti glavu na stranu da bi se spriječila aspiracija povraćanog sadržaja. Zatim, potrebno je zaštititi pacijentičino i posteljno rublje nepropusnim platnom ili kompresom, postaviti bubrežastu zdjelicu ispred pacijentice i pridržavati njezinu glavu tokom povraćanja. Nakon povraćanja dati pacijentici čašu s vodom da ispere usta i obrisati usta staničevinom, ukloniti iz prostorije povraćani sadržaj da je ne iritira mirisom, zube oprati četkicom i nekim sredstvom za pranje zuba, obrisati usta staničevinom, oprati lice i ako je potrebno promijeniti posteljinu. Smjestiti pacijenticu u ugodan položaj i prozračiti sobu. Medicinska sestra nastoji utvrditi okolnosti u kojima se javilo povraćanje i pregledom povraćanog sadržaja ocijeniti količinu, sadržaj, miris i boju. Količina povraćanog sadržaja često varira. Povraćani sadržaj utvrđujemo makroskopskim pregledom (npr. slina, krv, sluz). Može biti tekući, kašasti ili gusto kašasti; miris povraćanog sadržaja je karakteristično kiseli ili je poput truleži pri dugotrajnoj retenciji hrane u želucu ili po stolici kod misererea (povraćanje sadržaja crijeva); boja povraćanog sadržaja zavisi o primjesama, pa je tako na primjer žuta ili žutozelena od žuči, a kod hematemeze boja sadržaja zavisi o koncentraciji želučane kiseline i stepenu izmiješanosti s krvlju. Ako povraćanje uslijedi odmah po pojavi krvarenja, povraćani sadržaj će biti crveni, a ako uslijedi kasnije, biće tamnosmeđi do crnog poput taloga crne kave, zavisno o dužini kontakta sa želučanom kiselinom, ili pak zelenožuti ili zeleni kod zastoja rada crijeva [4].

➤ Štucavica;

Štucavica (singultus) je ponavljano i nevoljno grčevito stezanje ošita, praćeno naglim zatvaranjem epiglotisa koji sprečava prodiranje zraka što proizvodi karakteristične zvukove. Najčešći je uzrok štucavice kod operisanih pacijentica meteorizam crijeva i akutna dilatacija želuca koji pritišće i iritira ošit, što ima za posljedicu nadražaj živaca koji inerviraju dišne mišiće i ošit. Štucavica je za operisane pacijentice neugodna, pa čak i bolna. Kod štucavice obično pomažu razni postupci. Jedan od najpoznatijih je zadržavanje daha. Potrebno je zadržati dah i začepiti nos. Na taj se način nakuplja ugljični dioksid u krvi i to bi moglo

pomoći kod prestanka štucaanja. Takvi duboki udisaji mogu zaustaviti grčenje ošita koji uzrokuje štucavicu [4].

➤ **Žeđ;**

Žeđ je svjesna želja za pijenjem vode. Javlja se zbog dehidracije stanica, odnosno zbog povišenja osmotskog pritiska tjelesnih tekućina. Žeđ je primarni regulator uzimanja vode i bitan je činilac u održavanju konstantnog osmotskog pritiska tjelesnih tekućina. Česta popratna pojava osjećaja žeđi je suhoća usta koja, međutim, nije žeđ tijela. Ona može nastati iz drugog razloga, a to je smanjeno lučenje slina, pa stoga nije uzrok žeđi. Dakle, osjećaj žeđi u ustima ne znači da je i tijelo žedno. Suhoću u ustima koju pacijentica osjeća nakon operacije, medicinska sestra će ukloniti vlaženjem usnica i pravilnom njegom usne šupljine. Poremećaj metabolizma tekućine i elektrolita izazvanih operacijom rješava se intravenoznom nadoknadom koja mora biti primijenjena tačno prema uputama liječnika. S obzirom na to da je razgovor s pacijenticom jedan od glavnih faktora dobre prijeoperacijske pripreme, medicinska sestra već je uputila pacijenticu na tu moguću poteškoću te je objasnila zašto ne smije uzimati tekućinu na usta sve dok se ne pojavi peristaltika crijeva te koje mogu biti posljedice ako posegne za nečim i uzme na usta [1].

➤ **Poteškoće s mokrenjem;**

Nakon operacije, šest do osam sati pacijentica obično ne mokri, a diureza je smanjena. Količina primljene i izlučene tekućine reguliše se u prvih 48 sati. Normalna funkcija mokraćnog mjehura zavisi o usklađenom i učinkovitom djelovanju centralnog i perifernog živčanog sistema, te uredne funkcije i anatomskih odnosa vrata mokraćnog mjehura i uretre. Uzroci poteškoća s mokrenjem mogu biti: abdominalne operacije, spinalna anestezija, smanjeno stvaranje urina (dehidracija), psihičke i fizičke poteškoće. Pacijentica ima urinarni kateter do prvog poslijeoperacijskog dana kada se, ako nema zapreka, odstranjuje. Do spontanog mokrenja mora doći najkasnije osam sati nakon odstranjenja katetera. Zadaća medicinske sestre je podsticati pacijenticu na mokrenje koristeći metode koje mogu pomoći. Do mokrenja bi trebalo doći sat-dva nakon odstranjivanja katetera i svakako treba pokušati mokriti. Količina izmokrenog urina nije važna, važno je da je mokrenje krenulo spontano. Kod mobilne pacijentice medicinska sestra će je podići iz kreveta i posjesti na zahodsku školjku, osigurati privatnost zatvaranjem vrata, pustiti vodu na slavini da teče, savjetovati joj da se opusti ili će pacijenticu staviti pod tuš da joj topla voda teče po nogama. Kod nepokretne pacijentice mokrenje se mora obaviti u krevetu pa će pacijentici promijeniti položaj iz ležećeg u polusjedeći, osigurati joj privatnost postavljanjem paravana, isprati noćnu posudu toplom vodom da se izbjegne neugodan osjećaj izazvan hladnom posudom, pustiti

vodu da teče i savjetovati joj da se opusti. Pokušaje mokrenja treba ponavljati do spontane mikcije. Ako nije došlo do spontanog mokrenja ni nakon pet do šest sati, medicinska sestra će obavijestiti liječnika koji će ordinirati kateterizaciju. Ona se mora izvršiti po svim pravilima aseptičnog rada. Treba izmjeriti količinu mokraće da bi se znalo kolika je bila retencija. Količina mokraće daje podatke o funkciji srca, krvnožilnog sistema i bubrega. Oligurija, anurija i akutna bubrežna insuficijencija nakon hirurškog zahvata ozbiljne su komplikacije. Stalnim praćenjem pacijentice, kontrolom diureze i opšteg stanja, pravodobnim upozorenjem liječnika, pravilnom i pravovremenom nadoknadom tekućine, elektrolita i krvi tokom i nakon operacije te se komplikacije mogu spriječiti [1].

➤ Poteškoće s meteorizmom i vjetrovima;

Poteškoće s meteorizmom javljaju se kao posljedica neaktivnosti gastrointestinalnog sistema zbog djelovanja anestetika te neaktivnosti i promjena u uzimanju tekućine i hrane. Nakon operacije peristaltika crijeva je usporena ili je nema, tekućina i plinovi se nakupljaju u gastrointestinalnom sistemu uzrokujući proširenje želuca i crijeva. Pacijentica je naduta i postoji napetost trbušne stijenke, ima osjećaj punoće kao da se prejela, često je prisutna bol u abdomenu, ima mučninu i nagon na povraćanje, a pritisak na ošit može uzrokovati poteškoće s disanjem i štucavicu. Zadaća je medicinske sestre promatrati pacijenticu i provoditi postupke koji će omogućiti izlaženje plinova i umanjiti, odnosno ukloniti abdominalnu distenziju. Pacijenticu treba podržavati u okretanju u krevetu, ako stanje dopušta podići je iz kreveta i podsticati na kretanje. Često je prisutan, a može biti i presudan, psihički faktor i neopuštenost pacijentice pa uvođenje rektalne sonde dovodi do olakšanja i rješenja poteškoće. Rektalna sonda se kroz analni otvor uvodi do 10 centimetara duboko u rektum. Sonda je prethodno namazana vazelinom, a medicinska sestra rukama, na kojima ima rukavice, provodi postupak. Jednom rukom raširi gluteuse, a drugom lagano, ne upotrebljavajući silu, uvodi sondu. Često se odmah po postavljanju sonde čuju ili osjete vjetrovi. U slučaju da pacijentica i dalje nema vjetrove, postupak se ponavlja više puta na dan. Pacijentica najčešće osjeti olakšanje izlaskom plinova. Peristaltika se uglavnom uspostavlja za 24 do 48 sati poslije operacije. Ako se ne uspostavi peristaltika, ne dođe do vjetrova i smanjenja meteorizma, nego se on povećava, može se razviti paralitički ileus, jedna od najtežih poslijeoperacijskih komplikacija. Na vrijeme treba obavijesti liječnika o pokušajima i rezultatima kako bi se moglo preduzeti liječenje [1].

1.6. Poslijeoperacijske komplikacije

Poslijeoperacijske komplikacije su opasnost za sve operisane bolesnice. One će produžiti liječenje i oporavak, a opasnost su i za uspjeh hirurškog liječenja. Sestrinska je njega usmjerena na sprečavanje i prepoznavanje poslijeoperacijskih komplikacija te provođenje intervencija iz djelokruga rada sestre promatranjem pacijentice, kontrolom vitalnih funkcija, kontrolom diureze i dreniranih izlučevina te pravovremenim uočavanjem simptoma koji upućuju na poslijeoperacijske komplikacije [4].

1.7. Sestrinske dijagnoze i intervencije kod operisanih pacijentica

Najčešće sestrinske dijagnoze su:

- strah od neizvjesnosti operativnog zahvata,
- smanjena mogućnost brige za sebe,
- neupućenost u nedostatke informacija o postoperativnim komplikacijama,
- visok rizik za infekciju zbog urinarnog katetera [4].

2. ULOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE NA GINEKOLOŠKO-AKUŠERSKOM ODJELJENJU TOKOM POROĐAJA

2.1. Antenatalna njega

Napredak medicine, primaljstva i sestrinske njege o trudnicama i roditeljama, uz poboljšanje opštih životnih uslova, smanjuje rizik i za majku i za dijete u tolikoj mjeri da već godine 1933. M. Kerr tvrdi kako antenatalna njega sigurno pridonosi smanjenju perinatalne smrtnosti, pobola majki i djece te trajnih oštećenja [4].

Praćenje zdravstvenog stanja trudnice kako bi se na vrijeme spriječili faktori rizika za majku i dijete zadaća je edukacije i svih kontrolnih i sistematskih pregleda trudnice.

Sistemske preglede trudnica uključuju njegu o pregledima u sva tri tromjesečja trudnoće. Prvo tromjesečje uključuje jedan pregled, drugo tromjesečje tri kontrolna pregleda, a treće tromjesečje četiri kontrolna pregleda. U ovom razdoblju edukacija je usmjerena na poučavanje o načinu života u trudnoći, o prehrani, izbjegavanju štetnih navika i važnosti provedenih pretraga. Edukaciju provodi izabrani tim sastavljen od patronažne sestre i primarne zdravstvene zaštite [4].

Cilj je antenatalne zaštite provođenje preventivnih i kurativnih mjera da bi se osiguralo zdravlje trudnice i da bi se trudnoća završila rođenjem donošenoga, živoga i zdravoga djeteta.

2.2. Određivanje termina porođaja

Trudnoća traje 40 sedmica, 280 dana, 9 kalendarskih mjeseci ili 10 lunarnih mjeseci. Anamnestičke metode zasnivaju se na određivanju gestacijske dobi prema nekom od anamnestičkih podataka dobivenih od trudnice, bilo da je riječ o datumu zadnje menstruacije, ovulacije, oplodnog koitusa ili prvom micanju čeda. I ove su metode, kao i sve metode koje se zasnivaju na anamnestičkim podacima, podložne subjektivnoj procjeni trudnice, što u određenom broju slučajeva predstavlja potencijalni izvor pogreške.

Termin poroda može se odrediti na temelju:

- datuma prvog dana posljednje menstruacije,
- datuma prvog pokreta ploda (fetusa),
- dana zanošenja (konceptije),
- visine dna maternice (fundusa uterusa),
- ultrazvučnih mjerenja [1].

U metodi određenja termina poroda prema datumu prvog dana posljednje menstruacije koristi se Naegelovo pravilo u kojem se datumu prvog dana posljednje menstruacije doda sedam dana, a zatim oduzmu tri mjeseca.

Medicinska sestra ovu metodu može koristiti samo kod onih trudnica koje imaju redovan menstrualni ciklus i pouzdano znaju datum zadnje menstruacije.

Kada se termin poroda određuje prema prvom micanju djeteta, nepouzdan je u određivanju gestacijske dobi jer predstavlja subjektivan osjećaj trudnice. Prvorodilja osjeti micanje čeda krajem 20. sedmice trudnoće, tj. krajem 5. mjeseca, a višerodilje krajem 18. sedmice trudnoće, tj. u sredini između 4. i 5. kalendarskog mjeseca. Na ovaj parametar utiču i faktori poput psihološke motiviranosti za trudnoću do jačine fetalnih pokreta [4].

Pri određivanju termina porođaja prema danu zanošenja, od dana koncepcije oduzmu se tri kalendarska mjeseca i dobije se termin porođaja (ako je u vrijeme ovulacije žena imala samo jedan spolni odnos - coitus). Ovu metodu dobivanja podataka medicinska sestra koristi u vrlo rijetkim slučajevima.

Kliničke ili fizikalne metode određivanja gestacijske dobi zasnivaju se na mjerenju veličine uterusa. Mjereći veličinu maternice (uterusa), medicinska sestra upoređuje visinu fundusa uterusa u odnosu na određene tačke na trbuhu trudnice kao što su simfiza, pupak i ksifoidni nastavak. Takvim mjerenjem visine fundusa uterusa u odnosu na referentne tačke možemo odrediti gestacijsku dob u rasponu od četiri sedmice, dok mjerenjem udaljenosti fundus - simfiza dobijamo nešto bolje rezultate.

Primjena ultrazvuka u opstetriciji omogućila je vizualizaciju maternice i svih struktura koje se mogu izmjeriti, a samim time i određivanje gestacijske dobi. Različite ultrazvučne metode za određivanje gestacijske dobi predložene su tokom niza godina, a odnose se uglavnom na mjerenje uterusa, embrija, odnosno pojedinih fetalnih veličina [4].

Robinson je 1973. godine opisao metodu procjene gestacijske dobi u prvom trimestru trudnoće mjereći udaljenost od tjemena do trtice ploda (embriometrija) u razdoblju od 7. do 14. sedmice trudnoće.

Na ultrazvučnoj slici prikažu se oba kraja ploda, a dužina se mjeri kada su glavica i tijelo u istom pravcu. U protivnom se dobiju lažno manje vrijednosti, što onda uzrokuje pogrešnu procjenu gestacijske dobi. Tačnost određivanja gestacijske dobi tom metodom procijenjena je na +/- 4,7 dana. Može se zaključiti da među svim navedenim kliničkim metodama za određivanje termina porođaja, ultrazvučna metoda omogućuje pouzdano određivanje gestacijske dobi unutar manje od sedam dana [5].

2.3. Nadzor trudnoće

Trudnoća je fiziološko stanje ženskog organizma koje odgovara ženinim anatomskim i funkcionalnim osobinama.

Edukacija medicinske sestre te davanje uputa od velike su važnosti za redovno praćenje trudnoće. Otkrije li se neki od rizičnih faktora ili posumnja na njegov mogući nastanak, kontrole treba provoditi češće s ciljem izbjegavanja ugroženosti majke i ploda [1].

2.4. Laboratorijske pretrage u trudnoći

Trudnoća nikada nije bila tako sigurna kao danas zahvaljujući savremenoj medicini. Podatak koji nam pokazuje da roditelja odgovorno i savjesno učestvuje u svim fazama svoje trudnoće su laboratorijski testovi.

Medicinska sestra dužna je obratiti posebnu pažnju na provedene pretrage i njihove vrijednosti kako bi što ranije prepoznala nepravilnosti trudnoće i na to upozorila liječnika.

Pretrage se izvode prema preporuci liječnika i u skladu sa sedmicama trudnoće [4].

Laboratorijski testovi koji se rade na početku trudnoće su krvna slika s vrijednostima hemoglobina jer kod prisutne anemije propisuje se terapija preparatima željeza.

Vrijednost glukoze u krvi (GUK) ne bi smjela prelaziti referentnu vrijednost jer se u protivnom govori o trudničkom (gestacijskom) dijabetesu. Normalne vrijednosti glukoze natašte kod trudnica su do 5,1 mmol/L [4].

Vrijednosti jetrenih enzima trudnoćom se blago snižavaju, a njihov značajan porast služi u praćenju hipertenzije u trudnoći.

Kompletni pregled urina (KPU) i urinokultura otkrivaju infekcije bez ili sa simptomima koje je potrebno liječiti. TSH otkriva poremećaj u radu štitne žlijezde koja posljedično može poremetiti funkciju živčanog sistema i osjetila kod fetusa.

Krvnu grupu i Rh-faktor treba odrediti što prije radi uvijek vjerovatne opasnosti od krvarenja i potrebe za nadoknadom krvi [4].

U drugom tromjesečju, između 24. i 28. sedmice potrebno je učiniti oralni test opterećenja glukozom (OGTT). Test se provodi mjerenjem vrijednosti šećera u krvi natašte, 60 i 120 minuta nakon uzimanja šećernog napitka (75 grama šećera otopljenog u 250 ml vode). Ako su vrijednosti povišene, govorimo o gestacijskom dijabetesu.

Citološki obrisak s vrata maternice (Papa test) uzima se odmah na početku trudnoće ako nije uzet unatrag godinu dana.

Cervikalnim brisevima (iz cervikalnog kanala vrata maternice) kontrolišu se spolno prenosive bolesti. Preporuka je učiniti ih između 12. i 16. sedmice trudnoće.

Obrisak rodnice i perineuma na beta hemolitički streptokok uzima se između 35. i 37. sedmice trudnoće. U slučaju pozitivnog nalaza u liječenju se koriste antibiotici, ali je još važnije naglasiti da se trudnici tokom poroda daje takozvana intrapartalna profilaksa (intravenska doza antibiotika - Ampicilin 4 g) kako bi se spriječio prelaz bakterije na fetus.

Rana neinvazivna dijagnostika fetalnih nakaznosti i plodova s potencijalnom nasljednom bolešću zahvaljujući trodimenzionalnom ultrazvuku danas može otkriti do 95 % bolesti već u 12. sedmici trudnoće [4].

Amniocenteza je pretraga punktata plodove vode. Punkcija se najčešće obavlja preko trbuha trudnice punkcijskom iglom uz pomoć ultrazvuka. Punktat plodove vode služi za genetska ispitivanja, a njezina je najčešća indikacija visok rizik za hromosomske abnormalnosti ploda. Idealno vrijeme za amniocentezu je oko 16. sedmice trudnoće, a rizik pobačaja nakon amniocenteze iznosi otprilike 0,5 %.

S ciljem postizanja tačne dijagnoze i ispravnog liječenja, navedeni nalazi usmjerit će daljnje laboratorijske pretrage i preglede savremenim metodama.

2.5. Genitalni pregled trudnice

Do osme sedmice trudnoće svaka bi trudnica trebala obaviti prvi pregled. Kod zdravih trudnica s neugroženom trudnoćom pregledi se obavljaju do 28. sedmice u razmacima od mjesec dana, do 37. sedmice u razmacima od tri sedmice, a zatim jednom sedmično. Tokom cijele trudnoće trudnica bi trebala biti na minimalno deset pregleda [5].

Profesionalna i savjesna medicinska sestra trebala bi poznavati metode koje se koriste pri genitalnim pregledima u trudnoći. Zavisno o sedmicama trudnoće pregledi se obavljaju pomoću spekula i bimanualnom palpacijom (pregled dvjema rukama).

Spekuli su metalni instrumenti u obliku cijevi, pačjeg kljuna ili žlijeba, a danas se većinom upotrebljavaju žljebasta zrcala (spekuli), a razlikujemo prednje i stražnje zrcalo.

Zadaća je medicinske sestre psihički i fizički pripremiti trudnicu za genitalni pregled. Da bi pregled bio što bezbolniji, objasni joj se da tokom ležanja na ginekološkom stolu opusti mišiće natkoljenice, čime se opuste i mišići dna zdjelice, pa će uvođenje spekulum, kasnije i bimanualni pregled biti bezbolni [4].

Medicinska sestra, ako je potrebno, asistira liječniku pri ginekološkom pregledu kako bi ocijenio izgled vanjskog spolovila, rodnice te materničnog vrata.

Pregledom u spekulum dobije se uvid u količinu i izgled vaginalnog iscjetka te se uzimaju obrisci za mikrobiološku analizu. Bimanualnom palpacijom unutrašnjih genitalnih organa određuje se veličina maternice, otvorenost vanjskog ušća maternice, skraćenaost

cerviksa, koliko je otvoren cervikalni kanal i koji dio ploda prednjači, a izvodi se jednom rukom u rodnici, dok je druga na donjem dijelu trbušne stijenke.

2.6. Opšti pregled trudnice

Redovni pregled tokom cijele trudnoće uključuje:

- mjerenje krvnog pritiska, određivanje bjelančevina u mokraći i tjelesne težine,
- slušanje otkucaja srca fetusa kardiografom, doplerskim aparatom ili opstetričkom slušalicom,
- pregled u spekulima kojim se orijentiše o iscjetku u rodnici, eventualnim promjenama u odnosu na ranije nalaze,
- palpiranje vrata maternice (bimanualni pregled)–kod žena koje nisu rađale vrat maternice je potpuno zatvoren ili uloživ za vršak prsta sve do 36. sedmice, a kod žena koje su rađale može biti uloživ za vršak ili jagodicu prsta već u prvom tromjesečju [5].

2.7. Ultrazvučni pregled trudnice

Znamo da nauka počinje tamo gdje počinju mjerenja, a upravo ponavljana ultrazvučna mjerenja fetalnih dimenzija predstavljaju dragocjene parametre u procjeni starosti ploda, njegovom rastu, težini i dužini. Ultrazvučni se pregledi dijele u dvije temeljne grupe.

Redovni (probirni) pregledi tokom nadzora trudnoće čine prvu grupu i provode se kod svih trudnica. Odabrani ili ciljani pregledi čine drugu grupu i provode se kod trudnica s povišenim rizikom i opterećenom anamnezom. Tri ultrazvučna pregleda tokom trudnoće podrazumijevaju redovni ili probirni pregled. Raspoređeni su ovim slijedom: prvi pregled između 10. i 14. sedmice trudnoće, drugi pregled između 18. i 22. sedmice trudnoće te treći pregled između 30. i 34. sedmice trudnoće [4].

Predstavlja li trudnoća rizik bilo na temelju osobne ili obiteljske anamneze, prošlih ili sadašnjih ginekoloških oboljenja, partnerima se predlaže prekonceptijska obrada koja im omogućuje da uz pomoć liječnika i medicinske sestre dobiju preporuke o daljnjim postupcima i spolnom ponašanju.

2.8. Edukacija roditelja

Rodilja (lat. parturiens) je trudnica s navršениh 22 sedmice trudnoće i plodom težim od 500 grama ako dobije trudove koji ne reaguju na tokolitike ili joj curi plodova voda. Tokolitici su hemijska sredstva koja smanjuju osjetljivost (senzibilitet) uterusa i zaustavljaju

nastanak trudova. Sprječavanje uterinih kontrakcija koristi se u terapijske svrhe i kod prevencije neželjenih trudova, a kad u trudnoći postoje određene komplikacije koje mogu izazvati prijevremeni porođaj i ugroziti život fetusa [2].

Priprema trudnice za porod ima cilj ukloniti ili ublažiti strahove koje trudnica osjeća. Emocionalni faktori u trudnoći kao zabrinutost i strah označavaju glavne negativne faktore koji se dobrom pripremom za porod mogu spriječiti. Tako se olakšava samokontrola boli, sprječava nastanak sindroma strah - bol te olakšava i ubrzava porod.

Postoje tri glavne komponente pripreme: edukacija o normalnom toku poroda, sticanje znanja i tehnika ublažavanja boli te stvaranje i održavanje mirne i ugodne okoline za trudnicu. Interdisciplinarni stručni kursevi koje trudnica već od četvrtog mjeseca trudnoće može polaziti sa svojim partnerom organizuju se radi pripreme trudnice za porod.

Stručni kursevi sadrže nastavne programe ginekologa, primalje, medicinske sestre, neonatologa, anesteziologa i psihologa [5].

Trudnički kurs pruža saznanja o određenim temama o trudnoći i porodu, a vremensko trajanje kursa zavisi o ustanovi u kojoj se izvodi. Trudnice se na kursu susreću s medicinskim sestrama i primaljama koje im objašnjavaju proceduru samog poroda, neonatolozi ih informišu o važnosti dojenja i postupanju s novorođenčetom, a anesteziolozi o postupku obezbojavanja poroda.

2.9. Prijem roditelje

Rodilja dolazi u porodilište najčešće tokom 1. porodnog doba. Uzimanje anamneze medicinska sestra mora pretvoriti u ugodan razgovor kako bi od trudnice dobila željene informacije. Profesionalan pristup te uspješna verbalna i neverbalna komunikacija dovode do ozračja uzajamnog povjerenja koje je bitno za daljnji odnos s roditeljom. Medicinska sestra uzima podatke počevši od lične anamneze koja podrazumijeva ime, prezime, datum i mjesto rođenja, adresu stanovanja, podatke o zanimanju i radnom odnosu, podatak o bračnom odnosu i kontakt-broj telefona [4].

Podatak o gestacijskoj dobi (starosti trudnoće), kao i paritet trudnice bitni su faktori za daljnji tok i njegu roditelje te spadaju u dio reprodukcije anamneze.

Nakon uzete anamneze slijedi opšti pregled kod liječnika, a nakon toga genitalni i ultrazvučni pregled u kojima mu asistira medicinska sestra i priprema roditelju.

Medicinska sestra tokom prijema verbalnu komunikaciju pretvara u uzimanje sestričke anamneze te prikuplja podatke o zdravstvenom stanju, porodičnim i socijalnim prilikama trudnice. Upisuje roditelju u ambulantni protokol. Podaci o gestacijskoj dobi (starosti

trudnoće), broju prijašnjih trudnoća te načinu dovršenja prijašnjih trudnoća pomoći će joj u daljnjem postupku s rođiljom. Tokom prijema rođilji se izmjeri krvni pritisak i uzima uzorak urina za određivanje proteina u mokraći [4].

Uloga je medicinske sestre procijeniti potrebe trudnice i znati sve postupke kako bi je na vrijeme mogla pripremiti za određenu pretragu. Ako rođilja ostaje u bolnici, potrebno je otvoriti temperaturnu listu, istoriju bolesti i na temelju informisanog pristanka dobiti saglasnost za hospitalizaciju. Medicinska sestra treba pokazati empatiju i razumijevanje za eventualne strahove i teškoće rođilje.

Fizička priprema rođilje podrazumijeva asistiranje medicinske sestre pri pregledu bilo da je riječ o bimanualnom pregledu ili o pregledu u spekulima. Na temelju cervikalnog nalaza i broja prijašnjih porođaja liječnik određuje hoće li rođilja dobiti klizmu ili ne. Danas rođilja može odbiti taj postupak, kao i ostale postupke tokom porođaja, ali uz potpisanu saglasnost o odbijanju. Rodilji se izmjeri krvni pritisak, daje uzorak urina za određivanje bjelančevina i odredi joj se tjelesna težina. Liječnik uzima osobnu anamnezu od rođilje o prijašnjim bolestima, prijašnjim trudnoćama te toku sadašnje trudnoće. Rodilji se postavi kardiotokografska (CTG) sonda radi praćenja otkucaja srca fetusa te joj se, prema potrebi, izmjeri tjelesna temperatura. Ako je rođilja prihvatila primjenu klizme, daje joj se klizma i priprema područje mogućeg ureza međice - brijanje. Klizma omogućuje ispražnjenje ampule rekti jer pun mokraćni mjehur i ampula rekti refleksno koče trudove i onemogućuju ulaz vodeće česti u malu zdjelicu. Nakon svega rođilja se istušira te odlazi u porođaonicu [4].

Medicinska sestra je osoba koja svojim znanjem i iskustvom treba prepoznati fiziologiju normalne trudnoće od patofiziologije kako bi na vrijeme mogla postaviti sestrišnu dijagnozu i odvojiti normalno od patološkog. Komunikacija medicinske sestre i rođilje kompleksan je verbalni i neverbalni proces u kojem se razvija terapijski odnos, pri čemu je jako važan empatijski pristup u kojem medicinska sestra procjenjuje potrebe rođilje, pruža joj potrebne informacije i daje mogućnost izbora u cjelokupnoj njezi. Pri dolasku u porođaonicu rođilja ne smije osjećati strah i napetost. Vrsta i jačina straha u uskoj su vezi s prijašnjim iskustvima, odgojem i društvenom tradicijom sredine u kojoj su rođilje odrasle, pa je posljedično tome i doživljaj straha modificiran psihološkim i socijalnim faktorima koji iz njih proizlaze. Najveće je značenje psihičke pripreme rođilje dobra saradnja s liječnikom i medicinskom sestrom. Trudnicu treba hrabriti da vjeruje svojim instinktima, da sluša svoje tijelo i da verbalizuje osjećaje kako bi dobila podršku i pomoć koja joj je potrebna. U 21. vijeku u porodilištima su sve češće prisutni očevi kako u zemljama u razvoju, tako i u

siromašnijim zemljama svijeta. U početku je to bilo sporadično, a danas je pri normalnim porođajima otac prisutan tokom cijelog procesa rađanja [5].

Kroz istoriju se značaj podrške na porodu itekako mijenjao. Od poroda uz kontinuiranu podršku u ugodnoj kućnoj atmosferi roditelje su dovedene u nepoznatu okolinu institucija bez ikakve lične podrške dok su proživljavale jedan od najbolnijih trenutaka u životu. Danas je u skladu sa pravima pacijenta na odabir i učestvovanje u liječenju i medicinskim postupcima svakoj trudnici omogućeno da odabere osobu (partnera, blisku osobu) koja će s njom prolaziti iskustvo porođaja i biti joj podrška.

Prisutnost partnera od velikog je značenja većini roditelja jer time doprinosi aktuelnoj i budućoj čvrstoći veze roditelja. Je li on tamo da bi ohrabrio roditelju i podržao je u jednom jako bolnom iskustvu ili je njegova uloga stvaranje vlastitog stava o tome koliko je porođaj pozitivan događaj u njegovom životu? Danas sve više očeva želi biti prisutno na porodu svog djeteta te osjeća zahvalnost, poštovanje i divljenje prema svojim partnericama.

Svake je godine broj partnera na porodu u porastu. U Švedskoj samo 1,8 % partnera nije prisutno pri porodu, u Francuskoj 1,4 %, u Velikoj Britaniji manje od 1 %, dok je u zemljama poput Makedonije, Turske i Grčke samo 10 % partnera prisutno na porodu. Većini roditelja prisutnost partnera na porodu od velikog je značaja, naročito u prvom porodnom dobu kada joj je psihološka potpora najvažnija, a prisutnost partnera na porodu i njemu omogućava doživljaj iskustva rađanja djeteta [3].

2.10. Porod i porodno doba

Porod je niz mehaničkih i fizioloških zbivanja kojima se roditelja oslobađa svih pet elemenata ploda (ploda, posteljice, pupkovine, plodovih ovoja i plodove vode) vaginalnim putem.

Normalni porođaj je porođaj donošenog i zrelog djeteta sposobnog za samostalni život u gestacijskoj dobi od navršene 37. do 42. sedmice s porođajnom masom od 10. do 90. centile za dob i spol. U fiziološkom je porođaju plod uzdužno položen (lat. situs longitudinalis), s glavicom na ulazu u malu zdjelicu, a tačka vodilja je mala fontanela.

Na trajanje normalnog porođaja najveći uticaj imaju porođajne snage (trudovi) i paritet roditelje. Trudovi se razlikuju prema vremenu kada se javljaju i prema učinku. Kreću se od prethodnih trudova (trudova spuštanja) te prelaze u pripravne trudove koje trudnica osjeti u posljednjim danima trudnoće. Pravi porođajni trudovi (trudovi otvaranja) omogućavaju otvaranje ušća maternice i prolaz glavice kroz malu zdjelicu. Pravi porođajni trudovi u početku su rjeđi (svakih 15 - 10 minuta), a kasnije su češći i dolaze svakih 5 minuta [4].

Porođajni kanal, porođajni objekt i trudovi glavni su elementi uspješnog porođaja.

Trudnica se savjetuje da pokuša pričekati nekoliko sati od početka javljanja trudova i da se nakon toga odluči na odlazak u porodilište. Trajanje porođaja zavisi o paritetu roditelja.

Svaka sumnja na prsnuće vodenjaka bez obzira na to u kojoj je sedmici gestacije trudnica znak je da odmah krene u porodilište. Prvorotkinje rađaju u vremenskom razmaku od 12 do 18 sati, a višerotkinje znatno brže. Dolaskom u porodilište liječnik - ginekolog pregledava roditelja te odlučuje o daljnjem postupku. Tok poroda podijeljen je na četiri porodna doba [4].

Doba otvaranja materničnog ušća naziva se prvo porodno doba.

Prvo porodno doba počinje prvim trudovima koji dovode do nestajanja vrata maternice ili prsnućem vodenjaka, a završava potpunim otvaranjem materničnog ušća. Dijeli se u dvije faze: latentnu i aktivnu. Pod pojmom latentne faze misli se na sazrijevanje cerviksa, a aktivna faza označava otvaranje materničnog ušća. Kod donošenog djeteta maternično se ušće otvara do promjera od 10 centimetara.

Nestajanje vrata maternice i otvaranje ušća različito je kod prvorodilja u odnosu na višerodilje. Kod prvorodilja vrat maternice nestaje prvi, a zatim se otvara ušće u vremenskom razdoblju od 8 do 10 sati. Istovremeno otvaranje ušća i nestajanje vrata maternice karakteristično je za višerodilje i traje od 5 do 7 sati. Porod može započeti ispadanjem sluznog čepa, trudovima, prsnućem vodenjaka ili svime navedenim [4].

Početak prvog porodnog doba obilježavaju trudovi koji su u početku rijetki, slabi i kratkotrajni, a postupno se pojačavaju i sve su češći. Trudovi se u prvom porodnom dobu nadziru kardiotokografijom (CTG-om).

Trudovi (dolores) su ritmična stezanja maternice. Prilikom posjete ambulanti najtačniju dijagnozu postavlja, obično na osnovi bolnih trudova, trudnica sama. Njezina dijagnoza, naročito kod prvorodilje (primipara), katkada je pogrešna, premda iznenađuje koliko je puta pravilna.

Ako trudnica zbog trudova dođe u porodilište, potrebno je pregledom utvrditi njezino stanje i ako je potrebno, hospitalizovati je. Sljedeća pogreška je ako postavimo dijagnozu porođaja samo na osnovu bolnih trudova, koji su sinhroni s kontrakcijama maternice.

Kod roditelja s niskim pragom za bol trudove u trudnoći nekad teško raspoznavamo od pravih trudova. Na senzibilizaciju maternice u prvom redu djeluje pad nivoa progesterona, korionskog gonadotropina, te povišenog nivoa estrogena, prostaglandina i oksitocina. Ove promjene dovode do ritmičnoga stezanja maternice, što je znak da je porođaj počeo [4].

Tokom cijele trudnoće maternica se kontrahira, ali klinički neuočljivo i neznatno. Bolne kontrakcije koje se pojavljuju češće, ali dolaze neredovno i u velikim razmacima javljaju se fiziološki potkraj trudnoće. Kako bi medicinska sestra utvrdila pravo vrijeme početka porođaja, mora razlikovati lažni od početka pravog porođaja.

Svakoj trudnici nakon 35. sedmice trudnoće potrebno je učiniti kardiotokografiju (CTG). Ako je riječ o trudnoći manje gestacijske dobi od navedenoga, kardiotokografija se snima ako za nju postoji indikacija.

Kardiotokografija je dijagnostička metoda kojom ultrazvučnim sondama istovremeno na CTG-zapisu registrujemo otkucaje srca fetusa te jačinu i trajanje kontrakcija maternice. Ova metoda nezamjenjiva je u rutinskom nadzoru ploda u trudnoći i porođaju. Svrha je nadzora procjena oksigenacije fetusa kako bi se poremećaji oksigenacije na vrijeme otkrili i trudnoća dovršila prije nastupa nepovratnih oštećenja. Vanjske CTG-sonde uz pomoć poveza se vežu oko trbuha roditelje te se spajaju na monitor na kojem se očitava nalaz [4].

Uloga je medicinske sestre objasniti trudnici svrhu snimanja CTG-zapisa. Pretraga je bezbolna, a prilikom snimanja trudnica mora biti potpuno mirna. Kod temeljne srčane frekvencije koja pokazuje prosječan broj otkucaja srca fetusa u jedinici vremena razlikujemo: normalnu (121 – 160/min), blagu tahikardiju (161 – 180/min), izraženu tahikardiju (> 180/min), blagu bradikardiju (100 – 120/min) i izraženu bradikardiju (< 100/min).

Drugo porodno doba je doba rađanja djeteta i obuhvata vrijeme od potpunog otvorenog materničnog ušća i završava rađanjem. Kod prvorodilje traje od 2 do 3 sata, a kod višerodilje od pola sata do sata. Istiskivanje djeteta omogućavaju trudovi izgonu te pritisak poprečnoprugastih mišića trbušne stjenke.

Treće porodno doba je doba rađanja posteljice i traje od djetetovog rođenja do rođenja posteljice. Ovo razdoblje traje do trideset minuta. Treće porodno doba podrazumijeva primjenu lijekova (oksitocina i uterotonika) kako bi se vremenski skratilo i prevenirale se komplikacije.

Četvrto porodno doba je doba hemostaze. Započinje rođenjem posteljice i traje do dva sata nakon poroda. U to vrijeme nastaje retrakcija (skraćenje materničnih mišića) i kontrakcija (stezanje maternice) [4].

O uzrocima početka spontanog porođaja postoje brojne teorije kojima su se pokušavali ili se pokušavaju objasniti događaji koji prethode početku spontanog porođaja. Uopšteno se može reći da sve teorije koje su manje ili više prihvatljive upućuju na to da trudnica, fetus i placenta zajednički doprinose mehanizmu kojim se održava trudnoća pa promjene u bilo

kojem od ovih sistema mogu dovesti do pojave uterinih kontrakcija čiji je konačni ishod porođaj.

Izazvani ili inducirani porođaj počinje stimulacijom uterinih kontrakcija prije početka spontanog porođaja. Indukcija porođaja je opstetrička intervencija koja se treba koristiti kada je elektivni porođaj koristan za majku i dijete. Svrha je indukcije podstaknuti porođaj djeteta. Uspjeh indukcije zavisi o adekvatnim kontrakcijama koje dovode do progresivne dilatacije cerviksa. Postupak je uspješniji kada je cerviks zreo. Definicija indukcije porođaja uključuje i stimulaciju kontrakcija kod rupturiranog vodenjaka, a indicirana je kada je korist za majku i dijete veća od nastavka trudnoće te je povezana sa sljedećim faktorima:

a) materalni faktori:

- prolongirana ili prenešena trudnoća,
- hipertenzija, preeklampsija,
- dijabetes mellitus,
- prijevremeno prsnuće vodenjaka,
- medicinske indikacije.

b) fetalni faktori:

- suspektno ugroženo dijete,
- intrauterini zastoj rasta,
- smanjena pokretljivost fetusa,
- abnormalan protok krvi kroz umbilikalnu arteriju,
- intrauterina smrt [4].

Kod nekomplikiranih trudnoća korisna metoda indukcije može biti odljušćivanje plodovih ovoja. Kada se liječnik odluči za jednu od metoda indukcije, porođaj započinje. Medicinska sestra fizički i psihički priprema roditelju te joj pomaže savladati tehniku dirigovanog disanja.

2.11. Pregledi tokom trudnoće

Svaku trudnoću potrebno je kontinuirano pratiti, ne samo od strane trudnice, već i od strane zdravstvenih radnika poput ginekologa i medicinske sestre u svrhu praćenja normalnog razvoja fetusa, zdravlja majke i pravovremene intervencije u slučaju komplikacija. Uloga medicinske sestre, uz doktora - specijalista ginekologije, velika je, te je bitno da prilikom praćenja trudnoće medicinska sestra saraduje s doktorom- specijalistom ginekologije te prati fizičko i psihičko stanje trudnice. Vrlo je važna kvalitetna komunikacija medicinske sestre i trudnice kako bismo prepoznali moguće komplikacije. Medicinska sestra posebnu pažnju

treba posvetiti rizičnim trudnoćama, trudnicama koje boluju od hroničnih bolesti i trudnicama s određenim poteškoćama u trudnoći, koje zahtijevaju češće kontrole i preglede, no zdravstvenu njegu trudnice medicinska sestra prilagođava svakoj trudnici posebno s obzirom na njezine specifične potrebe [1].

Po potvrdi trudnoće od strane ginekologa, otvara se trudnička knjižica u koju se zapisuju svi obavljeni pregledi i postupci koje trudnica prolazi i sve što radi. Neke su procedure tokom trudnoće obavezne za svaku „zdravu“ trudnoću, dok se neki pregledi obavljaju samo po potrebi, zavisno o slučaju.

U toku trudnoće, svaka osoba treba proći minimum od 12 pregleda, s time da se prvi pregled obavlja do 12. sedmice trudnoće, te nakon toga trudnica na pregled odlazi svake 4 sedmice. Nakon 28. sedmice, sljedeći je pregled u 31. sedmici, zatim u 34., 36. i 38. sedmici. Pregledi se obavljaju i u 39. sedmici te u 40. sedmici, nakon čega bi na pregled trebalo doći svaka 2 dana, sve do poroda. Ukoliko se trudnoća nastavlja u 41. sedmici, potrebni su svakodnevni pregledi [5].

Prvi pregled trudnice bi trebao biti između 6 i 12 sedmice trudnoće. Prvi pregled kod svih trudnica od izuzetne je važnosti, naročito kod onih s hroničnim bolestima (npr. poremećaji zgrušavanja krvi, povišenog krvnog pritiska, dijabetesa). Pregled se sastoji od uzimanja podataka o trudnici – anamneza, vaginalnog pregleda i Papa testa. Prilikom vaginalnog pregleda obraća se pažnja na vaginalni iscjedak, izgled i boju sluznice rodnice, te na vrata maternice. Palpacija unutrašnjih genitalnih organa slijedi nakon pregleda rodnice. Radi se o klasičnom ginekološkom pregledu s jednom rukom u rodnici, a drugom na donjem dijelu trbuha. Njime se određuje veličina maternice, eventualni nalaz na jajovodima i jajnicima, te stanje vrata maternice (konzistencija, zatvorenost, otvorenost, prohodnost). Kod uzimanja anamneze važno je mjerenje visine i težine (TT), krvnog pritiska (RR), proteina u mokraći, te datum prvog dana zadnje menstruacije i određivanje termina poroda. Od obaveznih laboratorijskih pretraga već pri prvom pregledu provode se kompletna krvna slika (KKS), krvna grupa i Rh faktor, testovi senzibilizacije kod Rh negativnih trudnica, kompletni pregled mokraće (tzv. sediment urina), urinokultura s antibiogramom, vrijednost glukoze u krvi natašte, bilirubin, transaminaza, toksoplazma i hepatitis B [2].

Kod svakog pregleda je obavezno izmjeriti krvni pritisak, tjelesnu težinu i proteine u mokraći. Kod svake kontrole bitan je i vaginalni pregled rodnice, koji omogućava pravovremenu reakciju i liječenje infekcije ukoliko do nje dođe. U slučaju da se infekcija ne liječi može doći do prijevremenog poroda ili drugih komplikacija.

U 12. sedmici trudnoće prilikom pregleda moguće je čuti otkucaje srca ploda pomoću doplerskog aparata. Nakon 16. sedmice mjeri se udaljenost fundusa, najviše tačke, maternice do simfize, tj. stidne kosti. Između dvadeset četvrte i dvadeset osme sedmice trudnoće za vrijeme pregleda radi se test tolerancije na glukozu.

U trećem tromjesečju trudnoće, nakon 36. sedmice, tokom pregleda koristi se dijagnostička metoda kojom se prati stanje ploda - CTG (kardiotokografija). CTG se koristi kako bi se provjerilo jesu li prisutni i u normativnom rasponu otkucaji srca djeteta, te kreće li se. Očekuju se otkucaji srca od 120 do 160 otkucaja u minuti. Također, pomoću CTG-a ginekolog može detektovati ima li trudnica kontrakcije ili trudove [4].

U današnje doba ultrazvučni pregledi nezaobilazni su dio svake uredne trudnoće. Trebalo bi imati barem 3 najbitnija pregleda ultrazvukom kod uredne trudnoće. U prvom tromjesečju pregledi se provode transvaginalnim putem, pomoću posebne sonde koja ide u rodnicu. U drugom i trećem tromjesečju radi se o transabdominalnim pregledima, tj. preko trbuha.

Prvi UZV (ultrazvučni) pregled se obavlja između 11. i 13. sedmice. Pomoću UZV pregleda moguće je odrediti srčanu akciju i dinamiku embrija, hromosomske anomalije (poput nuhalnog nabora i nosne kosti) ili malformacije, te radi li se o višeploidnoj trudnoći. Drugi UZV pregled radi se između 20. i 23. sedmice. Ovaj ultrazvučni pregled daje detaljni uvid u fetalne anomalije i ciljano pretraživanje znakova hromosomskih bolesti. Naziva se i „*anomaly scan*“. Treći UZV pregled se provodi između 30. i 33. sedmice, te omogućava procjenu rasta i položaja ploda u maternici, te količinu plodne vode. Po potrebi, moguće je provesti dodatne preglede koji pomoću doplerske tehnologije omogućavaju mjerenje protoka krvi kroz fetus i posteljicu [4].

Prenatalna obrada sastoji se od niza detaljnih biohemijskih i ultrazvučnih pregleda, pomoću kojih se otkrivaju brojne nasljedne bolesti i anomalije ploda. Ove pretrage se rade kod trudnica koje imaju povećani rizik za malformacije ploda. Rizike za anomalije kod djeteta predstavljaju porodična anamneza, trudnica u dobi starijoj od 35. godine, teratogeni faktori kojima je trudnica izložena. Glavni cilj prenatalne dijagnostike prvenstveno je rođenje zdravog djeteta. Kako bi se taj cilj uspješno ostvario, medicinske sestre i doktori – specijalist ginekologije provode dodatne preglede i testiranja tokom trudnoće.

Kombinovani test ili rani biohemijski test se provodi između 11. i 14. sedmice trudnoće. Pomoću ovog testa se kontroliše nivo alfafetoproteina (AFP) i PAPP-A proteina te slobodnog beta-HCG. Pokazatelji nasljednih bolesti koji se provjeravaju pomoću ultrazvuka rade se približno u isto vrijeme kako i rani biohemijski test. Rani pokazatelji fetalnih

anomalija uključuju dužinu nosnih kostiju, protok u venskom duktusu i debljinu nuhalnog nabora. Ukoliko je izračunat visok rizik za anomalije ploda, preporučuje se aspiracija korionskih resica - CVS. To je invazivna metoda prenatalne dijagnostike koja se radi u prvom tromjesečju.

Double ili tripple test je kasni biohemijski test koji se provodi između 15. i 18. sedmice trudnoće. Radi se o testu pomoću kojeg se mjeri nivo nekonjugiranog estriola, humani korionski gonadotropini i nivo alfa-fetoproteina. Ultrazvučno testiranje se radi približno u isto vrijeme kada i kasni biohemijski test. Pomoću ovih neinvazivnih dijagnostika otkrivamo rizik za Edwardsov, Turnerov, Patauov i Down sindrom. Ako je izračunati rizik za anomalije ploda visok, preporučuje se obaviti amniocentezu ili kariotipizaciju, invazivne metode prenatalne dijagnostike koje se rade na početku drugog tromjesečja [4].

Amniocenteza je invazivni zahvat koji se radi kako bi se utvrdile hromosomopatije kod djeteta. Radi se o zahvatu koji se obavlja pod kontrolom ultrazvuka. Punkcijom kroz trbušnu šupljinu uzima se uzorak plodne vode za analizu. Amniocenteza se izvodi isključivo ako postoje određene indikacije za nju. Faktori za provođenje amniocenteze su dob trudnice koja mora biti preko 35 godina, pozitivna porodična anamneza, ako je žena već imala spontane pobačaje, abnormalnosti otkrivene ultrazvukom ili, izuzetno, želja majke. Pomoću amniocenteze mogu se otkriti ove hromosomopatije: Downov sindrom (trisomija 21), Turnerov, Edwardsov (trisomija 18), Patauov ili Klinefelterov sindrom (trisomija 13). Ukoliko je nalaz pozitivan trudnica ima pravo prekinuti trudnoću.

Amniocentezu je moguće podijeliti zavisno o odmaklosti trudnoće u trenutku provođenja zahvata na vrlo ranu, ranu i kasnu amniocentezu. Vrlo rana amniocenteza provodi se između 12. i 14. sedmice trudnoće. Radi se samo kod hitne dijagnostike jer nosi veliki rizik za spontani pobačaj. Rana se amniocenteza radi između 15. i 18. sedmice, u svrhu analize sekrecije enzima, DNK analize i određivanja karograma. Nedostaci rane amniocenteze su duži period čekanja rezultata od 3 sedmice, i mogućnost spontanog pobačaja radi procedure. Kasna amniocenteza se radi u visokom stepenu trudnoće, ako se očekuje prijevremeni porod. Njena svrha je utvrđivanje zrelosti fetalnih pluća. Ponekad se radi i za određivanje koncentracije bilirubina u težim oblicima Rh–imunizacije [4].

Medicinska sestra obavezna je trudnici koja će proći zahvat amniocenteze objasniti o kakvome se zahvatu radi, kako će procedura izgledati i koje su moguće komplikacije pregleda. Uz to, treba trudnicu informisati koliko će čekati rezultate i što može očekivati ako je nalaz patološki. Komplikacije do kojih može doći prilikom provođenja zahvata uključuju

infekciju majke ili ploda, Rh- imunizaciju, spontani pobačaj, oskudno krvarenje, ozljedu fetusa i stres.

2.12. Uloga patronažne sestre kod trudnica i babinjača

Patronaža je medicinsko socijalna djelatnost koja ima svrhu napredovanja i očuvanja zdravlja pojedinca, porodice i zajednice. Ona se najčešće provodi u domovima korisnika. Patronažnu zdravstvenu njegu provode prvostupnice sestrinstva ili više medicinske sestre. Ciljevi patronažne zaštite su: provođenje zdravstvene zaštite izvan zdravstvene ustanove i aktivno pronalaženje osoba kojima je potrebna zdravstvena zaštita. Postoje posebne grupe kojima je patronažna zdravstvena njega prijeko potrebna. Među njima se ubrajaju trudnice, babinjače, novorođenčad i dojenčad, mala i predškolska djeca, školska djeca, adolescenti, hronični bolesnici, zavisnici, socijalno ugrožene osobe i porodice (stariji i nemoćni), te osobe s posebnim potrebama (invalidi). Patronažna zdravstvena njega financirana je od strane zavoda za zdravstveno osiguranje, te je ona besplatna za korisnike. Jedna patronažna sestra provodi zdravstvenu njegu na 5100/5800 stanovnika određenog lokaliteta [5].

Proces zdravstvene njege označava pojam tokom kojeg otkrivamo i rješavamo probleme iz područja zdravstvene njege. Patronažne sestre tokom svojih posjeta moraju uvijek postavljati sestrinske dijagnoze. Sestrinska dijagnoza je aktuelan ili potencijalni zdravstveni problem koji su medicinske sestre s obzirom na njihovu edukaciju i iskustvo sposobne i ovlaštene tretirati. Sestra prikuplja podatke koristeći intervju, promatranje, mjerenje i analizu dokumentacije.

Nakon što se trudnoća ustanovi posjetom ginekološkoj ordinaciji, ginekološka ordinacija obavještava dom zdravlja da vodi trudnoću trudnice, te oni dalje organizuju patronažnu njegu. Za vrijeme trudnoće patronažna sestra bi trebala posjetiti trudnicu 2 – 3 puta. Posjeta patronažne sestre sastoji se od informisanja trudnice o fiziologiji trudnoće i promjenama koje je očekuju u vrijeme trudnoće i kroz koje trudnica trenutno prolazi. Također, patronažna sestra s trudnicom razgovara o važnosti adekvatne prehrane, redovne i posebne oralne higijene i o opasnostima konzumiranja alkohola, cigareta i kofeina te korištenja lijekova. Sestra mora uzeti anamnezu i vidjeti postoje li ili hoće se razviti kakve komplikacije u toku trudnoće. Ako je to moguće, sestra kontrolira pritisak i šećer u krvi trudnice [5].

Pred sam kraj trudnoće patronažna sestra objašnjava trudnici tok poroda, te priprema trudnicu za porod, pomaže spremiti torbu koju trudnica nosi u bolnicu. Priprema je i za dolazak novorođenčeta i njegovo dojenje.

Prije odlaska u porodilište, patronažna sestra osigurava da trudnica zna što je obavezno uzeti sa sobom, od dokumenata do ostalih potrepština. Papiri koje treba imati svaka trudnica u torbi za porodilište su: lična karta i zdravstvena kartica, trudnička knjižica, nalaz krvne grupe i Rh faktor, potvrda o položenom trudničkom kursu potrebna ako trudnica želi imati pratnju na porodu. Za porodaonu je potrebno pripremiti široku kraću pamučnu spavaćicu kratkih ili dugih rukava, balzam za usne, paket maramica, gumicu za kosu i bocu vode. Potrebno je pakovati i za period poslije poroda, pa je poželjno da u torbi budu: spavaćice za dojenje kratkih ili dugih rukava s dubokim izrezom, majica ili vestica na kopčanje, mali i veliki peškir, papuče, grudnjak za dojenje, jastučići i pumpica za dojenje, nekoliko udobnih pamučnih ili jednokratnih gaćica, čarape, gel za tuširanje laganog mirisa, pasta i četkica za zube, higijenski ulošci, vlažne i papirnate maramice, toaletni papir, a preporučljivo je i ponijeti sok i vodu, kekse, suho voće ili sendvič, te knjigu, mobitel i punjač za mobitel, odjeća s kojom će majka izaći iz bolnice. Važno je spakovati i odjeću i opremu za novorođenče: pelene, vlažne maramice, mast za guzu, prašak za rane (za pupčani batrljak), pamučnu kapicu, pamučni bodi, lagane pamučne hlačice i pamučne čarapice [4].

Kao što smo već naveli patronažne (medicinske) sestre moraju dati psihološku potporu trudnici. Prema tome one trebaju biti potpora trudnici i prije poroda pri anksioznosti kod straha od poroda.

Primjer sestrinske dijagnoze:

- *Anksioznost sa strahom od poroda;*

CILJ: Trudnica će smanjiti svoj strah od poroda

Intervencije:

- ✓ Edukovati trudnicu o važnosti disanja tokom trudova,
- ✓ Objasniti trudnici da je strah normalna pojava,
- ✓ Objasniti trudnici važnost polaska kursa za trudnice,
- ✓ Preporučiti trudnici da uzme doulu ili partnera na porod ako će se osjećati sigurnije [5].

Evaluacija : trudnica nije osjećala prekomijeran strah na porodu.

- *Uloga patronažne sestre za vrijeme babinjanja;*

Babinje ili puerperiji je razdoblje nakon poroda u trajanju od 40 dana ili šest sedmica nakon rođenja djeteta. Postoje četiri glavne karakteristike babinja: amenoreja ili izostanak menstruacije, lohije ili iscjedak iz rodnice, dojenje ili laktacija, te involucija ili vraćanje maternice u stanje prije poroda. Nakon izlaska iz rodilišta, majku patronažna sestra posjećuje

u prva 24 sata. Učestalost dolazaka babinjači procjenjuje patronažna sestra zavisno o potrebama roditelja i bebe.

Glavni zadaci patronažne sestre kod posjete babinjači su majku uvesti u roditeljstvo i pripremiti je na brigu za bebū. Patronažna sestra savjetuje majku kako da se odnosi prema novorođenčetu, objašnjava kako se presvlači novorođenče, što činiti s pupčanim bataljkom bebe te savjetuje da prvo kupanje novorođenčeta bude nakon njegova ispadanja. Sestra također majku informiše o pravilnoj prehrani nje i djeteta, kontrolirše međicu i lohije, carski rez ako je dijete rođeno pomoću zahvata, objašnjava proces dojenja novorođenčeta i kontrolirše dojenje i podoje te čini pregled dojki. Postoje tri načina dojenja o kojima majka uči: ležeći položaj, položaj kolijevke, položaj nogometne lopte. Patronažna sestra treba novopečenoj majci demonstrirati sve položaje dojenja, te joj objasniti kada se koji preporučuje. Prilikom dojenja, moguće je naići na brojne poteškoće, poput uvučenih bradavica, bolnih i ispucanih bradavica, prepunjenosti dojki i mastitisa. Patronažna sestra mora prepoznati ta stanja, objasniti roditeljama kao će smanjiti nastale komplikacije i u kojim slučajevima je važno kontaktirati liječnika [4].

Uz brigu i savjetovanje majke, patronažna sestra dužna je obaviti i sveobuhvatan pregled novorođenčeta. U pregled su uključeni vaganje novorođenčeta, pregled pupčane ranice, provjera prisutnosti primitivnih refleksa novorođenčeta, pregled boje kože i turgora, usne šupljine, fontanela, te pregled kukova i stopala.

Patronažna sestra majku nastoji informisati o važnosti dojenja. Dojenje, tj. hranjenje bebe majčinim mlijekom, najbolja je opcija za novorođenče. Ukoliko nema razloga koji sprječavaju dojenje, poput nedovoljne produkcije mlijeka, oštećenja dojke i infekcije dojke, dojenje se preporučuje jer majčino mlijeko sadrži sve nutritivne hranjive sastojke koji su potrebni za uspješan rast i razvoj dojenčeta. Kako dijete raste tako se mijenja i sastav majčinog mlijeka. Majčino mlijeko sadrži važna antitijela koja djecu štite od infekcija i bolesti. Antitijela su neophodna u periodu od prvih 6 mjeseci, kada se imunološki sistem novorođenčeta tek razvija. Majčino mlijeko je, osim što nosi mnoge zdravstvene prednosti, besplatno, sterilno, odgovarajuće temperature i uvijek spremno za korištenje. Novorođenče se doji 10-14 puta u 24 sata, po 20 – 40 minuta. Kako dijete raste, količina mlijeka koju proizvodi majka sve je veća, a podoji su kraćeg trajanja [5].

Majčino mlijeko također ima važne učinke na zdravlje žena. Majčino mlijeko smanjuje vjerovatnost razvoja karcinoma dojke, jajnika i maternice, potpomaže vraćanju maternice u stanje prije trudnoće, te ima učinak manje slabokrvnosti majke.

Proces dojenja u većini slučajeva može biti nezavisan o majčinoj prehrani, ali pojedine tvari iz majčine prehrane, kao što su na primjer masne kiseline, mogu značajno uticati na kvalitet majčinog mlijeka. Jedna od uloga patronažne sestre je usmjeravati dojilje na hranu koja čini majčino mlijeko optimalno za novorođenče. Također se navodi da majke koje doje trebaju jesti raznovrsnu hranu bogatu vitaminima i mineralima. Preporučene namirnice su voće, povrće, mliječni proizvodi i sve vrste mesa. Neke je namirnice poželjno izbjegavati jer mogu izazvati alergijske reakcije kod djeteta, poput kikirikija i orašastih plodova, jagoda, konzervirane ribe, luka, suhih šljiva, naranča i ostalih agruma [4].

Ukoliko majka ima poteškoća sa dojenjem patronažna sestra joj preporučuje grupu za potporu u dojenju. Radi se o grupama samopomoći u kojima majke s iskustvom u dojenju pomažu majkama bez iskustva. Grupa za potporu u dojenju se sastoji od 5-10 majki i voditeljica grupe. Grupa se sastaje svake 2- 4 sedmice. Dom zdravlja mora osigurati jednu ili više grupa potpore pri dojenju.

Doula je edukovana, iskusna profesionalka koja trudnici pruža fizičku, emocionalnu i informativnu potporu prije, za vrijeme, i nakon poroda. Doula također može biti žena koja daje novopečenoj majci emocionalnu potporu tokom razdoblja babinjanja. Porođajne doule prate ženu u trudovima i pomažu joj osigurati zadovoljavajuće iskustvo poroda [4].

Evropska mreža doula (EDN) nastoji u čitavoj Europi edukovati i na viši nivo podignuti znanje doula. Doula se, po završenoj obuci oslanja na svoju stručnu obuku, znanje i svoje iskustvo kako bi trudnici pružila potporu i emocionalnu utjehu, te pomogla u opuštanju, masaži i promijeni položaja tokom trudova. Tokom trudnoće doule i patronažne sestre sarađuju u svrhu što kvalitetnije njege za trudnicu i plod, a nakon poroda za babinjaču i dijete.

ZAKLJUČAK

Svakoj pacijentici treba pristupiti individualno, holističkim pristupom te razvijati odnos povjerenja i poštovanja. Medicinska sestra kombinacijom vještina, znanja, sposobnosti, prosuđivanja i razumijevanja izvodi zdravstvenu njegu. Svrha prijeoperacijskih postupaka je osigurati pacijentici najbolju moguću fizičku i psihološku spremnost kojom značajno možemo smanjiti nastanak poslijeoperacijskih poteškoća i komplikacija. Gotovo sve sestrinske dijagnoze uključuju edukaciju pacijenata ili člana porodice u planu zdravstvene njege kroz sestrinske intervencije.

Da bi se poboljšala komunikacija s pacijenticom i njezinom porodicom treba, između ostalog, omogućiti dostupnost informacija u svakom trenutku. Informacije usmjerene pacijentici moraju biti razumljive, korisne, dovoljno detaljne i jednostavne da osiguraju osjećaj kontrole nad situacijom, podstiču aktivno uključivanje u vlastito liječenje, ohrabruju i motivišu na ozdravljenje i oporavak. Cilj je svima zajednički: da pacijentica razumije problem, njegove uzroke i načine rješavanja te da učestvuje u planiranju i provođenju liječenja. Dobra medicinska sestra mora biti savjesna, imati moć zapažanja i vladati se krajnje profesionalno. Ako medicinska sestra nema samopožrtvovan duh, ako je pomalo sebična ili nerado prima savjete od nadređenog medicinskog osoblja, neće moći dobro saradivati ni sa pacijentima ni sa radnim kolegama.

Pogrešno je misliti da žena postaje manje ženstvena, da počinje naglo stariti i gubiti seksualnu funkciju. Nakon histerektomije, doslovno sve u ponašanju i izgledu žene ostaje isto kao i prije. Ne mijenja se ni seksualna želja ni osjećaj koji žena ima prilikom seksualnog odnosa. Iskustva žena koje su prošle kroz iskustvo sa histerektomijom, govore da na tijelu doslovno sve ostaje isto.

Medicinska sestra posebnu pažnju treba posvetiti rizičnim trudnoćama, trudnicama koje boluju od hroničnih bolesti i trudnicama sa određenim poteškoćama u trudnoći, koje zahtijevaju češće kontrole i preglede, no zdravstvenu njegu trudnice medicinska sestra prilagođava svakoj trudnici posebno s obzirom na njezine specifične potrebe. U toku trudnoće, svaka trudnica treba proći minimum od 12 pregleda, s time da se prvi pregled obavlja do 12. sedmice trudnoće. Pregled se sastoji od uzimanja podataka o trudnici – anamneza, vaginalnog pregleda i Papa testa.

U današnje doba ultrazvučni pregledi nezaobilazni su dio svake uredne trudnoće. Trebalo bi imati barem 3 najbitnija pregleda ultrazvukom kod uredne trudnoće. Uz tri glavna ultrazvučna pregleda postoje i pregledi koje rade samo rizične trudnice. Određeni broj žena pati od neke vrste hroničnih bolesti koje tokom trudnoće mogu izazvati komplikacije i

probleme, otežati trudnoću i porod, ili u opasnost dovesti majku i plod. Zbog toga je izuzetno važno ako je žena u mogućnosti, prvo bolest staviti pod kontrolu, a tek naknadno planirati trudnoću. Kada je hronična bolest pod kontrolom manje su mogućnosti za komplikacije i probleme tokom trudnoće.

Kvalitetna prehrana, redovna higijena i izbjegavanje lijekova i štetnih navika od izuzetne su važnosti za pravilan rast i razvoj djeteta. Važan dio njege tokom trudnoće upravo radi toga jesu obavezni ginekološki pregledi u svrhu praćenja fizioloških promjena majke i ploda tokom trudnoće i ranog otkrivanja potencijalnih problema.

Patronažne sestre igraju bitnu ulogu u davanju prikladne antenatalne njege tokom i nakon trudnoće. Također, bave se edukacijom trudnice i njene okoline, educirajući trudnicu o korektnim ponašanju, prehrani i osobnoj njezi prije i nakon poroda, te pružajući pomoć u identifikaciji i razrješenju simptoma i potencijalnih problema.

Nakon poroda, nastupa razdoblje babinja. Babinje ili puerperiji je razdoblje nakon poroda u trajanju od 40 dana ili šest sedmica nakon rođenja djeteta. Nakon izlaska iz porodilišta, majku patronažna sestra posjećuje u prvih 24 sata. Učestalost dolazaka babinjači procjenjuje patronažna sestra zavisno o potrebama roditelja i bebe. Glavni zadaci patronažne sestre kod posjete babinjači su majku uvesti u roditeljstvo i pripremiti je na brigu za bebu.

Uz brigu i savjetovanje majke, patronažna sestra dužna je obaviti i sveobuhvatan pregled novorođenčeta. U pregled su uključeni vaganje novorođenčeta, pregled pupčane ranice, provjera prisutnosti primitivnih refleksa novorođenčeta, pregled boje kože i turgora, usne šupljine, fontanela, te pregled kukova i stopala. Patronažna sestra majku nastoji informisati o važnosti dojenja. Dojenje, tj. hranjenje bebe majčinim mlijekom, najbolja je opcija za novorođenče.

Medicinske sestre i tehničari su najbrojniji zdravstveni radnici u sistemu zdravstva i rade na svim nivoima zdravstvene zaštite. Medicinske sestre provode najviše vremena uz pacijenta (trudnice) njegujući i poučavajući pacijenticu i njenu porodicu. Sestrinstvo je vrlo razgranata profesija koja zahtijeva veliki obim stručnih kompleksnih znanja koja se ne mogu steći samo kroz formalno obrazovanje. Stoga je prijeko potrebno cjeloživotno stručno usavršavanje medicinskih sestara.

LITERATURA

- [1] Dražančić, A., Blajić, J., *Anamneza i pregled u porodništvu*, Školska knjiga, Zagreb 1999.
- [2] Fučkar, G., *Proces zdravstvene njege*, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb 1995.
- [3] Habek, D., *Povijest medicine uz razvoj primaljstva, porodništva i ginekologije*, Medicinska naklada, Zagreb 2015.
- [4] Ljubojević, N., *Ginekologija i porodništvo*, Udžbenik za studij sestrinstva, Zdravstveno veleučilište, Zagreb 2005.
- [5] Pecigoš – Kljuković, K., *Zdravstvena njega trudnice, roditelje i babinjače*, udžbenik za primaljske škole, Školska knjiga, Zagreb 2004.