

Uloga patronažne sestre u skrbi za majku i novorođenče

Župančić, Martina

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:893278>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2022-08-10**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK**

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Martina Župančić

**ULOGA PATRONAŽNE SESTRE U
SKRBI ZA MAJKU I NOVOROĐENČE**

Diplomski rad

Sveta Nedelja, 2021.

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK**

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Martina Župančić

**ULOGA PATRONAŽNE SESTRE U
SKRBI ZA MAJKU I NOVOROĐENČE**

Diplomski rad

Sveta Nedelja, 2021.

Rad je ostvaren u Sveučilištu Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo Sveta Nedelja

Mentor rada: Prof.prim.dr.sc. Igor Filipčić, dr.med

Rad ima 48 listova

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

ZAHVALA

Zahvaljujem svojoj obitelji na podršci koja je bila uz mene u svakom trenutku mog obrazovanja. Veliko hvala i svim profesorima koji su me obogatili znanjem i iskustvom, a napose veliko hvala mom mentoru na podršci u finalnoj fazi mog akademskog puta.

Sadržaj rada

1. UVOD.....	1
2. POSTUPCI.....	3
3. PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA	4
3.1. Patronažna zdravstvena zaštita i patronažna skrb.....	4
3.2. Osobitosti rada patronažne medicinske sestre u Republici Hrvatskoj	5
3.3. Patronažna zaštita majki i novorođenčadi.....	8
3.4. Razumijevanje općih obilježja puerperija i postporođajnih promjena	10
3.4.1. Pojava involucije.....	10
3.4.2. Promjene u vezi s dojenjem	11
3.4.3. Endokrine funkcije.....	12
3.4.4. Bubrežne funkcije	13
3.4.5. Tekućine.....	13
3.4.6. Hematološke promjene	14
3.4.7. Kardiovaskularne funkcije	14
3.4.8. Gastrointestinalne funkcije	15
3.4.9. Integumentarne funkcije	15
3.4.10. Upravljanje puerperijem	16
3.5. Važnost interakcije u komunikacijskom obrascu patronažne sestre sa novorođenčecom i majkom	17
3.6. Okosnica rada patronažnih medicinskih sestara u postpartalnom razdoblju	23
3.7. Model poboljšanja patronažne zdravstvene skrbi majki i novorođenčadi	28
4. VAŽNOST PATRONAŽNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U POSTNATALNOM PERIODU	30
5. ZAKLJUČAK.....	33
6. SAŽETAK	35
7. SUMMARY	36
8. LITERATURA	37
9. ŽIVOTOPIS.....	43

1. UVOD

Ljudska fiziologija značajno se mijenja tijekom trudnoće te u postpartalnom razdoblju. Liječnik i patronažno medicinsko osoblje trebaju biti svjesni fizioloških promjena povezanih s postporođajnim razdobljem. Kliničar bi trebao znati razliku između uobičajenih i neuobičajenih promjena kako bi se postigao dijagnostički i terapijski algoritam, posebno u slučajevima akutnih hitnih slučajeva kao što su postporođajno krvarenje, sepsa, embolija plodne vode ili inverzija maternice. Nadalje, treba biti svjestan hormonalnih promjena povezanih s puerperijem i dojenjem kako bi se formulirao učinkovit plan kontracepcije u postpartalnom razdoblju. Tromboprofilaksa stalna je tema rasprave zbog velike učestalosti venske tromboembolije u postpartalnom razdoblju, a žene su stratificirane na nisko rizične, srednje rizične i visokorizične.

Povijesno gledano u svrhu usporedbe, majke su za njegu novorođenčadi bile spremne slušati savjete iskusnih žena iz svoje neposredne okoline, ali danas moderno društvo nudi brojne mogućnosti. To su škole za roditelje, razni dječji programi, radijske i TV emisije te časopisi koji također savjetima nude izvore informacija koji su majkama najčešće potrebni. Bez obzira koliko je majka pripremljena od ključne je važnosti pomoć i podrška koju dobiva prilikom posjete patronažne sestre.

Na međunarodnoj razini, rad patronažnih sestara u smislu jasne standardizacije postupanja uvelike je normiran. Naime, udruženje medicinskih sestara i primalja, uz podršku UNICEF-a, izradilo je priručnik pod naslovom Vodič za roditelje djece od 0 do 3 godine, koji sadrži savjete i informacije o stvarima koje svaki roditelj treba znati o prehrani i dojenju, imunizaciji, razvoju rasta, oralnoj higijeni, sigurnosti djece te savjete o tome kako potaknuti kognitivni, fizički, socijalni i emocionalni razvoj djeteta. Vodič za roditelje djece 0 do 3 godine uključuje tablice mjera visine, tjelesne mase i razvojne prekretnice kako bi pomogle obiteljima da prate rast i razvoj djeteta, što također pomaže patronažnim sestrama u prepoznavanju znakova poteškoća u razvoju s ciljem pružanja podrške roditeljima i obiteljima. Uspostavljanje odnosa povjerenja i bliskosti može dovesti do otvorenih razgovora o svim zabrinutostima koje mlade majke mogu imati, što je jedna od najvažnijih stvari za patronažnu sestru.

Patronažna služba ostvaruje se kroz primarnu zdravstvenu zaštitu, a imaju je svi domovi zdravlja u Republici Hrvatskoj. Rad patronažne sestre s majkama i bebama odvija se na takav način da u prosjeku pokriva oko 6.000 stanovnika. Prvi posjet patronažne sestre ostvaruje se nakon što je majka s djetetom otpuštena kući. Prvi posjet najčešće traje dva do tri sata te se

prilikom pregleda kod majke provjeravaju moguće nuspojave nakon poroda, zatim pregled dojki, šupljine maternice i epiziotomije. Također, potrebno je ispitati i psihološko stanje majke te dati joj potrebne savjete vezane za prehranu i higijenu. Drugi korak je objašnjenje majci kako se beba kupa, pri čemu patronažna sestra bebu prvi put kupa u kući, kako se rukuje pupkom, kako se mijenja novorođena beba, oblači itd.

Majka sljedeći dan samostalno kupa svoje dijete ukoliko je spremna na to, no uz podršku i pomoć patronažne sestre. Događa se da majka za taj čin kupanja djeteta dobije slobodu čineći to tek treći ili četvrti dan. Patronažna sestra je ovdje da strpljivo objašnjava i ohrabruje majku, a dio njenog posla je da nastoji majku educirati za sve što treba učiniti s djetetom. Također, educira i majke kako da pomognu same sebi.

Patronažna sestra svojim posjetom promatra odnos majke i djeteta, ali i cijele obitelji. U posjetama se patronažna sestra vodi standardima dobre prakse proizašlih iz svojih vodiča. Na temelju tih vodiča rad i program u svakoj obitelji može biti obilježen.

Odgovornost patronažne sestre za majku i njezino novorođeno dijete ne prestaje nakon petog posjeta ili većeg broja posjeta obitelji. Standardi obvezuju još dva posjeta tijekom godine, iako istraživanja pokazuju da su takvi posjeti češći. Često se međusobno povjerenje i prijateljstvo uspostavljaju između obitelji i patronažne sestre te nerijetko uz majku i dijete, ostali članovi obitelji računaju na pomoć patronažne sestre.

Teorijska znanja i činjenice poslužiti će za daljnju i dublju provedbu istraživanja ključnih čimbenika vezanih za oživotvorenje uloge patronažne sestre u skrbi za majku i dijete, kao i za jačanje te uloge za opće prihvaćeno sidrenje u društvima diljem svijeta. Na temelju provedenih primarnih i sekundarnih istraživanja pronalaženje odgovarajućih zaključaka i smjernica potencijalno utječe na unapređenje uloge patronažne sestre, kada je u pitanju skrb za majku i dijete. Teorijska znanja potvrdit će se valorizacijom kroz pregled i analizu dostupnih istraživanja i publikacija.

Stručni doprinos ovog rada podrazumijeva pronalaženje ključnih elemenata manifestacije i ostvarenja uloge patronažne sestre ovisno o potrebama majki i novorođenčadi, tj. analize sekundarnih i primarnih podataka te definiranje mogućih smjernica za revalorizaciju postojećih elemenata uloge patronažne sestre u Republici Hrvatskoj u smjeru optimizacije iskustava majki i novorođenčadi.

2. POSTUPCI

U svrhu pisanja ovog rada korištene su općenite tehnike pretraživanja koje se mogu koristiti u većini baza podataka i tražilicama. Nakon što je donijeta odluku o temi i ista je usuglašena s mentorom, identificirane su relevantne baze podataka.

Odabir najboljih baza podataka za istraživanje za ovu temu je bio važan korak te su pronađene baze podataka koje pokrivaju temu unutar raspona datuma koji je napisan u okviru 2012 – 2021 godine, pri čemu je naglasak bio na novijim publikacijama.

Autorizirane objave na bazama kao što su Pubmed, ScienceDirect, Google Scholar Hrčak, Scopus te Medline, ocijenjene su kao takve s dostatnim jamstvima autoriteta i vjerodajnicama, obzirom da je su većina članaka znanstveni i recenzirani.

Pretraživanjem po ključnim riječima na internetu pokazano je da rezultati daju izuzetno velik broj objava, pri čemu se duplikati ne filtriraju, a velik udio u takvim internet objavama nema nikakav znanstveni značaj.

Za razliku od navedenog, baze podataka pokazale su se kao usredotočene na određene predmete te su nudile manje, ali relevantnije rezultate obzirom da su rezultati od znanstvenih izdavača i autora.

Osim toga kod pretraga baza podataka ograničeni su datum, jezik te faktor dostupnost punog teksta, obzirom da se išlo za time da spoznaje budu recentne i od znanstveno verificiranog značaja.

Ključne riječi po kojima je izvršeno pretraživanje su bile na hrvatskom i na engleskom jeziku, te su glasile: patronažna sestra; patronažna zaštita; novorođenče; babinje; povijest patronažne skrbi, te engleske inačice ovih ključnih riječi kako slijedi: patronage nurse; patronage care; newborn; postpartum period; history of patronage care.

Kao ključni kriteriji uključenja i isključenja pronađenih članaka za svoju analizu pokazali su se referentnost izvora, provjerljivost publikacije te godina izdanja tako što je prednost dana novim izdanjima.

3. PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

Nakon rođenja djeteta majke se suočavaju s izazovom brige o rođenom djetetu. Patronažna skrb majkama pruža podršku i pomoć kako bi bile što samopouzdanije. To se ostvaruje kroz pružanje dodatnih znanja o brizi za dijete, a sve u svrhu zdravog i sretnog odrastanja djeteta. Takva pomoć kroz patronažnu skrb je od ključne važnosti za ostvarenje optimalnih uvjeta razvoja i sazrijevanja (1).

Država je osmislila program Patronažna zaštita nad djecom koji ima za cilj praćenje novorođenog djeteta, majke na porodu, ali isto tako i procjena socijalno-ekonomskih uvjeta u obitelji. Posjet obiteljima i pregled majke i djeteta ostvaruje patronažna medicinska sestra, ali može i pedijatar. Spomenuti program je besplatan te je dostupan za svako novorođeno dijete. Patronažna zdravstvena zaštita doslovno znači pokroviteljstvo koje vrlo precizno odražava niz postupka. Patronažna zdravstvena zaštita nad novorođenčetom obvezan je postupak kroz koji prolaze bebe i mlade majke. Patronažna zdravstvena zaštita ima odgojnu funkciju i namijenjena je pomaganju roditeljima u prvim tjednima i mjesecima djetetova života.

Ovo je besplatna usluga koju pruža dom zdravlja u mjestu prebivališta.

Patronažnu zdravstvenu zaštitu nad novorođenčetom obavljaju dvije osobe: liječnik i medicinska sestra. S prvim aspektom patronažne zdravstvene zaštite liječnik reagira izravno na dijete, provodi inspekciju i procjenjuje opće stanje djeteta u odnosu na usklađenost s normalnim pokazateljima (1).

U provedbi postporođajne zdravstvene zaštite patronažne sestre imaju vrlo važnu ulogu čiji se zadaci očituju u kontroli i praćenju fizioloških događaja žena i novorođene djece. Posebna pozornost pridaje se pružanju pomoći u slučaju problema i edukaciji za normalan proces oporavka nakon poroda zbog mogućih poteškoća i komplikacija (2).

3.1. Patronažna zdravstvena zaštita i patronažna skrb

Patronažna zdravstvena zaštita sastavni je dio primarne zdravstvene zaštite s ciljem pozitivnog utjecaja na zdravlje obitelji, zajednice i pojedinca (3)

Patronaža je usmjerena na sestrinsku skrb koja se može ostvarivati u vlastitom domu, ali i na drugim mjestima. Patronažna skrb provodi se sukladno Planu i programu mjera za djelatnost patronažne zdravstvene zaštite (NN 126/06). O troškovima brine Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Svi stanovnici Republike Hrvatske imaju pravo na patronažnu skrb,

bez obzira na njihovo zdravstveno stanje, kulturu i okolinu. Uslugu patornažne skrbi koristi prosječno 5100 stanovnika na jednu patronažnu sestru (3).

Opseg posla patronažnih medicinskih sestara sastoji se od zdravstvenog odgoja, edukacija, informiranja i obrazovanja, a cilj je promocija zdravlja i prevencija bolesti osobito u određenim fazama života. Izazovi određenih životnih dobi, specifičnih stanja i posebnih životnih okolnosti zahtijevaju posebnu pažnju i podršku pruženu upravo od patronažnih medicinskih sestara.

Opus djelovanja patronažnih medicinskih sestara je zdravstveni odgoj, edukacija, informiranje i obrazovanje s ciljem promicanja zdravlja i prevencije bolesti posebno u najosjetljivijim razdobljima života.

Skrb patronažne sestre očituje se u radu s novorođenčadi, dojenčadi, kronično bolesnom djecom, rizično ugroženom djecom, trudnicama, babinjačama, kroničnim bolesnicima, starijim osobama, invalidima, socijalno ugroženim osobama, korisnicima njege u kući, korisnicima palijativne skrbi, migrantima i skupinama koje su u potrebi (3).

Kućna posjeta je ključni model djelovanja patronažne medicinske sestre. Posjete se mogu ostvariti na raznim mjestima poput stana ili kuće ili doma za starije i nemoćne, domova za djecu, centara za rehabilitaciju i slično. Planiranje posjete patronažne sestre provodi se pozivom osobe koja ima potrebu za patronažnom zdravstvenom zaštitom. Isto tako, poziv može biti upućen i za neku drugu osobu u potrebi.

Nadovezujući se na kućne posjete, patronažne sestre bave se i provođenjem zdravstvenog odgoja educirajući male skupine korisnika (3).

Patronažna skrb surađuje s primarnom, sekundarnom i tercijarnom zdravstvenom zaštitom te je na taj način usko povezana s pedijatrijom, ginekologijom, dentalnom medicinom, centrima za socijalnu skrb, civilnim udrugama, obrazovnim, vjerskim i humanitarnim institucijama, medijima, gerontološkim centrima i slično (3).

3.2. Osobitosti rada patronažne medicinske sestre u Republici Hrvatskoj

Etimologija pojma medicinska sestra leži u povijesnim propitivanjima koja je točno uloga medicinske sestre. Povijesno komparativno vidljiva je uloga medicinske sestre u brizi za oboljele, no kasnije se ističe uloga očuvanja i unapređenja zdravlja, a ne samo briga. Naziv patronažna medicinska sestra izveden je iz lat. riječi patronus te se povezuje s pojmovima pokroviteljice, zagovornice, zaštitnice i slično (4).

Uloga patronažne sestre očituje se u prikupljanju podataka o funkcioniranju pojedinaca uzimajući u obzir fizički, psihički i socijalni aspekt. Prikupljeni podaci sadrže informacije o obiteljskom okruženju u samom domu pojedinca te na koji način se zadovoljavaju potrebe štićenika. Isto tako, uloga patronažne sestre neminovna je u povezivanju štićenika i njegove obitelji sa mogućim oblicima potrebnih usluga socijalne podrške (4).

Patronažna sestra ovlaštena je i zadužena za procjenu tjelesnih, psiholoških, duhovnih i socijalnih potreba obitelji. U procjenjivanju stanja navedenog potrebno je uzeti u obzir socijalno okruženje i ekonomske prilike te zatečeno zdravstveno stanje. Također, važno je prepoznati čimbenike koji pozitivno ili negativno utječu na potrebe obitelji, uzimajući u obzir kulturne, socijalne, ekonomske, političke i druge utjecaje koji mogu utjecati na pojavu bolesti, ali i na zaštitu zdravlja. Jedan od glavnih zadataka je utvrditi potrebu za zdravstvenom njegom pojedinca te napraviti plan provođenja i vrednovanja zdravstvene njege. Uloga patronažne sestre je također u pronalaženju bolesnih, nemoćnih i ugroženih te pomoć obitelji i pojedincu u preuzimanju odgovornosti i brige o samom sebi ili članu obitelji, već prema potrebi. U svakom slučaju, bitno je zagovarati interese štićenika te povezivati, razvijati i održavati komunikaciju između njih i službi zdravlja, prosvjete i socijale. Jedna od uloga patronažne medicinske sestre je i organizacija samozaštitnih grupa te sudjelovanje u diplomskoj nastavi i obrazovanju pripravnika (4).

Komunikacijske vještine neophodne su za obavljanje rada patronažne medicinske sestre jer će se upravo kroz njih ostvariti potpora, pomoć, poučavanje, utjeha i slični pozitivni ishodi za korisnika. Na temelju znanja, umijeća, odgovornosti, etičkih načela, pozitivnih stavova i motivacije ostvaruje se praksa patronažnih medicinskih sestara. Prije svega, važan je multidisciplinarni pristup koji se očituje u profesionalnosti, etičkom kodeksu i pozitivnom stavu. Iz svega navedenog može se vidjeti poveznica naziva patronažna sestra sa zagovornicom te zaštitnicom interesa korisnika (4).

Patronažna zaštita ima za cilj zaštititi trudnice, roditelje, novorođenčad, dojenčad, malu djecu, kronično bolesnu djecu, kronične bolesnike, starije osobe i invalide. Provođenje oblika patronažne zaštite uključuje zdravstvenu njegu i individualan te cjelovit pristup pojedincu i njegovoj obitelji.

Posjete patronažne službe provode se i planiraju prema prijavama voditeljice. Ona ima informacije prikupljene iz ginekoloških ordinacija, rodilišta i odgovarajućih zdravstvenih ustanova. Prijavu patronažnoj sestri može podnijeti nadležni liječnik, obitelj, susjed, ali i sam korisnik, no i patronažna sestra pronalaženjem potrebitih planira svoje djelovanje (4).

Prije prve posjete, patronažna sestra provodi pripremu za odlazak korisniku. Prva posjeta je ključna i potrebno je dobro se pripremiti za nju, jer vrata korisnika i njegove obitelji uvijek moraju ostati otvorena za ponovni dolazak patronažne sestre. Jedna od glavnih zadataka patronažne sestre pri dolasku korisnicima je jasna poruka o razlogu dolaska i također razlozima sljedećih dolazaka. Intervencija i ciljevi planiraju se prema procjeni patronažne sestre u svrhu što boljeg razumijevanja svakog pojedinca i njegove obitelji. U toj procjeni donosi se odluka o eventualnoj potrebi za edukativnim programima te suradnji sa drugim stručnjacima u sklopu pedijatrije, ginekologije, socijalnih službi, ustanova za zdravstvenu njegu, rehabilitacija, prosvjetnih ustanova, karitativnim organizacijama, raznim udrugama i slično (4).

Patronažna sestra zastupa interese korisnika s ciljem ostvarivanja željenih ciljeva u ostvarivanju zdravlja te preventivno djeluje na rano otkrivanje bolesti, anomalija i rizičnih ponašanja.

Patronažnu zdravstvenu zaštitu provode stručne prvostupnice sestrinstva u domovima zdravlja u sklopu primarne zdravstvene zaštite (4).

Besplatnu patronažnu zdravstvenu zaštitu osigurava Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (4).

Patronažne sestre promiču zdravlje i svijest o važnosti očuvanja zdravlja kroz individualno savjetovanje zajednice za koju je određena patronažna sestra zadužena. Isto tako, distribucija materijala zdravstveno odgojnog sadržaja i provođenje preventivnih programa u lokalnoj zajednici pridonose podizanju svijesti o zdravlju i njegovoj važnosti.

Patronažna sestra je zdravstveni djelatnik koji ima kompetencije potrebne cijeloj obitelji i široj zajednici određenog područja. Djeluje na lokaciji u okviru 5 100 stanovnika.

Prioritetno se brine o zdravlju djece i žena, starijim osobama, samim i nemoćnima, oboljelima od raznih bolesti, promiče zdravlje i bavi se očuvanjem zdravlja potrebitih. Isto tako, otkriva i prepoznaje potrebu za skrbi kod bolesnih i nemoćnih u svrhu sekundarne prevencije.

3.3. Patronažna zaštita majki i novorođenčadi

Država je osmislila program pod nazivom Patronažna zaštita majki i novorođenčadi. Glavni cilj je praćenje stanja novorođenčadi, žena na porodu i procjena socijalno-ekonomskih uvjeta u obitelji.

Kroz program prate se psihofizičke promjene nakon porođaja, sprječavaju se moguće komplikacije, kontrolira se međica i lohije u babinjača, educira se o pravilnoj prehrani, potiče se prirodna prehrana novorođenčeta, pruža se pomoć pri dojenju, educira se o ortopedskom povijanju, kupanju i općenito higijeni te se pregledavaju refleksi, fontanele, kukovi i drugi značajni faktori za novorođenčad. Postoje određeni nepovoljni uvjeti koji mogu negativno utjecati na zdravlje djeteta, a događaju se zbog vanjskih čimbenika ili pak čimbenika unutar obitelji (6).

Patronažna skrb u svrhu zaštite majki i novorođenčadi obuhvaća podršku majci nakon porođaja, savjetovanje kako brinuti za novorođenče, savjetovanje o izgradnji dnevnog ritma, savjete o dojenju i o prevenciji popularnih dječjih bolesti. Također, važna je i procjena dobrobiti novorođenčeta te provođenje pregleda (6).

Datumi posjete patronažne sestre u domove novorođenčadi i majkama ovise o zdravlju novorođenčeta i obiteljskim okolnostima. Posjete se odvijaju ukoliko je novorođenče zdravo i događaju se nakon povratka iz bolnice te svaki tjedan u prvom mjesecu života novorođenčeta. Nakon toga posjeta se događa najčešće dva puta mjesečno do šestog mjeseca života, a jednom mjesečno do djetetove prve godine. Prva posjeta patronažne sestre odgovorit će na pitanja vezana za dijete. Potrebne informacije pomoći će u prepoznavanju nasljednih patologija, ali isto tako i onih kroničnih, a sadrže podatke o tijeku trudnoće, porođaju, stanju novorođenčeta u bolnici i prilikom otpusta iz bolnice (6).

Kako bi se procjenio neurološki razvoj promatra se na koji način se dijete drži, kako se kreće, djetetov tonus mišića te postojanost reflesa. Također, procjenjuje se veličina i oblik glave te fontanela i kosti lubanje (6).

Procjena kože vrši se procjenom tona kože, prisutnost znojenja te postoji li osip od pelena. Jedna od ključnih stvari koja se procjenjuje je pupčana rana, koža oko pupka, razina zacjeljivanja. (6).

Procjenjuje se i djetetovo disanje i otkucaji srca te se time dobivaju informacije važne za dišni i kardiovaskularni sustav. Ovime će se otkriti eventualne urođene patologije. Osjećaj trbušića novorođenčeta je važan, pa se ovdje pita o učestalosti i prirodi stolice.

Provjerava se i simetrija glutealnih nabora te podizanje nogu u stranu kako bi se mogla otkriti displazija kuka. Prvi posjet patronažne sestre novorođenčetu događa se prvi ili drugi dan po izlasku iz rodilišta. Drugi posjet patronažne sestre novorođenčetu događa se 10. dana nakon rođenja. Patronažna sestra ponovno gleda bebu, pregledavajući sve njene organe i sustave. Patronažna sestra trebala bi saznati kako beba spava, kako se ponaša tijekom budnosti, raspored hranjenja, dinamiku dobivanja na tjelesnoj masi te prisutnost kolika (6).

Ako gore navedeni simptomi novorođenčeta ne uznemiruju, patronažna sestra zaključuje da je novorođenče dobro prilagođeno vanjskim čimbenicima. Treća posjeta patronažne sestre provest će se 20 dana nakon rođenja djeteta s ciljem praćenja dobrobiti novorođenčeta i procjene djetetovog neuro psihičkog razvoja (6).

Nakon sljedećeg sastanka, pedijatar registrira sve podatke primljene od patronažne sestre u povijesti bolesti novorođenčeta i na kraju prvog mjeseca izrađuje prognozu zdravlja i određuje rizične skupine za razvoj (6).

Žutica kod novorođenčeta povezuje se s nezrelošću jetrenih enzima i povišenim bilirubinom u krvi. Događa se 3 - 4 dana nakon rođenja i pojavljuje se u obliku žute boje na koži. Žutilo se pojačava do 6. dana te prolazi od 8. - 10. dana. Također, valja spomenuti eritem u obliku crvenila na koži nakon 2. dana života, a ponekad ga prati osip za kojeg se očekuje da će proći do kraja 1. tjedna.

Kriza vezana za hormone kod novorođenčeta praćena je napuhavanjem mliječnih žlijezda kod djeteta. Isto tako, moguće je uočiti iscjedak iz rodnice kod djevojčica. Ova kriza se očekuje 2 - 4 dana nakon rođenja djeteta, a prolazi do 15. dana po rođenju.

Sa svakom patronažnom posjetom novorođenčetu kod kuće, patronažna sestra savjetuje majke. Savjeti uključuju informacije vezane za njegu kože, dojenje i učestalost hranjenja novorođenčeta. Nadalje, daju se preporuke usmjerene na prevenciju rahitisa, poticanje stolice te savjeti vezani za tehnike masaže i gimnastike za novorođenče. Navedene informacije koristit će roditeljima jer će upravo prema preporukama patronažne sestre oni samostalno izvršavati preporučeno.

Novorođenačko doba je važna faza koju prolazi svaka obitelj koja dobije dijete, a posjete patronažne sestre pomažu u suočavanju s mnogim nastalim problemima. Patronažne sestre u zadatku imaju podučiti sve što je potrebno i kako pravilno njegovati novorođenčad od prvih dana života (6).

3.4. Razumijevanje općih obilježja puerperija i postporodajnih promjena

Postpartalno razdoblje, poznato i kao puerperij, započinje nakon izbacivanja posteljice do potpunog fiziološkog oporavka različitih organskih sustava. Postporodajno razdoblje dijeli se na tri proizvoljne faze, tj. akutnu fazu - prva 24 sata nakon poroda placentae, ranu - do 7 dana i kasnu - od 6 tjedana do 6 mjeseci. Svaka faza ima svoja jedinstvena klinička razmatranja i izazove (7).

Postoji generalizirani fizički umor odmah nakon poroda. Puls može biti povišen nekoliko sati nakon poroda zbog uzbuđenja ili boli i obično se normalizira drugog dana. Krvni tlak mogao bi biti povišen zbog boli ili uzbuđenja, ali općenito je u normalnom rasponu. Značajno smanjenje ($> 20\%$ ispod početne vrijednosti) krvnog tlaka moglo bi biti znak postporodajnog krvarenja ili septičkog šoka. Suprotno tome, povišeni krvni tlak mogao bi biti znak boli ili preeklampsije (8).

Temperatura je blago povišena do $37,2$ stupnjeva C, uz pojačano drhtanje, znojenje ili dijaforezu u prva 24 sata i normalizira se u roku od 12 sati. Porast temperature pripisuje se sistemskoj apsorpciji metabolita nakupljenih uslijed kontrakcija mišića. Treći ili četvrti dan može doći do prolaznog porasta temperature (za $0,5$ ° C) zbog dojenja. Brzina disanja također počinje padati natrag na razinu prije trudnoće u roku od 2 do 3 dana. Porast temperature nakon trećeg dana ili iznad gornje granice obično je znak infekcije. Dolazi do gubitka tjelesne mase od 5 do 6 kg zbog izbacivanja proizvoda gestacije i pratećeg gubitka krvi. Daljnji gubitak kilograma od 2 do 3 kg može se pripisati brzom diurezi. Gubitak kilograma zbog diureze može se nastaviti i do 6 mjeseci nakon poroda (9).

3.4.1. Pojava involucije

Involucija, dio postporodajne fiziologije, pojam je koji se daje procesu reproduktivnih organa koji se vraćaju u svoje stanje nakon trudnoće. Neposredno nakon poroda, maternica i mjesto posteljice brzo se skupljaju kako bi se spriječio daljnji gubitak krvi. Ova brza kontrakcija maternice može dovesti do bolova u trbuhu ili grčeva nakon poroda. Težina maternice u žena prije trudnoće iznosi u prosjeku 40-60 grama. U prvim postpartalnim danima maternica ima povišen tonus, osjeća se čvrsto i teži oko 1000 grama, a na kraju prvog tjedna teži oko 500 grama, a do šest tjedana nakon poroda teži približno 50 grama. Iz navedenog može se zaključiti

da se unutar šest tjedana po porodu maternica vraća oblikom i težinom u stanje prije trudnoće (10).

U početku je kontrakcija maternice posljedica značajnog smanjenja veličine stanica miometrija; steže krvne žile i ograničava krvarenje. Sljedeće smanjenje veličine posljedica je autolize i infarkta krvnih žila maternice (10). Povlačenje estrogena i progesterona dovodi do povećanja aktivnosti maternične kolagenaze i drugih proteolitičkih enzima, ubrzavajući proces autolize. Elastična tkiva u krvnim žilama maternice također prolaze kroz fibrozu i hijalinsku degeneraciju, što dovodi do infarkta i prolijevanja više stanica iz maternice, koje uklanjaju makrofagi. Površinski i bazalni slojevi endometrija postaju nekrotični i neuredni. Endometrij se obično potpuno obnovi u roku od 2 do 3 tjedna (10).

Lohija je iscjedak iz rodnice koji potječe iz maternice, vrata maternice i rodnice. Lohija je u početku crvena i sastoji se od krvi i fragmenata decidue, tkiva endometrija i sluzi i traje 1 do 4 dana. Lohija tada mijenja boju u žućkastu ili blijedo smeđu, traje 5 do 9 dana, a sastoji se uglavnom od krvi, sluzi i leukocita. Konačno, lohija je bijela i sadrži uglavnom sluz, koja traje do 10 do 14 dana. Lohije mogu trajati i do 5 tjedana nakon poroda (11).

Perzistentnost crvene lohije dulje od jednog tjedna može biti pokazatelj subinvolucije maternice. Prisutnost mirisa ili velikih dijelova tkiva ili krvnih ugrušaka u lohijama ili odsutnost lohija mogu biti znak infekcije. Vrat maternice i rodnica mogu biti edematozni i podljevi u ranom postporođajnom razdoblju postupno zacjeljuju natrag u normalu (11).

Nakon što se funkcija jajnika nastavi, ruge se počinju pojavljivati u rodnici, obično do trećeg tjedna kod žena koje ne doje. Slično tome, postporođajni epitel rodnice, koji se čini mikroskopskim pregledom atrofičnim, obnavlja se za 6 do 10 tjedana, ali je prisutno kašnjenje oporavka kod dojilja zbog niske razine estrogena. Pacijentica može razviti perinealni edem, razderotine, suze ili biti podvrgnuta epiziotomiji u neposrednom postporođajnom razdoblju koja može dovesti do nelagode i boli (12).

3.4.2. Promjene u vezi s dojenjem

Sekret iz dojki koji se naziva kolostrum povećava se nakon porođaja. Kolostrum je bogat proteinima, vitaminima i imunoglobulinima te ostalim humoralnim čimbenicima (laktoferin) i pruža imunološku obranu novorođenčadi. Mamogeneza ili priprava dojke za dojenje započinju tijekom trudnoće i podrazumijevaju duktalnu i lobuloalveolarnu hiperplaziju i hipertrofiju (12).

Visoke razine estrogena i progesterona čine da tkivo dojke ne reagira na prolaktin. Ipak, kako se njihova razina dramatično smanjuje nakon poroda, prolaktin započinje s izlučivanjem mlijeka u mliječnim žlijezdama. Laktogeneza ili izlučivanje mlijeka započinju treći ili četvrti dan nakon poroda. Neuralni luk laktacije uključuje uzlazne aferentne impulse iz bradavice i areole, aktivirane sisanjem ili stimulacijom bradavica, koje prolaze preko torakalnih osjetnih živaca u paraventrikularne i supraoptičke jezgre hipotalamusa, potičući sintezu i izlučivanje oksitocina iz stražnjeg dijela hipofize. Oksitocin utječe na kontrakciju mioepitelnih stanica, što dovodi do galaktokinaze ili izlučivanja mlijeka iz mliječnih kanala (12).

Ova situacija je poznata i kao izbacivanje mlijeka ili refleks ispuštanja mlijeka. Prolaktin održava galaktopoezu, definiranu kao održavanje učinkovite i kontinuirane laktacije. Zdrava majka izlučuje 500-800 ml mlijeka dnevno, za što je potrebno 700 kcal / dan. Zalihe masti do 5 kg dobivene tijekom trudnoće mogu pružiti dovoljno kalorija da nadoknade bilo koji nutritivni deficit tijekom laktacije. Nije neobično razviti bolnost i upalu dojki, odnosno mastitis tijekom ove faze (12).

3.4.3. Endokrine funkcije

Početak prve menstruacije nakon porođaja je različit i ovisi o tome doji li majka ili ne. Ako majka ne doji, tada se menstrualna funkcija u većini slučajeva vraća od šestog do osmog tjedna nakon poroda. Izostanak ovulacije ovisi o učestalosti i intenzitetu dojenja i pripisuje se visokoj razini prolaktina u serumu povezanoj s dojenjem (13).

Povišene razine prolaktina u serumu inhibiraju odgovor jajnika na folikularno stimulirajući hormon, suzbijaju oslobađanje luteinizirajućeg hormona, suzbijajući još više lučenje gonadotropina. Ovaj pristup nudi prirodnu metodu kontracepcije dojiljama. Kod dojilja, menstruacija se obično ponovno pojavi za 4 do 5 mjeseci, a u nekim slučajevima može biti odsutna i 24 mjeseca. Međutim, ovulacija može započeti i u nedostatku menstruacije i može doći do trudnoće. Majke koje nisu u laktaciji trebale bi koristiti kontracepcijske mjere nakon tri tjedna, a majke u laktaciji nakon tri mjeseca od porođaja (14).

Razina humanog korionskog gonadotropina koja oponaša stimulirajući hormon štitnjače dramatično pada nakon poroda. Slijedom toga, volumen štitnjače regresira u stanje prije trudnoće za 12 tjedana, a funkcija štitnjače se normalizira za četiri tjedna nakon poroda (15). Dijabetogeni učinci trudnoće posljedica su stvaranja placentalne insulinaze, hormona koji oslobađa kortikotropin i humanog placentalnog laktogena (15). Osjetljivost na inzulin počinje se

povećavati nakon poroda i obnavlja se u roku od 2 do 3 dana nakon poroda. Međutim, u pretilih žena, postporođajna normalizacija osjetljivosti na inzulin može trajati 15 do 16 tjedana (16).

3.4.4. Bubrežne funkcije

Zid mokraćnog mjehura može postati edematozan, hiperemičan, a mokraćni mjehur može biti pod naporom, a bez potrebe za mokraćom. Zadržavanje mokraće u prvih nekoliko dana nakon poroda može biti posljedica labavosti mišića dna zdjelice, atonije mokraćnog mjehura, kompresije uretre edemom ili hematomom, refleksne inhibicije mokrenja uslijed genitourinarne traume (17).

Suprotno tome, urinarna inkontinencija, posebno urgentna, utječe na 30 % žena nakon poroda i najčešće se pripisuje psihološkom stresu povezanom s porođajem. Majka se može žaliti na bolnu mikciju ili dizuriju koja bi mogla biti posljedica suza, razderanja vrata maternice ili rodnice te epiziotomije. Tijekom trudnoće, tlačne sile gravidne maternice i progesteron - smanjeni tonus uretera, peristaltika i kontrakcijski tlak dovode do širenja čašastog sustava, povećavajući volumen bubrega za 30 % u odnosu na stanje prije trudnoće (18).

Prošireni mokraćovodi i bubrežna zdjelica obično se vrata u stanje pred trudnoće u roku od četiri do osam tjedana. Povećan je rizik od razvoja infekcija mokraćnog sustava. Važno je savjetovati majci da se pridržava preporučenog unosa tekućine a to za dojlju iznosi oko 2,7 litara tekućine iz svih izvora te da prazni mjehur svaka tri do četiri sata (18).

3.4.5. Tekućine

Dolazi do pomaka tekućine iz ekstravaskularnog u intravaskularni prostor, što odgovara 6 do 8 litara ukupne tjelesne vode. Nadalje, trajna aktivnost sustava renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS) tijekom trudnoće dovodi do viška od 950 mEq natrija. U postporođajnom razdoblju povećana je razina atrijskog natriuretskog peptida u serumu (1,5 puta veća od normalne) koja inhibira aldosteron, angiotenzin II i vazopresin i potiče izlučivanje natrija urinom. U prva dva tjedna nakon poroda postoji snažna diureza, a nije rijetkost da urin ima izlaz od 3000 cc / dan. Količina gubitka obično je u skladu s količinom tekućine zadržane tijekom trudnoće. Stopa glomerularne filtracije vraća se na početnu vrijednost osam tjedana nakon poroda. Laktozurija nije neuobičajena trećeg ili četvrtog dana početka laktacije (19).

3.4.6. Hematološke promjene

Hematokrit u početku može pasti zbog gubitka krvi povezanog s porođajem. Vrijednosti hematokrita vraćaju se u normalu za 3-5 dana nakon porođaja kako volumen plazme počinje rasti. Neusklađenost vrijednosti hemoglobina u postporođajnoj fazi posljedica je varijabilnosti volumena plazme zbog pomicanja tekućine. Studije koje procjenjuju longitudinalne vrijednosti hemoglobina u postporođajnoj fazi pokazuju da je potrebno najmanje 4-6 mjeseci da bi se trudnoćom izazvan pad hemoglobina vratio u stanje, koje je prethodilo trudnoći. Trudnica može razviti leukocitozu (približno $25\,000 / \text{mm}^3$) zbog stresa povezanog s trudovima. Broj bijelih krvnih stanica vraća se na vrijednosti prije trudnoće u roku od četiri tjedna. Gestacijska trombocitopenija prolazi kroz 4 do 10 dana nakon poroda, jer se broj trombocita povećava kao odgovor na potrošnju trombocita tijekom poroda (20).

Tijekom trudnoće aktivnost fibrinogena, faktora VII, VIII, X, XII, von Willebrandova faktora i ristocetina značajno se povećava kako gestacija napreduje u svrhu pripreme za porod i sprječavanja prekomjernog gubitka krvi. U ranom postporođajnom razdoblju razina fibrinogena i dalje je visoka, a trombociti počinju rasti do normalnih vrijednosti. Tkivni plazminogen, enzim odgovoran za lizu ugrušaka ne raste ili se normalizira u ranom postpartalnom razdoblju (20). Stanje hiperkoagulabilnosti rješava se postupno nakon porođaja, jer se razina faktora zgrušavanja normalizira u 8 do 12 tjedana nakon poroda (20). Promjene u sustavu zgrušavanja daju povećan rizik za tromboembolijske pojave koje se javljaju približno deset puta češće tijekom trudnoće i dvadeset puta češće tijekom ranog postporođajnog razdoblja. Nadalje, in vitro testovi za procjenu ili predviđanje mogućnosti tromboembolije (kao što su d-dimeri testovi koji analiziraju produkte razgradnje fibrina) manje su pouzdani u neposrednom postporođajnom razdoblju (20).

3.4.7. Kardiovaskularne funkcije

Postoje značajne strukturne i hemodinamske promjene u razdoblju trudnoće. Srčani se volumen povećava tijekom trudnoće. Međutim, u neposrednom postporođajnom razdoblju nakon porođaja dolazi do povećanja volumena cirkulirajuće krvi uslijed kontrakcije maternice i povećanja predopterećenja od olakšanja opstrukcije donje šuplje vene. To dovodi do povećanja udarnog volumena i brzine otkucaja srca, kao i do porasta srčanog volumena od 60 do 80 %,

koji brzo opada na vrijednosti prije porođaja za 1 do 2 sata nakon poroda i na vrijednosti prije trudnoće za dva tjedna nakon poroda (21).

Povećanje razine progesterona i relaksina u serumu (peptidnog hormona koji proizvode žuto tijelo i placenta) potiče sistemsku vazodilataciju što dovodi do progresivnog smanjenja sistemskog krvožilnog otpora (SVR). SVR se smanjuje za 35 do 40 % tijekom trudnoće i povećava na razinu prije trudnoće za 2 tjedna nakon poroda. Također, dolazi do smanjenja sistemskog krvnog tlaka za 5 do 10 mm Hg tijekom trudnoće. Dijastolički krvni tlak pada više od sistoličkog krvnog tlaka. Sistolički krvni tlak počinje rasti tijekom trećeg tromjesečja i vraća se na vrijednosti prepregnacije u 16 tjedana nakon poroda (21).

Puls se linearno povećava tijekom trudnoće za 10 do 20 otkucaja u minuti iznad početne vrijednosti i vraća se na razinu koja je bila prije trudnoće u 6 tjedana nakon poroda. Tijekom trudnoće postoji pregradnja komore, a debljina i masa stijenke lijeve klijetke povećavaju se za 28 % do 52 % iznad vrijednosti prije trudnoće. Nekoliko nedavnih studija također izvještava o povećanju volumena i mase desne klijetke za 40 % tijekom trudnoće. Fiziološka hipertrofija ventrikularnog sustava vraća se u stanje prije trudnoće za 4 tjedna nakon poroda (21, 22). Srčana kontraktilnost i frakcija izbacivanja klijetke ne podvrgavaju se značajnijim promjenama tijekom cijelog razdoblja trudnoće (22).

3.4.8. Gastrointestinalne funkcije

Majka može razviti nadimanje ili zatvor zbog crijevnog ileusa (izazvanog bolom ili prisutnošću placentnog hormona relaksina u cirkulaciji), gubitke tjelesnih tekućina, opuštenost trbušne stijenke i hemoroide. Postporođajni zatvor posljedica je smanjenja progesterona. Kompresivni učinci gravidne maternice na želudac, smanjenje sfinktera jednjaka zbog visoke razine progesterona i hipersekrecija kiseline zbog visoke razine gastrina uzrokuju povećanje učestalosti refluksa kiseline tijekom trudnoće. Razina progesterona i gastrina nakon poroda pada u roku od 24 sata, a refluks kiseline i pridruženi simptomi nestaju u sljedeća tri do četiri dana (23).

3.4.9. Integumentarne funkcije

Hiperpigmentacije su najčešće zabilježena promjena kože tijekom trudnoće, a pogađa 85 % do 90 % žena. Hipoteza je da su melanociti osjetljivi na povišenu razinu estrogena, progesterona

i endorfina tijekom trudnoće. Humoralni čimbenici koje stvara placenta dovode do regulacije tirozin kinaze, potičući daljnju sintezu melanina. Pigmentne promjene koje prate trudnoću (melazma i linea nigra) obično nestaju za 6 do 8 tjedana. Povišeni estrogen tijekom trudnoće može dovesti do telangiektaze (24).

Proširenje vena i povećani hidrostatički tlak uslijed gravidne maternice mogu dovesti do neoštećenog edema i varikoziteta donjih ekstremiteta, koji se vraća u početno stanje u postporođajnom razdoblju. Nokti prolaze kroz simetričnu, jednoliku hiperpigmentaciju tijekom trudnoće koja blijedi u postporođajnom razdoblju. Trbušni mišići su tijekom trudnoće prenategnuti, a tijekom poroda naprezani i polako vraćaju svoj normalni tonus i elastičnost, vraćajući se na razinu prije trudnoće za 6 do 8 tjedana. Pacijentice mogu imati divarikaciju rektuma, a strije na truhu i nogama možda neće nestati (25).

3.4.10. Upravljanje puerperijem

Majke mogu provesti u bolnici od nekoliko sati do deset dana nakon poroda, pri čemu prvo primalja ima važnu ulogu u njezi majke i djeteta tijekom *puerperija*, te je odgovorna za opću njegu majke i djeteta. Potrebno je redovito i često (moguće svakodnevno) promatrati njihov napredak. Detaljna evidencija se mora čuvati cijelo vrijeme, dok sama njega treba biti individualizirana. Ulogu primalje po otpuštanju djeteta i majke iz bolnice preuzima patronažna sestra (26).

U okviru "Paket Majka i dijete" izdanom po WHO 1994. godine, prepoznajući različite razine resursa u različitim zemljama, navodi se da bi „sve žene trebale dobiti barem jedan postporođajni posjet tijekom prvog tjedna po dolasku kući kako bi se osiguralo rano otkrivanje i liječenje hipertenzije, hemoragije i sepse (26).”

Postpartalno razdoblje također treba koristiti za pružanje podrške majkama u vezi sa dojenjem te je prilika i za pružanje informacija za planiranje obitelji. Razumijevanje i podrška pruženi u ovom trenutku su ključni. Važno je da primalja pomaže u izgradnji majčinog samopouzdanja u njezi novorođene bebe. To se postiže edukacijom majke, a često i oca te ostalih članova obitelji. Od ključne je važnosti naglasiti potrebu da se majku nauči na koji način da brine o sebi, kao i o svojoj bebi. Nažalost, u mnogim je zemljama naglasak svih zainteresiranih strana isključivo na novorođenčetu, a ne uzimajući u obzir zdravlje same majke (26).

3.5. Važnost interakcije u komunikacijskom obrascu patronažne sestre sa novorođenčecom i majkom

Skrb o roditeljima i novorođenčadi po njihovu otpuštanju iz bolnice interakcijski je postupak od tri kanala te uključuje interakciju između patronažne sestre, novorođenčeta, majke i obitelji.

S obzirom na to da novorođenčad ne verbalizira potrebno je prepoznavanje njihovih neverbalnih znakova. Patronažne sestre trebaju dešifrirati, prepoznati i protumačiti znakove koje bebe pokazuju. Na taj način će se prepoznati bolovi ili druge promjene u zdravlju novorođenčadi te pružiti odgovarajuća njega. Patronažne sestre također mogu potaknuti interakciju između bebe i obitelji, dok pružaju njegu novorođenčetu. Na taj se način razumijevanje novorođenčetova ponašanja i znanje o njegovim osobinama mogu prenijeti članovima obitelji s ciljem da im se pomogne u interakciji s bebom, promičući razvoj njihove nove uloge i veze.

Međuljudska komunikacija ključni je element patronažnih sestara u pružanju potpore obitelji čineći je partnerom u njezi djeteta. Ovisno o načinu uspostavljanja ovih interakcija, moguće je pomoći obitelji da shvati stvarnost koja uključuje ovaj novi trenutak u obiteljskom ciklusu.

Studija je potvrdila da su patronažne sestre okarakterizirane kao posrednice u osposobljavanju majki. Upravo patronažne sestre uspostavljaju interakciju s majkama na osobnoj i prijateljskoj razini. Također, patronažne sestre koje su površno i kratko komunicirale s majkama ograničile su svoje sudjelovanje u dijalogu i spriječile majčinu verbalizaciju njihovih potreba i briga (27). Čak i najbolje patronažne sestre mogu imati poteškoća u pokazivanju najhumanije strane njege, a to je dijeljenje njege novorođenčeta s obitelji, nuđenje podrške i stavljanje potreba članova obitelji iznad vlastitih (27).

U praksi je uočeno da se skrb koju pružaju patronažne sestre temelji na rigidnim rutinama i da obitelj nije uvijek uključena u planiranje njege. U scenariju međuljudskih odnosa patronažnih sestara, moguće je opaziti da se komunikacija patronažnih sestara koristi kao malo poznata vještina, temeljena samo na socio kulturnom kontekstu kojem pripadaju kao pojedinci (27).

Priznajući važnost interakcije patronažnih sestara za njegu novorođenčeta, majki i obitelji tijekom procesa postnatalne njege te također razumijevajući da je međuljudska komunikacija malo razvijena vještina u području zdravstva, postavlja se pitanje koje komunikacijske elemente patronažne sestre koriste kako bi zadovoljile potrebe novorođenčadi, majki i obitelji za održavanje afektivne veze među njima (27).

Na temelju navedenog pitanja, ovo je poglavlje imalo za cilj razumjeti značenje komunikacije patronažne sestre u interakciji s novorođenčecom, majkom i obitelji tijekom pružanja patronažne njege i razviti reprezentativni teorijski model ovog iskustva.

U edukaciju patronažnih sestara nužno je uz razvoj akademskih i profesionalnih vještina integrirati interpersonalne i motoričke vještine, te vještine inovacije, kao i poticati njihov timski rad s majkom i obitelji novorođenčeta. Važno je osigurati optimalna znanja i vještine koji će poticati i unaprijediti razvoj vještina inovacije i kreativnost.

Komunikacija je sastavni dio života. Komunikacijski odnos omogućava razmjenu informacija između sudionika komunikacijskog procesa. Komunikacijski je odnos, osnova funkcioniranja timskog rada. Stoga, o istoj je potrebno reći nekoliko riječi.

Komunikacijske su vještine sposobnost, koja je dodijeljena svim bićima. Komunikacija je bitan čimbenik dojma o organizaciji i može predstavljati granicu između uspjeha i neuspjeha. Susretljivost, dosljednost, točnost i urednost – sve su to kvalitete koje doprinose pozitivnom iskustvu (28).

Svjetska zdravstvena organizacija definirala je kvalitetnu komunikaciju, kao jednu od pet vještina neophodnih za zdrav i sretan život. Znanje i umijeće kvalitetne komunikacije, preduvjet je kvalitetnog djelovanja za mnoge profesije, osobito u medicini. U spektru javno zdravstvenih usluga kvalitetna komunikacija s novorođenčadi, majkom i obitelji temelj je uspjeha. U izravnom kontaktu patronažne sestre i obitelji novorođenčeta od velike je važnosti postići međusobno povjerenje i suradnju kako bi skrb o novorođenčetu bila što efikasnija i kreativnija. Uspjeh rada patronažnih sestara neupitno je vezan uz komunikaciju unutar obitelji novorođenčeta, a osobito s majkom novorođenčeta (29).

Majci novorođenčeta, dakle ženi koja je donijela na svijet novi život i koja ima određeni rizik za širi spektar zdravstvenih problema patronažna sestra trebala bi pristupiti holistički pokazujući visok stupanj empatije. Ukoliko patronažna sestra nema razvijene dobre komunikacijske vještine puno će teže zadobiti povjerenje obitelji i majke novorođenčeta, a samim time i rezultat skrbi će biti lošiji. Uplašene majke, osobito prvotkinje, imaju niz pitanja i nejasnoća, nekad se vrlo teško snalaze u brizi i njezi za novorođenče. Za njih je patronažna sestra izvor znanja, pruža im pomoć i podršku a samim time i sigurnost. Komunicirati možemo na različite načine, ali razgovor je za sigurno najefikasniji. Određene situacije nekad se ne mogu izbjeći ali dobrom komunikacijom u većini slučajeva moguće je postići povoljan rezultat. (30).

Ljudski život da bi bio zdrav i sretan treba se temeljiti na dobroj i kvalitetnoj komunikaciji. U društvenim odnosima kvalitetna komunikacija bitan je čimbenik jer čini osnovu svih

društvenih pojava i omogućuje povezano djelovanje ljudi. Pojam komunikacija izveden je z latinske riječi *communicatio* što u prijevodu znači priopćiti. Komunikacija omogućava prenošenje informacija s jedne osobe na drugu. Komunikacijom također dijelimo znanja s drugim jedinkama s kojima se susrećemo. Komunicirati možemo na različite načine a uključuje auditorne, vizualne, fizikalne postupke te znakovni jezik. Postoji neverbalni i verbalni način komunikacije. Richard Green američki je komunikolog koji smatra da je neverbalna komunikacija puno važnija od verbalne. Prema navedenom autoru riječi čine svega 7 % komunikacije, glas tek 38 % komunikacije a komuniciranje tijelom čini 58 % komunikacije. (31).

Komunikacija među zdravstvenim djelatnicima područje je širokog spektra. Temelji se na odnosu zdravstvenih djelatnika, pacijenata i njihovih obitelji. Obuhvaća i komunikacijski kanal između članova medicinskog tima, djelatnika civilnog društva, zdravstvenih stručnjaka, volontera te cjelokupne javnost. (32).

Komunikacijom moguće je izraziti niz emocionalnih, fizičkih i psihičkih potreba. Cilj svake majke je da uspostavi dobru komunikaciju s patronažnom sestrom jer na taj način ima osjećaj da sudjeluje u postizanju vlastite dobrobiti a posebno dobrobiti tek rođenog djeteta. Njihova komunikacija svrstava se u jedan oblik socijalne komunikacije gdje sestra pristupa s visokom razinom empatije. (33).

Patronažne sestre nisu uvijek u mogućnosti birati sugovornike (majke novorođenčadi i samu novorođenčad), ali od iznimne je važnosti da iskoriste svoja znanja i odaberu ispravan način prenošenja poruke u svrhu postizanja cilja. Patronažna sestra mora imati u vidu da poruka bude jasna i prilagođena primaocu, u ovom slučaju majci novorođenčeta i obitelji (33).

Efikasna komunikacija očituje se u sljedećim značajkama; drži ljude ažurnima, navodi ljude da se uključe, povećava motivaciju i posvećenost, poboljšava odnos i razumijevanje, pomaže ljudima da razumiju potrebu za promjenom (34).

Načini komuniciranja očituju se ponašanjem tijela što je vidljivo u držanju, tjelesnom stavu, zatim vanjštinom, što je vidljivo u načinima odijevanja, urednošću te mimika koja se izražava pokretima čela i obrva. Isto tako, komuniciranje se izražava kontaktom očima, osmijehom, gestikuliranjem i dodirima tj fizičkim kontaktom (34).

Uspostava zdravog komunikacijskog odnosa unutar trokuta patronažna sestra – majka - novorođenče je neophodna.

Komunikacija kao jedna od temeljnih kompetencija i vještina utječe na razvoj kvalitetnih odnosa. Može se reći da je upravo ova kompetencija važna za uspostavljanje dobrog i pozitivnog odnosa majke i patronažne sestre (35).

Komunikacija sadrži kompetencije koje se uče, podučavaju i prakticiraju. Uspješna komunikacija između patronažne sestre i majke novorođenčeta te obitelji novorođenčeta očituje se u stjecanju poštovanja. Time se uzročno-posljedično dolazi i do povjerenja majke i obitelji novorođenčeta u patronažnu sestru i cijeli tim (35).

Vještina i sposobnost nisu istoznačnice te sposobnost kao pojam predstavlja preduvjet za ostvarivanje vještina. Može se zaključiti da sposobnost komunikacije nije urođena, već se ona kao vještina vježba, uči i prakticira.

Upravo stoga sposobnost komuniciranja nije stečena sposobnost, već vještina koju bi patronažne sestre trebale učiti i redovito prakticirati.

Vještine komuniciranja mogu biti podijeljene na nekoliko vrsta a to su perceptualne, procesne te vještine povezane sa sadržajem.

Perceptualne vještine odnose se na unutarnje viđenje određene situacije. U ovom slučaju patronažna sestra procjenjuje što majka osjeća i o čemu razmišlja, sukladno tome donosi neke unutarnje odluke kako bi riješila problem.

Procesne vještine odnose se na način pristupa i komunikacije s majkom novorođenčeta. Od velike je važnosti da sestra odabere pravi put davanja i primanja informacija, da zna procijeniti kada će upotrijebiti otvoreni tip pitanja, a kada zatvoreni te u kojoj će situaciji postaviti pitanje. Dobrim procesnim vještinama izgradit će se odnos povjerenja prema patronažnoj sestri što će pridonjeti lakšem i otvorenijem dobivanju informacija.

Komunikacijske vještine povezane sa sadržajem odnose se na srž i temu razgovora. Patronažna sestra je moderator dijaloga i diskusije. Postavlja pitanja, daje odgovore, te pruža informacije koje majka traži.

Patronažna zdravstvena zaštita temelji se na edukaciji, stoga je veoma važno da patronažna sestra dobro poznaje vrste komunikacijskih vještina kako bi ih znala primjeniti u interakciji s korisnicima patronažnih usluga. (34)

U medicini svaki zdravstveni djelatnik mora imati na umu da su njegovi sugovornici/pacijenti uglavnom laici te je važno da komunikacija bude što jasnija i razumljivija. U medicinskoj terminologiji koristi se niz latinskih riječi i stručnih medicinskih termina koje sugovornik ne razumije, stoga ih je neophodno izbjegavati. (35).

Komunikacija između patronažne sestre i majke novorođenčeta je specifična komunikacija koja se odvija u domovima obitelji.. Područje rada patronažnih sestara u skrbi za majku i

novorođenče specifičnog je tipa te poštujući sva pravila interpersonalnog komuniciranja, uzimajući u obzir sve navedene elemente moguće je doći do situacije koja je specifična za djelokrug rada u patronaži. (35).

Postoje različite sheme komuniciranja s pripadajućim elementima. Komunikacija između majke novorođenčeta i patronažne sestre može se svrstati u jednu od njih. Patronažna sestra je izvor informacije, davatelj poruke a majka novorođenčeta primatelj poruke. Odnos patronažne sestre i majke novorođenčeta počiva na jednom vidu posebne usluge pa i sam tijekom komunikacije ima svoje specifičnosti. Uzimajući u obzir da je njihov odnos neravnotežan problemi u komunikaciji nisu isključeni kao ni problemi u procesu pružanja usluge patronažne postnatalne skrbi.

Visok stupanj empatije, aktivno slušanje, traženje povratnih informacija preduvjet su kvalitetne komunikacije kako bi se izbjegle pogrešne percepcije prilikom primanja i odašiljanja poruke. Empatija i feed-back najvažniji su čimbenici koji na direktan način imaju utjecaj na kvalitetu cjelokupne patronažne postnatalne skrbi a posebno na uspjeh i kvalitetu komuniciranja. Novopečena majka suočava se sa nizom pozitivnih i negativnih emocija koje mogu izazvati osjećaj straha, očajja pa nekad i nezainteresiranosti, tuge i depresije stoga je pristup patronažne sestre i način njenog komuniciranja bitan čimbenik u stvaranju osjećaja međusobnog povjerenja i razumjevanja.

Jedna od osobina koja svakako mora krasiti patronažnu sestru je ljubaznost. Izražavanje ljubaznosti se uči u sklopu komunikacijskih vještina. Ljubaznošću možemo umanjiti strah kod sugovornika, razviti samopoštovanje osobe, steći bolju povezanost sa sugovornikom, predstaviti se kao osoba od povjerenja te na taj način povećati vjeru u pozitivan ishod (36).

Izražavanjem ljubaznosti povećat će se poštovanje prema patronažnoj sestri kao stručnoj osobi. Majka će steći povjerenje i samim time više će se pridržavati savjeta neophodnih u postnatalnom periodu. Ljubaznošću se također razvija i samopoštovanje majki. Svi navedeni faktori utjecat će na poboljšanje statusa novorođenčeta te na što bezbolniji oporavak majki. U komunikaciji unutar patronažnog tima te s drugim stručnjacima i kolegama ljubaznost je bitan faktor jer se stvara ugodno i pozitivno radno okruženje. Pozitivna radna okolina utjecat će na veću motiviranost a rezultati će biti efikasniji.

Na pitanje kako izraziti ljubaznost, odgovori su višelateralni. Ljubaznost možemo izraziti osmjehom, slušanjem, gledanjem u oči, uvažavanjem i poštovanjem, pokazivanjem empatije, sugovornika oslovljavanjem imenom, ohrabrenjem te pružanjem nade (36).

Osmijeh je najbolji pokazatelj ljubaznosti. Iskrenim osmjehom steći će se povjerenje te će se uspostaviti prisniji i otvoreniji kontakt sa sugovornikom. Takav vid ljubaznog komuniciranja

osobito je važan na relaciji patronažna sestra- majka novorođenčeta. Uspjeh rada patronažnih sestara u postnatalnoj zdravstvenoj zaštiti ovisit će o tome koliko majka vjeruje patronažnoj sestri a samim time postići će se i bolja motiviranost majke u svrhu pozitivnog ishoda za nju samu i njeno novorođenče.(36).

Postavljati ciljeve komunikacijskog procesa u području patronažne zdravstvene zaštite znači odrediti šta je majci novorođenčeta, kao i obitelji potrebno te što majka očekuje. Na taj način omogućit će se efikasnija zdravstvena zaštita. Majke novorođenčadi imaju niz potreba, a to su potreba za poštovanjem, razumjevanje, sigurnošću, stručnošću osobe koja pruža pomoć i topline.

Ukoliko se želi stvoriti dobar komunikacijski odnos s majkama i obitelji novorođenčadi, jako je važna i neverbalna komunikacija izražena kroz pokrete, izraze lica i tijela, poglede, vlastito držanje i cjelokupni vanjski izgled. Važnost upravo ovog oblika komunikacije iskazuje se u ishodu bolje ili lošije komunikacije općenito između patronažne sestre i majke novorođenčeta(37).

Verbalna komunikacija bavi se onime što je rečeno, dok se neverbalna bavi načinom izrečenog. Iz tog razloga neverbalna komunikacija može utjecati na verbalnu komunikaciju jer nadopunjuje, opovrgava, potencira ili poništava verbalnu komunikaciju. Isto tako, neverbalnim načinom komuniciranja prenose se doživljaji topline, prijateljstva, radosti, oduševljenja i sl. (38)

Kada govorimo o upotrebi neverbalnih znakova uz primjenu verbalne poruke bavimo se paraverbalnom komunikacijom kojom ističemo jasnoću iskaza, visinu i jačinu glasa te koliko glasno se izražavamo. Iz navedenog je vidljivo da paraverbalna komunikacija ima za cilj potvrditi iskaz i cjelokuoni proces komuniciranja, no može i izazvati negativnu reakciju kod sugovornika i s time strah, nepovjerljivost ili nedoumice (38).

Iz svega navedenog vidljiva je potreba za usklaživanjem verbalne i neverbalne komunikacije s jasnim porukama verbalnog i neverbalnog komuniciranja.

Promatranjem znakova i majčinog neverbalnog komuniciranja te povezivanjem odnosa između navedenih čimbenika, raste uspjeh komuniciranja i boljeg razumijevanja majke i njenih znakova i osjećaja.

Patronažna zdravstvena skrb poznaje još i podjelu dijagnostičke i terapijske komunikacije. Dijagnostičkom komunikacijom sadržaj se usmjerava na kompleksne informacije koji za cilj imaju definirati problem, dok se terapijskom komunikacijom naglasak stavlja na uspostavljanje odnosa između patronažne sestre i majke kako bis se stvorili preduvjeti za realizaciju patronažne skrbi (31).

Postoje pitanja koja proizlaze iz navedenih vrsta komunikacija, a zdravstvena komunikacija ovisi upravo o njima. Jedno od pitanja je koliko često se sluša pacijent, a koliko često mu se daje savjet te koji način komuniciranja potiče pozitivnu terapeutsku okolinu. Također, postavlja se i pitanje o dobroj komunikaciji i kakva ona treba biti te propitivanje načina komunikacije s pacijentom (31).

Uzimajući u obzir suvremene načine informiranja u kojima Internet i mediji vode glavnu riječ, zaključuje se da patronažna medicinska sestra nije jedini izvor informacija dostupnih majkama novorođenčadi. Iz tog razloga istraživanja zdravstvene komunikacije govore o potrebi promjene ponašanja patronažne medicinske sestre s prilagodbom suvremenim zahtjevima obitelji. Nova saznanja govore o potrebi da se kod majki potiče samopouzdanje u ulozu majčinstva. (39).

3.6. Okosnica rada patronažnih medicinskih sestara u postpartalnom razdoblju

Pomoć patronažne sestre potrebna je kod kontrole prirasta novorođenčeta na tjelesnoj masi, dojenja i uspostave dojenja kod majke, poteškoća prilikom dojenja, njege pupčanog bataljka, pregleda lohija kod babinjače, pregled epiziotomije te rane nakon carskog reza. Također, potrebno je prepoznavanje specifičnih stanja (infekcija) te savjetovanje o pravilnoj prehrani tijekom razdoblja dojenja.

Standardi rasta Svjetske zdravstvene organizacije najbolja su referenca za rast u prve dvije godine jer odražavaju rast zdrave dojene djece. Postoji nekoliko općih smjernica za mjerenje tjelesne mase i rasta a to su da dijete izgubi 5-10 % porođajne tjelesne mase u prvom tjednu i to vrati za 2 tjedna, porođajna tjelesna masa udvostručena je za 4 mjeseca i utrostručena za 13 mjeseci kod dječaka i 15 mjeseci kod djevojčica, duljina rođenja povećava se 1,5 puta u 12 mjeseci te opseg rođene glave povećava se za oko 11 cm u 12 mjeseci. Međutim, sve bebe rastu drugačije i to su samo opće smjernice. Normalno je da bebe gube na tjelesnoj masi nakon što se rode, bez obzira čime se i kako se hrane. Normalno je da dojena djeca gube kilograme prva 3 dana nakon rođenja. Gubitak kilograma u novorođenčadi izražava se kao postotak porođajne tjelesne mase. Maksimalni gubitak tjelesne mase od 7-10 % u prvom tjednu smatra se normalnim (41).

Bebe isključivo dojene savršeno su prilagođene za preživljavanje na malim količinama kolostruma koje dobivaju u prvih nekoliko dana. Nakon toga njihove majke počinju stvarati

velike količine majčinog mlijeka koje zatim osigurava sve tekućine, energiju i hranjive sastojke koje su im potrebne te će povratiti svoju tjelesnu masu do 2 tjedna nakon rođenja.

Bez obzira na postotak gubitka kilograma, najvažnije je da patronažna sestra utvrdi koja je ukupna klinička slika majke i novorođenčeta.

Grafikoni rasta koriste se za praćenje i procjenu bebinog rasta. Tjelesna masa novorođenčeta može se ucrtati u tablicu rasta tjelesne mase za dob. Povijesno gledano, ove su karte sastavljene mjerenjem tjelesne mase stotina različite djece u svakoj dobi. Najčešći tip grafikona rasta je percentilni grafikon gdje se ovih stotina pondera podijeli u 100 jednakih skupina. Te se skupine zatim crtaju na grafikonu ili navode u tablici (42).

Važno je da se standardi rasta Svjetske zdravstvene organizacije temelje na zdravoj, isključivo dojenoj bebi iz šest zemalja s pet kontinenata. Oni točnije pokazuju kako bi normalno dijete trebalo rasti. Grafički prikazi percentila standarda za rast djeteta Svjetske zdravstvene organizacije, referentna su točka rada i patronažne sestre kada utvrđuje primjerenost rasta novorođenčeta. (43).

Prirast na tjelesnoj masi, dužini i rast glavice prate se u tzv. percentilnim krivuljama koje je nedavno ponovo objavila Svjetska zdravstvena organizacija (SZO), a one se odnose na dojenju odnosno prirodno hranjenu djecu. Naime, smatra se da je prirodna prehrana standard prehrane dojenčeta, te se napredak sve djece pa i one umjetno hranjene treba pratiti u odnosu na taj standard, a ne obratno. Novorođenče rođeno u terminu teži oko 3500g. Dužina novorođenčeta kreće se u rasponu od 50-54cm, a opseg novorođenčete glavice iznosi oko 35cm. Manje od polovice novorođenčadi rađa se na dan kada je izračunat termin poroda, a rođenje od 37 navršenih do 42 navršena tjedna nošenja smatra se terminskim. Tjelesna masa, dužina i opseg glave djevojčica i dječaka se razlikuju, te ih stoga treba promatrati zasebno. U majčinoj utrobi novorođenče je zahvaljujući posteljici i majčinom organizmu naraslo i dozrelo, kako bi moglo živjeti samostalno izvan majčina organizma. Pri tome je novorođenčetu potrebno pružiti mnogo potpore, a najvažnija je rano dojenje još tijekom kontakta koža na kožu u rađaonici.

Rano započinjanje prehrane majčinim mlijekom će novorođenčetu tijekom sljedećih dana, tjedana i mjeseci omogućiti skladan rast i razvoj (44).

Da bi se dobila informacija kako dijete stoji u odnosu na standarde koje je objavila Svjetska zdravstvena organizacija, patronažna sestra koristi kalkulator za izračun: BMI kod djece, opseg glave, dužina/visina, tjelesna mase i tjelesne mase prema visini te unosi tražene podatke i nakon toga se generiraju krivulje iz kojih se može vidjeti gdje se prema standardnim krivuljama nalazi novorođenče. Naprimjer ako se novorođenče nalazi na krivulji za težinu koja

ima oznaku 15 što se naziva 15. percentila, a označava da je 15 % novorođenčadi iste dobi lakše, a 85 % njih teže (44).

Kada je u pitanju dojenje i uspostava dojenja kod majke, te moguće poteškoće prilikom dojenja, patronažne sestre imaju osobitu ulogu za efikasno odvijanje istog, kao i razrješenje mogućih poteškoća (45).

Mastitis, ragade na bradavicama te zastojna dojka neke su od poteškoća s kojima se rodilje susreću. Mastitis nastaje usljed zastoja mlijeka u dojci što za posljedicu može imati infekciju. Glavni simptomi koji prate mastitis su povišena tjelesna temperatura, izražena je otečenost dojki, crvenilo, toplina i bolnost dojki. Uz navedene simptome prisutno je opće loše osjećanje(45).

Ukoliko patronažna sestra procjeni da majka ima višak mlijeka koje novorođenče ne može posisati osobito u prvim danima kada je prisutna faza pojačanog naviranja mlijeka, te u slučaju zastoje dojk, savjetovat će majci izdajanje. Izdojeno majčino mlijeko ne gubi na vrijednosti ukoliko se pohrani u hladnjak ili zamrzivač. Na sobnoj temperaturi izdojeno mlijeko može stajati do 8 sati, ukoliko ga se pohrani u hladnjak na +4°C može stajati 48 sati a u zamrzivaču 30-180 dana ovisno o visini temperature zamrzivača. Kada majka želi upotrijebiti mlijeko iz zamrzivača ono se mora postepeno otopiti na sobnoj temperaturi. Takvo mlijeko kao i mlijeko koje je bilo pohranjeno u hladnjaku potrebno je zagrijati na temperaturu optimalnu za davanje novorođenčetu. Zagrijavanje izdojenog majčinog mlijeka provodi se stavljanjem bočice sa mlijekom u vodenu kupelj 5-10min. Neposredno prije davanja ugrijanog mlijeka djetetu potrebno je provjeriti njegovu temperaturu. Postupak se izvodi tako što majka kapne nekoliko kapi mlijeka na svoju podlakticu. Bočice i izdajalice potrebno je mehanički oprati toplom vodom i deterdžentom te potom sterilizirati. Postupak sterilizacije u kućnim uvjetima provodi se tako što se sav pribor u potpunosti potopljen u vodu prokuha 15 minuta. U Svrhu sprječavanja infekcije neophodno je educirati majku o važnosti pranja ruku te higijeni dojki osobito prije hranjenja novorođenčeta ili izdajanja. Novorođenče hranjeno umjetnom formulom jede otprilike svaka 3-4 sata što znači da ima otprilike 6 obroka dnevno. Patronažna sestra educirati će majku kako svaka umjetna formula ima svoje upute za pripremu i od velike je važnosti da ih se pridržava. (46).

Godišnje u svijetu umire oko 4 milijuna novorođenčadi. Od toga, 36 % smrti je uzrokovano infekcijama, kojima često prethode infekcije pupkovine. Pupkovina je organ koji u maternici povezuje posteljicu s plodom. Nakon porođaja, presijecanje pupkovine fizički odvaja majku i dijete. Kožu, kao i pupčani bataljak novorođenčeta naseljavaju nepatogeni, ali i patogeni mikroorganizmi i zbog toga pupčani bataljak predstavlja često sjelo infekcije u vidu omfalitisa

i sepse. Pupčani bataljak sa sušenjem mijenja boju prema crnoj i odvaja se između petog i petnaestog dana nakon porođaja. Infekcije pupkovine mogu se prevenirati, kao i skratiti vrijeme odvajanja pupčanog bataljka pomoću prepoznavanja najbolje prakse njege pupkovine (47).

Unatoč mnogim istraživanjima o različitim metodama njege pupkovine, terapijske preporuke i praksa i dalje variraju od ustanove do ustanove, i mogu uključivati: triple dye metodu, klorheksidin, alkohol, povidon-jod, antibiotske preparate i suhu njegu pupkovine. Istraživanja provedena u razvijenim zemljama pokazala su da u odnosu na suhu njegu pupkovine, lokalna primjena antimikrobnih sredstava smanjuje kolonizaciju pupkovine s patogenim bolničkim bakterijama, ali učestalost razvoja infekcije nije se statistički razlikovala. Istraživanje provedeno na 1180 novorođenčadi pokazalo je statistički značajno produženo vrijeme odvajanja pupčanog bataljka njegovanog alkoholom u odnosu na suhu njegu (47).

Cilj njege je suh i čist pupčani bataljak, zarasla pupčana ranica i oblikovan pupak. Tijekom prvog tjedna života, pupčani bataljak je obično suh i bez sekrecije. Krajem prvog tjedna počinje odvajanje bataljka uz slabiju sukrvicu i vlaženje, što je očekivano i ne treba zabrinjavati. Roditelji se jako opterećuju s bataljkom koji je omotan sterilnom gazom. Gaza je često čvrsto zamotana i zalijepljena za bataljak što roditeljima stvara dodatni problem jer se boje odvojiti gazu u strahu da ga ne otkinu (48).

Postupak skidanja gaze je jednostavan: prije odvajanja gaze operu se ruke, gazu se polako skine, dezinficira se okolina bataljka i potom stavi nova gaza, ali što labavije kako bi je se poslije lakše uklonilo. Najvažnije je da se gazu redovito mijenja, jednom dnevno. Navedeni postupak pokazuje patronažna sestra. Većina roditelja je u strahu da pri njezi ne otkinu pupčani bataljak, zbog čega izbjegavaju oprati i dezinficirati okolnu kožu, a to može dovesti do infekcije (48).

Važno je da patronažna sestra ukaže na to da se svakodnevnom pravilnom njegom ne može otkinuti bataljak jer za to je potrebna velika sila. Pupčani bataljak treba prirodno otpasti i ne smije ga se potezati niti kada visi na končiću. Pupčani bataljak se kod neke novorođenčadi odvoji nešto kasnije od uobičajenog vremena (48).

Ako pupak nije otpao nakon 21 dan, patronažna sestra će dijete uputiti pedijatru koji će, prema procjeni, najčešće lapizirati ili podvezati pupčani bataljak kako bi se ubrzao proces otpadanja. Pojedini pedijatri ne obavljaju postupak podvezivanja već dijete upućuju u bolnicu. U velikom broju slučajeva pupčani bataljak otpada neposredno nakon podvezivanja ili nakon par dana. Ono što treba zabrinuti je pojava pojačane sukrvice, vlaženja, neugodnog mirisa, lokalnog crvenila, krvarenja, otekline, bolnosti na dodir u području pupka ili povišene temperature. U

bilo kojem slučaju patronažna sestra će uputiti obitelj da se javi pedijatru. Nakon što pupčani bataljak otpadne nastaje pupčana ranica (pupak se rijetko kada odmah oblikuje, za to je potrebno nekoliko dana). Patronažna sestra će procijeniti izgled pupčane ranice i dati daljnje upute vezane uz njegu. Ako pupčana ranica uredno zacjeljuje bez vlaženja, nije nužna primjena antiseptika. Manja sekrecija u procesu zacjeljivanja je uobičajena pojava (48).

Zacjeljivanje pupčane ranice treba pratiti, a okolnu kožu održavati čistom i suhom. U tom smislu poželjno je pupčanu ranicu izložiti zraku i ne stavljati preko nje gazu, mrežicu, zavoj ili flaster. I u ovoj fazi potrebno je pelenu saviti ispod pupka dok god ne prestane sekrecija i ranica ne zacijeli. Procjenu izgleda pupčane ranice nakon otpadanja pupčanog bataljka provodi patronažna sestra, koja u slučaju pojave granuloma djeteta upućuje pedijatru koji izraslinu lapizira. U praksi je često prisutan naziv „spaljivanje“, što nepotrebno plaši roditelje. Navedeni proces lapizacije se obavlja štapićem uronjenim u srebrni nitrat. Postupak nije bolan i može se provesti ambulantno. Ponekad, ovisno o veličini granuloma, potrebno je više od jednog lapiziranja (48).

Unutar koncepta optimizirane patronažne zaštite majki i novorođenčadi, osnovna ljudska prava i udobnost bili bi visokog prioriteta. Nadalje, u takvom bi modelu naglasak bio na individualizaciji skrbi, te principu po kojem bi prednost, tradicija, vjerovanje i stavovi morali biti ugrađeni u patronažnu zaštitu utemeljenu na dokazima.

Patronažna sestra obavlja i pregled lohija kod babinjače. Krvarenje nakon poroda je potpuno normalna pojava koja traje sve dok tkivo maternice ne zacijeli. Vaginalno krvarenje i iscjedak nakon poroda javljaju se kod svih roditelja. Sadržaj kojeg se tijelo oslobađa naziva se lohije i kombinacija je tkiva maternice, sluzi i krvi. Lohije se pojavljuju kod svih roditelja, neovisno o tome jesu li rodile prirodnim putem ili carskim rezom. Kod babinjača koje su rodile carskim rezom u prva 24 sata krvarenje je nešto slabije jer se tijekom zahvata sadržaj maternice čisti za razliku od žena koje su rodile vaginalnim putem gdje je krvarenje najjače prvih par dana nakon rođenja djeteta. (49).

Babinje traje oko šest tjedana nakon poroda u kojem će se vremenu krvarenje smanjiti i na kraju i nestati te će se nakon toga javiti menstruacija. Prvih par dana nakon poroda krv će biti žarko crvene boje. Slabljenjem krvarenja boja prelazi u smeđu pa sve do žuto-bijelog iscjetka koji označava kraj krvarenja. Ukoliko nakon poroda kod roditelje nisu prisutne lohije to može biti prvi znak infekcije ili intrauterinog zadržavanja krvi. (49).

Mogućnost teškog (abnormalnog) krvarenja postoji u prvih dvanaest tjedana nakon poroda no ipak najčešće se razvija u prva 24 sata nakon poroda. Patronažna sestra će ukazati ukoliko je krvarenje abnormalno. Mnogo žena ne zna da imaju teško krvarenje dok ne prepoznaju

popratne znakove kao što su povećanje tjelesne temperature, osjećaj slabine, mučnina, vrtoglavica, ubrzan rad srca.

Gubitak krvi nakon poroda može dovesti do ozbiljnog manjka željeza u krvi što može rezultirati anemijom. Patronažna sestra stoga upućuje babinjače redovito održavati higijenu, pogotovo ako je došlo do pucanja međice tijekom poroda. Potrebno je stoga paziti da se nakon tuširanja dobro osuši oštećeno područje. Babinjaču se upućuje tuširati barem jednom dnevno najbolje toplom vodom, pri čemu da ne koristi jake gelove i šampone.

Preporuka je nakon svakog odlaska u toalet isprati ranu običnom vodom jer rana mora biti čista. Nakon ispiranja, uputno je osušiti vaginalno područje, te upotrijebiti pamučni uložak.

Tijekom prvih nekoliko dana nakon poroda, preporučuje se nositi samo uložak za roditelje kako bi rana čim prije zarasla (50).

3.7. Model poboljšanja patronažne zdravstvene skrbi majki i novorođenčadi

Model poboljšanja patronažne zdravstvene skrbi za majke i novorođenčad temelji se na pretpostavci da pružanje kvalitete u zdravstvenoj skrbi žena, koje imaju normalno iskustvo trudnoće, porođaja i postporođajnog razdoblja, kao i njihovoj zdravoj novorođenčadi, ne samo da poboljšava zdravlje majke i djece, već također može pomoći u spašavanju života.

Osnovna briga za majke i novorođenčad uključuje zdravstvene usluge koje sve roditelje i novorođenčad trebaju primiti. Osiguranje osnovne skrbi također naglašava važnost pružanja patronažne zdravstvene zaštite i savjetovanja ženama i njihovim obiteljima, da ih se osnaži postati aktivnim sudionicima u svom zdravstvenom stanju.

Postnatalna skrb majke dio je patronažne zdravstvene zaštite, koja bi u bitnom uključivala procjenu dobrobiti majki, prevenciju i otkrivanje komplikacija, kao što su primjerice infekcije, krvarenje, anemija, prevencija i suzbijanje anemije uz dopunsku dohranu željeza i folne kiseline, zatim informacije i savjetovanje o prehrani, sigurnom planiranju obitelji i pružanju informacija o nekim kontracepcijskim metodama.

U okviru patronažne zdravstvene skrbi za majku i novorođenče daju se i savjeti o znakovima opasnosti i pripravnost za hitne slučajeve. Kada je u pitanju njega novorođenčeta bitno je jačanje kapaciteta za patronažne usluge u smislu procjene dobrobiti novorođenčeta, što uključuje savjetovanje o dojenju, otkrivanje komplikacija i reagiranje na majčinske brige, pružanje informacija i savjetovanje o kućnoj njezi, kao i dodatne naknadne posjete bebama s visokim rizikom, kao što su primjerice prijevremeno rođene bebe (51).

U modelu optimizacije patronažne zdravstvene zaštite majki i novorođenčeta temeljna okosnica počivala bi na uspostavi kontinuiteta skrbi, nacionalnog referalnog sustava, te fokusiranih treninga, kao i iznalaženja odgovora na pitanje radi li se i što u pogledu orijentirane zdravstvene zaštite majki, novorođenčeta, te obitelji.

4. VAŽNOST PATRONAŽNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U POSTNATALNOM PERIODU

Patronažne sestre pridonose poboljšanju otpornosti obitelji i poboljšanju kvalitete života novorođenčadi i majki, procjenom potreba i razumijevanjem situacije, identificiranjem možebitnih problematičnih situacija i proaktivnim pristupom. Ovim pristupom majci novorođenčeta, ali i cjelokupnoj obitelji omogućuje se da postanu aktivni saveznici. Patronažna sestra treba biti svjesna da s pojedinim majkama novorođenčadi može biti teško uspostaviti kontakt i raditi, kao i da ona snosi odgovornost za izgradnju odnosa s majkama, na osnovi profesionalne odgovornosti. Nalazi iz komunikacijskih obrazaca potvrđenih u više studija ukazuju da je majkama, kao i očevima novorođenčadi potrebno pristupiti individualno, bez generalizacije i stigmatiziranja na temelju njihova spola, etničke pripadnosti, bračnog statusa, obrazovanja ili materijalnog statusa (52, 53, 54).

Konsenzualno shvaćanje današnjih tijekova patronažne skrbi usredotočeno je na kvalitetu patronažnih posjeta, a ne na njihovu količinu. Dalje, prisutno je shvaćanje po kojemu je zadatak patronažne sestre ne samo prepoznati probleme kod babinjača i novorođenčadi i uputiti iste na rješavanje, nego i pravovremeno prepoznati i ukloniti ili značajno smanjiti rizik koji može dovesti do problema, kako je to usuglašeno u provedenim studijama (55, 56).

Sukus djelovanja patronažnih sestara tako više ne počiva na fokusu u vidu skupa zdravstvenih, socijalnih, obrazovnih i drugih mjera za otkrivanje bolesti i čisto medicinskih problema, već na usredotočenju na fizički i psiho-emocionalni ekvilibrijum babinjača, kao i na sigurnost i dobrobit djeteta, kako to sugeriraju nalazi studija (55, 56).

Nalazi studija sugeriraju da patronažne sestre dobrobit novorođenčeta trebaju razmatrati u kontekstu obitelji, primjerice postojanja depresije kod majke ili oca, zanemarivanja i zlostavljanja. Potrebno je stoga da uspostave ravnopravno partnerstvo s babinjačama i članovima obitelji novorođenčeta, te da se oni ne tretiraju kao podređeni članovi, koji su dužni slijepo slijediti savjete patronažne sestre (57, 58, 59).

Ono što suvremene spoznaje donose jest i to da patronažna sestra ne radi sama u izolaciji, te da je ona član javno zdravstvenog tima za majku i dijete, koji uključuje i liječnika, ali po potrebi i socijalne radnike, psihologe i druge stručnjake. Timski rad u patronažnoj skrbi za babinjaču i dijete sve više se prepoznaje, te kao takav uspostavlja i mehanizme za učinkovitu interakciju s drugim odjelima (60, 61).

VAŽNOST PATRONAŽE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U POSTNATALNOM PERIODU

U aktualnoj praksi patronažna sestra je prepoznata kao glavni skrbnik obitelji i veza između postojećih usluga i potrebe djeteta. U očima obitelji patronažna sestra tako prestaje igrati sporednu ulogu nakon liječnika (57).

Uspješnom primjenom optimiziranog modela patronažne skrbi izgledniji su pozitivni ishodi za babinjače, novorođenčad i cjelokupnu obitelj. Poboljšanje patronažne skrbi utječe na poboljšanje znanja majki i vještina u hranjenju dojenčadi (dojenje i dohrana), poboljšanju prepoznavanja simptomatologije za traženje medicinske pomoći kao što su komplikacije poput krvarenja kod babinjača ili primjerice infekcije pupka kod novorođenčeta. Nadalje ovo poboljšanje utječe i na svijest majki o prevenciji zaraznih bolesti, značaju uspostave privrženosti na razvoj novorođenčeta, važnosti sigurnog kućnog okruženja, te smanjenje razine stresa majčinstva (58).

Ispravno planiranje patronažnih posjeta trebalo bi osiguravati potpunu pokrivenost i pravodobno pružanje patronažne skrbi u domovima babinjača i novorođenčadi. Izvor planiranja trebao bi biti popis stanovništva na dodijeljenom mjestu, registar stanovništva i registar trudnica. Potrebno je izraditi dvije vrste plana: univerzalne posjete (mjesečni plan, tjedno praćenje) i po potrebi optimizirane posjete na razini dnevne dinamike, na temelju definiranih potreba novorođenčadi i njihovih majki (62).

Prije posjeta patronažne sestre babinjači i novorođenčetu, bilo bi uputno organizirati rutinski informativni sastanak, na kojemu bi bili prisutni voditeljica patronažnih sestara, a povremeno, u isto vrijeme i liječnik opće prakse. Postavljanjem kratkih pitanja o određenim posjetama patronažne sestre, potrebno je osigurati da patronažna sestra pravilno obavlja zadatke određenog posjeta. Na primjer, od patronažne sestre se može tražiti da na lutki (simulatoru) pokaže kojim će redoslijedom ispitati novorođenče, kako bi pokazala kako će procijeniti socijalne rizike ili sigurnost okoliša. Pitanja bi se trebala odnositi na predstojeće stvarne posjete, pri čemu je potrebno imati u vidu da takav briefing nije ispit, te kao takav na služi kazni (62).

Ako odgovori ukazuju na nedostatak znanja, potrebno je izvršiti kratak pregled i raspravu u timu sa ostalim patronažnim sestrama. Treba biti otvoren i tome da patronažna sestra koja ima slabo znanje u posjet babinjači i novorođenčetu ode s drugom, spremnijom i vještijom sestrom (58, 62).

Više studija ističe važnost pružanja povratnih informacija od strane patronažnih sestara prema drugim članovima tima. Optimalan pristup patronažne skrbi uključivao bi i to da na kraju tjedna patronažna sestra preda izvještaj i popunjenu dokumentaciju voditelju patronaže a koji bi

sadržavao podatke o tome koji su posjeti obavljeni, koji su rizici identificirani, koliko je posjeta obavljeno prema pojedinačnim planovima, koje promjene su se dogodile, kao i koji su rizici uklonjeni. Poželjno je imati liječnika opće prakse radi evaluacije povratnih informacija o tjednim rezultatima patronažne skrbi o babinjačama i novorođenčadi. U svakom slučaju, popis djece i trudnica s umjerenim i visokim rizikom uvijek bi trebao biti dostavljen liječniku, a popis rizičnih babinjača i/ili novorođenčadi također i šefu odjela. Navedeno je potrebno kako bi se vidio napredak rada u ovom području, kakva je pomoć potrebna patronažnoj sestri i kako se mogu koristiti resursi (59, 60).

Ono što je nadalje važno imati u vidu jest i činjenica da je patronažna sestra član tima, te da najmanje 2 sata tjedno treba posvetiti treningu, gdje bi trebao biti prisutan cijeli tim (patronažne sestre, liječnik opće prakse, voditelj patronaže). Kao najučinkovitiji oblik treninga pokazala se prezentacija (težak neriješen slučaj ili obrnuto, uspješno riješen slučaj). Obično je ovo kratka prezentacija na 3-4 slajda s opisom slučaja, eko kartom djeteta s jasnom identifikacijom problema i pitanjima o kojima bi se trebalo raspraviti. Važno je da članovi tima sudjeluju u raspravi i da svatko može otvoreno izraziti svoje mišljenje. To jača timski rad (62).

Također je važno da se sudionik koji predstavlja događaj dobro pripremi za odgovarajući modul. Rasprava bi trebala biti u uskom krugu tima, povjerljiva; osoblje ne bi smjelo otkrivati informacije o djetetu i njegovoj / njenoj obitelji, što je postalo poznato tijekom obavljanja službene dužnosti (62).

Kao što je praksa pokazala, poboljšanje kvalitete patronažne skrbi treba se nadograđivati i promovirati od samog početka i na svim razinama. Ključna točka novog pristupa patronažne skrbi bilo bi prevladavanje tendencije tradicionalnog nadzora.

Podizanjem patronažne zdravstvene zaštite na viši nivo došlo bi do poboljšanja kvalitete pružene usluge. Svrha nadzora, rasprave, praktične podrške i treninga bila bi pomoć patronažnim sestrama u njihovom profesionalnom ravoju i postizanju učinkovitijih rezultata (62).

5. ZAKLJUČAK

Kulturna vjerovanja i prakse vezane uz patronažnu skrbi majki i novorođenčadi međugeneracijska su globalna poveznica, standardizirana protokolima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO). Svaka zemlja doduše donosi pozitivne propise koji se tiču provedbe patronažne skrbi, no lajtmotiv u vidu slijeđenja standarda WHO ostaje prisutan.

I dok je u zemljama s niskim i srednjim dohotkom pitanje patronažne skrbi novorođenčadi i majki često pitanje života i smrti, u zapadnim i razvijenim zemljama, kojem krugu pripada i Hrvatska, pitanje patronažne skrbi je pitanje oživotvorenja kvalitete života majki novorođenčadi i same novorođenčadi. Iako je u Hrvatskoj patronažna skrb za majke i novorođenčad organizirana djelatnost, koja je dostupna svakoj majci i novorođenčetu, neovisno o statusu majke, te u tom smislu nema diskriminacije, zamjetna je distinkcija pružanja ove vrste usluga kao dio javno zdravstvene usluge, te privatno medicinske usluge.

Navedena distinkcija nije od odraza na pitanje kvalitete pružanja patronažne skrbi majci i djetetu, jer se standardi kvalitete uvijek i bez iznimke slijede i u sustavu javnog zdravstva. U posljednje vrijeme su vidljive strategije obrazovanja i inkluzije u sustavu patronažne skrbi, tako da se usvajaju praktični pristupi, poput uključivanja muževa / partnera i /ili ostalih članova obitelji u usluge patronažne skrbi.

Patronažna sestra u okosnici svog rada vodi računa o njezi pupčanog bataljka novorođenčeta, praćenju krvarenja kod babinjače, dojenju i uspostavi dojenja kod majke, te prirastu novorođenčeta na tjelesnoj masi. Pri navedenom izuzetno bitnim pokazali su se komunikacijski modeli s majkom novorođenčeta, te ostalim članovima obitelji, koje upravo patronažna sestra povezuje u inkluzivni krug optimizacije brige o majci i novorođenčetu. Kao osobit doprinos patronažne sestre u pružanju skrbi novorođenčetu i majci pokazalo se njeno prepoznavanje simptomatologije koja odudara od standarda i pravodobno upućivanje liječniku specijalistu, bilo da se radi o majci ili novorođenčetu. Na navedenom putu, prohodni komunikacijski kanali na razini patronažna sestra – majka, pokazuju se kao ključan alat u postizanju imenovanog cilja.

Mjesto daljnjeg poboljšanja pružanja patronažne skrbi vezano je uz potencijal patronažne sestre da pravilno prepozna i uoči možebitne rizične situacije za majku i novorođenče, te da iste adresira i na njih utječe ex ante preventivnim pristupom. Kako bi se imenovani cilj ostvario ključnim se pokazuje otvoriti pristup što je više moguće timskom radu s voditeljem patronažnih sestara, te nadzornim liječnikom. Sistematika treninga i simulacija stvarnih problemskih

situacija za patronažnu sestru ključni alati za jačanje njene uloge u pružanju patronažne skrbi, no na tom putu patronažnoj sestri je potrebna organizacijska podrška i rad na njoj kao ljudskom resursu, kako bi se postigle njene kompetencije kao stručne osobe za patronažnu skrb.

6. SAŽETAK

Uvod: U radu se daje pregled sistematike pružanja patronažne skrbi za majku i novorođenče u vremenskom presjeku ovog vida skrbi. Ujedno, daje se distinktivni pregled vaninstitucionalne patronažne skrbi i one institucionalne, pri čemu se ispituje geneza pojave oba vida skrbi.

Postupci: Uz pomoć internetske tražilice korištena je svjetska literatura koja uključuje knjige i priručnike na engleskom jeziku. U istraživačkoj bazi podataka nalaze se članci u časopisima i novinama. Korištene su autorizirane objave na bazama Pubmed, ScienceDirect, Google Scholar, Hrčak, Scopus te Medline.

Prikaz teme: U postpartalnom razdoblju za svaku majku od velike je važnosti posjet i pomoć patronažne sestre. Uloga patronažne sestre u svom centralnom presjeku uvijek je uključivala pregled prirasta novorođenčeta na tjelesnoj masi, educiranje o dojenju, uspostavu dojenja kod majke, rješavanje poteškoća prilikom dojenja te pomoć kod njege pupčanog bataljka. Patronažna sestra također vrši cjelokupan nadzor i kontrolu novorođene bebe te edukaciju majke. Pored ove centralne uloge patronažne sestre prepoznaju se također odgovarajući komunikacijski modeli, treninzi i učenje iz stvarnih situacija kao jedinstveni kanali kojima patronažna sestra povećava svoje kompetencije, a majka i novorođenče dobivaju povećanu kvalitetu patronažne skrbi.

Zaključak: Nalazi istraživanja ukazuju da je na kompetencijama patronažne sestre moguće raditi odgovarajućim organizacijskim djelovanjem u smislu treninga, vježbi i simuliranja problemskih situacija kakve mogu zateći patronažnu sestru u radu s majkom i novorođenčetom. Pravilno komuniciranje patronažne sestre s majkom doprinijet će razumijevanju dinamike obiteljske okoline, potrebama majke i djeteta te mogućnosti da se eventualni štetni događaj spriječi, a ne samo da se pravilno prepozna simptomatologija i tek po istoj djeluje.

Ključne riječi: babinjača; dojenje; kompetencije; novorođenče; patronažna skrb; patronažna sestra.

7. SUMMARY

The role of a maternal and child health nurse in mother's and a newborn child's care

Introduction: This paper gives an overview of systematics of postpartum care for mother and a newborn child in a timeline of this aspect of care. It also gives a distinctive overview of out-of-institutional postpartum care along with the institutional care, where the genesis of both types of care is tested.

Procedures: With the help of the Internet search engine, the world literature was used which includes books and handbooks in English language. In the research database there are articles in the magazines and the newspapers. Authorized publications from databases Pubmed, ScienceDirect, Google Scholar, Scopus and Medline were used.

Topic review: In the postpartum period the visit and the help from maternal and child health nurse is of a great importance. The role of maternal and child health nurse, in its central overview, has always included the checkup of newborn's weight, breastfeeding education, breastfeeding redintegration with the mother, dealing with breastfeeding problems and taking care of umbilical stump. The maternal and child health nurse also provides an overall supervision and care of the newborn baby and educates the mother. Besides this maternal and child health nurse's central role, corresponding communicational models, trainings and learning from real-life experiences maternal and child health nurse are recognized as unique channels that a nurse uses to enhance her/his competence, so a mother and a newborn baby get an increased quality of postpartum care.

Conclusion: The research results indicate that it is possible to work on maternal and child health care nurse's competences with corresponding organizational action in the means of training, practice and simulation of possible problem situations that a nurse can find herself/himself in when working with a mother and a newborn baby. Proper communication between the maternal and child health nurse and the mother will contribute to understanding the dynamics of family surroundings, mother's and child's needs and it will make it possible to prevent the prospective harmful events, not only to properly recognize the symptomatology and only to act upon the latter.

Key words: puerperal woman, breastfeeding, competence, newborn, postpartum care, maternal and child health nurse,

8. LITERATURA

1. Aprilia Vidayati L, Analysis of infant characteristics postpartum mother role in improving the adaption of mother In: 8th International Nursing Conference "Education, Practice And Research Development In Nursing".2017;31.1:233-245
2. Saliha S, Panova G. The role of the patronage nurse and establishment of communication with patients after spontaneous delivery of phi clinic for gynecology and obstetrics-Skopje for the period 2016-2018. 2018; 28.2: 255-260.
3. Primarna zdravstvena zaštita . Patronažna zdravstvena zaštita. 2020. Dostupno na <https://dzz-istok.hr/primarna-zdravstvena-zastita/patronazna-zdravstvena-zastita/> Datum pristupa: 6. 5. 2021.
4. Patronažna zdravstvena zaštita. Sestra zaštitnica obitelji. 2011. Dostupno na: <http://www.zzjzpgz.hr/nzl/33/zastitnica.htm> Datum pristupa: 9. 5. 2021.
5. Hrvatska komora medicinskih sestara. Dostupno na <http://www.hkms.hr/dokumenti-i-propisi>. Datum pristupa: 4. 5. 2021.
6. Stojkowska L, Pano G. The role of patronage nurse in education, care and treatment of woman after giving birth. Knowledge International Journal. 2018; 28(2), 637 - 642.
7. Chauhan G, Tadi P. Physiology, Postpartum Changes. 2021;316:45-92.
8. Chauhan G, Tadi P. Stat pearls. Physiology, Postpartum changes.2020;181:46-74
9. Alekseev NP, Vladimir II, Nadezhda TE. Pathological postpartum breast engorgement: prediction, prevention, and resolution. Breastfeed Med. 2015;10(4):203-208.
10. Sharman A. Post-partum regeneration of the human endometrium. J Anat. 2017;1953;87(1):1-10.
11. McLaren HC. The involution of the cervix. Br Med J. 1952;1(4754):347-352.
12. DC Dutta's. Textbook of Gynecology. Enlarged & Revised Reprint of Sixth Edition: India, 2013. Dostupno na: https://www.moscomm.org/pdf/DC_Dutta_s_Textbook_of_Gynecology.pdf Datum pristupa: 20. 5. 2021.
13. Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. Thyroid. 2011;21(10):1081-1125.

14. Sonagra AD, Biradar SM, K D, Murthy D S J. Normal pregnancy- a state of insulin resistance. *J Clin Diagn Res.* 2014;8(11):CC01-CC3.
15. Arulkumaran S, Ledger W, Denny L, Doumouchtsis S. *Textbook of Gynaecology* Oxford University Press; 2020; 314:55-72.
16. Wray S, Prendergast C, et al, *Glob. libr. women's med.* 2021.ISSN: 1756-2228.
17. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and Directorate of Clinical Strategy and Programmes, Health Service Executive. Management of urinary retention in pregnancy, post-partum and after gynaecological surgery. 2018;41:14-28
18. Cheung KL, Lafayette RA. Renal physiology of pregnancy. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2013;20(3):209-214.
19. Vinturache A, Khalil A, *Glob. libr. women's med.*2021;ISSN: 1756-2228.
20. Chandra S, Tripathi AK, Mishra S, Amzarul M, Vaish AK. Physiological changes in hematological parameters during pregnancy. *Indian J Hematol Blood Transfus.* 2012;28(3):144-146
21. Umar S, Nadadur R, Iorga A, Amjedi M, Matori H, Eghbali M. Cardiac structural and hemodynamic changes associated with physiological heart hypertrophy of pregnancy are reversed postpartum. *J Appl Physiol (1985).* 2012;113(8):1253-1259.
22. Soma-Pillay P, Nelson-Piercy C, Tolppanen H, Mebazaa A. Physiological changes in pregnancy. *Cardiovasc J Afr.* 2016;27(2):89-94.
23. Vanagunas A, *Glob. libr. women's med.*2008; ISSN: 1756-2228
24. Motosko CC, Bieber AK, Pomeranz MK, Stein JA, Martires KJ. Physiologic changes of pregnancy: A review of the literature. *Int J Womens Dermatol.* 2017;3(4):219-224.
25. Fernandes LB, Amaral WN. Clinical study of skin changes in low and high risk pregnant women. *An Bras Dermatol.* 2015;90(6):822-826.
26. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care WHO Regional Office for Europe 2002. Dostupno na: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf. Datum pristupa: 15. 6. 2021.
27. Pinheiro EM, Paes da Silva MJ, AngeloCircéa M, Ribeiro A. The meaning of interaction between nursing professionals and newborns/families in a hospital setting 2018. Dostupno na: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/cn4fJZmdMrcYxrBJSWRSR4w/?lang=en> Datum pristupa: 21. 7. 2021.

28. Karabatić S. Modeli, razine I oblici komuniciranja medicinskog osoblja i pacijenta. *Zdravstveni glasnik* . 2018;4(1):72-78.
29. WHO Healthy Workplace Framework and Model. Background and Supporting Literature and Practices. 2010. Dostupno na: https://www.who.int/occupational_health/healthy_workplace_framework.pdf Datum pristupa: 12. 5. 2021.
30. Institute of Medicine (US) Committee on Enhancing Environmental Health Content in Nursing Practice; Pope AM, Snyder MA, Mood LH, editors. *Nursing Health, & Environment: Strengthening the Relationship to Improve the Public's Health*. Washington (DC): National Academies Press (US); 1995. 3, Nursing Practice. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK232401/> Datum pristupa: 30. 5. 2021.
31. Nokuthula Sibiyi M. Effective Communication in Nursing, Nursing, Nilgun Ulutasdemir, IntechOpen, 2018;42(3):32-56
32. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J*. 2010;10(1):38-43.
33. Horwood C, Haskins L, Luthuli, S. et al. Communication between mothers and health workers is important for quality of newborn care: a qualitative study in neonatal units in district hospitals in South Africa. *BMC Pediatr* .2019;19: 496
34. The Center for Appropriate Dispute Resolution in Special Education. Supporting the prevention and resolution of disputes through partnership and collaboration. 2017. Dostupno na: <https://www.cadnetworks.org/resources/communication-skills> Datum pristupa: 23. 6. 2021.
35. Kourkouta L, Papathanasiou IV. Communication in nursing practice. *Mater Sociomed*. 2014;26(1):65-67.
36. Molina-Mula J, Gallo-Estrada J, Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. 2020;72:123-6.
37. Keneddy Sheldon L. The nurse-patient relationship. Establishing therapeutic Relationship. 2020;113:75-60
38. Ležaić A. Komunikacija u zdravstvenom timu. *Sestrinski glasnik* .;25(2):146-151.
39. Polona Mivšek, A. Stanek Zidaric, T. Mood Disorders and Mother-Infant Relationship – The Supportive Role of a Midwife, *Mood Disorders*, Nese Kocabasoglu, IntechOpen, DOI: 2013. 10.5772/53253.

40. Dombrowski L, Henderson S, Leslie J, Mohammed K, Johnson D & Allan N. The role of early years care providers in supporting continued breastfeeding and breast milk feeding, *Early Years*.2020 40:2, 205-220
41. Prpić I, Krajina R, Radić J, Petrović O, Mamula O, Haller H i sur. Porodna težina i duljina novorođenčadi rođene u Kliničkom bolničkom centru Rijeka. *Gynaecologia et perinatologia*. 2007 ;16(3):136-143.
42. Centers for disease control and prevention. WHO Growth Standards Are Recommended for Use in the U.S. for Infants and Children 0 to 2 Years of Age. 2010. Dostupno na: https://www.cdc.gov/growthcharts/who_charts.htm. Datum pristup: 19. 7. 2021.
43. World Health Organization. Training Course on Child Growth Assessment. Geneva, WHO, 2008. Dostupno na: https://www.who.int/childgrowth/training/module_c_interpreting_indicators.pdf. Datum pristupa: 3. 7. 2021.
44. Zekan J, Kopljar M, Pfeifer D, Pulanić D. Predictive factors in determination of newborn weight. 1999;8(2-3 (40-41)):239-251.
45. Samardžija Čor I, Zakanj Z. The Influence of Patronage Nurses on Breastfeeding. *Acta clinica Croatica* . 2014;53.(2.):204-209
46. Royal College of Nursing. Formula feeds RCN guidance for nurses caring for infants and mothers. 2016. Dostupno na: <https://www.rcn.org.uk/-/media/royal-college-of-nursing/documents/publications/2016/october/005694.pdf?la=en> Datum pristupa: 3. 7. 2021.
47. Heil JR, Bordoni B. Embryology, Umbilical Cord. In: *StatPearls* . Treasure Island (FL).2021; 47:45-56
48. Perić O. Zdravstvena njega pupčanog bataljka - iskustva u rodilištu sveučilišne kliničke bolnice Mostar. *Zdravstveni glasnik* . 2015. 1(2):38-43.
49. Mrculin J, Sertić V. Trudnički tečaj – edukacija budućih roditelja Pregnancy Course - education for future parents. *Sestrinski glasnik* . 2020. ;25(1):50-55.
50. Kavle JA, Stoltzfus RJ, Witter F, Tielsch JM, Khalfan SS, Caulfield LE. Association between anaemia during pregnancy and blood loss at and after delivery among women with vaginal births in Pemba Island, Zanzibar, Tanzania. *J Health Popul Nutr*. 2008;26(2):232-240.
51. Lassi ZS, Kumar R, Bhutta ZA. Community-Based Care to Improve Maternal, Newborn, and Child Health. In: Black RE, Laxminarayan R, Temmerman M, et al.,

- editors. Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 2). Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. 2016;31(2) 72-78
52. Darmstadt GL, Kinney MV, Chopra M, Cousens S, Kak L, Paul VK, Martines J, Bhutta ZA, Lawn JE. Lancet every newborn study G: who has been caring for the baby? *Lancet*. 2014;384(9938):174–88.
53. Dickson KE, Kinney MV, Moxon SG, Ashton J, Zaka N, Simen-Kapeu A, et al. Scaling up quality care for mothers and newborns around the time of birth: an overview of methods and analyses of intervention-specific bottlenecks and solutions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15(Suppl 2):S1.
54. Lambert J, Etsane E, Bergh AM, Pattinson R, van den Broek N. I thought they were going to handle me like a queen but they didn't': a qualitative study exploring the quality of care provided to women at the time of birth. *Midwifery*. 2018;62:256–63.
55. Tcvetkova, T & Toncheva, S. Attitudes to specialization of patronage nurses from the Center for Maternal and Child Health, to work with children with special needs. *Scripta Scientifica Salutis Publicae*. 2015. 1. 41. 10.14748/sssp.v1i1.1216.
56. Kisman M, Donev D. Patronage Nurses: The Outreach Nursing System a Milestone of Health Promotion. 2008;211: 96-103.
57. Nurses and Midwifery Council. Standards of proficiency for specialist community public health nurses. 2015. Dostupno na; <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/standards/nmc-standards-of-proficiency-for-specialist-community-public-health-nurses.pdf>. Datum pristupa: 16. 7. 2021.
58. Zubec B, Lučan J. The Patients' Opinion of the Health Visitor Efficiency. *Croatian Nursing Journal*. 2020 ;4(1):47-58
59. Collaboration for Research into Universal Health Services for Mothers and Children. The role and nature of universal health services for pregnant women, children and families in Australia. 2008. Dostupno na: https://www.aracy.org.au/publications-resources/command/download_file/id/151/filename/The_role_and_nature_of_universal_health_services_for_pregnant_women_children_and_families_in_Australia_-_Literature_review.pdf. Datum pristupa: 11. 5. 2021.
60. Schlaff RA, Baruth M, LaFramboise FC. Preparing for postpartum: health care provider discussions and predictors of patient satisfaction. *Women Health*. 2021;61(4):345-354

61. Babiker A, El Husseini M, Al Nemri A, et al. Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudan J Paediatr.* 2014;14(2):9-16.
62. Postnatal Care, with a Focus on Home Visitation. A Design Decision-Aid For Policymakers And Program. Managers. 2018. Dostupno na; <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/PostnatalCarewithaFocusonHomeVisitation.pdf>. Datum pristupa: 14. 7. 2021.