

# "Provođenje kontinuirane zdravstvene njege kod žena za vrijeme i nakon operativnog dovršenja poroda"

---

**Dedo-Dusa, Karla**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2021**

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

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:155:628054>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-10-20**



**SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU**  
UNIVERSITY OF DUBROVNIK

*Repository / Repozitorij:*

[Repository of the University of Dubrovnik](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU  
ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE  
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

KARLA DEDO - DUSA

**PROVOĐENJE KONTINUIRANE ZDRAVSTVENE  
NJEGE KOD ŽENA ZA VRIJEME I NAKON  
OPERATIVNOG DOVRŠENJA PORODA**

**ZAVRŠNI RAD**

DUBROVNIK, 2021.

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU  
ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE  
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**PROVOĐENJE KONTINUIRANE ZDRAVSTVENE NJEGE  
KOD ŽENA ZA VRIJEME I NAKON OPERATIVNOG  
DOVRŠENJA PORODA**

**ZAVRŠNI RAD**

KANDIDAT:

KARLA DEDO - DUSA

MENTOR:

VESNA TURUK, dipl.med.techn., prof.reh.

DUBROVNIK, 2021.

UNIVERSITY OF DUBROVNIK  
DEPARTMENT OF PROFESSIONAL STUDIES  
UNDERGRADUATE PROFESSIONAL STUDY OF NURSING

**IMPLEMENTATION OF CONTINUOUS HEALTH CARE IN  
WOMEN DURING AND AFTER CESAREAN SECTION**

**FINAL WORK**

CANDIDATE:

KARLA DEDO – DUSA

MENTOR:

VESNA TURUK, dipl.med.techn., prof.rech.

DUBROVNIK, 2021

## ZAHVALA

*Zahvaljujem se svojoj mentorici Vesni Turuk, dipl.med.techn., prof.rech. koja mi je uvelike pomogla u izradi rada svojim savjetima i što je uvijek imala strpljenja i bila na raspolaganju pri izradi rada. Također, zahvaljujem svojoj obitelji i prijateljima na velikoj podršci i vjeri u mene i u moj uspjeh tijekom trogodišnjeg studija.*

## IZJAVA

S punom odgovornošću izjavljujem da sam završni rad izradila samostalno, služeći se navedenim izvorima podataka i uz stručno vodstvo mentorice Vesne Turuk dipl.med.techn., prof.rech.

Ime i prezime studenta / studentice: Karla Dedo - Dusa

Potpis \_\_\_\_\_

# SADRŽAJ

1. UVOD .....	3
1.1. CARSKI REZ.....	4
1.1.1. Povijesni pregled .....	4
1.2. Indikacije za carski rez .....	6
1.2.1. Hitni i elektivni carski rez .....	7
1.3. Tehnike carskog reza.....	7
1.4. Anestezija za carski rez .....	10
1.4.1. Opća anestezija.....	11
1.4.2. Regionalna anestezija .....	11
1.5. Komplikacije .....	13
2. ZDRAVSTVENA NJEGA KOD ŽENA ZA VRIJEME I NAKON CARSKOG REZA ....	14
2.1. Pripreme trudnice za carski rez .....	14
2.2. Preoperativna priprema .....	15
2.2.1. Prijem i identifikacija .....	15
2.2.2. Psihička priprema pacijentice.....	16
2.2.3. Prevencija krvarenja .....	16
2.2.4. Prevencija infekcije incizijske rane i puerperalne infekcije.....	17
2.2.5. Prevencija plućne embolije .....	18
2.2.6. Prevencija ozljede majke.....	18
2.2.7. Poticanje dojenja .....	18
2.3. Postoperativna zdravstvena njega .....	19
2.3.1. Volumna restitucija .....	20
2.3.2. Postoperativna prevencija infekcija .....	20
2.3.3. Postoperativna prevencija venske tromboembolije.....	20
2.3.4. Edukacija.....	21
3. CILJ ISTRAŽIVANJA .....	22
4. MATERIJALI I METODE .....	23
4.1. Materijali .....	23
4.2. Metode.....	23
5. REZULTATI I RASPRAVA .....	24
5.1. Rezultati .....	24
5.1.1. Sociodemografski podaci .....	24
5.2. Rasprava .....	37

6. ZAKLJUČCI.....	39
7. POPIS LITERATURE .....	40
POPIS GRAFIKONA I TABLICA.....	43
PRILOZI.....	44



## 1. UVOD

Carski rez je kirurški zahvat kojim se jedno dijete ili više djece porođa kroz rez napravljenim na trbušnoj stijenci i prednjoj stijenci maternice i najčešće se izvodi kada je utvrđeno da bi vaginalni porod mogao ugroziti majku i dijete.

Dokazi o izvođenju carskog reza postoje još od doba prapovijesti, no značajnu tehnološku evoluciju doživljava tek tijekom druge polovice 19. stoljeća, kada je učestalost carskog reza postepeno rasla. Zadnjih 30-tak godina se bilježi značajan rast porođaja dovršenih carskim rezom, pa tako provođenje kontinuirane zdravstvene njege kod žena za vrijeme i nakon carskog reza sve više dobiva na značaju. Sam koloplet carskog reza promatran u širem kontekstu je jedno od najaktualnijih i najkontroverznijih tema suvremene perinatologije. Danas je carski rez jedna od najčešće izvođenih operacija kod ženske populacije, a u razvijenim zemljama je najčešći kirurški zahvat.

Tehnike izvođenja carskog reza razvijale su se napredovanjem asepse, anestezije i kirurgije. Sukladno tome mijenjali su se načini izvođenja toga kirurškog zahvata. Medicinska sestra ima jako veliku ulogu u preoperativnoj pripremi, emocionalnoj i fizičkoj podršci i postoperativnoj njezi koja se nastavlja, bilo u intenzivnoj njezi, odjelu rodilišta ili u babinju. Najvažnija stavka u svih medicinskih djelatnika, u ovom slučaju liječnika i medicinskih sestara je briga o sterilnim uvjetima, posebno kod izvođenja invazivnih postupaka i kirurških zahvata.

Postpartalna zdravstvena njega započinje već u rodilištu gdje medicinska sestra u suradnji s liječnikom nadzire opće stanje žene, provjerava vitalne znakove i prepoznaje rane znakove mogućih komplikacija. Posebno je potrebno nadzirati žene koje su rodile carskim rezom kod kojeg je oporavak dulji nego nakon vaginalnog poroda. Neke od intervencija medicinske sestre uključuju provođenje antibiotske terapije i tromboprofilakse kojima se sprječava mogućnost nastanka infekcije i tromboze. Nakon carskog reza je potrebno provoditi podroban nadzor koji podrazumijeva praćenje vitalnih znakova, kontrolu krvne slike, nadoknadu tekućine, primjenu analgetika i praćenje izgleda operativne rane.

## 1.1. CARSKI REZ

Carski rez je jedna od najstarijih operacija iz područja abdominalne kirurgije. Naziv carski rez potječe od latinskih riječi „sectio“ i „ab utero caeso“, što znači izrezan iz maternice (Habek i sur. 2009).

Carski rez (*sectio caesarea*) je kirurški zahvat dovršenja trudnoće i/ili porođaja kroz inciziju na abdomenu i uterusu majke. To je najizvođenija abdominalna operacija u žena (Muzur 2013). Definira se kao „rađanje fetusa kroz inciziju trbušne i maternične stijenke majke“ (Belci i sur. 2005. str. 171). Također se može definirati kao „operativna procedura kojom se, rezom kroz trbušni zid majke i zid uterusa vrši ekstrakcija ploda, najčešće u poodmaklim fazama trudnoće kada je moguće preživljavanje ploda, a često i jedina metoda koja može spasiti život majke, zbog komplikacija trudnoće“ (Cakić i sur. 2010. str. 20).

Primjenjuje se kako u hitnim, tako i u elektivnim situacijama. Učestalost izvođenja carskog reza je u znatnom porastu u posljednjih 30-tak godina i to najčešće u razvijenim urbanim sredinama, kao i u institucijama koje primaju pacijente s povećanim opstetričkim rizicima.

### 1.1.1. Povijesni pregled

Ideja o rođenju djeteta kroz trbušni zid majke seže duboko u povijest i mitologiju. Pretpostavlja se da je Zeus istrkao preranoga Dionisa iz trbuha svoje mrtve ljubavnice Semele i implantirao ga u vlastito bedro. Također, pretpostavke su se da je Apollo ubio svoju ljubavnicu Coronis i dok je ležala na lomači izvadio je iz trbuha svoje nerođeno dijete Eskulapa. Kaže se da je Brahma oslobođen iz pupka svoje majke, a Buda s desnog boka njegove majke 563. godine prije Krista. Rustam, legendarni perzijski heroj, također je navodno došao na svijet abdominalnim putem (Fatušić i sur. 2011).

Iako je carski rez jedna od omiljenih tema među narodom, u zapisima starih Egipćana, grčkih, rimskih ili arapskih liječnika ne spominje se operacija na živoj majci. Međutim, zakoni Hebreja ukazuju da je takva operacija morala biti poznata među njima: „... da nije potrebno da žena promatra dana pročišćavanja nakon uklanjanja djeteta kroz parietis trbuha ... “. U Mišni, prvom velikom komentaru hebrejske Biblije sastavljenom u drugom stoljeću (135-175. po Kr.), nekoliko se puta spominje operacija (Fatušić i sur. 2011).

Godine 1500. poslije Krista, Jacob Nufer rasjekao je svoju ženu kako je kasnije ispričano i porodio ju, te je ona preživjela. Međutim, prvo definitivno ovjereno izvješće o operaciji koja

je namjerno izvedena na ženi 21. travnja 1610. izveo je Trautmann iz Wittenberga (Fatušić i sur. 2011). Na našem području prvi uspješan primjer carskog reza datira iz 1694. godine i djelo je vojnih kirurga u Osijeku (Muzur 2013).

Od tada su uvedene bezbrojne varijacije postupka. Neki su se ticali naizgled malih detalja operacije, ali drugi su predstavili velike pomake. Među opstetričijskim tehnikama činilo se da carski rez predstavlja dobro definiran postupak i smatralo se da je značajan napredak u ovoj intervenciji malo vjerojatan. Konkretno, činilo se da je ova akušerska operacija mala ili nimalo podložna poboljšanju iz perspektive invazivnosti.

Posljednje razdoblje razvijanja carskog reza je obilježeno tehnološkom evolucijom tj. Kvalitetnijim primjenjivanjem tehnika asepse i antiseptike kao i uvođenjem novih kirurških tehnika. Edoardo Porro je 1876. godine uveo je tehniku histerektomije poslije carskog reza u nadi da će smanjiti maternalni mortalitet, ali uskoro su Kehrer i Säger primjetili nepotrebnost ovog radikalnog zahvata pa su 1882. godine počeli primjenjivati šivanje reza na maternici u dva sloja i tako postigli još veći uspjeh, a uz očuvanu reproduktivnu sposobnost majke. Tako je nastao klasični carski rez koji je napokon pobio doktrinu da je šav na maternici štetan. Ono što je višestruko umanjilo smrtnost majki (s 80 % na 5-6 %) zbog carskog reza je vezano uz uvođenje antiseptike krajem 19. stoljeća. Daljnji razvoj kirurške tehnike se odnosi na rez maternice u donjem segmentu uterusa. Poslije toga prestao se prakticirati obavezni ponovljeni carski rez. Početkom 20. stoljeća se eksperimentiralo s izvođenjem ekstraperitonealne tehnike, ali se ipak vratio transperitonealni pristup. Cjelokupni kirurški, anesteziološki i antimikrobni napredak je rezultirao smanjenjem predoperacijskih i postoperacijskih komplikacija, što je vodilo u sve češću primjenu carskog reza (Boley 1991).

Tijekom posljednjih nekoliko desetljeća ginekološka i akušerska kirurgija doživjela je nebrojena i izvanredna poboljšanja, poput reza predloženog Joel-Cohenovom metodom otvaranja trbuha, prilagođenog za carski rez (Federici i sur. 1997).

Joel Cohen je 1970. godine predstavio inovativan pristup koji nudi alternativu i vertikalnim i različitim poprečnim trbušnim rezovima (Pfannenstiel, Kustner, Cherney, Mackendrot-Maylard i dr.). Filozofija ove doista impresivne tehnike je ona koja nastoji izazvati najmanje moguće oštećenje tkiva, suzdržati se od suvišnih koraka i učiniti intervenciju najjednostavnijom mogućom kritičkom procjenom svakog kirurškog koraka. To je manje

traumatičan pristup najstarijoj velikoj kirurškoj intervenciji u povijesti koja ga čini inovativnim i vrijednim skretanja pažnje svih opstetričara (Fatušić i sur. 2011).

## 1.2. Indikacije za carski rez

Zahvaljujući metodama suzbijanja infekcija, preoperativnim pripremama i napretku anesteziologije, postepeno su se proširile indikacije za carski rez. Tako je 60-ih godina prošloga stoljeća samo 5% poroda dovršeno carskim rezom i to primarno zbog indikacija od strane majke. Fetalne indikacije su postepeno postale sve češći razlog za izvedbu carskog reza, zasebno ili povezano s indikacijama majke. Danas je fetalna indikacija najčešći razlog za izvođenje carskog reza (Frković i Bošković 2010).

Kako su napredovale operacijske tehnike izvođenja carskog reza tako su se smanjivali rizici, pa su istodobno kirurzi postali sve hrabriji za izvođenje carskog reza, ali uz širenje prethodno strogih indikacija za izvođenje carskog reza. Indikacije za izvođenje carskog reza mogu biti apsolutne, relativne i proširene. No, bitno je naglasiti da u literaturi postoje određene razlike koje su vezane za podjelu indikacija za carski rez, što u biti govori o njihovoj diskutabilnosti, nedorečenosti, te slobodi interpretacije (Mylonas i Friese 2015).

Apsolutne indikacije vezane su za izvođenje carskog reza kada porod nije moguće izvesti vaginalnim putem. Najvažnija među njima jest sužena zdjelica IV. stupnja, odnosno apsolutno sužena zdjelica, gdje je *conjugata vera* (CV) manja od 6 cm. U takvim slučajevima normalan porod velikog djeteta nije moguć bez da se ugrozi zdravlje roditelje i radi toga se u tom slučaju beskompromisno radi carski rez. Druge apsolutne indikacije se odnose na suženje rodnice, zdjelične tumore i patološke stavove (Mylonas i Friese 2015).

Relativne indikacije su indikacije u kojima je moguć porođaj vaginalnim putem, ali se preferira carski rez. Najčešća među njima jest suženje zdjelice III. Stupnja, tzv. relativno sužena zdjelica, gdje *conjugata vera* iznosi između 6 i 8 cm. Porođaj kod suženja zdjelice II. (CV 8-9 cm) i I. stupnja (CV 9-11 cm) se u početku očekuje i procjenjuje se napredak poroda. S pojavom dodatnih indikacija porođaj se dovršava carskim rezom. Druge relativne indikacije odnose se na placenta praevia, abrupcija posteljice, poprečni položaj i stav zatkom, eklampsiju, inerciju i distociju, teške bolesti majke, primarni elektivni carski rez i mnoge druge (Mylonas i Friese 2015).

Proširene indikacije odnose se na stanja u kojima je ugroženost djeteta veća i potrebno je napraviti hitni carski rez. Riječ je dakle, o intrauterinoj asfiksiji, prolapsu pupkovine i prijevremenom porođaju djeteta dovoljno zrelog da može preživjeti (Penn i sur. 2001).

### **1.2.1. Hitni i elektivni carski rez**

U nekim slučajevima carski rez može biti potreban u žurbi, uobičajeno kada je osoba već u porodu i to je tzv. hitni carski rez. On može biti potreban zbog lošeg napredovanja poroda, zbog pogoršanja stanja djeteta ili zbog oba navedena razloga (Obstetric Anaesthetists' Association 2018).

Elektivni carski rez odnosi se na operaciju koja je unaprijed dogovorena tj. planirana zbog medicinskih razloga, npr. zbog položaja djeteta – ako je dijete okrenuto na zadak ili poprečno, zbog placente previje, placente accrete ili neki drugi razlozi zbog kojih dijete mora biti rođeno prije termina. Također mogu biti u pitanju i zdravstveni problemi roditelja kao što su npr. visoki krvni tlak i ostale srčane bolesti ili razne infekcije koje se mogu prenijeti na dijete prilikom vaginalnog poroda kao npr. genitalni herpes. Trend porasta učestalosti carskog reza je dijelom rezultat mogućnosti trudnica da izaberu način rađanja. Trudnice koje imaju takav stav ne žele prihvatiti objektivne okolnosti i rizike koje takva odluka nosi. (Mascarello i sur. 2017).

Carski rez na zahtjev je dozvoljen u pojedinim zemljama, a u velikom je broju država prešutno odobren. U Republici Hrvatskoj nije odobren carski rez na zahtjev i ne bi se smio prakticirati. (Cokarić 2019).

Kratkoročno i populacijski gledano, carski rez je u nekim slučajevima sigurniji način rađanja za dijete, ali je znatno manje siguran za majku. Dugoročno, carskim rezom višestruko je povećan rizik od komplikacija u sljedećim trudnoćama i porođajima za majku i dijete. Rastom broja carskih rezova raste i vjerojatnost komplikacija.

### **1.3. Tehnike carskog reza**

Carski rez, tehnički gledano, se može raditi na više načina, odnosno operacijskih tehnika. U operacijske tehnike carskog reza ubrajaju se: standardna operacijska tehnika, operacijska tehnika prema Misgav-Ladachu i tehnika klasičnog reza.

Standardna tehnika reza trbušne stijenke jest ona prema Pfannenstielu. Rez prema Pfannenstielu (Kerr-u, Pfannenstiel-Kerru ili pubični rez) koja se najčešće koristi za

ginekološke i ortopedske zahvate. Ovom tehnikom dobije se široki pogled na centralnu zdjelicu, dok su lateralna zdjelica i gornji dio abdomena nedostupni. Rez se vrši horizontalno, blago lučno, iznad pubične simfize, otprilike 12 cm. Prednosti ove tehnike su brže zacjeljivanje rane u odnosu na vertikalni rez i bolji estetski rezultat (Nevajdić 2018).

Ostale metode laparotomije uključuju:

- donju medijalnu laparotomiju;
- Maylard metodu;
- Joel-Cohen laparotomiju (Nevajdić 2018).

Okomiti rezovi, koji uključuju donju medijalnu laparotomiju, povezani su s većim rizikom za dehiscijenciju i nastanak hernije, pa su kao takvi estetski neprihvatljiviji. Mogu nastati negativne posljedice jer se izvođenje reza vrši okomito na mišićna vlakna, pa se zbog toga ovaj tip reza jako rijetko koristi (Nevajdić 2018).

Maylard rez se proteže u obliku slova U od *spine ilijake superior anterior* na jednoj strani do spine na drugoj strani. U sredini prolazi iznad *mons pubis*. Maylard rez omogućava širok pogled na zdjelične organe. Veoma je bolan za pacijenticu u prvom tjednu oporavka (Nevajdić 2018).

Joel-Cohen rez se vrši 3 cm iznad reza po Pfannenstielu. Povezan je sa smanjenom učestalošću postoperativnog krvarenja, boli, ustajanja iz kreveta, oporavka crijevne peristaltike i trajanja boravka u bolnici (Abuelghar i sur. 2013). Također, prednost ovog reza je i brzina izvođenja (Ranchi i sur. 2002).

U metode histerotomije se ubrajaju:

- klasični (Sangerov, korporalni) rez;
- vertikalni rez u području istmusa prema Selheimu;
- poprečni rez u području istmusa prema Kerru (Nevajdić 2018).

S obzirom na položaj fetusa u maternici, gestacijskoj dobi, širini donjeg uterinog segmenta i eventualnim malformacijama maternice, vrši se izbor reza.

Pojam klasičnog (korporealnog) carskog reza je najstariji kirurški pristup, a sam naziv se odnosi na mjesto uterotomije, koja se u ovom slučaju radi uzdužno, u središnjoj liniji gdje je miometrij najdeblji.

Klasični carski rez maternice izvodi se dakle, okomito kroz debeli sloj miškulature trupa. Nalazi se iznad donjeg uterinog segmenta i proteže u fundus. Budući da je presječen debeli sloj mišića, zbog snažnih kontrakcija u puerperiju otežano je zarastanje i češće su infekcije.

Rezultat toga su brojne komplikacije koje mogu nastati zbog čestih upala i težeg zarastanja. Klasični carski rez i dalje je prisutan u suvremenoj opstetriciji, ali kao pričuva u slučaju poprečnog položaja djeteta s vodećim ramenom te kada je pristup donjem uterinom segmentu otežan zbog mioma, raka vrata maternice ili priraslica s mokraćnim mjehurom. Pojedini autori ovaj rez preporučuju u slučaju prijevremenih porođaja prije 25. tjedna trudnoće (Hema i Johanson 2001).

Glavna tehnika današnjice jest vršenje incizije u području donjeg uterinog segmenta tj. istmusa. U tom dijelu mišić je značajno tanji pa kontrakcije ne smetaju tijekom zarastanja. Postoje dvije varijante reza u tom području, a to su okomiti i poprečni rez. Prednost okomitog reza u odnosu na poprečni rez je u tome što se po potrebi može proširiti prema trupu maternice. Varijante širenja poprečnog reza su T-ekstenzija, pri kojoj se napravi dodatni vertikalni rez na sredini transverzalnog, ili J-ekstenzija, gdje se vrši dodatna incizija na lateralnim stranama primarnog reza. Ovi zahvati su povezani s češćim komplikacijama. Ruptura maternice i priraslice s crijevima i omentumom češće nastaju kod okomitog reza. Također, poprečni rez znači i izvođenje reza paralelno s mišićnim vlaknima, što pospješuje zarastanje rane. Radi toga se poprečni rez danas najčešće upotrebljava. Glavni dio reza vrši se skalpelom, a potom se rana širi tupom silom, odnosno rukama ili tupim škarama, da bi se napravio dovoljno velik otvor za vađenje djeteta. Širenje reza oštrim sredstvom češće dovodi do potrebe za transfuzijom (Nevajdić 2018).

Nakon porođaja majci se daje intravenski pripravak oksitocina ili neki drugi uterotonik, nakon čega se povlačenjem pupčane vrpce rađa posteljica. Ako se posteljica ne odvoji od maternice, ona se mora manualno izljuštiti, a to je povezano s većim rizikom krvarenja i nastanka endometritisa. Ako je posteljica čvrsto srasla s endometrijem (*placenta accreta*), može se ostaviti *in situ* uz primjenu medikamentozne terapije ili se izvrši histerektomija.

Svim pacijenticama poslije izvršenog carskog reza se daje antibiotik širokog spektra, a obično se u te svrhe koristi koamoksiklav ili, u slučaju alergije na penicilin, klindamicin intravenski. Ako postoji jako krvarenje iz maternice poslije rađanja posteljice, postoji više načina za vršenje hemostaze, kao primjerice lokalna primjena uterotonika uz masažu maternice, šivanje krvarećih područja, pritisak Ruschovim balonom, embolizacija uz pomoć intervencijske radiologije ili B-Lynch kompresivni šav, u slučaju atonije maternice. Ako je prisutno opsežno krvarenje, koje se nikako ne može zaustaviti, opcija je i histerektomija (Nevajdić 2018).

Sljedeći korak je da se stijenka maternice šiva *in situ* ili se izvlači na trbušnu stijenkku, kako bi se bolje prikazalo operacijsko polje. To se naziva eksteriorizacija maternice. Opasnost od krvarenja je jednaka u oba slučaja, ali eksteriorizacija predstavlja veći stupanj neugode za roditelju. Šavovi bi trebali biti brzo resorptivni, budući da bi inače slobodne petlje šava nakon involucije maternice predstavljale strano tkivo u zdjelici (Nevajdić 2018).

Nevajdić (2018) navodi da je danas najbolja metoda šivanja maternice šivanje u dva sloja, budući da je rizik za rupturu maternice manji u odnosu na jednoslojni šav. Prvi sloj dvostrukog šava obuhvaća duboki rub miometrija, s minimalnim zahvaćanjem decidue. Izbjegavanjem decidue se pokušava izbjeći inverzija endometrija na mjestu šava, što bi otežalo zarastanje. Primjenom kontinuiranog šava se postiže hemostaza i jednako rasprostire napetost duž šava. No, može dovesti do redukcije cirkulacije. Drugi sloj dvostrukog šava postiže dodatnu hemostazu i učvršćuje ranu.

#### **1.4. Anestezija za carski rez**

Anestezija za carski rez može biti opća endotrahealna ili regionalna anestezija. Izbor vrste anestezije ovisi o hitnosti zahvata i odlikama svakog pojedinog slučaja. Idealna anestezija je sigurna za roditelju, minimalno deprimira dijete i omogućava optimalne uvjete za izvođenje zahvata.

Razina hitnosti dijeli se na sljedeća četiri stupnja:

- stupanj hitnosti označava neposrednu životnu ugroženost majke i/ili djeteta;
- stupanj označava ugroženost majke i/ili djeteta, ali ne neposrednu životnu ugroženost;
- stupanj označava indikaciju za carski rez pri kojem majka i dijete nisu ugroženi;
- stupanj označava elektivni carski rez (Nevajdić, 2018).



### **1.4.1. Opća anestezija**

Opća anestezija predstavlja vrstu anestezije u kojoj je roditeljica bez svijesti, odnosno ne osjeća bol. Zbog gubitka svijesti, roditeljica se ne sjeća operacije. Anestetici se mogu primijeniti intravenozno ili inhalacijski. Uz anestetike, primjenjuju se i analgetici kako bi bol tijekom i poslije operacije bila u granicama normale. Veoma rijetke, ali moguće komplikacije koje se mogu javiti su: mučnina i povraćanje, promuklost, ozljede usne šupljine i zubi, bolovi u ustima i grlu, smetenost, svjesnost tijekom operacije, ozljede krvnih žila, udisanje želučanog sadržaja i upalu pluća i kod djeteta depresivno raspoloženje. Nakon operacije, roditeljica se budi u operacijskoj sali. Roditeljica će bol na mjestu reza osjetiti minimalno 24 sata nakon operacije (Barash i sur. 2013).

U suvremenom svijetu, češća je primjena regionalne anestezije, a opća anestezija je nezamjenjiva u hitnim situacijama u kojima je carski rez potrebno napraviti u najkraćem mogućem roku. Stanja kao koagulopatije (poremećaj zgrušavanja krvi), infekcije na mjestu uboda te odbijanje regionalne anestezije od strane roditeljice također su indikacija za opću anesteziju. Većina analgetika i anestetika prelazi uteroplacentarnu barijeru te imaju snažan utjecaj na fetus. Zbog toga se može dogoditi da je dijete nakon carskog reza u lošem stanju, ima nizak Apgar score i da mu je potrebno pomoći pri disanju (Barash i sur. 2013).

### **1.4.2. Regionalna anestezija**

Regionalna anestezija je anestezija kojom se postiže privremeni gubitak osjeta, često i motorika u određenim dijelovima tijela. Regionalnu anesteziju možemo podijeliti na centralne (neuroaksijalne) i periferne tehnike. Pod centralne tehnike ubrajaju se epiduralna i subarahnoidalna anestezija, a u periferne tehnike blokovi perifernih živčanih spletova ili pojedinačnih perifernih živaca (Belinić 2016).

Regionalna anestezija je tehnika kojom ubrizgavanjem lokalnog anestetika u blizinu živca ili kralježnične moždine zaustavljamo prijenos osjetnog ili bolnog signala i motorički kapacitet, odnosno izaziva se neosjetljivost na bol jedne veće regije na tijelu. Postiže se uporabom lokalnih anestetika koji zaustavljaju provođenje impulsa boli kroz živce one regije koju je potrebno anestezirati (Sidiropoulou i sur. 2016).

Kod primijene regionalne anestezije osoba može biti budna ili sedirana. Metode regionalne anestezije se dijele prema mjestu i načinu primijene lokalnog anestetika na: površinsku (koža, sluznice), infiltracijsku (lokalna anestezija), provodnu (primjerice za pojedini živac),

anestezijske tehnike u blizini kralježničke moždine (subarahnoidalna anestezija, epiduralna i kaudalna anestezija) i intravenska regionalna anestezija.

Kako bi se izbjegle mnoge nuspojave vezane za opću anesteziju kao što su poslijeoperacijska mučnina, vrtoglavica, povraćanje ili poslijeoperacijska bolnost operiranog dijela tijela primjenjuje se regionalna anestezija (Belinić 2016).

Spinalna regionalna anestezija je metoda koja se najčešće koristi kod carskog reza, a može se koristiti i prilikom planiranih i hitnih carskih rezova. Živci i kičmena moždina koji prenose osjete iz donjih dijelova vašeg tijela se nalaze se u vrećici s tekućinom unutar kičme. Lokalni anestetik se unosi unutar ove vrećice s tekućinom koristeći pri tome veoma tanku iglu. Spinalna anestezija nastupa brzo s malom dozom anestetika (Obstetric Anaesthetists' Association 2018).

Kod pacijentica kod kojih je prvobitno pokušán vaginalni porod i postavljen je epiduralni kateter najbolji izbor je epiduralna anestezija. Kateter omogućuje doziranje anestetika za postizanje adekvatne visine i kvalitete bloka. Kod pacijentica koje nemaju otprije postavljen kateter u slučaju potrebe za carskim rezom anesteziolog se odlučuje za spinalnu anesteziju prvenstveno zbog brzine izvođenja i nastupa djelovanja u odnosu na epiduralnu anesteziju, kod koje bi postepen i polagan nastup bloka bio prednost tek u slučaju određenih komorbiditeta kod majke. Kod samog izvođenja se savjetuje fracionirano davanje u slučaju postojanja migrirajućeg katetera. Ako je potreban što brži nastup djelovanja, anesteziolog može posegnuti za kloroprokainom. Kvaliteta bloka može se poboljšati dodavanjem noradrenalina ili opioida, od kojih je morfin zbog farmakokinetičkih svojstava standardan za ublažavanje postoperativne boli. Uobičajeni volumeni anestetika su od 10 do 20 ml (Belinić 2016).

Tehnikom kombinirane spinalno-epiduralne analgezije (eng. *Combined spinal epidural anaesthesia*, CSE) se pokušavaju objediniti prednosti obje prethodno navedene metode, pri čemu je glavni efekt brzi početak analgezije, mogućnost postepene analgezije tijekom poroda i postpartalna analgezija tj. epiduralni efekt. Koristi se većinom za izvođenje elektivnog carskog reza (Belinić 2016).

Epiduralni kateter može po potrebi povisiti razinu bloka. Nedostatak tehnike može predstavljati činjenica nemogućnosti efektivnog testiranja položaja epiduralnog katetera, jer spinalna doza maskira nehotičnu intratekalnu primjenu anestetika koji se daje putem

epiduralnog katetera. Kod vaginalnog poroda, indikacija može biti skraćivanje prvog porođajnog doba kod prvorotkinja (Miller 2014). Radi svog bržeg djelovanja i pouzdanije analgezije, metoda kombinirane spinalno-epiduralne analgezije je sve zastupljenija alternativa klasičnoj epiduralnoj analgeziji u porodu (Belinić 2016).

## **1.5. Komplikacije**

Danas carski rez predstavlja uobičajenu operaciju i čini gotovo trećinu svih poroda u razvijenom svijetu. Iako je carski rez siguran postupak, može se povezati s različitim neposrednim i dugoročnim komplikacijama. S obzirom na ubrzani porast stope učestalosti u svijetu, te komplikacije su postale važno pitanje u ginekologiji i opstetriciji. Prema učestalosti pojavljivanja, neposredne komplikacije carskog reza su krvarenje, sepsa i tromboembolija. Što se dugotrajnih komplikacije tiče, one su podijeljene na opstetričke i ginekološke. Opstetričke komplikacije u obliku rizika u sljedećoj trudnoći su neobjašnjena mrtvorođenost, abrupcija placente i placenta accreta.

*Placenta praevia* je također jedna od komplikacija i njezin rizik je proporcionalan s brojem prethodnih poroda dovršenim carskim rezom. U ginekološke dugoročne komplikacije se ubrajaju: ektopična trudnoća, uterini ožiljni defekt, sekundarna neplodnost i endometrioza. Prethodni carski rez također se može povezati sa zdjeličnom boli zbog priraslica, niskom stopom sljedećih trudnoća i nižom stopom nataliteta u usporedbi s vaginalnim porodom (Section 2017).

## **2. ZDRAVSTVENA NJEGA KOD ŽENA ZA VRIJEME I NAKON CARSKOG REZA**

Kada je indikacija za carski rez već postavljena, roditelj dolazi dan prije carskog reza u bolnicu radi hospitalizacije gdje se obavlja prijeoperacijska priprema. Pri dolasku u bolnicu roditelj mora potpisati informirani pristanak za ostanak u bolnici.

Postpartalna zdravstvena skrb žene započinje već nakon samog porođaja u rodilištu. Obuhvaćaju se razni pregledi tijekom hospitalizacije, kontrolni pregledi nakon šest tjedana, nadzor babinjače nakon otpusta iz bolnice u njenom domu putem patronažne zdravstvene skrbi te educiranje i zdravstveni odgoj babinjače. Kod postpartalne zdravstvene skrbi je veoma bitna uloga patronažne sestre koja kontrolira i prati fiziološka zbivanja kako kod žene, tako i kod novorođenčeta te naročito pruža potporu u slučaju postojanja problema i educira o normalnom procesu oporavka nakon poroda i mogućim poteškoćama i komplikacijama.

Medicinska sestra treba znati dob, etiku, kulturu, fizičke potrebe i ponašati se u skladu s istima (Johnson i sur. 2001). Kako bi se smanjila razina stresa i pojavnost anksioznosti u hitnim situacijama treba ostati uz pacijenticu, održavati kontakt očima i dodirom, održavati komunikaciju.

### **2.1. Pripreme trudnice za carski rez**

Priprema trudnice za carski se razlikuje kako kod elektivnih, tako i kod hitnih operacija. Elektivni carski rez priprema se temeljitije i unaprijed. Anamnezu je potrebno redovito uzimati detaljnije, a status se procjenjuje s većom pažnjom, te se na osnovu uočenih činjenica treba prilagoditi laboratorijska obrada i organizirati konzilijarni pregledi i postupci. Trudnici je potrebno objasniti moguće prednosti i komplikacije u svezi s njenom odlukom. Tako ona već psihički i fizički je spremna za sami zahvat. Hitni carski rez podrazumijeva hitnost te se neki postupci preskaču ili prilagođavaju konkretnoj situaciji. U tom slučaju roditelj prije same operacije mora potpisati suglasnost za operaciju koja se redovito nalazi u informiranim pristancima (Cokarić 2019).

## **2.2. Preoperativna priprema**

Dužnost medicinske sestre tijekom preoperativne pripreme carskog reza je:

- izložiti sve bitne informacije o samoj proceduri,
- uključiti partnera roditelja u samu podršku i također ga informirati
- osiguravati emocionalnu podršku, posebno u situaciji hitnog carskog reza,
- pripremiti pacijenticu za operacijski zahvat - otvoriti venski put, uvesti urinarni kateter, pripremiti, tj. obrijati područje abdomena gdje će se zahvat izvršiti ako je potrebno, primijeniti medikamentoznu terapiju po odredbi liječnika,
- provjeriti laboratorijske nalaze i
- osigurati pristanak na kirurški zahvat (Burroughs i Leifer 2011).

Veoma je važno da je roditelj prije i poslije carskog reza na tašte. Potencijalne komplikacije carskog reza koje zahtijevaju preventivne aktivnosti medicinske sestre uključuju: hemoragiju, tromboemboliju, plućnu emboliju, infekciju operativne rane, infekciju urinarnog trakta i ozljedu majke (Burroughs i Leifer 2011).

### **2.2.1. Prijem i identifikacija**

Nakon razgovora s pacijenticom prilikom prijema na odjel, medicinska sestra uvede pacijenticu u ambulantu. Tu se izvršava provjera potrebne dokumentacije za carski rez te se ispunja sestrinska lista. Pri prijemu mjeri se tjelesna visina i težina roditelja (podatci koji su bitni za anesteziju) i tjelesna temperatura (podatak koji je bitan za antibiotsku profilaksu). Potom se mjeri krvni tlak koji je također jedan od bitnih podataka. Prilikom samog prijema roditelja u bolnicu, važno je odmah postaviti intravenski put radi brzog primjenjivanja lijekova u slučaju potrebe. Nakon što ispuni sestrinsku dokumentaciju i novorođenačku listu te vrijednosti vitalnih znakova upiše na temperaturnu listu, medicinska sestra odvodi roditelja do sobe gdje je potrebno upoznati s rasporedom sobe i obavještava je o sljedećem postupku.

Jedna od najvažnijih stavki medicinske sestre je identifikacija roditelja prije ulaska u operacijsku salu, nakon ulaska i poslije carskog reza. Medicinska sestra mora pripremiti identifikacijske narukvice za majku i dijete kako ne bi došlo do zamjene djece, napisati ime i prezime i identifikacijski broj. Uz to treba identificirati povijest bolesti i dokumentaciju u operacijskoj sali da se ne bi dogodilo da dođe do zamjene pacijentica. Poslije poroda djeteta na carski rez, medicinska sestra ustanovi spol djeteta. Prva njega novorođenčeta vrši se

odmah u operacijskoj sali. Identifikacijske narukvice je potrebno staviti majci i djetetu. U slučaju da je majka u budna i da je djetetovo stanje uredno, primalja odmah po porodu treba pokazati majci spol i identifikacijske narukvice kako bi se potvrdila podudarnost brojeva (McCloskey i Bulechek 2000).

### **2.2.2. Psihička priprema pacijentice**

Pri dolasku na odjel, roditelj je prvi susret s medicinskom sestrom. Svojim pozitivnim ozračjem sestra smanjuje strah i tjeskobu kod roditelja. Medicinska sestra treba biti dobro educirana i mora znati da je sama trudnoća fiziološko stanje koje izaziva brojne fizičke i psihičke promjene u tijelu žene. Roditelj koje idu na carski rez strahuju od anestezije, samog zahvata, boli i nemogućnosti dojenja nakon poroda. Sestra treba saslušati roditelja, ispitati zašto postoje njeni strahovi i objasniti zašto se obavlja prijeoperacijska priprema. Medicinska sestra ne bi trebala objasniti tijek medicinskog zahvata ili vrstu anestezije, ali ako roditelj ima pitanja oko toga, sestra o tome treba obavijestiti liječnika (Paravlić 2006).

Medicinska sestra treba znati važnosti psihičke pripreme za operaciju. Roditelj treba objasniti kako je svaki porođaj, pa tako i carski rez, individualan. Ako je roditelj nakon anestezije u budnom stanju moći će vidjeti svoje novorođenče. Psihička priprema roditelja traje od prvog dolaska u bolnicu do samog otpusta iz bolnice.

### **2.2.3. Prevencija krvarenja**

Prije operacijskog zahvata, potrebno je ukloniti lak za nokte zbog pregleda cirkulacijskog statusa tijekom zahvata. Tijekom i nakon operativnog zahvata i anestezije potrebno je kontrolirati krvni tlak, puls i respiracija. Epiduralna i spinalna anestezija obično uzrokuju hipotenziju jer opuštaju glatke mišiće u krvnim žilama. Kod trudnica, periferna vazokonstrikcija predstavlja primarni regulator krvnog tlaka, međutim kada je regulator blokiran od strane anestetika, rezervni mehanizmi ne mogu održavati krvni tlak (Knuppel i Drukker 1993).

Prije zahvata uvođenjem urinarnog katetera preveniramo ozljede mjehura tijekom izvođenja operacije i održava mokraćni mjehur praznim. Uz to, imamo bolji uvid u praćenje diureze. Urinarni kateter je važno uvesti zbog nemogućnosti ustajanja isti dan od operacijskog zahvata. (Burroughs i Leifer 2011).

Potrebno je uvesti intravenski put u terapijske i dijagnostičke svrhe. Medicinska sestra treba se pobrinuti da je poznata krvna grupa i Rh faktor pacijentice, te da je od laboratorijskih nalaza poznata kompletna krvna slika, sedimentacija eritrocita, kreatinin, šećer u krvi. Najčešći uzrok postpartalnog krvarenja je atonija utreusa i zbog toga je potrebno pratiti stanje majke nakon poroda posteljice (Knappel i Drukker 1993).

Poslije poroda, kontrahirana maternica sužava krvne žile na strani placente, prevenirajući krvarenje. Ako se maternica dovoljno ne kontrahira, često dođe do krvarenja. Priprema nadomjeska krvi je također važna prilikom operativnog zahvata (Burroughs i Leifer 2011).

Primjena infuzijskih otopina osigurava odgovarajući i dovoljan volumen prije i poslije zahvata. Produljeni porod prije operativnog zahvata može uzrokovati hipovolemiju. Intravenske otopine osiguravaju optimalan volumen cirkulirajuće tekućine. Postavljena infuzija također osigurava put za primjenu lijekova (Burroughs i Leifer 2011).

Po prijemu pacijentice u operacijsku salu, primalja se mora pobrinuti da je operacijski stol umjereno nagnut u jednu stranu tj. da su kukovi pacijentice podignuti zbog boljeg pristupa operacijskom području (Johnson i sur. 2001). Time se osigurava da dijete i maternica ne leže na donjoj šupljoj veni. Potrebno je odmah po porodu primijeniti oksitocin preventivno protiv krvarenja, jer oksitocin kontrahira maternicu i time se sužavaju krvne žile na mjestu posteljice. (McCloskey i Bulechek 2000).

#### **2.2.4. Prevencija infekcije incizijske rane i puerperalne infekcije**

Prijeoperativno je potrebno da medicinska sestra prouči povijest bolesti. Važno je vrijeme prsnuća plodovih ovoja, jer što duže vrijeme prođe od prsnuća do samog poroda, veći je rizik za nastanak infekcije. Također potrebno je nadzirati sterilne uvjete i tehnike svih u operacijskoj sali (McCloskey i Bulechek 2000).

Aktivnosti medicinske sestre kod prevencije infekcije su obavezno vođenje računa o sterilnim uvjetima, posebno kada su u pitanju invazivni postupci kao što su uvođenje intravenozne kanile, urinarnog katetera i vaginalni pregledi. Priprema operativnog područja također uključuje brijanje abdominalne regije i potrebno je ukloniti sve mikroorganizme s kože, kako ne bi ostali na mjestu kirurškog reza.

Ulazak patogenih mikroorganizama sprječavamo korištenjem kirurških maski, kapa i rukavica. Bitno je pravilno pranje operativnog područja, perinealne regije od sprijeda prema

straga kako bi spriječili ulazak *Escherichie coli* s analne regije u mokraćni mjehur i u vaginu. Medicinska sestra treba pravodobno primijeniti ordinirane antibiotike od strane liječnika (Knuppel i Drukker 1993).

### **2.2.5. Prevencija plućne embolije**

Plućna embolija se također može javiti u trudnoći i neki od simptoma su: dispneja, pleuralna bol, tahipneja, kašalj, iskašljavanje krvi. Nabrojani simptomi mogu dovesti do začepjenja ili infarkta plućne cirkulacije. Najbolji način sprječavanja plućne embolije jest prevencija tromboembolije. Ako dođe do tromboembolije, potrebno je rano liječenje uz strogo mirovanje kako bi prevenirali otkidanje tromba u cirkulaciju (Knuppel i Drukker 1993).

Medicinska sestra bi trebala obratiti pozornost na: mentalni status, hipotenziju, tahikardiju i temperaturu. Uz to je potrebno da se osigurava optimalna opskrba tekućinom intravenoznim otopinama, koje povećavaju venski volumen i u slučaju pojave tromba, sprječavaju njegovo proširivanje. (McCloskey i Bulechek 2000).

### **2.2.6. Prevencija ozljede majke**

Medicinska sestra mora pripremiti roditelju za sam ulazak u operacijsku dvoranu. Prije izvedbe carskog reza je važno da roditeljica nije ništa jela i pila šest sati prije operacijskog zahvata zbog mogućeg rizika od povraćanja ili aspiracije sadržaja. Medicinska sestra treba provjeriti nosi li pacijentica umjetno zubalo, kontaktne leće ili metalne predmete u usnoj šupljini. U slučaju opće anestezije i intubacije, potrebno ih je ukloniti kako bi spriječili ozljede usne šupljine. Također je potrebno ukloniti i nakit. Tijekom operacijskog zahvata, obraća se pažnja na urinarni kateter i izmokreni sadržaj. Ako se pojavi krv u urinu moguće je da je došlo do ozljede mjehura ili uretre tijekom incizije (Burroughs i Leifer 2011).

### **2.2.7. Poticanje dojenja**

Ako je moguće nakon prve njege novorođenčeta treba primijeniti kontakt "koža na kožu", čime će se potaknuti prilagodba majke i djeteta i kako bi se potaklo stvaranje mlijeka kod roditelje.

Potrebno je poticati dojenje, po mogućnosti odmah u rađaoni. Pacijentica nakon carskog reza premješta se na odjel rodilišta na oporavak ili u jedinicu intenzivnog liječenja ako su se dogodile ozbiljne komplikacije tijekom poroda. Medicinska sestra na odjelu treba majci više



puta nuditi dojenje kako bi se potaknulo što ranije otpuštanje prolaktina i pokrenula laktacija. Pacijenticu je potrebno smjestiti udobno (Burroughs i Leifer 2011).

### **2.3. Postoperativna zdravstvena njega**

Poslijeoperacijsko vrijeme je razdoblje kada je rizik najveći za pojave komplikacija koje mogu vitalno ugroziti pacijenticu. Stoga je neophodno često nadziranje koje uključuje mjerenje vitalnih parametara (puls, krvni tlak, temperatura, disanje) i potrebno je mjeriti diurezu. (Habek i sur. 2009).

Prema Habek i sur. (2009), kod postoperativnog razdoblja aktivnosti medicinske sestre su::

- Pratiti kontrakcije maternice, krvarenja i stanje rane;
- Voditi računa o intravenskoj nadoknadi tekućine
- Smanjiti bol prema pripisanim analgeticima;
- Mobilizirati roditelju 6-8 sati nakon zahvata;
- Primijeniti tekućinu na usta i laganu prehranu nakon prestanka mučnine i uspostavljanja crijevne peristaltike 12 sati od operacije;
- izvaditi urinarni kateter 1. dan nakon operacije ako je to moguće;
- Prevenirati postoperativne boli.

Poslijeoperacijska bol je stanje koje zahtijeva liječenje jer je u suprotnom moguće produžiti ostanak u bolnici i može doći do većih komplikacija. Mnoge žene, ne izražavaju bol verbalno, pa je zato potrebno pratiti neverbalne znakove kao što su mrštenje, grimase, plač, te na temelju toga obavijestiti liječnika. Bol se mora kontrolirati zbog kontakta s djetetom i zbog sprječavanja mogućih komplikacija (Burroughs i Leifer 2011).

Liječnik na osnovu procjene intenziteta bola uključuje postoperacijsku analgeziju, koja podrazumijeva upotrebu lokalnih anestetika, sistemnih anestetika i nespecifičnih lijekova koji mogu utjecati na samu bol (npr. anksiolitici, sedativi). Medicinska sestra primjenjuje propisane analgetike po potrebi i po određenom periodu. (Zemba 2001).

Ako se postoperacijska bol ne liječi adekvatno može doći do povećanja mortaliteta i morbiditeta. Uz to još i povećava troškove liječenja. U slučaju da je pacijentica imala epiduralni kateter, treba ga ukloniti 24 sata nakon operacije i medicinska sestra treba provjeriti područje na kojem je bio postavljen kateter i namjestiti pacijenticu u udoban

položaj. Medicinska sestra treba educirati pacijenticu kako koristiti PCA (engl. *patient controlled analgesia*). To je najbolji način davanja poslijeoperacijske analgezije kojim se osigurava trajna otopina s mogućnosti uštrcavanja bolusa, koju si kontrolira i daje pacijentica prema subjektivnoj procjeni bola (Habek i sur. 2009).

### **2.3.1. Volumna restitucija**

Nakon carskog reza je potrebno nadomjestiti gubitak tekućine koje je nastalo uslijed gubitka urina, respiracije i znojenjem u postoperacijskom razdoblju (McCloskey i Bulechek 2000). Većinom se primjenjuje 2000-2500 ml kristaloidnih otopina u 24 sata (Ringerova otopina, 0,9%-tna otopina NaCl-a). U slučaju spinalne anestezije medicinska sestra primjenjuje propisanih 2500-3000 ml otopina, a pacijentice već dva sata nakon operacije mogu i piti. Dobra hidracija smanjuje mučninu, nastanak tromboze i tromboembolijskog incidenta. Adekvatne otopine, također preveniraju postpunkcijske glavobolje (Burroughs i Leifer 2011).

### **2.3.2. Postoperativna prevencija infekcija**

Najčešća infekcija nakon carskog reza je endometriitis. Potom po učestalosti slijedi infekcija rane i urinarne infekcije. Do endometriitisa dolazi zbog dugog vremena između prsnuća plodovih ovoja i porođaja, a liječi se antibioticima (penicilini, gentamicin, klindamicin). Infekcija rane se liječi antibioticima širokog spektra. Infekcije urinarnog trakta se liječe penicilinima i cefalosporinima širokog spektra (Habek i sur. 2009).

Medicinska sestra treba primjenjivati propisanu terapiju tijekom 72 sata. Pri sumnji na infekciju, medicinska sestra u dogovoru s liječnikom uzima kompletnu krvnu sliku, CRP, urin, urinokulturu, te mu asistira pri uzimanju obriska rane, aspirata ili punktata (Burroughs i Leifer 2011).

### **2.3.3. Postoperativna prevencija venske tromboembolije**

Venska tromboembolija nastaje 10 puta češće u trudnica zbog velikih promjena u koagulacijskom sustavu u trudnoći i venske staze uzrokovane pritiskom gravidnog uterusa. Medicinska sestra prevenira vensku tromboemboliju tako da koristi elastične čarapa i zavoje, što ranijom mobilizacijom roditelje, adekvatnom hidracijom i primjenom propisane heparinske trombopofilakse. U slučaju da je pacijentica primila epiduralnu anesteziju, potrebno je uputiti ju da mijenja položaje svakih sat vremena zbog prevencije venske staze u nogama (Burroughs i Leifer 2011).

#### **2.3.4. Edukacija**

Medicinska sestra dužna je educirati svaku roditelju o svemu što joj se događa i o svim postupcima vezanih za ranu carskog reza, djeteta, bolova, prehrane i slično. Po dolasku na odjel, pacijentica se treba upozoriti da se za prvi put nikako ne ustaje sama zbog rizika za pad ili drugih ozljeda nakon anestezije, naročito opće. Pacijentica se treba poticati da prijavi svaki osjećaj boli i da se adekvatno pripremi na sve kroz što će prolaziti tijekom razdoblja babinja.

Edukacija o kirurškoj rani je veoma bitna, jer se njome smanjuje pojava straha i anksioznosti. Pacijentica treba dobiti sve informacije kako će se kod kuće brinuti o rani, kako će se tuširati, previjati, kada treba skinuti šavove, kako prepoznati simptome koje treba prijaviti liječniku i sl. Treba izbjegavati podizanje teških predmeta šest tjedana. Medicinska sestra, također treba podučiti majku kako će dojiti u položaju "lopte" da bi izbjegla pritisak na ranu (Burroughs i Leifer 2011).

### 3. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj rada je predstaviti važnost provođenja kontinuirane zdravstvene njege kod žena u preoperativnom i postoperativnom periodu.

Konkretno, provedenim istraživanjem želi se:

- Utvrditi broj ranijih iskustava kada je u pitanju porod;
- Ispitati postotnu zastupljenost carskog reza obavljenog iz medicinskih razloga i vrste carskog reza;
- Utvrditi medikamentozni aspekt carskog reza za vrijeme i nakon poroda;
- Ispitati podnošenje boli, intenzitet krvarenja i probleme sa stolicom nakon carskog reza;
- Analizirati vrijeme ustajanja, dizanja katetera, obavljanja higijenskih radnji i početak brige o djetetu nakon carskog reza;
- Analizirati način hranjenja djece nakon carskog reza.

## **4. MATERIJALI I METODE**

### **4.1. Materijali**

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 50 ispitanica, pacijentica Ginekološko – porođajnog odjela Opće bolnice Dubrovnik. U istraživanju je korišteno praktično uzorkovanje sa sudjelovanjem žena koji su zadovoljili sljedeće kriterij za uključivanje: rađanje na carski rez.

### **4.2. Metode**

Istraživanje je provedeno u razdoblju od 07. lipnja do 30. srpnja 2021. godine. Podaci su prikupljeni anonimnom dobrovoljnom anketom koja je obuhvaćala ukupno 20 pitanja, od čega su se prva dva pitanja (starosna dob i stupanj obrazovanja) odnosili na sociodemografske značajke ispitanica, a ostatak pitanja na iskustva pri porođaju carskim rezom. Nakon završetka istraživanja, dobiveni podaci su obrađeni metodom distribucije isključenja i predstavljeni su tablicama i grafikonima. Za analizu podataka koristile su se vrijednosti izražene u postotcima.

## 5. REZULTATI I RASPRAVA

### 5.1. Rezultati

#### 5.1.1. Sociodemografski podaci

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 50 ispitanica koje su rodile carskim rezom u Općoj bolnici Dubrovnik. Prvo pitanje anketnog upitnika odnosilo se na starosnu dob ispitanica. Najbrojniju skupinu prema starosnoj dobi su činile žene u dobi 24-30 godina, s ukupnim sudjelovanjem  $n=17$ , što u postotcima iznosi 34%. Potom slijedi starosna dob žena 31-37 godina ( $n=12$ ; 24 %), te starosna dob 18-23 godina ( $n=11$ ; 22 %). Ispitanica starosne dobi od 38 godina i više bilo je ukupno  $n=7$ , što u postotcima čini 14 %. Najmanje je bilo ispitanica koje su mlađe od 18 godina, te su samo tri ispitanice ( $n=3$ ), pripadale toj starosnoj dobi, što čini 6% od ukupnog učešća glede starosne dobi (Tablica 1, Grafikon 1).

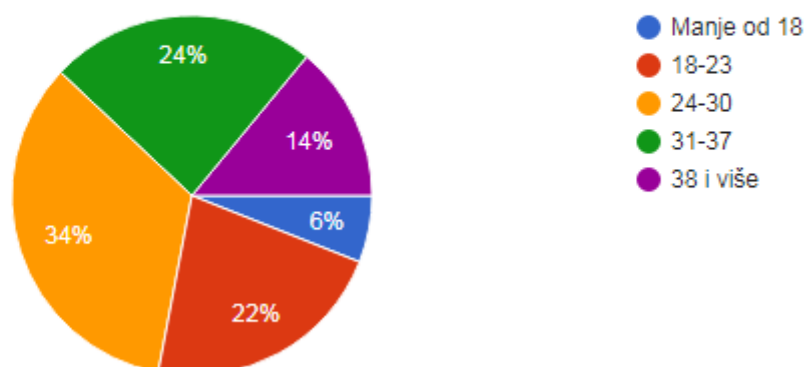
**Tablica 1. Starosna dob ispitanica**

Koliko imate godina?	Frekvencija	Postotak
Manje od 18	3	6%
18 – 23	11	22%
24 – 30	17	34%
31 – 37	12	24%
38 i više	7	14%
UKUPNO	50	100%

**Grafikon 1. Starosna dob**

Koliko imate godina?

50 responses



Izvor : Izrada autora

Sljedeće pitanje anketnog upitnika odnosilo se na stupanj obrazovanja žena, sudionica istraživanja. Rezultati pokazuju da 20 ispitanica ( $n=20$ ) ima završenu srednju školu, što

postotno čini najveći udio od 40%. S višom stručnom spremom bilo je ukupno n=15 ispitanica, odnosno 30 %. Potom slijede ispitanice s visokom stručnom spremom (magistra struke inženjerka) kojih je bilo ukupno n=12 (24%).

Osnovnu školu su završile dvije ispitanice (n=2), što iznosi 4 %. Samo jedna ispitanica je doktorica znanosti/umjetnosti (n=1), što je 2 % od ukupnog postotnog udjela. Stupanj obrazovanja ispitanica je sumarno prikazan na Tablici 2. i Grafikonu 2.

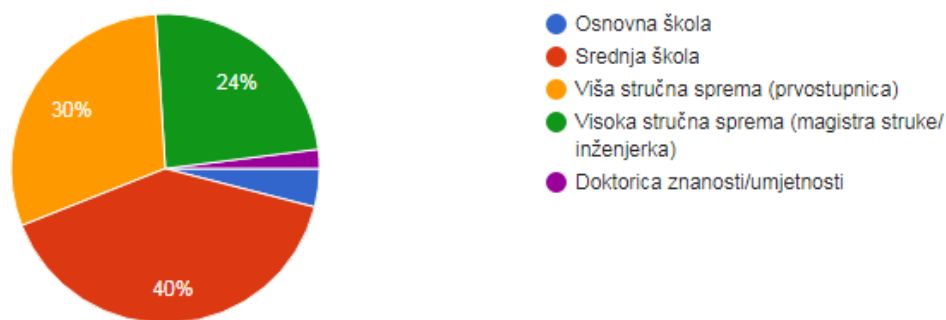
**Tablica 2. Stupanj obrazovanja ispitanica**

Koji je Vaš stupanj obrazovanja?	Frekvencija	Postotak
Osnovna škola	2	4%
Srednja škola	20	40%
Viša stručna sprema (prvostupnica)	15	30%
Visoka stručna sprema (magistra struke/inženjerka)	12	24%
Doktorica znanosti/umjetnosti	1	2%
<b>UKUPNO</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**Grafikon 2. Stupanj obrazovanja**

Koji je Vaš stupanj završenog obrazovanja?

50 responses



Izvor : Izrada autora

### 5.1.2. Iskustva pri porodu carskim rezom

Na pitanje „Koji Vam je ovo porod po redu?“, ukupno 22 ispitanice (n=22), je odgovorilo „prvi put“, što postotno gledano ima najveći udio od ukupno 44 %. Ispitanica koje su imale drugi porod je bilo n=16, tj. 32 %. Osam ispitanica (n=8), je imalo treći porod, što u postotnom smislu iznosi 16 %. Najmanje je bilo ispitanica koje su imale više od tri poroda, odnosno samo njih 4 (n=4), što čini 8 % (Tablica 3, Grafikon 3). Od ispitanica koje su imale

više od 3 poroda, dvije ispitanice su rodile četiri puta, a druge dvije ispitanice su rodile ukupno pet puta.

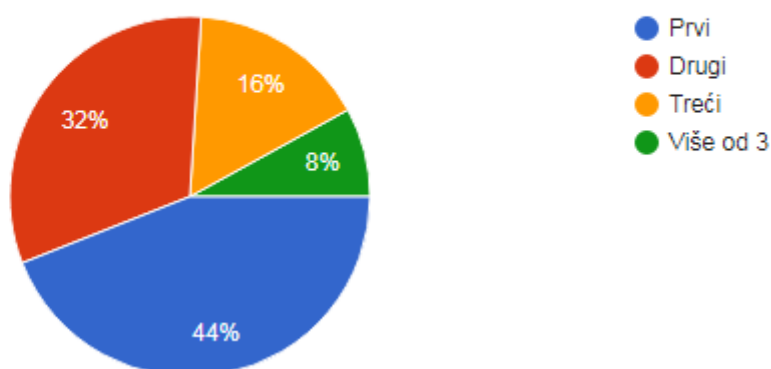
**Tablica 3. Broj poroda**

Koji Vam je ovo porod po redu?	Frekvencija	Postotak
Prvi	22	44%
Drugi	16	32%
Treći	8	16%
Više od 3	4	8%
UKUPNO	50	100%

**Grafikon 3. Broj poroda**

Koji Vam je ovo porod po redu?

50 responses



Izvor: Izrada autora

Sljedeće pitanje odnosilo se na broj poroda vaginalnim putem, gdje je najveći broj ispitanica odgovorilo da nije nijednom rodilo vaginalnim putem ( $n=31$ ), što čini čak 62 %. Ukupno trinaest ispitanica ( $n=13$ ) je rodilo vaginalnim putem jednom, što iznosi 26 %.

Najmanje je bilo onih koje su rodile vaginalnim putem dva, tri i više od tri puta. Tako je broj roditelja koje su rodile dva puta vaginalnim putem iznosio  $n=3$ , odnosno 6 %; roditelja koje su rodile tri puta bilo je  $n=2$ , odnosno 4 %; te ispitanica koje su rodile više od 3 puta vaginalnim putem je bilo  $n=1$ , odnosno 2 % (Tablica 4, Grafikon 4). Rodilja koja je rodila više od tri puta vaginalnim putem je točnije rodila četiri puta na taj način.



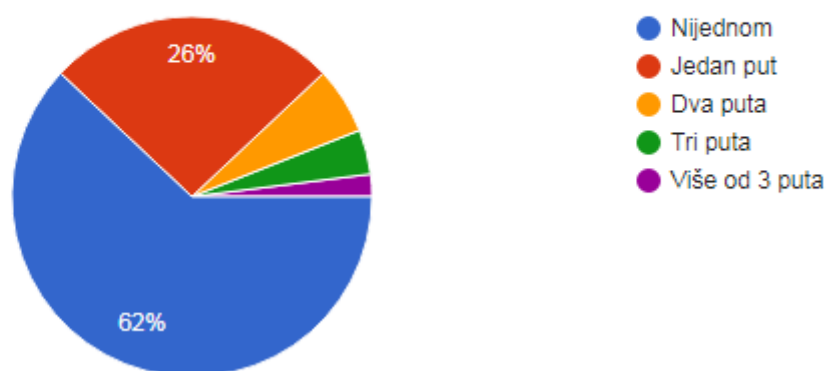
**Tablica 4. Broj ranijih poroda vaginalnim putem**

Koliko puta ste do sada rodili vaginalnim putem?	Frekvencija	Postotak
<b>Nijednom</b>	31	62%
<b>Jedan put</b>	13	26%
<b>Dva puta</b>	3	6%
<b>Tri puta</b>	2	4%
<b>Više od 3</b>	1	2%
<b>UKUPNO</b>	50	100%

**Grafikon 4. Broj ranijih poroda vaginalnim putem**

Koliko ste puta do sada rodili vaginalnim putem?

50 responses



Izvor: Izrada autora

Sljedeće pitanje odnosilo se na ranije iskustvo poroda carskim rezom i glasilo je: „Koliko ste puta do sada rodili carskim rezom?“. Ukupno 34 ispitanice (n=34) je odgovorilo da nije do sada nijednom rodilo carskim rezom, što čini 68 %. Jedan put carskim rezom je rodilo ukupno njih n=14, odnosno 28 %. Dvije roditelje su dva puta prethodno rodile carskim rezom (n=2), što gledano u postotcima iznosi 4 %. Niti jedna roditelja nije rodila prethodno tri ili više od tri puta carskim rezom (Tablica 5, Grafikon 5).

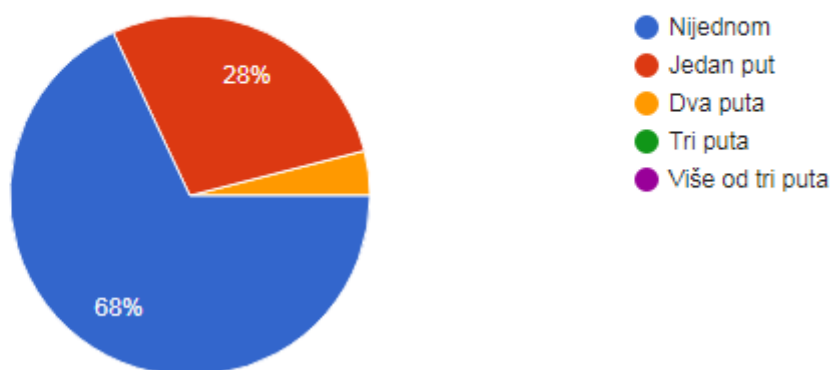
**Tablica 5. Broj ranijih poroda carskim rezom**

Koliko ste puta do sada rodili carskim rezom?	Frekvencija	Postotak
Nijednom	34	68%
Jedan put	14	28%
Dva puta	2	4%
Tri puta	0	0%
Više od 3	0	0%
<b>UKUPNO</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**Grafikon 5. Broj ranijih poroda carskim rezom**

Koliko ste puta do sada rodili carskim rezom?

50 responses



Izvor: Izrada autora

Sljedeće pitanje odnosilo se na tjedan trudnoće u kojem su roditelje rodile carskim rezom na posljednjem porodu. Najveći broj roditelja je rodilo u određenom terminu (37 – 42 tjedna) (n=31), što ima najveću zastupljenost od 62 %. Poslije termina (više od 42 tjedna) je rodilo ukupno 11 sudionica istraživanja (n=11), tj. 22 %. Prije termina (manje od 37 tjedana) je rodilo njih n=7, odnosno 14 %. Samo jedna ispitanica (n=1) nije bila sigurna u kojem je terminu rodila, što postotno gledano iznosi 2 % (Tablica 6, Grafikon 6).

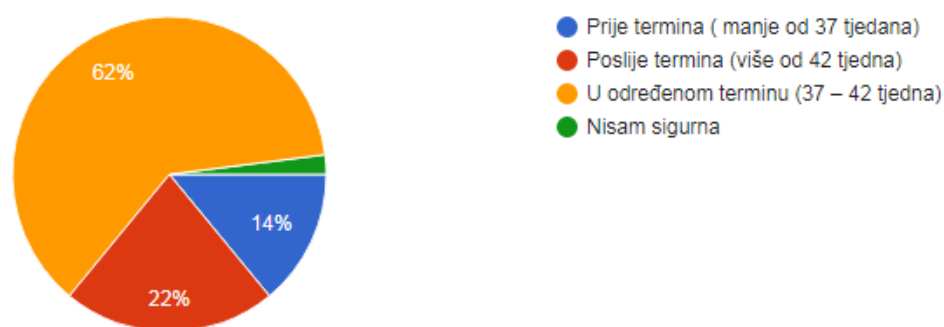
**Tablica 6. Tjedan trudnoće rađanja**

U kojem ste tjednu trudnoće rodili?	Frekvencija	Postotak
Prije termina	7	14%
Poslije termina	11	22%
U određenom terminu	31	62%
Nisam sigurna	1	2%
<b>UKUPNO</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**Grafikon 6. Tjedan trudnoće rađanja**

U kojem ste tjednu trudnoće rodili?

50 responses



Izvor: Izrada autora

Kada se razmotre rezultati o vrsti carskog reza uviđa se da je većina obavljenih carskih rezova bila elektivnog karaktera, odnosno 62 %, dok je hitnih carskih rezova bilo 38 % (Tablica 7, Grafikon 7).

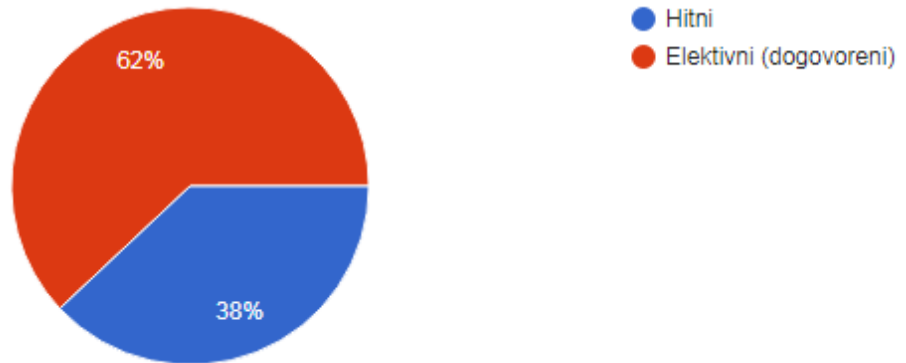
**Tablica 7. Vrsta carskog reza**

Kakav je carski rez bio po vrsti?	Frekvencija	Postotak
<b>Hitni</b>	19	38%
<b>Elektivni</b>	31	62%
<b>UKUPNO</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

### Grafikon 7. Vrsta carskog reza

Kakav je carski rez bio po vrsti?

50 responses



Izvor: Izrada autora

Sljedeće pitanje odnosilo se na vrstu anestezije koje su roditelje primile pri porodu carskim rezom. Rezultati pokazuju da je najveći broj roditelja tj. njih 82 % primilo regionalnu anesteziju, dok je 18 % njih primilo opću anesteziju (Tablica 8, Grafikon 8).

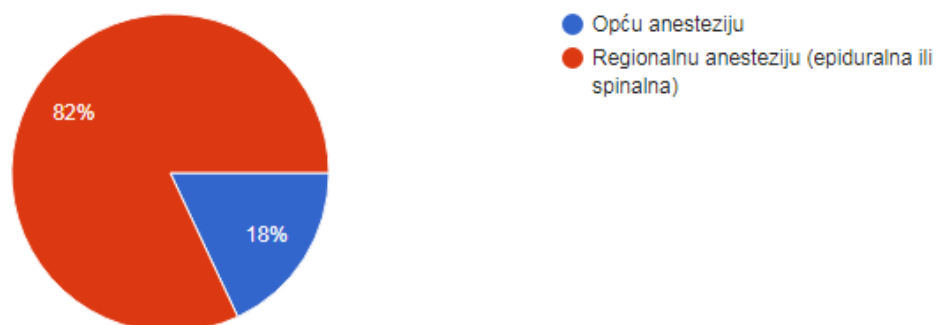
Tablica 8. Vrsta primljene anestezije pri carskom rezu

Koju vrstu anestezije ste primili prije poroda carskim rezom?	Frekvencija	Postotak
Opću anesteziju	9	18%
Regionalnu anesteziju (epiduralna ili spinalna)	41	82%
UKUPNO	50	100%

### Grafikon 8. Vrsta primljene anestezije pri carskom rezu

Koju vrstu anestezije ste primili prije poroda carskim rezom?

50 responses



Izvor: Izrada autora

Ocjena iskustva poroda carskim rezom govori da odgovori veoma variraju od vrlo negativnog do vrlo pozitivnog iskustva. Ako se promatraju skupa ocjene vrlo pozitivnog i pozitivnog iskustva uviđa se da je više od polovice ispitanica, odnosno točnije njih 56% ocijenilo iskustvo pozitivno. Ukupno 24 % roditelja je iskustvo pri porođaju carskim rezom ocijenilo neutralno kao „ni negativno ni pozitivno“. Ako se zbroje ocjene vrlo negativnog i uglavnom negativnog iskustva primjećuje se da ona čine skupa 26 %. Ovi rezultati pokazuju da je većina ispitanica zadovoljna iskustvom poroda carskim rezom u Općoj bolnici u Dubrovniku, što je nadasve značajno. Rezultati iskustva poroda carskim rezom su predstavljeni na Tablici 9. i Grafikonu 9.

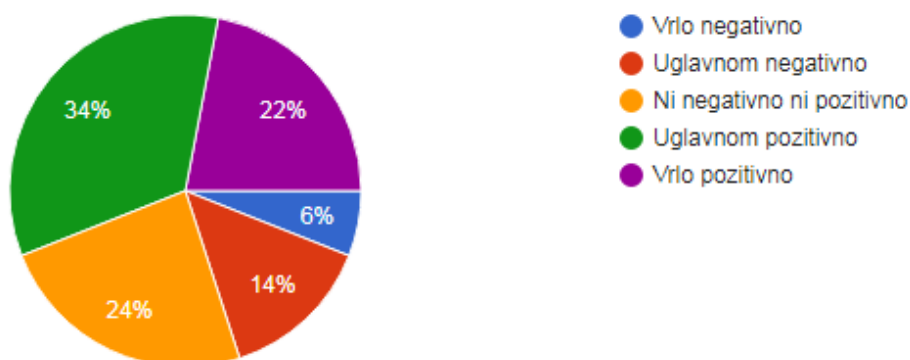
**Tablica 9. Iskustvo poroda carskim rezom**

Kako biste opisali iskustvo poroda carskim rezom?	Frekvencija	Postotak
Vrlo negativno	3	6%
Uglavnom negativno	7	14%
Ni negativno ni pozitivno	12	24%
Uglavnom pozitivno	17	34%
Vrlo pozitivno	11	22%
UKUPNO	50	100%

**Grafikon 9. Iskustvo poroda carskim rezom**

Kako biste opisali iskustvo poroda carskim rezom?

50 responses

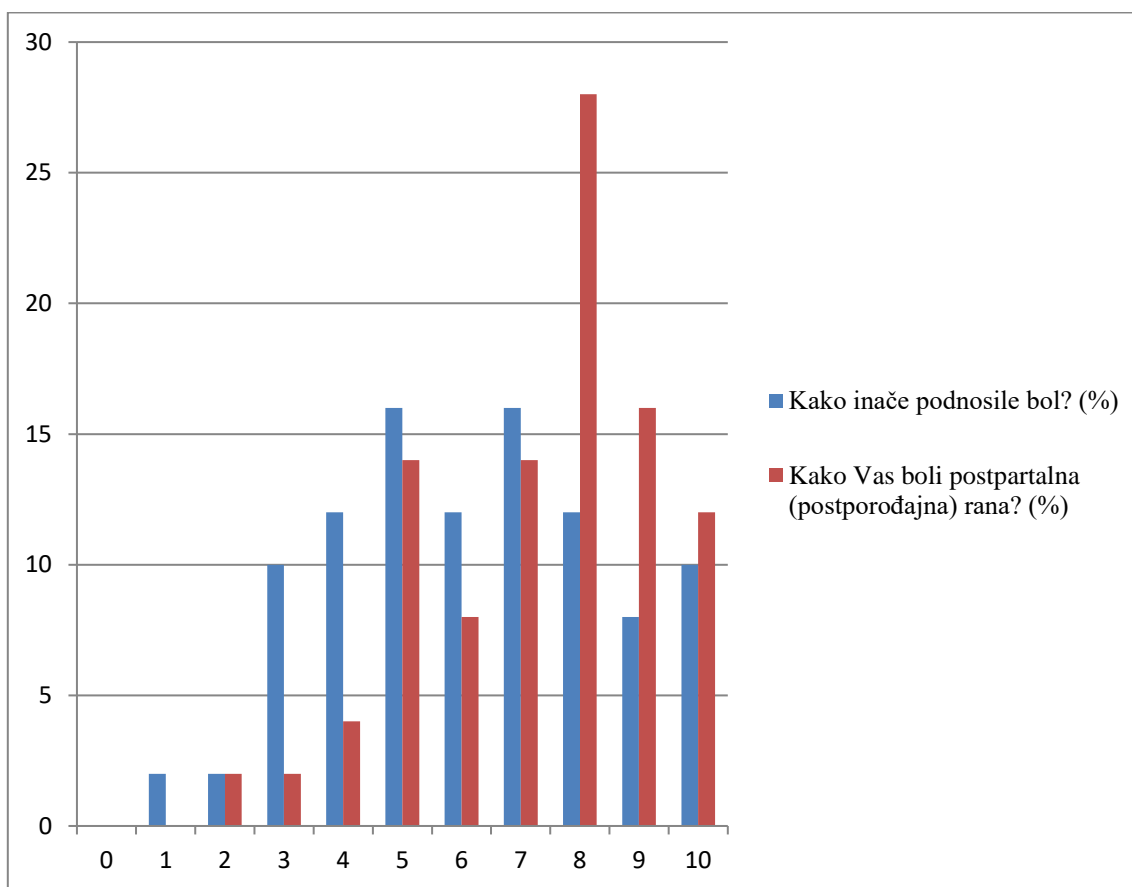


Izvor: Izrada autora

Rezultati odnos između podnošenja boli i boli postporođajne rane su prikazani u Grafikonu 10. Naime ispitanice su obje kategorije boli ocjenjivale ocjenom od 0 do 10, gdje 0 predstavlja „ne osjećam bol“, a 10 „osjećam najjaču moguću bol“. Iz grafikona se vidi da

ispitanice koje su ocijenile da jače podnose bol i osjećaju jaču bol i postporođajnu ranu teže podnose i ocjenjuju je po jačini većom.

**Grafikon 10. Odnos između podnošenja boli i boli postporođajne rane**



Izvor: Izrada autora

Kada je u pitanju korištenje analgetika protiv bolova poslije poroda carskim rezom najveći broj ispitanica, odnosno 82 % je uzimalo ove lijekove, dok se samo njih 18 % izjasnilo da nisu koristile nikakve analgetske lijekove nakon carskog reza (Tablica 11, Grafikon 11).

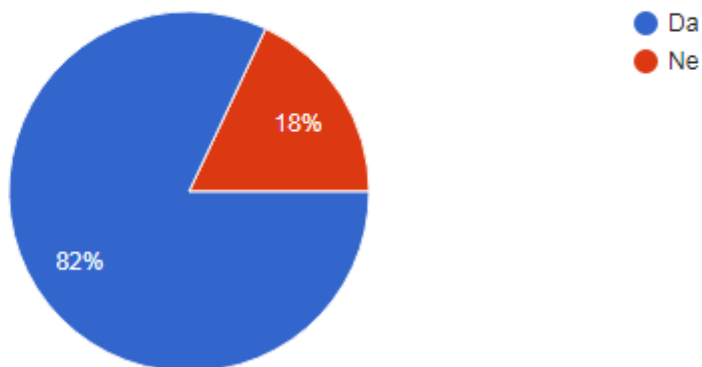
**Tablica 11. Korištenje lijekova protiv bolova nakon carskog reza**

Jeste uzimali/uzimate kakve lijekove protiv bolova?	Frekvencija	Postotak
Da	41	82%
Ne	9	18%
<b>UKUPNO</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

### Grafikon 11. Korištenje lijekova protiv bolova nakon carskog reza

Jeste uzimali/uzimate kakve lijekove protiv bolova?

50 responses



Izvor: Izrada autora

Ukupno 66 % ispitanica nije imalo problema sa stolicom nakon carskog reza, dok je s druge strane njih 34 % izjavilo da je imalo navedeni problem (Tablica 12, Grafikon 12).

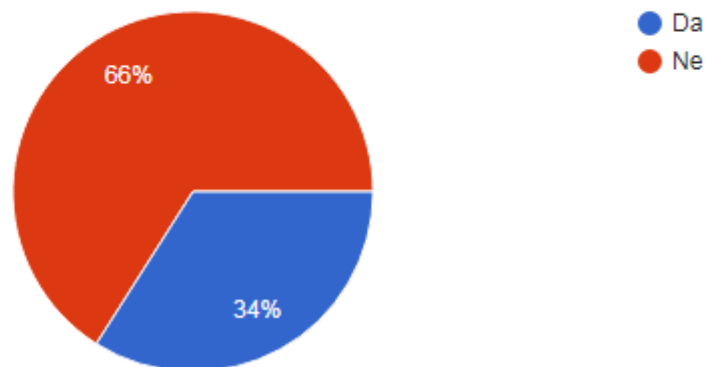
**Tablica 12. Problemi sa stolicom nakon carskog reza**

Jeste li imali problema sa stolicom poslije poroda?	Frekvencija	Postotak
Da	17	34%
Ne	33	66%
<b>UKUPNO</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

### Grafikon 12. Problemi sa stolicom nakon carskog reza

Jeste li imali problema sa stolicom poslije poroda?

50 responses



Izvor: Izrada autora

Rezultati pokazuju da je točno polovica ispitanica, tj. njih 50 % je imalo umjereno krvarenje nakon carskog reza. S druge strane blago krvarenje imalo je 24 % roditelja carskim rezom, a 26 % njih imalo je jako krvarenje (Tablica 13, Grafikon 13).

**Tablica 13. Intenzitet krvarenja poslije poroda carskim rezom**

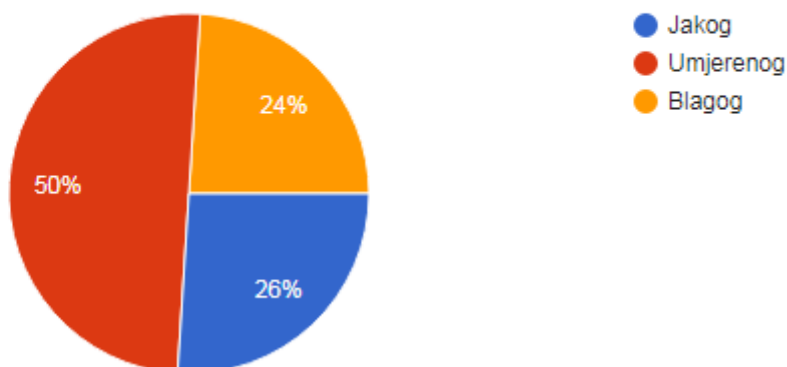
Kakvog intenziteta je bilo krvarenje poslije poroda?	Frekvencija	Postotak
Jakog	13	26%
Umjerenog	25	50%
Blagog	12	24%
UKUPNO	50	100%



### Grafikon 13. Intenzitet krvarenja poslije poroda carskim rezom

Kakvog intenziteta je bilo krvarenje poslije poroda?

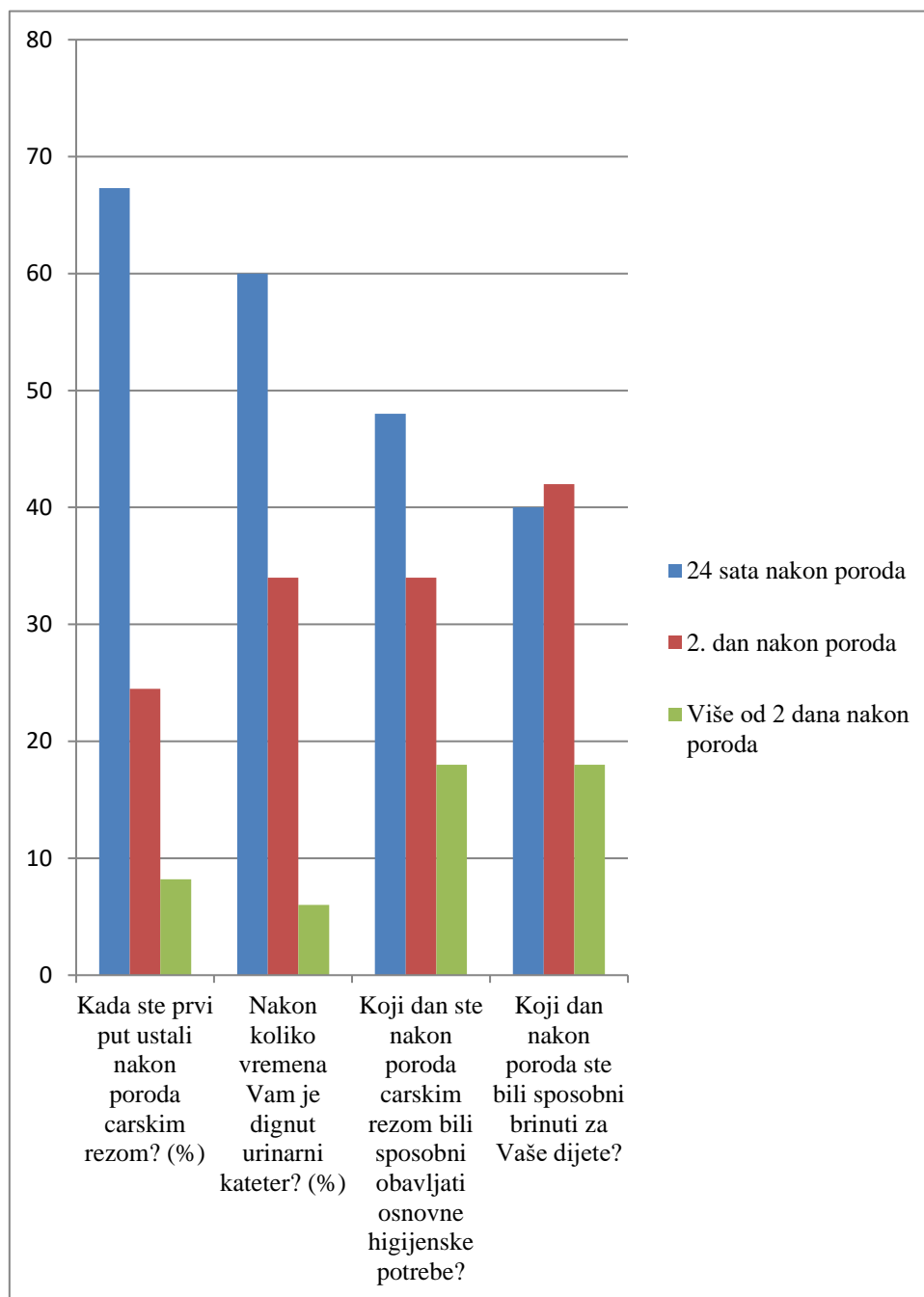
50 responses



Izvor: Izrada autora

Sljedeći set pitanja odnosio se na vrijeme ustajanja nakon carskog reza, vrijeme dizanja urinarnog katetera, vrijeme koje je proteklo nakon carskog reza koje je bilo potrebno za sposobnost obavljanja osnovnih higijenskih potreba i koji dan nakon poroda su se rodilje bile sposobne brinuti za dijete u smislu dojenja/hranjenja, presvlačenja, odijevanja, stavljanje u krevetić i slično. Rezultati su sumarno predstavljeni Grafikonom 14. Iz navedenog grafikona možemo vidjeti da je najveći broj ispitanica (67.3 %) 24 sata nakon poroda ustao. Također najvećem broju ispitanica (60 %) je nakon 24 sata dignut urinarni kateter. Najveći broj njih (48 %) bilo je sposobno obavljati osnovne higijenske radnje 24 sata nakon poroda. Ako se pogledaju rezultati vezani za brigu o djetetu nakon poroda vidi se da je najveći broj ispitanica (42 %) bilo sposobno voditi brigu o djetetu drugi dan nakon poroda, dok je 40 % njih moglo voditi brigu već nakon 24 sata, a za 18 % njih je bilo potrebno više od dva dana nakon poroda da preuzmu brigu o djetetu.

**Grafikon 14. Vrijeme ustajanja, dizanja katetera, obavljanja higijenskih radnji i početak brige o djetetu nakon carskog reza**



Izvor: Izrada autora

Posljednje pitanje ankete se odnosilo na način hranjenja djeteta. Rezultati pokazuju da će najveći broj ispitanica, tj. njih 48 % koristiti kombinirano dojenje i bočicu, dok će 30 % ispitanica koristiti isključivo bočicu, te će isključivo dojiti 22 % ispitanica (Tablica 15, Grafikon 15).

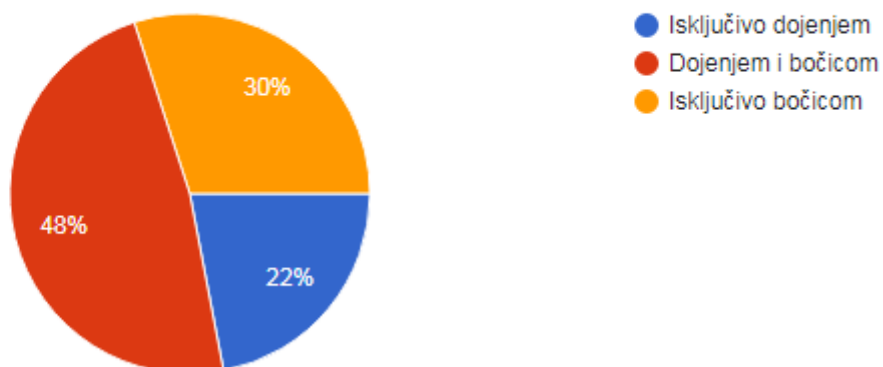
**Tablica 15. Način hranjenja djeteta**

Na koji način ćete hraniti dijete?	Frekvencija	Postotak
Isključivo dojenjem	11	22%
Dojenjem i bočicom	24	48%
Isključivo bočicom	15	30%
UKUPNO	50	100%

**Grafikon 15. Način hranjenja djeteta**

Na koji način ćete hraniti dijete?

50 responses



Izvor: Izrada autora

## 5.2. Rasprava

Način na koji će se dijete roditi važno je pitanje za trudnice. Od trenutka kada žene počnu planirati trudnoću, također ih brine način poroda. Stoga je vrlo važno osigurati da trudnice imaju odgovarajuće informacije i savjete od zdravstvenih djelatnika kako bi mogle odlučiti o najprikladnijem obliku poroda. Informiranost o načinima poroda smanjuje anksioznost žena, bilo da su rodile vaginalnim ili carskim rezom (Pinto do Nascimentoa i sur. 2015).

Meric i suradnici (2019) su proveli istraživanje o ženskom iskustvu carskog reza gdje je sudjelovalo ukupno 27 žena od kojih je 66,6% završilo višu, odnosno visoku stručnu spremu.

U našem istraživanju bilo je ukupno 56 % ispitanica koje su završile višu stručnu spremu, visoku stručnu spremu ili doktorat.

U istraživanju Merica i sur. (2019) 51,8% žena su bile prvorođene, a u našem istraživanju taj postotak bio nešto niži i iznosio je 44 %.

Beatriz Velho i sur. (2012) proveli su istraživanje među ženama koje su rodile vaginalnim putem i carskim rezom. U njihovom istraživanju sudjelovalo je 4.189 žena od kojih je 58 % rodilo vaginalnim putem, a njih 27 % je rodilo carskim rezom. U našem istraživanju u kojem je sudjelovalo 50 žena, njih 38 % je rodilo vaginalnim putem, a sve sudionice su rodile carskim rezom jer je to bio i uvjet uključivanja u sudjelovanje našeg istraživanja.

U našem istraživanju ukupno 82 % roditelja je primilo regionalnu (epiduralnu ili spinalnu) anesteziju. Naši rezultati se podudaraju s rezultatima istraživanja Merica i sur. (2019) gdje je približno isti postotak, točnije njih 85,1 % je rodilo carskim rezom pod epiduralnom anestezijom.

U istraživanju Merica i sur. (2019) pokazano je da je najčešći problem među sudionicama negativna iskustva, poput boli u mjestu šavova, poteškoće s pokretima, poteškoće u izvođenju svakodnevne aktivnosti, osobito briga o dojenčadi i kasna laktacija. Također istraživanje koje su proveli Husby i sur. (2019) pokazuje da su žene nakon carskog reza imale veliku bol i nelagodu te da im je bilo teško vratiti se očekivanim aktivnostima. Rezultati našega istraživanja pokazuju pak da se ipak ukupno 82 % ispitanica o djetetu moglo brinuti 24 sata nakon rođenja ili 2. dan nakon poroda.

## 6. ZAKLJUČCI

Carski rez je zahvat kojim se dijete porađa na način otvaranja trbušne šupljine metodama laparotomije i hysterotomije. Operativnim dovršenjem poroda imamo u cilju uspješnu ekstrakciju novorođenčeta iz uterusa i dolazak u ekstrauterini život s minimalnim traumama za majku i dijete. Zdravstvena njega, zajedno s današnjim medicinsko-tehničkim dostignućima i priznatim standardima liječenja omogućuju sveobuhvatnu kvalitetu i sigurnost zdravstvenih postupaka. Neprekidnom edukacijom unaprjeđuje se kvaliteta zdravstvene njege i povećava se učinkovitost u radu s pacijenticama za vrijeme i nakon operativnog dovršenja poroda. Preoperativna i postoperativna zdravstvena njega pacijentica nakon carskog reza zahtijeva prije svega adekvatno i pravodobno zbrinjavanje, liječenje i njegu, praćenje stanja i mogućnost suzbijanja i premašivanja komplikacija.

Primarno istraživanje provedeno u okviru ovoga rada ima izvjesna ograničenja. Naime, rezultati su ograničeni na studijsku skupinu i ne mogu se generalizirati na sve žene. Osim toga, istraživanje je provedeno s malom veličinom uzorka (n=50) i to u jednoj bolnici; stoga je mogućnost prenošenja ovih nalaza na drugu populaciju ograničena.

Među interesnim područjima za dalja istraživanja moglo bi se uvrstiti ocjena stručnosti i kompetencija zdravstvenih radnika od strane roditelja za vrijeme poroda. Nadalje, predlaže se da se u obrazovanju zdravstvenih radnika naglasi individualnija informacija i emocionalna podrška tijekom trudnoće, rođenja i postnatalnog razdoblja, te da se to uzme u obzir tijekom razvoja zdravstvenih sustava. Prijedlozi također mogu uključivati i stvaranje mogućnosti za žene da razgovaraju o svom iskustvu rođenja s profesionalno obučenom babicom.

## 7. POPIS LITERATURE

- Abuelghar, W.M., El-Bishry, G., Emam, L.H. (2013).Caesarean deliveries by Pfannenstiel versus Joel-Cohen incision: A randomised controlled trial. *Journal Of The Turkish-German Gynecological Association*, 14: 194-200.
- Barash, P.G., Cullen, B.F., Stoelting, R.K., Chalan, M.K., Stock, M.C., Ortega, R. (2013). *Clinical anesthesia*. 7nd ed. Wolters Kluwer Health.
- Beatriz Velho, M.,Kotzias Atherino dos Santos, E., Brüggemann, O.M. Vizeu Camargo, B. (2012).Experience with vaginal birth versus cesarean childbirth:integrative reviewof women’s perceptions. *Text Context Nursing, Florianópolis*, 21 (2): 458-466.
- Belci, D., Kos, M., Zoričić, D., Kuharić, L., Slivar, A., Begić-Ražem, E., Grdinić, I., Gattoni-Stepanov, E. (2005). Carski rez po Mislav Ladachu: Iskustva u Puli. *Gynaecol Perinatol*, 14(4): 171–178.
- Belinić, N. (2016). Epiduralna analgezija u porodu. Diplomski rad. Zagreb:Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
- Boley. J.P. (1991).The history of cesarean section. *The Canadian Medical Association Journal*, 145: 319-322.
- Burroughs, A., Leifer, G. (2011). *Maternity Nursing – An introductory text*, 11<sup>th</sup> Edition. Philadelphia: Saunders.
- Cakić, Z., Videnović, V., Filipović, S., Ivanović, M., Cakić, B. (2010). Carski rez i njegova primena u porodilištu Opšte bolnice Leskovac za period1991-2009. i perinatalna smrtnost, *Apollinem Medicum et Aesculapium*, 8 (1): 20-24.
- Cokarić, S. (2019).Elektivni ponovljeni carski rez u KBC-u Split. Split:Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet.
- Čukljek S. (2006). *Proces zdravstvene njege – nastavni tekstovi*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
- Fatušić, Z., Hudić, I., Musić, A. (2011). Misgav-Ladach cesarean section: General consideration. *Acta Clinica Croatica*, 50: 95-99.

- Federici, D., Lacelli, B., Muggiasca, L., Agarossi, A., Cipolla, L., Conti, M. (1997). Cesarean section using MisgavLadach method. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 57: 273-279.
- Frković, A., Bošković, Z. (2010). Carski rez na zahtjev zbog porodne boli - bioetički i pravni pogledi. *Acta medica Croatica*, 2010, 64: 25–32.
- Fučkar, G. (1996). *Uvod u sestrinske dijagnoze*. Zagreb.
- Habek, D. i sur. (2009). *Porodničke operacije*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Hema, K.R., Johanson, R. (2001). Techniques for performing caesarean section. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 15: 17-47.
- Husby, A.E., van Duinen, A.J., Aune, I. (2019).Caesarean birth experiences. A qualitative study from Sierra Leone. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 21: 87-94.
- Johnson, M., Bulechek, G., Dochterman, J., Maas, M., Moorhead, S. (2001). *Nursing diagnoses, outcomes, & interventions:NANDA, NOC, and NBC linkages*. St. Louis: Mosby.
- Knuppel, R., Drukker, J. (1993). *High risk pregnancy: A team approach*. 2<sup>nd</sup> Edition. Philadelphia: Saunders.
- Lawrence D. (2006). Strategic approaches to planning health services. In: Pencheon D, Melzer D, Gray M, Guest C, editors. *Oxford handbook of public health practice*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.
- Mascarello, K.C., Horta, B.L., Silveira, M.F. (2017). Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Revista de Saude Publica*, 51: 105.
- McCloskey, J., Bulechek, G. (2000). *Nursing interventions classification*. 3ed Edition. St Louis: Mosby.
- McDowell I., Newell C. (1996). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press.

- Meric, M., Ergün, G., Pola, G., Yayci, E., Yilmaz, U.D. (2019). Women's Experience of Cesarean Section: A Qualitative Study. *Cyprus Journal of Medical Sciences*, 4(3): 183-188.
- Miller, R.D. (2015). *Anesthesia*. 8. izd. Philadelphia: Elsevier.
- Muzur, A. (2013). Carski rez. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 19 (104/105): 89-90.
- Mylonas, I., Friese, K. (2015). Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. *Archive of Deutsches Ärzteblatt International*, 112: 489-495.
- Nevajdić, B. (2018). Carski rez. *Diplomski rad*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
- Obstetric Anaesthetists' Association (2018). Carski rez : Vaš izbor anestezije. Dostupno na URL: [https://www.oaaanaes.ac.uk/assets/\\_managed/editor/File/PDF/info\\_for\\_mothers/Caesarian/croatian-cs.pdf](https://www.oaaanaes.ac.uk/assets/_managed/editor/File/PDF/info_for_mothers/Caesarian/croatian-cs.pdf) (Datum pristupa: 24.07.2021.)
- Paravlić, F. (2006). *Riječ kao lijek*. Sarajevo: Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo.
- Penn, Z., Ghaem-Maghami, S. (2001) Indications for caesarean section. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 15: 1-15.
- Pinto do Nascimento, R.R., Arantes, S.L., Cameron de Souza, E.D., Contreras, L., Assis Sales, A.P. (2015). Choice of type of delivery: factors reported by puerperal woman. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36: 119-126.
- Ranchi, M.F., Hezzi, F.G., Aio, L.R., Iglierina, M.M., Gosti, M.A. (2002). Joel-Cohen or Pfannenstiel incision at cesarean delivery: Does it make a difference? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81(11): 1040–1046.
- Section, C. (2017). Textbook of Cesarean Section. *Obstetrics & Gynecology*, 19 (1): 86–86.
- Sidiropoulou, I., Tsaousi, G.G., Pourzitaki, C., Logotheti, H., Tsantilas, D., Vasilakos, D.G. (2016). Impact of anesthetic technique on the stress response elicited by laparoscopic cholecystectomy: a randomized trial. *Journal of Anesthesia*, 30 (3): 522-525.
- Zemba, M. (2001). *Liječenje poslijeoperacijske boli*. Zagreb: Argos d.o.o.



## POPIS GRAFIKONA I TABLICA

Tablica 1. Starosna dob ispitanica

Grafikon 1. Starosna dob

Tablica 2. Stupanj obrazovanja ispitanica

Grafikon 2. Stupanj obrazovanja

Tablica 3. Broj poroda

Grafikon 3. Broj poroda

Tablica 4. Broj ranijih poroda vaginalnim putem

Grafikon 4. Broj ranijih poroda vaginalnim putem

Tablica 5. Broj ranijih poroda carskim rezom

Grafikon 5. Broj ranijih poroda carskim rezom

Tablica 6. Tjedan trudnoće rađanja

Grafikon 6. Tjedan trudnoće rađanja

Tablica 7. Vrsta carskog reza

Grafikon 7. Vrsta carskog reza

Tablica 8. Vrsta primljene anestezije pri carskom rezu

Grafikon 8. Vrsta primljene anestezije pri carskom rezu

Tablica 9. Iskustvo poroda carskim rezom

Grafikon 9. Iskustvo poroda carskim rezom

Grafikon 10. Odnos između podnošenja boli i boli postporođajne rane

Tablica 11. Korištenje lijekova protiv bolova nakon carskog reza

Grafikon 11. Korištenje lijekova protiv bolova nakon carskog reza

Tablica 12. Problemi sa stolicom nakon carskog reza

Grafikon 12. Problemi sa stolicom nakon carskog reza

Tablica 13. Intenzitet krvarenja poslije poroda carskim rezom

Grafikon 13. Intenzitet krvarenja poslije poroda carskim rezom

Grafikon 14. Vrijeme ustajanja, dizanja katetera, obavljanja higijenskih radnji i početak brige o djetetu nakon carskog reza

Tablica 15. Način hranjenja djeteta

Grafikon 15. Način hranjenja djeteta

## PRILOZI

### ANKETA

Poštovani, molim Vas da izdvojite malo slobodnog vremena za ispunjavanje ove ankete. Anketa se provodi u svrhu izrade završnog rada na temu "Provođenje kontinuirane zdravstvene njege kod žene za vrijeme i nakon operativnog dovršenja poroda", pod mentorstvom Vesne Turuk, dipl.med.techn., prof.reh. Dobrovoljna je i u potpunosti anonimna. Ispred Vas se nalazi 19 pitanja. Molim Vas da na svako ponuđeno pitanje zaokružite jedan odgovor, a na prazne crte nadopišete ono što se od Vas traži.

Unaprijed zahvaljujem na sudjelovanju!

1. Koliko imate godina?
  - a) Manje od 18
  - b) 18 - 23
  - c) 24 – 30
  - d) 31 – 37
  - e) 38 i više
2. Koji je Vaš stupanj završenog obrazovanja?
  - a) Osnovna škola
  - b) Srednja škola
  - c) Viša stručna sprema (prvostupnica)
  - d) Visoka stručna sprema (magistra struke/inženjerka)
  - e) Doktorica znanosti/umjetnosti
3. Koji Vam je ovo porod po redu?
  - a) Prvi
  - b) Drugi
  - c) Treći
  - d) Više od 3 \_\_\_\_\_ (napišite broj)
4. Koliko ste puta do sada rodili vaginalnim putem?
  - a) Nijednom
  - b) Jedan put
  - c) Dva puta
  - d) Tri puta
  - e) Više od 3 \_\_\_\_\_ (napišite broj)

5. Koliko ste puta do sada rodili carskim rezom?
  - a) Nijednom
  - b) Jedan put
  - c) Dva puta
  - d) Tri puta
  - e) Više od 3 \_\_\_\_\_ (napišite broj)
6. U kojem ste tjednu trudnoće rodili?
  - a) Prije termina ( manje od 37 tjedana)
  - b) Poslije termina (više od 42 tjedna)
  - c) U određenom terminu (37 – 42 tjedna)
  - d) Nisam sigurna
7. Kakav je carski rez bio po vrsti?
  - a) Hitni
  - b) Elektivni (dogovoreni)
8. Koju vrstu anestezije ste primili prije poroda carskim rezom?
  - a) Opću anesteziju
  - b) Regionalna anestezija (epiduralna ili spinalna)
9. Kako biste opisali iskustvo poroda carskim rezom?
  - a) Vrlo negativno
  - b) Uglavnom negativno
  - c) Ni negativno ni pozitivno
  - d) Uglavnom pozitivno
  - e) Vrlo pozitivno
10. Koliko inače podnosite bol od 0 -10? (pri čemu 0 označava da ne osjećate bol, 1 blagu bol, a 10 najjaču moguću bol) \_\_\_\_\_ (napišite broj)
11. Koliko Vas boli postpartalna (postporođajna) rana od 0-10? (pri čemu 0 označava da ne osjećate bol, 1 osjetite blagu bol, a broj 10 osjećate najjaču moguću bol) \_\_\_\_\_ (napišite broj)
12. Jeste uzimali/uzimate kakve lijekove protiv bolova?
  - a) Da
  - b) Ne

13. Kada ste prvi put ustali nakon poroda carskim rezom?
- a) 24 sata poslije poroda
  - b) 2. dan nakon poroda
  - c) Više od 2 dana nakon poroda
14. Nakon koliko vremena Vam je dignut urinarni kateter?
- a) 24 sata poslije poroda
  - b) 2. dan nakon poroda
  - c) Više od 2 dana nakon poroda
15. Kakvog intenziteta je bilo krvarenje poslije poroda?
- a) Jakog
  - b) Umjerenog
  - c) Blagog
16. Jeste li imali problema sa stolicom poslije poroda?
- a) Da
  - b) Ne
17. Koji dan ste nakon poroda carskim rezom bili sposobni obavljati osnovne higijenske potrebe?
- a) 24 sata poslije poroda
  - b) 2. dan nakon poroda
  - c) Više od 2 dana nakon poroda
18. Koji dan nakon poroda ste bili sposobni brinuti za Vaše dijete? (odnosi se na dojenje/hranjenje, presvlačenje, odijevanje, stavljanje u krevetić)
- a) 24 sata poslije poroda
  - b) 2. dan nakon poroda
  - c) Više od 2 dana nakon poroda
19. Na koji način ćete hraniti dijete?
- a) Isključivo dojenjem
  - b) Dojenjem i bočicom
  - c) Isključivo bočicom