Aktivnost primalje pri carskom rezu

Šarić, Divna

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:757924

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

Repository of the University Department for Health Studies, University of Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

PRIMALJSTVO

Divna Šarić

AKTIVNOSTI PRIMALJE PRI CARSKOM REZU

Završni rad

Split, 2018. godina.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

PRIMALJSTVO

Divna Šarić

AKTIVNOSTI PRIMALJE PRI CARSKOM REZU

PROCEDURES OF A MIDWIFE PRIOR TO A CAESAREAN SECTION

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor:

Doc. dr. sc., Martina Šunj, dr. med.

Split, 2018. godina.

SADRŽAJ

1. UVOD ... 1
   1.1. Porod ... 2
      1.1.1. Vrste poroda ... 2
      1.1.2. Porodni kanal ... 4
      1.1.3. Porodni objekt ... 8
   1.2. Komplikacije u porodu ... 9
      1.2.1. Nepravilnosti kontrakcija ... 10
      1.2.2. Sužena zdjelica ... 10
      1.2.3. Nepravilnosti stava i položaja djeteta ... 10
   1.3. Carski rez ... 11
      1.3.1. Indikacije za carski rez ... 13
      1.3.2. Tijek carskoga reza ... 14
      1.3.3. Trudnoća i vaginalni porod nakon carskoga reza ... 15
      1.3.4. Blizanačka trudnoća i carski rez ... 16
      1.3.5. Anestezija kod carskog reza ... 16
      1.3.6. Oporavak nakon carskog reza ... 17
      1.3.7. Moguće komplikacije ... 17
2. CILJ RADA ... 19
3. RASRAVA ... 20
   3.1. Aktivnosti primalje pri carskome rezu ... 20
      3.1.1. Psihološka podrška od strane primalje ... 22
      3.1.2. Prijeoperacijska priprema trudnice ... 23
      3.1.3. Poslijeoperacijska skrb rodilje ... 24
      3.1.4. Carski rez i dojenje ... 25
      3.1.5. Pružanje zdravstvenoga odgoja i edukacija kod opravka ... 26
4. ZAKLJUČAK ... 28
5. LITERATURA ... 29
6. SAŽETAK ... 30
7. SUMMARY ... 31
8. ŽIVOTOPIS ... 32

1. UVOD

Normalan porod je porod donošenog zrelog djeteta sposobnog za samostalni postnatalni život u gestacijskoj dobi od navršenog 37. do 42. tjedna trudnoće s porodnom težinom od 10 do 90 centile za dob i spol. Za vođenje poroda potrebno je poznavati fiziologiju i patofiziologiju normalne trudnoće i poroda. Tako se može odvojiti normalno od patološkog i na vrijeme predvidjeti prognoza ishoda poroda (1).

Jedan od znakova početka poroda je početak redovitih kontrakcija maternice odnosno trudova. Početni trudovi se opisuju poput boli pred ili tijekom menstruacije. Učestalost i jačina trudova se postupno pojačava. Prvi trudovi se javljaju u intervalima od 10 do 15 minuta i traju od 15 do 30 sekundi te se osjećaju vrlo lagano. Neposredno prije rođenja djeteta trudovi traju od 60 do 90 sekundi s intervalom od 1 do 3 minute. Sve jači intenzitet trudova je znak početka poroda.

Kod nekih žena proces poroda započinje prsnućem vodenjaka i istjecanjem plodne vode. Znak da bi porod mogao započeti je pojava obilne sukrvave sluzi, takozvanog sluznog čepa. Pojava krvi tijekom trudnoće nije dobar znak, ali krajem trudnoće pojava sukrvice praćena stezanjem može biti znak početka poroda. Pojavom obilnijeg krvarenja ili svježe krvi rodilja odmah treba doći u bolnicu.

Približavanjem termina poroda uobičajeno je smanjenje pokreta djeteta koje nema dovoljno mjesta pa se manje pomiče. Svaka rodilja opisuje početak poroda drukčije i koliko god bio porod u samom činu jednak postoje nijanse koje svaki porod čine različitim. Najčešća briga rodilja je hoće li prepoznati trudove, što učiniti ako prije pojave trudova prsne vodenjak, kada krenuti u bolnicu, što ponijeti sa sobom, kakav odnos osoblja mogu očekivati i kako će podnijeti bol.

Svaka informirana rodilja je aktivni sudionik u razdoblju rađanja svog djeteta, razumije koje su mogućnosti i alternative te može donositi odluke za sebe i svoje dijete.

Pravilnom i kvalitetnom edukacijom svaka bi rodilja trebala upoznati osnove građe zdjelice i način prolaza djeteta kroz porođajni kanal. Rodilja bi tako lakše shvatila što joj

se tijekom poroda zapravo događa. Time bi se otklonio veliki dio njezina straha, smanjila ukočenost, a uz više aktivne i pasivne suradnje pozitivno bi prihvatila iskustvo poroda. Prirodnost u trudnoći, porodu i babinju štite primalje.

Primalja brine o rodilji od trenutka dolaska u rađaonicu, pruža joj podršku, prati njeno zdravstveno stanje i priprema je za porođaj. Ujedno, primalja pomaže rodilji pri porođaju, prepoznaje nepravilan tijek porođaja i pravodobno poduzima potrebne mjere te pomaže liječniku pri spontanim i težim porođajima. Brine o tek rođenom djetetu, skrbi o majci novorođenčeta, objašnjava majci tehnike pravilnog dojenja i promovira dojenje (1).

1.1. Porod

Porod u terminu smatra se porod od navršenih 37. tjedna do kraja 42. tjedna trudnoće računajući termin poroda od prvog dana zadnje menstruacije. Optimalan je u 40. tjednu trudnoće.

Prijevremeni porod je porod nakon navršena 22. tjedna trudnoće i/ili porođajne težine djeteta veće od 500 grama, odnosno svaki porod prije 37. tjedna trudnoće.

Kasni porod je porod nakon 42. tjedna trudnoće.

1.1.1. Vrste poroda

Ovisno o načinu dovršenja trudnoće porod može biti:

- Spontani
- Izazvani (inducirani)
- Kirurški.

Svaki porod koji počinje spontano i obavlja se samo snagom mišića maternice i trbušne stjenke je spontani porod. U slučaju da postoje medicinske indikacije za dovršenje

trudnoće trudnici se predlaže izazvani ili inducirani porod pomoću lijekova. S obzirom na indikacije inducirani porod može biti programirano inducirani porod (partus inductus programatus) i indicirano inducirani porod (partus inductus indicatus). Programirano inducirani porod je suvremeni porodnički postupak dovršenja normalne terminske trudnoće vaginalnim putem.

Porod se inducira zbog socijalnih i medicinsko preventivnih indikacija. Socijalne indikacije su one kojima se sprječava porod izvan bolnice, osigurava se bolji nadzor porodničara i drugih medicinskih službi nad rodiljom i djetetom. Istovremeno se obitelji omogućuje da se pripremi za prihvat majke i djeteta u optimalno vrijeme i u optimalnim uvjetima (1).

Medicinsko preventivne indikacije temelje se na fiziološkim i patofiziološkim promjenama posteljice i djeteta u normalnoj trudnoći. Tako se prevenira prenošenost i smanjuju komplikacije koje su posljedica zakašnjelog poroda i poremećaja cirkulacije posteljice. Inducirano indicirani porod je terapijsko dovršenje trudnoće zbog indikacija od strane majke ili djeteta. Indikacije od strane majke uvjetovane su općim stanjem zdravlja majke. Najčešće su kardiovaskularne bolesti, dijabetes, hepatitis u trudnoći, eklampsija itd. Indikacije od strane djeteta su najčešće uzrokovane poremećajima funkcije posteljice u patološkim trudnoćama.

Operacijskim porodom dovršava se trudnoća kirurškim putem. Obuhvaća:

- Carski rez
- Porod pomoću vakuma.

Carski rez je opstetrička operacija kojom se porođaj obavlja otvaranjem trbušne šupljine i maternice. Dijete i posteljica se izvade, a maternica i trbušna stjenka potom zašiju. Porodničar donosi odluku o dovršenju trudnoće carskim rezom. Najčešće indikacije za takav način dovršenja trudnoće postoje ako vaginalni porod nije moguć, ili je ugrožen život majke i djeteta. Carskom rezu se pristupa i kada je vaginalni porod moguć, ali je rizičan za zdravlje majke i djeteta. Primarni carski rez s obzirom na indikacije može biti elektivni koji je planiran ili hitni u slučaju komplikacija tijekom poroda. Ponovljeni carski rez se obavlja prema postojećim indikacijama nakon prethodnog carskog reza (1).



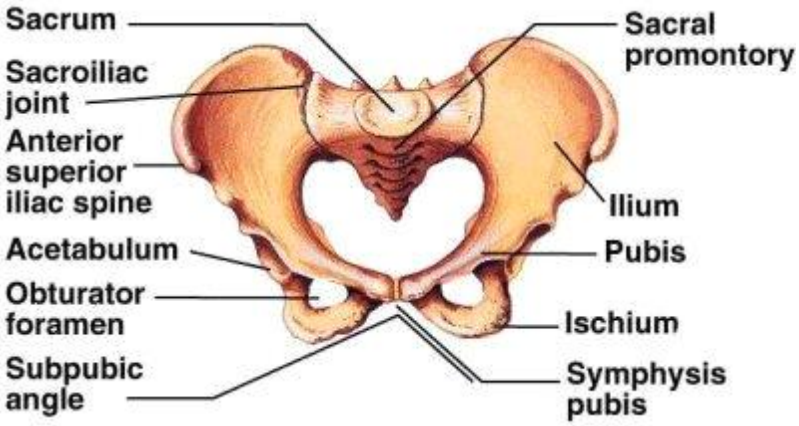
Slika 1. Prikaz carskog reza

Izvor: https://www.detinjarije.com/wp-content/uploads/2016/03/carski-rez-680x450.jpeg

1.1.2. Porodni kanal

Porodni kanal se sastoji od mekog i koštanog dijela, a predstavlja put kojim u tijeku poroda prolazi porodni objekt. Meki dio porodnog kanala sastavljen je od donjeg uterinog segmenta, vrata maternice, rodnice, stidnice i dna zdjelice. Dno male zdjelice čine koža, potkožno vezivno tkivo, zdjelična fascija i dva mišićna sustava (lat. diaphragma pelvis i diaphragma urogenitale). Koštani dio porodnog kanala (zdjelica) je najčvršći dio porodnog kanala. Zdjelica se dijeli na malu i veliku zdjelicu, a čine je križna kost (*lat. os sacrum*), trtična kost (lat. os cocygis) i parne zdjelične kosti (lat. os coxae). Zdjeličnu kost čine bočna kost *(lat. os illium),* sjedna kost *(lat.os ischii)* i stidna kost *(lat. os pubis)* koje se spajaju u zglobnoj čašici *(lat. acetabulumu).* Sprijeda su zdjelične kosti koje povezane sa simfizom zatvaraju kut (lat. angulus subpubicus). Oblik i veličina velike zdjelice služe

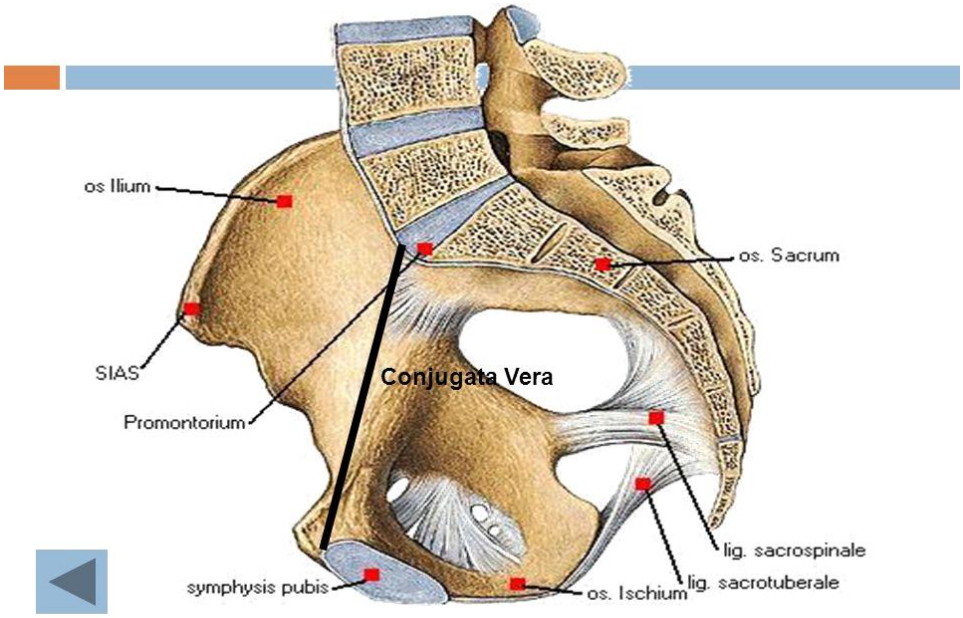
za približnu procjenu volumena male zdjelice. Malu zdjelicu čine ulaz zdjelice, sredina zdjelice, zdjelični tjesnac i izlaz zdjelice. Unutar male zdjelice smješteni su spolni organi, mokraćni mjehur i rektum (1).



Slika 2. Prikaz zdjelice

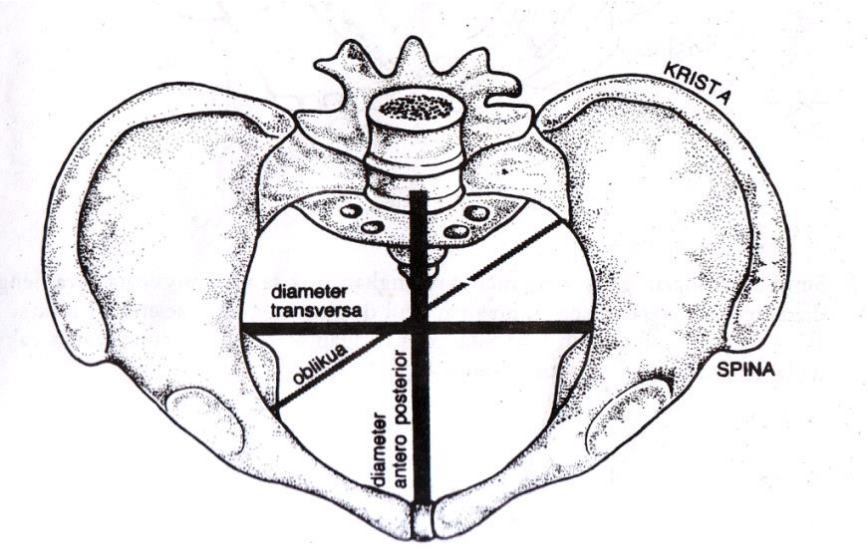
Izvor: http://www.daviddarling.info/encyclopedia/P/pelvis.html

Postoje unutarnje i vanjske mjere zdjelice. Najvažniji i najkraći uzdužni promjer zdjelične šupljine je linija *conjugata vera obstetrica* koja spaja simfizu i promontorij, a iznosi 11 cm (Slika 3). Dobije se oduzimanjem 1.5 do 2 cm od dijagonalnog promjera (lat. *conjugate diagonalis)* koja predstavlja kliničku distancu od sakralnog promontorija do inferiorne ivice pubične simfize, iznosi 12.5 do 13 cm. Poprečni promjer, spaja medijalne površine ishijalnih tuberoziteta *(*lat. *diameter transversa)* iznosi 13.5 cm i najdulji je promjer zdjelice, dok kosi promjeri zdjelice diameter obliqua I. i II. iznose 12.5 cm (Slika 4) (2).



Slika 3. Linija conjugata vera

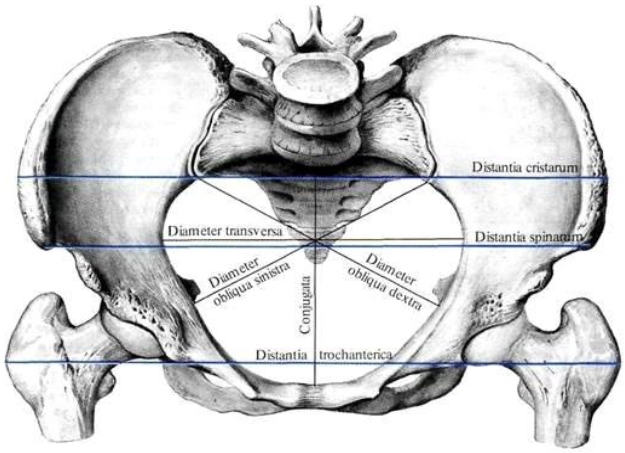
Izvor: http://slideplayer.com/2791467/10/images/20/Conjugata+Vera.jpg



Slika 4. Mjere zdjelice

Izvor: http://kutipanbidan.blogspot.com/2015/05/

U vanjske mjere zdjelice ubrajaju se distantia spinarum (26 cm) koja se nalazi između dviju spina iliaca anterior superior. Distantia cristarum (29 cm) smještena je između dviju ilijačnih krista. Distantia trochanterica (32cm) nalazi se između dva velika trohantera bedrene kosti i conjugata externa (20 cm) koja se mjeri od gornjeg ruba simfize do spinalnog nastavka 5. lumbalnog kralješka (Slika 5). Iznutra i izvana zdjelica je obložena mišićima i vezivnim tkivom (2).



Slika 5. Dijametri karlice

Izvor: https://vk.com/wall-45377300_129462

Mišićni sloj zdjelice čine zdjelična (*lat. diaphragma pelvis*) i urogenitalna *(lat. diaphragma urogenitale)* dijafragma. Zdjeličnu dijafragmu čine mišići levator ani, sphyncter ani externus i coccygeus. Urogenitalnu dijafragmu čine duboki i površni mišić zdjelice *(lat. musculus transversus perinei profundus i superfitialis)* (2).

Zbog uspravnog stava u čovjeka dno zdjelice izrazito je dobro razvijeno, a zbog hormonskih i metaboličkih promjena u tijelu žene tijekom trudnoće tkivo genitalne regije postaje elastično, rastezljivo i najčešće ne predstavlja zapreku porodu (2).

1.1.3. Porodni objekt

Porodni objekt u I. i II. porodno doba je dijete, a u III. porodno doba posteljica. Dijete svojom veličinom i položajem utječe na tijek poroda. U normalnom porodu uzdužna os djeteta poklapa se s uzdužnom osi majke.

Vodeći dio djeteta je glava, a dijete se rađa uzdužnim položajem glavice. Lice djeteta je malo u odnosu na moždani (lat. neurocranium), veći dio glave. Neurokranij čine tjemene, temporalne te čeona i zatiljna kost. Nisu potpuno razvijene ni posve okoštale, međusobno su spojene fibroznim membranama koje omogućuju pomicanje jedne kosti prema drugoj.

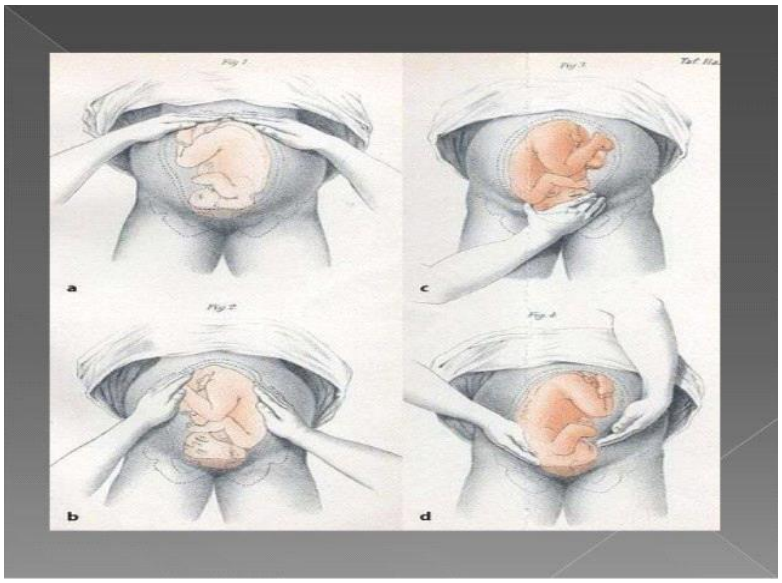
Čeone kosti dijeli čeoni šav (*lat. sutura frontalis),* a tjemene kosti tjemeni šav *(lat. sutura parijetalis).* Obje tjemene kosti spajaju se središnjim rubom u strelasti šav (lat. sutura sagitalis). Između frontalnih i tjemenih kostiju nalazi se vjenačni šav (lat. sutura coronaria) dok se lambdoidni šav *(lat. sutura lambdoidea)* nalazi između tjemenih i zatiljne kosti.

Na mjestu spoja vjenačnog, čeonog i sagitalnog šava nalazi se četvrtasto proširenje, velika fontanela. Na spoju lambdoidnog i sagitalnog šava nalazi se trokutasto proširenje, mala fontanela. Prilikom unutarnjeg pregleda prema položaju velike i male fontanele određuje se položaj glave u zdjelici (3).

Na glavi djeteta nalaze se promjeri koji određuju konfiguraciju glavice i moguće nepravilnosti. Promjeri fetalne glavice (lat. sudiameter suboccipitobregmaticum) (9.5 cm), veliki dijagonalni prečnik (lat. diameter mentoocipitalis) (13.5 cm), prečnik koji spaja obe temporalne kosti (lat. diameter bitemporalis) (8 cm) i prečnik koji spaja obe parientalne kosti (lat. diameter biparietalis) (9.5 cm) (3).

Konfigurabilnost glave je sposobnost kostiju glave da se pomicanjem jedna prema drugoj prilagode obliku porodnog kanala. Nakon prsnuća vodenjaka zbog razlike u ekstrauterinom i intrauterinom tlaku na vodećem dijelu glave te zbog pritiska glave na simfizu nastaje porodna oteklina (lat. caput succedaneum). Ona u pravilu nestaje nekoliko sati nakon poroda (3).

Smještaj djeteta u maternici obuhvaća položaj, namještaj, stav i držanje djeteta što se određuje Leopold - Pavlikovim hvatovima i Seitz – Zangemeisterovim hvatom (3).



Slika 6. Prikaz Leopold –Pavlikovih hvatova

Izvor: https://i2.wp.com/yoamoenfermeria.com/wp-content/uploads/2018/01/maniobras-de-leopold-3-638.jpg?ssl=1

1.2. Komplikacije u porodu

Patološki porođaj nastaje zbog nepravilnosti temeljnih čimbenika u mehanizmu rađanja. Primarne bolesti rodilje i bolesti u trudnoći također mogu uzrokovati komplikacije u porađaju. Bitno ih je na vrijeme prepoznati kako bi se što prije riješile. Komplikacije u porodu ne moraju imati posljedice, ali ako ih imaju mogu biti dugoročne, ponekad i smrtonosne (4).

1.2.1. Nepravilnosti kontrakcija

Učinak trudova i napredovanje poroda procjenjuje se prema otvaranju ušća maternice i spuštanju vodeće česti ploda. Nepravilnosti kontrakcija koje se mogu pojaviti rezultiraju hipoaktivnim, hiperaktivnim ili spastičnim porodom. Kod hipoaktivnog poroda broj, intenzitet i trajanje trudova je smanjeno, a ušće maternice se ne otvara. Suprotno tome hiperaktivni porod karakteriziraju češći i intenzivniji trudovi te porod traje manje od 2 sata. Češći je kod višerotki i postoji veći rizik od oštećenja porodnog kanala i djeteta, a u konačnici može dovesti do puknuća maternice (lat. ruptura uterusa). Spastični porod se manifestira s vrlo bolnim trudovima neredovita razmaka i trajanja, te izostankom otvaranja ušća maternice (4).

1.2.2. Sužena zdjelica

Suženom zdjelicom naziva se svaka zdjelica kojoj je barem jedan promjer sužen za 2 ili više centimetara. Suženja zdjelice mogu biti različita te tako zdjelica može biti opće sužena, ljevkasta, plosnata i koso sužena. Kod suženja ulaza zdjelice obično vodenjak prsne prijevremeno uz opasnost da ispadne pupkovina ili ručica. Porod je u pravilu produljen sa svim opasnostima za majku i dijete (slabi trudovi, infekcija, asfiksija…).

Kod blažeg suženja zdjelice na ulazu porod se vodi vaginalnim putem. Nakon što glava prođe ulaz, porod brzo napreduje jer dalje nema zapreka. Ukoliko glavica ne ulazi napravi se carski rez (5).

1.2.3. Nepravilnosti stava i položaja djeteta

Normalan položaj i stav djeteta u porodu je uzdužni položaj, stav glavom, leđa su sprijeda, a vodeća točka mala fontanela (dorzoanteriorno okcipitalni stav). Abnormalni su svi uzdužni stavovi glave osim dorzoanteriorno okcipitalnog te stava zatkom. Porod je

moguć vaginalno, ali su moguće češće i veće komplikacije. Patološki položaj čeda je poprečni položaj kada je uzdužna os djeteta okomita na uzdužnu os rodilje. Porod normalno velikog, terminskog djeteta se ne može dovršiti vaginalnim putem, a dozvoljen je unutarnji okret drugog blizanca koji je u poprečnom položaju (5).

1.3. Carski rez

Porijeklo riječi carski rez (lat. *sectio caesarea*) nejasno je i postoji više objašnjenja:

- Prema nedokazanoj legendi carskim rezom rodio se Julije Cezar, pa je operacija dobila po njemu ime, mada je to malo vjerojatno jer se u to vrijeme radila sekcija samo ako bi majka umrla, a Cezarova majka je živjela do njegove 16. godine.
- Postoji vjerovanje da je operacija dobila ima po rimskom zakonu (lat. *lex regia*), po kojem se u mrtve majke mora izvaditi dijete, a ta se operacija zvala lex cesaria.
- U srednjem vijeku riječ caesarea označavala je operaciju *(lat. caedere=rezati),* međutim i riječ rezanje (*lat. sectio*) ima isto značenje (6).

Sam kraj trudnoće nepredvidiv je i može završiti na nekoliko načina. Jedan od njih je i carski rez koji je u praksi jedna od najčešćih operacija koje se izvode u porodništvu. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ), u posljednjih desetak godina broj carskih rezova u Hrvatskoj konstantno se povećavao, a takav je trend zabilježen u cijeloj Europi.

Primjerice, 2010. godine u Hrvatskoj je 19 % porođaja dovršeno operativnim putem (7). Prema izvješću HZJZ-a, porast broja carskih rezova povezuje se s tumačenjem prava pacijenata, odnosno prava rodilje na odluku o načinu dovršetka porođaja. Carski rez je kirurški zahvat vađenja djeteta iz maternice uz otvaranje trbušne šupljine rezom prednje trbušne stijenke (laparatomija) i maternice (histerotomija) (7).

Kao i kod svih operacija, trebaju postojati razlozi (indikacije) za njegovo izvođenje, jer carski rez kao najopsežnija porođajna operacija nosi veće rizike nego normalni, prirodni,

vaginalni porođaj kod zdrave trudnice i zdravog djeteta. Ovo se odnosi i na sam zahvat i na razdoblje nakon operacije. Izvodi se u općoj ili spinalnoj anesteziji.

Danas mnoge žene žele carski rez iako ne postoje indikacije (čak je 4-8 puta veća mogućnost smrti rodilje tijekom carskog reza, nego kod porođaja vaginalnim putem; a 20 puta veća mogućnost postoperativne infekcije), a istraživanja pokazuju da je prirodni, vaginalni porođaj bolji izbor i za majku i za dijete, naravno kod zdrave trudnice i zdravog djeteta (7).

Rez na koži trbuha izvodi se u većini slučajeva vodoravno u donjem dijelu trbuha. Postoji više vrsta rezova (slika 7).



Slika 7. Vrste rezova (gore lijevo-niski poprečni rez, gore desno-klasični rez, dole-niski vertikalni rez)

Izvor: https://www.mayoclinic.org/-/media/kcms/gbs/patient-consumer/images/2013/11/15/17/38/my00214_-my00642_im03562_pr7_csection_uterthu_jpg.ashx

Prvo se radi rez prednje trbušne stijenke, slijedi rez maternice i plodovih ovoja, te se na dobiveni otvor porađa dijete. Nakon porađanja djeteta pupkovina se podvezuje i reže, a dijete se predaje neonatologu. Slijedi porođaj posteljice i pregled materišta. Zatim se maternica i stijenka trbuha šivaju po slojevima.

1.3.1. Indikacije za carski rez

Postoje mnoge indikacije za carski rez. Važno je naglasiti da se odluka o carskom rezu donosi individualno za svaku trudnicu i njezino dijete. O tome se može odlučiti tijekom porođaja, ako se pojave indikacije za dovršenje porođaja carskim rezom, ili se carski rez može planirati i prije početka porođaja, s obzirom na neke komplikacije tijekom trudnoće (7).

Apsolutne indikacije

Apsolutne indikacije su one kod kojih je vaginalni porođaj nemoguć i uvijek se porođaj mora dovršiti carskim rezom. To su placenta previja, uska zdjelica, disproporcija u veličini djeteta i zdjelice, poprečni položaj djeteta, abnormalni stavovi glave, predležeći zdjelični tumori. Jedna od najvažnijih indikacija je sužena zdjelica IV. stupnja gdje je conjugata vera manja od 6cm.

Relativne indikacije

Porođaj prirodnim putem nije potpuno isključen kao mogućnost. Postoje i situacije kada je vaginalni porođaj teoretski moguć, ali ipak se preporučuje završetak trudnoće carskim rezom. Najčešća relativna indikacija je sužena zdjelica III. stupnja ili relativno sužena zdjelica gdje je conjugata vera između 6 i 8 cm. Kod suženja zdjelice II. stupnja (CV je 8-9 cm) i I. stupnja (CV je 9-11 cm) zauzima se u početku ekspektativan stav. Ako se pojavi indikacija od strane majke ili djeteta, odlučuje se za carski rez.

Ostale relativne indikacije su: nasjela posteljica (nisko sijelo posteljice je spojivo s vaginalnim porođajem, dok je totalna placenta previa indikacija za carski rez), abrupcija placente (ako je vaginalni porođaj u tijeku i moguće je dijete brzo poroditi, može se pokušati vaginalni porođaj, iako je češći pristup carski rez), eklampsija, nepravilan položaj i držanje djeteta, stav zatkom, distocija, početna ruptura maternice, prethodni carski rez, teške bolesti majke koje ne dopuštaju dugi porođaj, višerotke sa srednje suženom zdjelicom i nepovoljnim ishodom ranijeg porođaja, primarni elektivni carski rez (8).

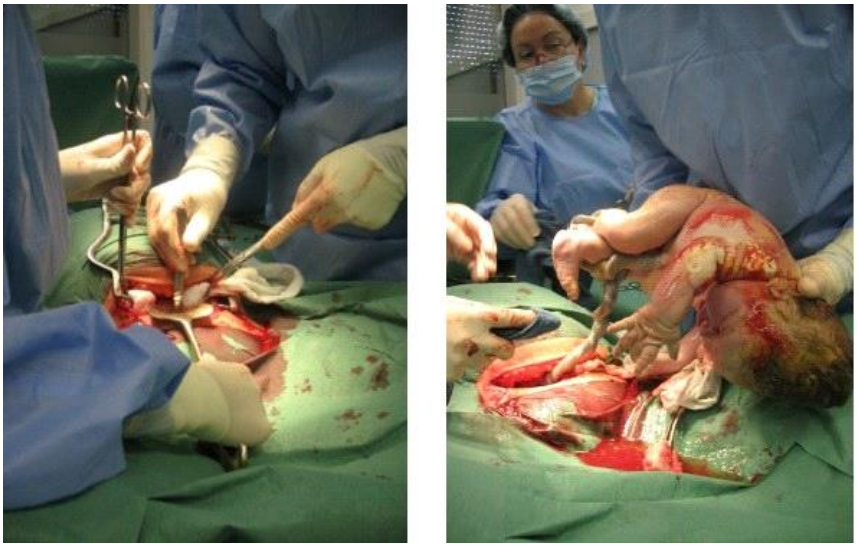
Proširene indikacije

Odnose se samo na slučajeve akutne ugroženosti djeteta i ako zahvat nije rizičan za majku.

1.3.2. Tijek carskoga reza

Rez na trbuhu može biti:medijalni, paramedijalni i suprapubični odnosno poprečni iznad sinfize.Medijalni rez je tehnički najlakši, može se produžiti i omogućava dobru preglednost i brzu ekstrakciju ploda. Estetski je manje prihvatljiv i danas se koristi samo kod hitnih stanja ili kod posebnih indikacija.

Sama operacija traje oko 10-15 minuta. Na maternici se pravi poprečni niski rez, prokidaju se plodovi ovoji i vadi dijete, koje se predaje primalji. Odmah nakon obrade novorođenčeta i pregleda pedijatra, kod žena kojima se carski rez radi u spinalnoj anesteziji, dijete se pokazuje majci. Potom slijedi vađenje posteljice, pregled, zatvara se maternica i prednji trbušni zid po slojevima u trajanju oko 30 minuta. Nakon završetka operacije, rodilja se premješta na odjel intenzivne njege, gdje boravi prva 24 sata nakon poroda (8).



Slika 8. "Prikaz zahvata carskog reza"

http://static1.ringaraja.net/uploads/SLO/articles/4365/large/79cf899315e8e10353e8356d68a7734e.jpg

1.3.3. Trudnoća i vaginalni porod nakon carskoga reza

Trudnoća poslije carskoga reza ima svoje posebnosti. Ranije se savjetovalo da pauza poslije poroda dovršenog carskim bude i do tri godine, a danas je stav da je dovoljno 18 mjeseci. Postoje neki rizici koji prate ovakvu trudnoću: placenta praevia (nisko nasjela posteljica) 15 puta je češća u ovim trudnoćama, a u dva od tri slučaja se očekuje i placenta acreta (urasla posteljica). Stoga je obavezno nakon vaginalnog poroda kojem je prethodio carski rez da ginekolog izvrši manualno vađenje posteljice.

Pokušaj da se dijete porodi vaginalno nakon prethodnog carskog reza daje mogućnost da se izbjegne operativni zahvat koji sam po sebi nosi rizik. Zatim, rizik carskoga reza kao načina završavanja porođaja, gdje su moguća i intenzivna krvarenja, ponekad je potrebna i nadoknada krvi i krvnih pripravaka. Rizik od nastajanja infekcije i komplikacija, duži boravak u bolnici, oporavak sa više nelagodnosti, sve su razlozi zbog

kojih treba razmišljati o vaginalnom porođaju ukoliko je prethodio carski rez. Danas su 1/3 svih carskih rezova ponovni carski rezovi (8).

1.3.4. Blizanačka trudnoća i carski rez

Vaginalni porođaj blizanačke trudnoće nosi određene rizike koji su veći nego kod jednopldne trudnoće. Veći je rizik od prolapsa pupkovine, prijevremenog odljubljenja posteljice, naročito nakon izlaska prvog djeteta, kao i većeg postporođajnog krvarenja.

Porod kod višeplodnih trudnoća, trojke ili četvorke, uvijek se porađa carskim rezom zbog rizika od komplikacija (8).

1.3.5. Anestezija kod carskog reza

Cilj anestezije u porodništvu je isključiti svijest, ukloniti bol i reflekse, te relaksirati muskulaturu. Pri tome treba izbjeći: aspiraciju želučanog sadržaja, respiracijsku depresiju novorođenčeta, hipoksiju ploda, hipotenziju i atoniju maternice. Primjenjuju se dvije osnovne metode anestezije za izvođenje carskog reza: opća endotrahealna i regionalna spinalna anestezija.

Obje metode imaju svoje prednosti i nedostatke. Izbor anestezije kod carskog reza ovisi o indikacijama, stupnju hitnosti, stručnosti anesteziologa i kontraindikacijama za opću odnosno regionalnu anesteziju.

Opća anestezija može biti neophodna u nekim hitnim stanjima, ako postoji neki razlog zbog kojeg je spinalna anestezija neodgovarajuća ili ukoliko majka želi spavati za vrijeme operacije.

Nakon što rodilja dobije anesteziju intravenskim putem ubrzo zaspe, te s tim omogućuje porodničarima da sigurno porode dijete. Tijekom operacije i dalje prima

anestetike kako bi je održali uspavanom do kraja cijelog zahvata. Kada se probudi iz anestezije može osjetiti suhoću u grlu, mučninu, podražaj na povraćanje i pospanost još neko vrijeme (9).

Za regionalnu odnosno spinalnu anesteziju, anesteziolog bode spinalnu iglu u leđa, što obično nije bolno. Može se osjetiti trnjenje, kao mali električni udar duž jedne noge kako igla napreduje. Kad je igla na pravom mjestu daje se lokalni anestetik a zatim odstranjuje igla. Postupa obično traje par minuta. Nakon što je operacija završena rodilja još nekoliko sati ne osjeti donji dio tijela. Prednost spinalne anestezije zbog koje se većina majki odluči su raniji početak podoja, manja pospanost djeteta, poseban doživljaj koji majka osjeti po porodu djeteta, manja mogućnost pojave mučnine i povraćanja te bolja kontrola boli nakon operacije (9).

1.3.6. Oporavak nakon carskog reza

Carski rez je tzv. "velika“ operacija u trbuhu te nakon njega slijedi oporavak, djelomice u jedinici intenzivnog liječenja, a kasnije na posebnom odjelu za babinjače nakon carskog reza. Zahtijeva intenzivan nadzor. Tijekom ranog poslijeoperativnog razdoblja rodilja ima urinarni kateter, a tekućina se nadoknađuje infuzijskim otopinama, te se provodi i preventivna primjena antibiotika. Intenzivno se nadziru arterijski tlak, oksigenacija, EKG, tjelesna temperatura, diureza i krvarenje (9).

1.3.7. Moguće komplikacije

Učestalost komplikacija nakon carskog reza je od 12 do 15 %. Moguće su ozljede crijeva, mjehura i mokraćovoda, a rizicima operacije pridružuju se komplikacije

povezane s korištenjem anestezije (povraćanje, glavobolja, mučnina, inaktivnost sediranog fetusa po porođaju).

Moguće je povećano krvarenje tijekom operacije koje može završiti histerektomijom kako bi se spasio život rodilje, poslijeoperacijske komplikacije poput razdvajanja rubova rane, izostanka osjeta u blizini reza ili pak pojačanih bolova. Gubitak krvi u 2-3 % žena nalaže transfuziju krvi, što je povezano s povećanim rizikom od infekcije zaraznim bolestima ili pak hematološkim komplikacijama (9).

2. CILJ RADA

Cilj rada je ukazati na važnost rada i aktivno sudjelovanje primalje u pripremi, samom procesu carskog reza i postoperativnim aktivnostima.

3. RASRAVA

3.1. Aktivnosti primalje pri carskome rezu

Mišljenje rodilje o porodu odnosno njezino emocionalno iskustvo i stav vrlo su važni čimbenici. Povezani su sa doživljajem poroda, pristupom idućim trudnoćama te problemima u odnosu majka – dijete. O osjećajima majke u samom porodu vrlo se malo zna, najviše zbog činjenice da se pritužbe i pohvale gotovo uvijek čuju od manje skupine rodilja koje imaju čvrste i jasno određene stavove. Najčešća pritužba s kojom se susrećemo odnosi se na trajanje porođaja (9).

Primalje su te koje će prve doći u kontakt s trudnicom po njenom dolasku u bolnicu, a kasnije će i po primitku one stalno biti uz nju tokom postupka carskog reza. Stoga je potrebno veliko znanje i educiranost primalje kako bi na vrijeme uočila, prepoznala i procijenila nepravilnosti te o tome hitno obavijestila liječnika.

Carski rez je tzv. "velika“ operacija u trbuhu te nakon njega slijedi oporavak, djelomice u jedinici intenzivnog liječenja, a kasnije na posebnom odjelu za babinjače nakon carskog reza. Zahtijeva intenzivan nadzor i mirovanje. Tijekom ranog poslijeoperativnog razdoblja rodilja ima urinarni kateter, a tekućina se nadoknađuje infuzijskim otopinama, te se provodi i preventivna primjena antibiotika. Intenzivno se nadziru arterijski tlak, oksigenacija, EKG, tjelesna temperatura, diureza i krvarenje.

Na primjer, abrupcija posteljice je hitno stanje i svi postupci koji se čine moraju biti brzi, učinkoviti i prije svega pravilno provedeni. Ranije je spomenuto da će vrsta postupka ovisiti o gestacijskoj dobi i kliničkoj slici trudnice. Ako se radi o blažem obliku, što znači da ni trudnica (uredan RR, puls) ni dijete (uredni KČS) nisu vitalno ugroženi, ili je dijete umrlo, pristupit će se brzom „netraumatskom“ vaginalnom porođaju. Amniotomijom će se porod ubrzati, a kod sporog napredovanja (otvaranje ušća manje od 1 cm po satu) treba uključiti oksitocin ili prostaglandin (9).

Primalja će:

- Pokušati utješiti trudnicu
- Objasniti postupke koji slijede

- Pripremiti trudnicu za opstetrički pregled i UZV
- Smjestiti trudnicu u krevet
- Otvoriti venski put, izvaditi krv za pretrage koje je liječnik odredio (KKS, koagulacija, KG, Rh faktor)
- Primijeniti infuziju i lijekove prema listi ordinirane terapije te voditi listu unosa
- Pratiti opće stanje i vitalne funkcije trudnice (RR, disanje, puls, TT) te sve pravilno bilježiti na listu
- Pratiti količinu i intenzitet krvarenja (ako krvari prema van)
- Pripremiti rodilju za preglede u krevetu
- Asisistirati liječniku (pregled, amniotomija, postavljanje oglavak elektrode)
- Voditi brigu o pristiglim nalazima traženih pretraga
- Po dospijeću krvi pripremiti rodilju za primanje transfuzije (ukoliko je ordinirana)

Kod stanja s vitalno ugroženim trudnicama i djecom, porod je potrebno hitno dovršiti carskim rezom. U toj situaciji primalja će:

- Hitno postaviti najmanje dva venska puta
- Izvaditi krv za hitne laboratorijske pretrage
- Postaviti trajnu infuziju koju ordinira liječnik, a ako je stanje šoka jako, započet će s pripremama za davanje transfuzije „0“ neg. (-) krvi ili humanog fibrinogena iz pričuve, dok iz zavoda za transfuziju ne stigne odgovarajuća krv i krvni pripravci
- Istovremeno trudnicu treba pripremati za carski rez (ukoliko situacija dozvoljava dati informirane pristanke za potpisati, skinuti nakit, protezu, navlake ako se skidaju, obrijati vanjsko spolovilo, postaviti trajni kateter)
- Neprekidno pratiti opće stanje, kontrolirati vitalne funkcije i diurezu do trenutka kada će liječnici odlučiti da je trudnica spremna za carski rez
- Transportirati pacijenticu u operacijsku salu
- Osobne stvari pravilno zapakirati i obilježiti (9).

Po završetku zahvata rodilja se odveze u jedinicu intenzivne skrbi, gdje se nakratko zadržava zbog kontrole krvnog tlaka, krvarenja iz rodnice i potpunog buđenja iz anestezije i tek tada se odvozi u posebnu sobu za babinjače nakon carskog reza. Rodilja ostaje u krevetu 48 sati i stalno je pod kontrolom primalje. Nadzor nad rodiljom potreban je zbog mogućih komplikacija zahvata kao što su infekcija te opasnost od mogućeg krvarenja ili tromboze.

3.1.1. Psihološka podrška od strane primalje

Teško je zamisliti da bi žena, nakon što sazna sve informacije o rizicima za zdravlje djeteta i za vlastito zdravlje inzistirala roditi prirodnim putem ako postoji medicinski opravdan razlog da se porod na okonča na takav način.

Osjećaj grižnje savjesti jedna je od vrlo čestih reakcija žena. Na takve reakcije odgovaraju ljutitim izrazom lica, plačem, odbijanjem i izbjegavanjem komunikacije osobljem, pronalaženjem krivca. Strah se javlja kao jedna od vodećih reakcija. Žene vrlo često preispituju sebe te naravno i primalju pitanjima: „Hoće li sve biti u redu?“ Pogotovo kad se radi o hitnim carskim rezovima strahuju hoće li se dijete roditi živo i zdravo.

Važno je prihvatiti činjenicu i biti svjestan da je u mnogim slučajevima carski rez spas za trudnicu i za njezino dijete. Pojačana osjetljivost trudnice čini je emotivnijom nego što bi se to očekivalo u nekim drugim okolnostima. Među planiranim postupcima primalja trudnici pruža emotivnu podršku sa samom motivacijom za razgovor, davanjem obavijesti o zahvatu, postupcima i razlozima provođenja onoliko koliko njoj njezina struka odobrava. Sve to primalja radi u svrhu smanjenja straha i grižnje savjesti te da održi bolju i kvalitetniju suradnju s trudnicom, rodiljom odnosno babinjačom.

3.1.2. Prijeoperacijska priprema trudnice

Zadaća primalje je osigurati najbolju pripremu rodilje psihički, fizički i socijalno za operativni zahvat.

Primalja prikuplja podatke i procjenjuje razinu straha i tjeskobe, upućenost u zdravstvene probleme, stanje nutritivnog statusa, stanje kognitivnih funkcija, upućenost u specifična stanja te procjenjuje samostalnost za brigu o sebi, sposobnost i spremnost na suradnju.

Ukoliko se radi o unaprijed planiranom dovršenju poroda operativno, ili ukoliko postoji mogućnost da vaginalni porod završi operativno, liječnik ranije upućuje trudnicu o tome. Nakon što se postavi indikacija za operativni zahvat, trudnica vrši osnovne preoperativne pretrage dan prije planiranog operativnog zahvata.

Hospitalizacija počinje „intervjuom“ primalje i trudnice. Odmah po hospitalizaciji trudnica potpisuje suglasnost za eventualne medicinske postupke i zahvate. Na osnovi općeg stanja trudnice i anamneze liječnik ginekolog procjenjuje postoji li ikakva kontraindikacija za operativni zahvat, a anesteziolog određuje zajedno s trudnicom vrstu anestezije (10).

Na sam dan operacije odjelna primalja završava pripremu trudnice koja uključuje davanje klizme. Vrši provjeru skidanja nakita, skidanja laka za nokte, očne leće, umjetnog zubala, ukosnica ili bilo kakvih drugih stranih detalja na tijelu. Ovisno o potrebi stavljaju se elastični zavoji po odredbi liječnika da se spriječi nastanak tromba za vrijeme operacije. Prije odlaska u operacijsku dvoranu trudnica se tuširа, potom primalja daje premedikaciju, ovisno o propisima liječnika anesteziologa. Nakon što je sve od navedenoga učinjeno trudnica se odvodi na kolicima u prostor ispred operacijske dvorane.

U slučaju da se radilo o hitnom carskom rezu, preskače se cijela procedura i rade se samo nužni postupci. Ti postupci uključuju obvezno potpisivanje suglasnosti za medicinske zahvate, vađenje osnovnih laboratorijskih pretraga, uspostavu venskoga puta, pripremu operativnoga polja, postavljanje trajnog katetera te provedbu intervencija po odredbi liječnika.

U operacijskoj sali primalja prije nego što liječnici započnu s radom provjerava ispravnost i razmještaj aparata. Pomaže medicinskoj sestri instrumentarki i liječnicima pri kopčanju sterilne odjeće. Po potrebi dodaje što je potrebno prilikom pripreme operacijskog polja i samog kirurškog zahvata. Tijekom operacije slaže korištene tupfere na kompresu u dogovoru s medicinskom sestrom instrumentarkom. Nakon što primalja prihvati dijete slobodna medicinska sestra prihvaća posteljicu i odlaže je na dogovoreno mjesto (10).

3.1.3. Poslijeoperacijska skrb rodilje

Rodilja nakon završenog carskog reza se smješta na odjel intenzivne jedinice. Medicinska sestra/primalja neposredno po primitku rodilju odmah priključuje na monitor. Monitoriranje rodilje prvih dva do tri sata uključuje mjerenje krvnoga tlaka svakih 15 minuta. Rodilji postavlja EKG elektrode kroz prvih nekoliko sati te puls-oksimetar i toplomjer koji rodilja drži do odlaska na odjel. Također se odmah nastavlja i s infuzijskom nadoknadom tekućine i davanjem analgetika kroz 24 sata u trajnoj analgeziji. Primalja intenzivno nadzire vitalne funkcije i urin u trajnom kateteru. Neizostavna je kontrola krvarenja iz rodnice i kontrola kontrahiranja maternice, kao i zavoja koje je postavljen na operativnom rezu. Bol se javlja kao jedna od uvijek prisutnih poteškoća. Svaka rodilja ima različit prag boli tako da se rodilju uvijek mora razumjeti i podržati kad se tuži na bolove.

Količina vaginalnog krvarenja se smanjuje postupno. Prvih dva do tri dana je to krvav sadržaj. Vaginalni iscjedak ili lohija postaju sve bistriji, od smeđe do sivobijele boje i prestaju u potpunosti kroz šest tjedana.

Rana je bolna prvih 24 sata, a kasnije to stanje prelazi u osjećaj nelagode i zatezanja. Rodilji su pokreti dozvoljeni čim osjeti da može pomicati svoje tijelo. Lagane vježbe su preporučljive na samom početku i vježbe dubokog disanja da bi se poboljšala respiracija (11).

Prva dva dana nakon zahvata nadoknadu tekućine rodilja prima putem infuzija, odnosno na dan operacije i prvi postoperativni dan. Kad rodilja primi svu ordiniranu infuziju, medicinska sestra vadi urinarni kateter te rodilja počinje spontano mokriti.

Već prvoga dana nakon što primi svu tekućinu, rodilja može početi piti male količine tekućine. Drugi postoperativni dan može piti tekuću hranu čaj, juhu i sokove. Već sljedeći dan može početi unositi laganu krutu prehranu.

Sedmi dan skidaju se šavovi, rodilja se pregleda ultrazvučno i taj dan ako nema drugih prepreka može otići kući. U slučaju da rodilja nakon dolaska kući dobije povišenu temperaturu ili da se pojavi bilo kakva znatnija promjena ili sekrecija na ranu obavezna je kontrola ginekologa.

Prije otpusta kući iz bolnice, primalja daje nekoliko uputa majci:

- Prilikom hodanja trebala bi pritisnuti rukom na mjesto reza, na taj način smanjuje se izravni pritisak na ranu
- Ukoliko ima bolove prilikom normalnog ustajanja iz kreveta, prvo se okrenuti na bok a tek onda podići iz kreveta
- Što prije nakon operacije početi s laganim vježbama i učestalim kretanjem, izbjegavati trbušne vježbe
- Obavljati čestu kontrolu lohija i higijenu spolovila
- Obavezno pranje ruku prije podoja (11).

3.1.4. Carski rez i dojenje

Mnoge majke uspješno doje nakon carskog reza, odnosno pritom nemaju nikakvih teškoća. Primalja pomaže pri započinjanju dojenja, kad su majka i dijete pokažu znak spremnosti. Dijete će samo zbog prirodnog refleksa sisanja pronaći dojku te početi sisati što će signalizirati hormone oksitocin i prolaktin da treba početi stvarati mlijeko.

Primalja treba nastojati objasniti majci da koristi gornji dio tijela i podiže se uz pomoć ograde na krevetu jer će rodilja zbog bolova, infuzije i trajnoga katetera teže zauzeti odgovarajući položaj. Majci prilikom postavljanja u odgovarajući položaj primalja daje

savjete kako se namjestiti a da pri tome što manje osjeti bol pri okretanju. Za rodilju će u većini slučajeva biti najprirodniji polusjedeći položaj. Bitno je da je primalja uz majku sve dok ne procijeni da je sposobna sama podojiti dijete.

U slučaju da je dijete na neonatologiji, primalja treba biti ustrajna u poticanju rodilje da izdaja mlijeko za dijete čim se majka oporavi od operacije (12).



Slika 9. Dojenje djeteta nakon carskoga reza

Izvor: http://www.roditelji.hr/wp-content/uploads/2013/09/dojenje-640x376.jpg

3.1.5. Pružanje zdravstvenoga odgoja i edukacija kod opravka

Svaki oporavak je individualna stvar, koja ovisi o mnogim čimbenicima npr. o starosti rodilje, tjelesnoj konstituciji i o općem stanju. Cjelokupni oporavak nakon carskoga reza traje oko 6 tjedana, a da se tijelo vrati u stanje kao i prije poroda potrebno je i nekoliko mjeseci. U očekivane tegobe se ubrajaju bolovi u predjelu rane, kontrakcije maternice, iscrpljenost...Otpust iz bolnice se predviđa sedmi dan nakon zahvata, odnosno nakon skidanja šavova.

Nakon šest tjedana od carskoga reza, proces oporavka za većinu završava, iako neke žene i dalje osjećaju bolove i ate od nesanice. Koliko god je bitan odmor po dolasku kući, toliko je bitno i redovito kretanje (13).

Što se tiče ožiljaka operativne rane važno je da bude suh i čist, kupanje je dopušteno nakon skidanja zavoja. Svaka promjena na rani, crvenilo ili upala, iziskuje savjetovanje s liječnikom jer se možda radi o infekciji. Preporučljivo je da majka neko vrijeme nosi dublje gaćice, do struka, kako bi se izbjegla moguća iritacija ožiljka. Dok rana u potpunosti ne zacijeli, majka mora izbjegavati sve napore te ne smije dizati ništa teško.

Pregled liječnika, ginekologa mora se obaviti nakon šest tjedana od poroda (13).

4. ZAKLJUČAK

Od davnih vremena žene su rađale prirodno bez različitih intervencija i upotrebe lijekova. U današnje doba iskustvo poroda je različito. Zbog straha i sumnje u zdravstveno osoblje dolazak u rađaonicu predstavlja stres. Porod je nepredvidljiv, često bolan i povezan s rizikom da završi neugodno za majku i dijete. Posebice kada je u pitanju carski rez primalje su tu u svakom momentu.

Većina žena uspijeva riješiti strah, ali kod određenog broja rodilja strah može prerasti u bolestan strah često s traženjem carskog reza bez uočljive medicinske indikacije. Iz osobnog iskustva mogu govoriti o tome da se zbog boli i straha vrlo često dogodi da rodilje promjene osobnost. Postaju ljute, glasne, neugodne do te mjere da vrijeđaju medicinsko osoblje. U rađaonicu dolaze nepripremljene usprkos tome što u današnje doba postoji mnogo literature o porodu i tečaj za trudnice.

Zadaća primalje izuzetno je bitna u pomoći, smirivanju, savjetovanju i edukaciji. Ponekad je dovoljan blagi dodir, osmijeh i razgovor. Potrebno je omogućiti rodiljama da zauzmu položaje koji im odgovaraju, uključiti blisku osobu u porod, savjetovati ih o masiranju leđa i ostalim alternativnim načinima olakšavanja porodne boli.

Primalja je osoba kojoj je cilj pružiti znanje, potrebnu pomoći razumijevanje. Za tijek poroda je važno da je uz rodilju primalja u kojoj ima podršku, povjerenje i pažnju jer će tako lakše podnijeti porođajne tegobe i bol. Najljepši događaj u životu svake žene je dolazak njenog djeteta na svijet. Razdoblje trudnoće i poroda pruža snagu, samopouzdanje i učvršćuje obiteljske veze. Glavna je zadaća medicinske sestre –primalje omogućiti rodilji da doživljaj poroda pamti kao pozitivno i prekrasno iskustvo.

5. LITERATURA

1. Habek D. Ginekologija i porodništvo. Zagreb: Medicinska naklada, 2013.
2. Kurjak A. i suradnici. Ginekologija i perinatologija II. Varaždinske toplice: Tonimir, 2003.
3. Hrvatska komora primalja. Primaljski vjesnik Broj 9. Zagreb: Hrvatska komora primalja, Hrvatska udruga primalja, 2010.
4. Hrvatska komora primalja. Moja trudnoća. Zagreb: Grafički zavod Hrvatske d.o.o.,2014.
5. Dražančić A. i suradnici. Porodništvo. Zagreb: Školska knjiga, 1999.
6. Habek D. Povijest medicine uz razvoj primaljstva, porodništva i ginekologije. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
7. Kuvačić I., Kurjak A.,Đelmiš J. i suradnici. Porodništvo. Zagreb: Medicinska naklada , 2009.
8. Mojsović Z. Zdravstvena njega u patronaži. Visoka zdravstvena škola, Zagreb, 1998
9. Pecigoš – Kljuković K. Zdravstvena njega trudnice, rodilje i babinjače. Zagreb: Školska knjiga,1998.
10. Dražančić A. Indikacije i uvjeti za dovršenje trudnoće. Porodništvo. Školska knjiga, Zagreb, 1999.
11. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1991.
12. Mardešić D. Pedijatrija. Udžbenik za medicinske škole. Školska knjiga, Zagreb, 2005.
13. Internet izvor: https://www.google.hr/#q=statistika+poroda+ljetopis+pdf

6. SAŽETAK

Porod predstavlja završetak trudnoće. Normalna trudnoća traje od 37. do 42. tjedna. Porod prije 37.tjedna zove se prijevremeni porod, a nakon 42. tjedna porod je iz prenošene trudnoće.

Normalan porod je svaki onaj porod koji je spontan u početku, nisko rizičan kroz cijelo vrijeme sve do poroda djeteta. No treba biti svjestan da svaki porod neće ići prirodnim putem nego da će u određenim situacijama doći do kirurškog zahvata tzv. carskog reza.

Uz današnju razvijenu suvremenu medicinu velike komplikacije te tragični ishodi pri carskom rezu nisu učestali te je carski rez postao dio bez kojega je ginekologija nezamisliva. Premda je smrtnost od posljedica carskoga reza danas mnoga niža, zahvat treba izvoditi samo onda kad je za majku ili dijete sigurniji od vaginalnoga poroda. Oporavak od carskoga reza u većini slučajeva prolazi bez komplikacija ali rodilje koje su dovršile svoj porod carskim rezom su izložene većem riziku od postporođajnih komplikacija i smrti.

Primalja je osoba koja s rodiljom prolazi kroz sve faze, od samog početka poroda, bio on izvršen na prirodan ili kirurški način. Njezina zadaća je osigurati najbolju moguću pripremu rodilje psihički, fizički i socijalno za operativni zahvat. Cilj se ne ostvaruje jednim razgovorom nego stalnim davanjem podrške, edukacijom te pravovremenom i pravilnom pruženom skrbi u prva dvadeset i četiri sata nakon poroda.

Ključne riječi: Porod, carski rez, primalja

7. SUMMARY

The birth is the end of pregnancy. Normal pregnancy lasts from 37 to 42 weeks. The birth before 37 weeks is considered a premature birth, and after 42 weeks pregnancy is a prolonged pregnancy.

Normal birth is every one that is spontaneous in the beginning, with low risk during childbirth. The baby is born spontaneously, in the head, between the late 37th and 42nd weeks of pregnancy. After the birth, a mother and child are in good condition.

A midwife together with parturient woman go through four stages od birth providing her understanding and support. The task of the midwife during childbirth is to enable the adequate position for parturient woman, enable her to move, to ease her pain, not to restrict her natural behaviour, and to make "skin to skin" contact with her child.

Keywords: Birth, Caesarean section, Midwife

8. ŽIVOTOPIS

Divna Šarić rođena je 22.12.1995. godine u Livnu. Nakon osnovne škole koju završava u Trogiru upisuje opću gimnaziju također u Trogiru. Maturirala je 2015. godine sa vrlo dobrim uspjehom. Odmah potom, 2015. godine upisuje Sveučilišni preddiplomski studij primaljstva u Splitu. Aktivno se služi engleskim jezikom.