Sestrinska skrb pri porodu u kolima hitne medicinske pomoći

Bošnjak, Sonja

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:143907

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

Sveučilište Sjever

Završni rad br. 646/SS/2015

Sestrinska skrb pri porodu u kolima hitne medicinske pomoći

Sonja Bošnjak, 4524/601

Varaždin, rujan 2017. godine

Sveučilište Sjever

Odjel za biomedicinske znanosti

Završni rad br. 646/SS/2015

Sestrinska skrb pri porodu u kolima hitne medicinske pomoći

Student

Sonja Bošnjak, 4524/601

Mentor

Vesna Sertić, dipl. med. techn.

Varaždin, rujan 2017. godine

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR–42000 Varaždin

UNIVERSITY NORTH

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za biomedicinske znanosti

PRISTUPNIK: Sonja Bošnjak | MATIČNI BROJ: 4524/601

DATUM: 20.09.2015. | KOLEGIJ: Zdravstvena njega u zajednici

NASLOV RADA: Sestrinska skrb pri porodu u kolima hitne medicinske pomoći

MENTOR: Vesna Sertić, dipl. med. techn. | ZVANJE: predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA:

1. Marijana Neuberg, mag. med. techn., predsjednik
2. Vesna Sertić, dipl. med. techn., mentor
3. Ivana Živoder, dipl. med. techn., član
4. Damir Poljak, dipl. med. techn., zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ: 646/SS/2015

OPIS:

Porođaj je prirodan proces i kao takav nepredvidljiv , stoga ne možemo u potpunosti utjecati na to kada i kako će se on odvijati. Međutim, ponekad nas iznenadi početak porođaja u transportu trudnice do rodilišta i u tom trenutku važno je biti prilagodljiv i slijediti tijek porođaja . Tada su neki od zahvata i postupaka oko rodilje medicinska indikacija i preuzimanje odgovornosti zdravstvenih profesionalca u vođenju tijeka poroda bez stručnjaka za porodiljstvo. Sestrinska skrb u tom slučaju primjenjuju se kako bi se sačuvalo zdravlje i sigurnost majke i/ili djeteta.

U radu je potrebno:
1.Upoznati sa prirodnim procesom poroda
2.Prikazati sestrinsku skrb pri porodu u kolima hitne medicinske pomoći - prikaz slučaja
3.Ukazati na važnost edukacije o hitnim stanjima u ginekologiji i porodništvu
4.Citirati korištenu literaturu

ZADATAK URUČEN: 02.10.2015. | POTPIS MENTORA

REPUBLIKA HRVATSKA
SVEUČILIŠTE SJEVER

Predgovor

Pred vama se nalazi završni rad koji je zadnja komponenta moga studiranja Sestrinstva na Sveučilištu Sjever u Varaždinu. Tema rada je „Sestrinska skrb pri porodu u kolima hitne medicinske pomoći“. Ista opisuje jednu od najdražih intervencija, koju sam odradila u svome radnom vijeku.

Nije bilo ni malo lako završiti studij uz puno radno vrijeme , naporne turnuse, mjesto stanovanja u drugom dijelu države, te uz ovaj ubrzani životni tempo. Da mogu sve bih opet ponovila, jer je ovo bilo jedno predragocjeno životno iskustvo. Upoznati sve te drage ljude , drugih običaja, drugih dijalekata, je ono što nas je sve dodatno zbližilo. Usavršila sam svoje zanimanje, srušila sam neke predrasude koje sam imala, zavoljela sam profesore koji su bili divni prema studentima. Prepuni razumijevanja, ali dovoljno strogi da shvatimo da je studij sestrinstva ozbiljna institucija. Stručnu praksu sam sa zadovoljstvom odrađivala, ponajviše u OB Koprivnica gdje sam stekla divna prijateljstva i vrlo korisne vještine koje su upotpunile moj rad na izvanbolničkoj hitnoj pomoći.

Prvenstveno bih htjela zahvaliti svojoj mentorici Vesni Sertić, dipl.med.techn. na velikoj podršci, uputama i stručnim savjetima pri izradi završnoga rada.

Zahvaljujem Marijani Neuberg, mag.med.techn. i Ivani Živoder, dipl.med.techn., koje su odvojile vrijeme kako bi bile članovi komisije pri obrani moga završnoga rada.

Zahvaljujem kolegicama i kolegama Zavoda za hitnu medicinsku pomoć OBŽ ,odjela Valpovo i odjela Osijek koji su mi pomogli i strpljivo radili moje smjene.

Zahvaljujem svojoj majci i sestri koje su mi bile najveća podrška u trenucima kada sam mislila da sam izgubila snagu i volju za naprijed.

Zahvaljujem se svim rođacima i prijateljima koji su me podržavali tijekom školovanja. Na kraju, ali ne manje bitno, željela bih se zahvaliti profesorima koji su ostavili veliki utisak na mene kao medicinsku sestru, te me učinili boljim čovjekom, a oni su redom:

Jurica Veronek, mag.med.techn., Melita Sajko, dipl.med.techn., Damir Poljak, dipl.med.techn., Andreja Bogdan, klinički psiholog, te Marija Božičević, mag.med.techn.

Sažetak

Trudnoća (drugo stanje, Graviditet) nastaje usađivanjem oplođene jajne stanice u endometrij. Oplođenje nastaje spajanjem jajne stanice i spermatozoida. Izostanak menstruacije u žene u reproduktivnoj dobi najčešće je uzrokovan trudnoćom. Određivanje razine β-hCG (humani korionski gonadotropin) pouzdan je test za trudnoću. Normalna trudnoća traje 10 lunarnih mjeseci ili 9 kalendarskih mjeseci, 40 tjedana ili 280 dana. Ako dođe do prekida trudnoće prije 28 tjedana, taj se prekid naziva pobačajem, jer plod nije sposoban za život. Porođajem se naziva svaki prekid trudnoće poslije 28 tjedana. Rađanje je prirodni čin koji uvijek nosi određeni rizik za majku i dijete. U oko 95 % svih poroda dijete je u stavu glavom. Porod se dijeli na četiri stadija, tj. porođajna doba. Prvo porođajno doba je stadij dilatacije grla maternice i otvaranje ušća. Drugo porođajno doba je stadij istiskivanja (ekspulzije) djeteta. Treće porođajno doba je stadij istiskivanja posteljice i ovoja. Četvrto porođajno doba je stadiji ranog oporavka koji traje dva sata. Porođaj u nepripremljenim uvjetima je rijedak, ali se događa. Majka dobije prijevremene trudove, ili je nepredviđeni događaji spriječe da pravovremeno stigne do bolnice. Medicinska pomoć u porodništvu mora omogućiti rađanje normalnog zdravog djeteta, i predvidjeti, prepoznati i liječiti moguće nenormalne uvjete. Za odgovarajuću sestrinsku skrb pri porodu u kolima HMP moramo imati odgovarajuću opremu za zabrinjavanje rodilje i djeteta. Od rodilje moramo uzeti SAMPLE anamnezu, te izmjeriti vitalne znakove. Potrebno je utvrditi prikazuje li se dio djetetova tijela (obično glavica djeteta) na ulazu u rodnicu. Kontrakcije se mogu osjetiti postavljanjem ruke na trbuh pacijentice. Ukoliko su razmaci između kontrakcija manji od dvije minute, treba se pripremiti za porod koji će ubrzo uslijediti. Nakon porođaja treba pravilno zbrinuti dijete, te ga procijeniti pomoću Apgar score ljestvice. Da bi mogli asistirati pri porodu u kolima HMP moramo poznavati mehanizam porođaja, moguće komplikacije, te skrb o novorođenčetu i majci nakon poroda. Svi djelatnici hitnog medicinskog tima su obučeni za izvođenje tih zadataka. Radiovezom su povezani sa dispečerom HMP koji tada najavljuje tim hitnoj ginekološkoj službi u bolnici.

Ključne riječi: rodilja, hitna medicinska pomoć, sestrinska skrb, novorođenče, asistiranje pri porodu, transport

Summary:

Pregnancy (Second Condition, Gravidity) occurs by incorporating fertilized ovarian cells into the endometrium. Seedling occurs by joining the ovary and sperm cells. The absence of menstruation in women in reproductive age is most often caused by pregnancy. Determination of β-hCG (human chorionic gonadotropin) is a reliable pregnancy test. Normal pregnancy lasts 10 lunar months or 9 calendar months, 40 weeks, or 280 days. If pregnancy breaks up 28 weeks ago, that termination is termed abortion because the fetus is not capable for life. The birth we called any interruption of pregnancy after 28 weeks. Birth is a natural act that always carries a certain risk for mother and child. About 95% of all childbirths are in the head position for labor. The birth is divided into four stages or the maternity ages. The first birth phase is the stage of dilatation the uterus and opening of the uterus. The second birth phase is the stage of the expulsion of the child. The third birth phase is the stage of extrusion of the placenta and her parts. Fourth birth phase is the stage of an early recovery that lasts two hours. Childbirth in unprepared conditions is rare, but it is happening. Mother gets premature labor, or unforeseen events keep her from getting to the hospital in time. Medical care in the obstetrics must provide the birth of a normal healthy child, and anticipate, recognize and treat possible abnormal conditions. For proper nursing care at caregiving by ambulance, we need to have proper equipment for the care of the child and the mother. We have to take the SAMPLE anamnesis from mother and measure the vital signs. It is necessary to determine which part of the child's body (usually the child's head) is present at the entrance of the vagina. Contractions can be felt by placing the hand on the patient's stomach. If the time between the contraction is less than two minutes, you should prepare for the childbirth that will shortly follow. After giving birth, the child should be properly cared for and evaluated with the Apgar score scale. In order to be able to assist with caregiving in ambulance we need to know the delivery mechanism, possible complications, and the care of the newborn and the mother after delivery. All the staff of the emergency medical team are trained to perform these tasks. Radios are connected with the ambulance dispatcher who then announces the emergency hospital service at the hospital.

Key words: maternity, emergency medical assistance, nursing care, newborns, maternity assistance, transport

Popis korištenih kratica:

HMP	hitna medicinska pomoć
SAMPLE	symptoms, allergies, medication, past medical history, last meal, events preceeding the incident
MJ	montevideo jedinice
β – hCG	humani korionski gonadrotopin
ABCDEFG	airway, breathing, circulation, disability, exposure, fundus, glavni problem
MPDJ	medicinsko prijavno dojavna jedinica
KPR	kardiopulmonalna reanimacija

Sadržaj

1. Uvod 1
2. Početna procjena 7
2.1.Pitanja za trudnicu 7
2.2.Prvi pregled trudnice 8
3. Povijest bolesti 11
4. Sadašnji problemi 12
5. Postupci pri asistenciji u porođaju djeteta 13
6. Procjena novorođenčeta 15
7. Sestrinska skrb za rodilju u transportu 17
8. Komplikacije pri porodu 18
8.1.Uloga medicinske sestre u skrbi za porodilju sa komplikacijama u porodu 22
9. Prikaz slučaja 23
10. Sestrinske dijagnoze 26
10.1. Planovi zdravstvene njege 26
11. Zaključak 28
12. Literatura 29
13. Prilozi 33

1. Uvod

Normalna trudnoća traje devet kalendarskih mjeseci ili deset lunarnih mjeseci, četrdeset tjedana ili dvjesto osamdeset dana. Prema vremenu kada se dogodi porođaj može biti prijevremeni, na vrijeme i kasniji. Novorođenče može biti nedoneseno (prematurus), doneseno (maturus), te preneseno (postmaturus). Nedonošče je po pedijatrijskim parametrima, svako dijete manje od 2500grama. Faktori poroda su porodni objekt, porodni kanal, te porodne snage. Porodni objekt je dijete, te zatim posteljica s ovojima. Porodne snage su kontrakcije pomoću kojih se rađa dijete. Porod se dijeli na četiri porođajna doba :

- Prvo porođajno doba - vrijeme dilatacije vrata i ušća maternice
- Drugo porođajno doba - vrijeme istiskivanja (ekspulzije djeteta)
- Treće porođajno doba - vrijeme istiskivanja posteljice i ovoja
- Četvrto porođajno doba - vrijeme ranog oporavka (traje dva sata)[1].

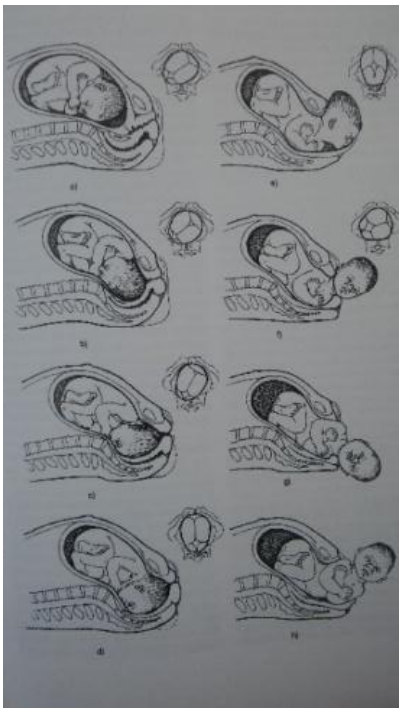
Prvo porođajno doba počinje kada krenu kontrakcije , te kada se vrat maternice u potpunosti dilatira. (10cm) U početku,kontrakcije ili trudovi su slabi i rijetki, te jedva prelaze granicu boli, a zovu se prethodni i pripravni trudovi. [2].

Drugo porođajno doba završava rađanjem djeteta. Od početka poroda dijete se svojim držanjem prilagođava porodnim putovima. Tako se glava flektira, ramena se uzdignu, ruke su savijene u laktovima i prekrižene na prsima,a noge su dvostruko savijene i potisnute uz trbuh. Plod tada poprima valjkast izgled i naziva se porodni valjak. U prvom porodnom dobu uobičajena su 3-4 truda u 10 minuta, svaki traje 80-90 sekundi. U drugom porodnom dobu u 10 min ima 5 trudova. Svaki od njih traje 90-110 sekundi, s intenzitetom 70-80 mmHg. Tijekom prvih šest sati nakon poroda uterus se kontrahira 2 puta u 10 minuta. Trudovi traju 100 sekundi, s intenzitetom od 60 mmHg. Kasnije su trudovi rjeđi, te traju 80 sekundi,a intenzitet im je oko 30 mmHg. Ukupna aktivnost uterusa izražava se u Montevideo jedinicama (MJ). Ta jedinca predstavlja produkt srednjeg intenziteta trudova izraženog u milimetrima žive (mmHg).[1].

Prvo porođajno doba počinje prvim trudovima koje dovode do nestajanja cerviksa i otvaranja ušća, ili prsnućem vodenjaka. U početku poroda cervikalni kanal je prohodan za 2cm, a aktivnost uterusa je 80-120 MJ. Prvo porođajno doba završava kada je ušće maternice potpuno otvoreno, a vodenjak prsnuo. Prsnućem vodenjaka istječe plodna voda. Njezina količina i kvaliteta od velikog su značenja u svakom porodu. Oskudna količina plodne vode često je povezana sa prenesenošću. Žutozelena plodna voda znak je izlaska mekonija iz crijeva fetusa. Oba nalaza mogu biti u svezi sa asfikcijom djeteta,pa u takvim slučajevima porod zahtjeva

poseban nadzor. Pritisak vodeće česti ubrzava otvaranje, i potiče jače trudove, te je zbog toga porod glavom brži od ostalih stavova i položaja djeteta.[1].

Drugo porođajno doba je doba istiskivanja (izgona) djeteta . Trudovi su još češći i snažniji nego ranije. To su pravi i potresni trudovi (dolores ad partumsic dicti i dolores conγuas santes). Glavne kretnje vodeće česti tijekom poroda su: angažiranost glavice, spuštanje, fleksija, unutrašnja rotacija, defleksija-ekstenzija, vanjska rotacija te ekspulzija. Te se kretnje događaju kombinirano, istodobno. Glava se trajno spušta, a prema prilikama u pojedinim segmentima zdjelice, mijenja odnose prema tijelu. Mišići dna zdjelice sile glavu na dodatnu fleksiju. Tada započinje i unutrašnja rotacija. Zatiljak se okreće prema simfizi unaprijed. Kretnje su prave paralelne , te glava prolazi kroz zdjelicu na način, kao što vijak prolazi kroz maticu. Unutrašnja rotacija završava kada glava dosegne visinu spina. Izlaz glave je zadnja faza porodnog mehanizma. Rađanje ramena prati ono glave. Ramena se također spuštaju, rotiraju istim načinom kao i glava prije njih. Prednje rame podupire pod simfizu, čime se i završava rotacija ramena. Zbog toga se već rođena glava okreće licem bedru majke , te govorimo o vanjskoj rotaciji glave. Nakon toga se potpuno rađa stražnje rame preko međice, čime završava rađanje ramena. Nakon izlaska ramena, bez poteškoća rađa se tijelo djeteta, te završava drugo porođajno doba. Nakon rođenja dijete se postavi nešto niže da bi doteklo još 50-100 ml fetalne krvi kroz pupkovinu. Kada prestane pulsirati, pupkovina se sterilnim materijalom podveže i presječe. Tada dijete počinje svoj samostalni život. Počinje disati i plakati. Poslije primarne toalete preda se majci. [1].



Slika 1.1. *Porodni mehanizam kod stava glavom.[glavom Izvor: Ante Dražančić i suradnici: Porodništvo II izdanje, Školska knjiga Zagreb, 1999]*

Treće porođajno doba ili placentarno doba započinje trenutkom rođenja djeteta, a završava rođenjem posteljice. U fiziološkim uvjetima ono traje otprilike pola sata do sat vremena. Nakon izlaska djeteta i plodne vode, uterus se zbog prestanka djelovanja pritiska iznutra naglo smanji, pa se fundus na početku trećeg porođajnog doba nalazi u visini pupka. Obično nakon predaha 5-10 minuta, žena osjeti prvo stezanje maternice, koje označuje kontrakciju muskulature uterusa. Smatra se da je posteljica odljuštena kada se vrpca spustila za deset centimetara. [1].

U četvrtom porođajnom dobu postoji velika opasnost od iskrvarenja iz atonične maternice ili od ozljeda mekog porođajnog kanala. Posebna pozornost treba se obratiti pregledu izašle posteljice. Defekt na placenti koji predstavlja zaostali djelić tkiva može izazvati krvarenja. Pregled posteljice počinje tako da se ona položi fetalnom stranom na ravnu podlogu, a zatim se pregledava da li su ovojni povoji čitavi. Slijedi pregled maternične strane posteljice, prilikom

kojeg se može zapaziti tanka sivkasta opna decidue na površini režnjeva. Kotiledoni posteljice moraju međusobno prianjati jedan uz drugi i ne smije biti defekta u tkivu placente.[1].



Slika 1.2. *Posteljica.[Izvor: Velimir Šimunić i suradnici: Ginekologija, Zagreb, 2001]*

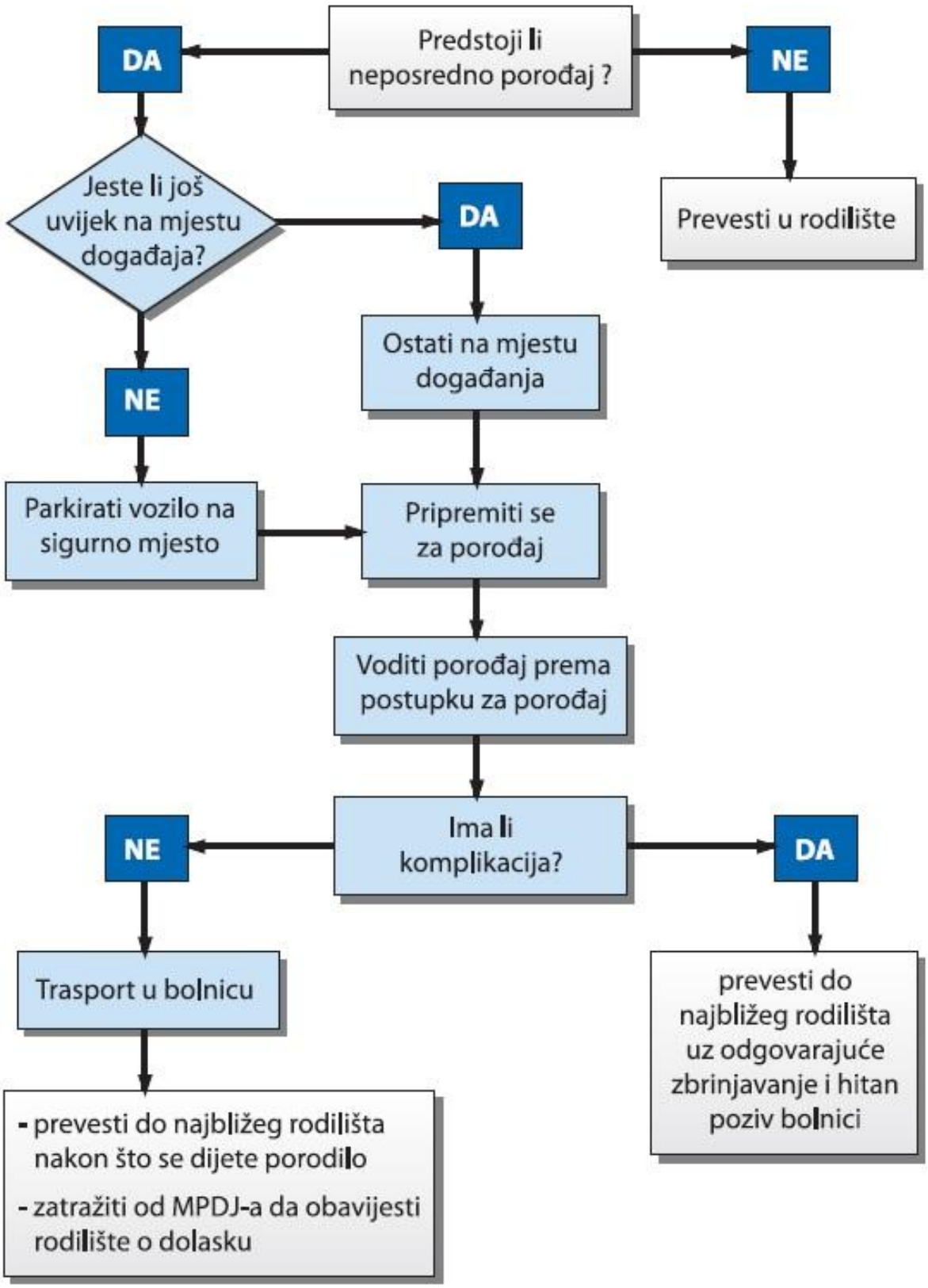
Kada tim hitne medicinske pomoći pristupi intervenciji, u kojoj je dispečer hitne pomoći obavijestio da se radi o mogućem porodu, medicinska sestra/tehničar odmah će pripremiti odgovarajuću opremu. Sredstva osobne zaštite početak su svake intervencije. Zatim slijedi set za porod koji se sastoji od sterilnih rukavica, plastičnih vrećica (za pohranu posteljice), dvije hvataljke za pupčanu vrpcu, škara za pupčanu vrpcu, ručnika ili plahti (da bi se područje poroda zadržalo što više moguće sterilno), sisaljke s balonom (za aspiraciju usne šupljine djeteta), te upijajućih gaza ili ručnika za brisanje djeteta. Ukoliko nedostaju neke od navedenih stavki može se improvizirati čistim plahtama, gumenim rukavicama ili bilo kojim priručnim sredstvima. Potreban će nam također biti transportni aspirator, te kovčeg za reanimaciju djece.[3].

Izvanbolnički pristup trudnici, čak i prije prvog pregleda, podrazumijeva opći utisak dok joj se prilazi. Medicinski tim koristi svoja znanja i vještine vođen rečenicom "Slušaj , gledaj, osjećaj!"[4].

Treba imati na umu da se radi o dva pacijenta – niti majka niti dijete ne smiju se previdjeti dok se skrbi o drugome.[3].



Slika 1.3. *Dijete u maternici.[Izvor: Ante Dražančić i suradnici: Porodništvo II izdanje, Školska knjiga Zagreb, 1999]*



Shema1.1. *Hodogram porođaja.[Izvor: Ingrid Bošan – Kilibarda, Radmila Majhen – Ujević i suradnici, Smjernice za rad izvanbolničke hitne medicinske službe, Zagreb, 2012.]*

2. Početna procjena

Izvanbolnički pristup trudnici, čak i prije prvog pregleda, podrazumijeva opći utisak dok joj se prilazi. Svaki pristup je individualiziran, no treba se držati sheme pomoću koje ćemo što brže i lakše procijeniti pacijenticu. Potrebno je procijeniti slijedeće:

- Pogledati vidi li se veliko krvarenje koje je vidljivo i bez skidanja odjeće,
- Govori li, uz pridružene zvukove ili nema nikakvih zvukova?
- Može li izreći cijele rečenice? Je li prisutna cijanoza?
- Kakva je boja kože?
- Govori li uopće i pomiče li se?
- Ima li krvi na podu ili odjeći?
- Je li već nastupio porođaj?
- U kojem je položaju trudnica?
- Vidljivi edemi/ anasarka?
- Je li prostorija čista? Je li toplo?
- Ima li druge djece?
- Je li dostupna čista voda?
- Je li pacijentica izgleda kao da je u I, II ili III trimestru trudnoće?[4].

2.1. Pitanja za trudnicu

Tijekom početne procjene kada priđemo pacijentici postaviti ćemo joj vrlo važna pitanja:

1. Kada vam je termin poroda?
2. Kakvu ste skrb za vrijeme trudnoće imali ?
3. Da li ste imali ikakvih komplikacija za vrijeme trudnoće?
4. Da li vam je ovo prva trudnoća?
5. Opišite svoje kontrakcije? Koliko dugo traju i koliki je razmak između kontrakcija?
6. Da li ste imali ikakvih vaginalnih iscjedaka? Ako jeste, koje boje i količine? Da li vam je pukao vodenjak?
7. Da li vas tjera na mokrenje i stolicu?
8. Da li imate nagon da napinjete donji dio trbuha?
9. Sve što se zapazi, izmjeri ili učini treba dokumentirati.[3].

Odmah treba procijeniti koliko imamo vremena, te odlučiti hoćemo li rješavati problem kod kuće ili se treba uputiti u bolnicu. Ne smijemo zaboraviti da vozilo hitne pomoći nije najprikladnije mjesto za porođaj – neprikladan prostor, grijanje ,osvjetljenje i čistoća. Ukoliko je porod uznapredovao do te mjere da prijevoz u bolnicu više nije moguć, dijete treba poroditi na mjestu događaja.[4].

2.2. Prvi pregled trudnice

Potrebno je osigurati sigurnost mjesta događaja, pacijentice i primijeniti mjere osobne zaštite. Procijeniti ABCDEFG i započeti zbrinjavanje. Veliko vanjsko krvarenje mora se pokušati zbrinuti odmah (ako je moguće kompresijom) jer trudnica može iskrvariti i prije početka prvog pregleda. Pregled obavljamo po shemi i vrlo je važno držati se iste, da ne bi nešto propustili. No ipak nećemo nepotrebno provjeravati neke stvari ukoliko smo ih već provjerili pri samom dolasku. Ako komuniciramo s pacijenticom, nema smisla pri neurološkom pregledu opet ponavljati AVPU metodu. Na takav način gubimo vrijeme koje nam je vrlo dragocjeno. Ukoliko porod ne nastupi tijekom transporta, možemo ponavljati preglede koliko god puta smatramo da je to potrebno. Mjerenje vitalnih znakova ćemo zabilježiti u nekoliko setova.[4].

A-dišni putovi

- može li trudnica govoriti ,
- čuju li se pridruženi zvukovi (krkljanje - tekućina u dišnom putu zahtjeva sukciju, hrkanje - djelomična opstrukcija jezikom /edem /strano tijelo)
- ukoliko ne odgovara , otvoriti dišne putove – sekcija sekreta ,odstranjivanje stranog tijela,
- dok se ne osigura sigurnost dišnih putova ne nastavlja se daljnja procjena cirkulacije[4].

B – disanje

- procijeniti frekvenciju disanja i napor disanja (korištenje pomoćne muskulature) – brzina disanja <10 i >30/ min zahtijevaju ventilacijsku potporu
- pulsnim oksimetrom odrediti saturaciju krvi kisikom
- dati kisik ako je potrebno; kisik ne davati rutinski pri urednom porodu
- auskultirati prsište tražeći prisutne zvukove
- procijeniti prisutnost cijanoze[4].

C- cirkulacija

- procijeniti brzinu, napunjenost i prisutnost radijalnog pulsa, te vrijeme kapilarnog punjenja
- procijeniti boju i kvalitetu kože
- procijeniti krvarenje - provjeriti rublje, uloške, površinu na kojoj sjedi, kratko pregledati intoitus uz pristanak trudnice, ukoliko se krv ne vidi pitajte o broju i natopljenosti uložaka
- izmjeriti krvni tlak - sistolički je najznačajniji ako se sumnja na šok ; treba ga, ako je moguće, izmjeriti sjedeći, najbolje tlakomjerom na živu ili pero jer se smatra da automatska očitanja tlaka ozbiljno podcijene vrijednost krvnog tlaka. Sistolički krvni tlak od 100 mmHg nije neuobičajen u zdrave trudnice. Tlak ispod 90 mmHg, u prisutnosti drugih znakova, može bit znak šoka. S druge strane sistolički tlak od 160 mmHg ili više zahtijeva hitnu medicinsku procjenu i liječenje
- treba pokušati otvoriti i.v.put za vrijeme prvog pregleda, ali se ne zadržavati na mjestu događaja zbog otvaranja istog. Ako to nije moguće, treba ga otvoriti za vrijeme prijevoza u bolnicu (u obzir dolazi intraosealni put) jer se predporođajno krvarenje mora što prije zbrinuti u bolnici.[4].

D- kratki neurološki pregled

- procijeniti razinu svijesti AVPU metodom (alert, verbal, pain, unresponsible)
- procijeniti položaj trudnice (normalan, konvulzije, odgovor u fleksiji ili ekstenziji)
- procijeniti veličinu, simetričnost i reakciju zjenica na svijetlo kod svih trudnica s poremećajem svijesti treba odrediti razinu glukoze u krvi[4].

E – izloženost

- ako već nije, kratko pogledati introitus – ima li znakova krvarenja? Može li se vidjeti vodeća čest? Je li ispala pupkovina? Je li pukao vodenjak? – boja vode; bistra, krvava, mekonij? Napinje li se međica pri svakoj kontrakciji? Ako je nastupio porod, je li međica razderana? Može li se vidjeti dio maternice ?
- uvijek je potrebno tražiti ženin pristanak za pregled i objasniti joj zbog čega je potreban, isto objasnite i partneru ili rodbini. Nastojati ne biti sami na pregledu. Voditi računa o ženinom dostojanstvu – pokriti je odmah nakon pregleda. Poštovati druge kulturne običaje. Poštovati ženino pravo da odbije , ali nastojati dobiti potpisano odbijanje pregleda.
- Rutinski vaginalni pregled od strane osobe koja nije porodničar nikada se ne preporuča i može se poduzeti jedino u ekstremno hitnim stanjima, kao što je porođaj zatkom ili ispadanje pupkovine.
- Procjena djeteta je teška u izvanbolničkim uvjetima.

- Iako se srčani tonovi djeteta mogu čuti običnim fonendoskopom nisu siguran znak njegovog dobrog stanja. U slučajevima ljuštenja posteljice tonovi mogu biti prigušeni i teško se čuju zbog skrivenog krvarenja u maternici. Od majke se može pokušati dobiti informacija o pokretima djeteta, iako odsustvo pokreta ne mora značiti loš ishod jer se dijete ne miče stalno i moguće je da spava. Pokreti se ne moraju osjetiti ako su prisutne česte kontrakcije. Prijevoz u bolnicu se ne smije odlagati zbog pokušaja slušanja srčane akcije djeteta i procjene njegova stanja. [4].

F – fundus

- Potrebno je brzo procijeniti visinu fundusa : u razini pupka ukazuje na trudnoću otprilike 22 tjedna. Smatra se da ukoliko je fundus ispod pupka plod po porođaju nema šansu za preživljavanje , iako današnja moderna medicina sporadično bilježi i takve rezultate.[4].

G – glavni problem

- značajni gubitak krvi u bilo kojem stadiju trudnoće ili postpartalno
- šok cerviksa
- sumnja na ljuštenje posteljice, nisko položena posteljica ili ruptura maternice
- eklampsija ili značajna hipertenzija
- distocija ramena
- prolaps pupkovine
- suspektna embolija amnijskom tekućinom
- zaostala posteljica
- inverzija maternice
- refraktorni srčani zastoj majke
- refraktorni srčani zastoj novorođenčeta
- novorođenče s lošim vitalnim znakovima[4].

Ukoliko je prijevoz u bolnicu moguć, zbrinjavanje na mjestu događaja treba ograničiti na održavanje prohodnosti dišnih putova, odgovarajuću ventilaciju i kontrolu značajnog krvarenja koje se može zaustaviti direktnim pritiskom.

Cijeli pregled ćemo obaviti što je moguće brže ukoliko smatramo da bi mogao nastupiti porod. [4].

3. Povijest bolesti

Potrebno je uzeti kratku povijest bolesti koja uključuje :

- ime i prezime trudnice,
- datum rođenja,
- termin poroda (ukoliko nema pitati za zadnju menstruaciju i sami izračunati)

Manje od 22. tjedna -spontani pobačaj
od 22.tjedna - 32. tjedna -rani prijevremeni porođaj
od 32. tjedna – 37. tjedna -kasni prijevremeni porođaj
od 37.tjedna – 42. tjedna -porođaj na vrijeme

Tablica 3.1. *Termin porođaja po tjednima.[Izvor: Ingrid Bošan – Kilibarda, Radmila Majhen – Ujević i suradnici: Smjernice za rad izvanbolničke hitne medicinske službe, Zagreb, 2012]*

- postojanje hipertenzije, epilepsije, dijabetesa, astme ili neke druge bolesti,
- upotreba nedozvoljenih sredstava
- broj prethodnih trudnoća
- broj porođaja
- normalni porođaj ili carski rez
- komplikacije u prethodnoj trudnoći i tijekom porođaja
- broj plodova (jedno, blizanci...)
- podaci o sadašnjoj trudnoći uvidom u trudničku knjižicu ako je ima
- prethodna trauma[4].

4. Sadašnji problemi

- TRUDOVI: broj kontrakcija unutar 10 min, koja im je jačina? koliko traju?, ima li pacijentica nagon na tiskanje? (znak započetog porođaja), ima li što između nogu, npr. pupkovina?
- BOL: da li je bol stalna ili u obliku kontrakcija ? – pri tome ćemo koristiti numeričku ljestvicu procjene intenziteta boli (1-10) , koja je lokacija boli - ako je bol u trbuhu na kojem je području ? područje maternice, nisko dolje, pod rebrima, jedna strana leđa? Ako je bol u prsnom košu da li je središnja bol, bol s jedne strane ili u leđima? Zatim ako je bol u glavi da li je frontalno, razdiruća, gdje se širi ?
- ISCJEDAK: koje je boje – da li je bistar i bez mirisa, bistar s mirisom urina, zelen, žut, ružičast, crven? Kojeg je mirisa? Kakve je konzistencije : vodenast ili žilav? Koje je količine – da li je u mlazu, u kapljicama ili još curi?
- KRVARENJE: kada je počelo, koja je količina, primijeti li se samo nakon brisanja,natapa li odjeću, uloške, ručnike, teče niz noge? Da li pacijentica još krvari, ima li ugrušaka i koje su veličine ako ih ma, da li je krv pomiješana sa sluzi?
- POKRETI DJETETA: jesu li pokreti uobičajeni ili se manje miče dijete ? kada je zadnji puta osjetila pokrete? [4].

5. Postupci pri asistiranju pri porođaju djeteta

- intervenciju ćemo započeti stavljajući rukavice i zaštitne naočale kako bi se spriječilo izlaganje zaraznim bolestima.
- zatim je potrebno pregledati područje rodnice u smislu traženja znaka bilo kakvog krvarenja. Ukoliko je moguće potrebno je očistiti područje rodnice antiseptikom. Brisati odozgo prema dolje. Održavanje područja čistim smanjiti će mogućnost infekcije rodilje.
- plahtama je potrebno prekriti područje za porod, ostavljajući nepokrivenim ulaz u rodnicu. -kada se djetetova glavica prikaže , prihvatiti je prstima izbjegavajući područje lica djeteta, lagano se opirući, jer opiranje sprječava brzi porod koji može uzrokovati traumu porođajnog kanala.
- Potrebno je provjeriti jesu li plodni ovoji koji okružuju dijete probijeni. Ukoliko nisu treba ih nježno probiti prstima, te odstraniti s djetetovog lica. U mnogim slučajevima ovoji puknu sami. Ukoliko se to ne dogodi, dijete neće biti u mogućnosti disati, stoga je probijanje ovoja neophodno.
- U daljnjem postupku treba provjeriti da pupčana vrpca nije omotana oko vrata, jer tada može doći do gušenja. Ukoliko je pupčana vrpca omotana oko vrata potrebno ju je nježno ukloniti. Ako se ne može ukloniti treba postaviti hvataljke za pupčanu vrpcu na dva mjesta, zatim na mjestu između dvije hvataljke treba prerezati.
- Nakon poroda glavice djeteta slijedeće dolazi prednje rame. Dok se porađa prednje rame, treba nježno pritiskati nadolje, jer se tako omogućuje porod stražnjeg ramena. Kada se porađa stražnje rame treba nježno pritiskati prema gore.
- Pri kraju poroda treba podupirati trup i noge djeteta. Vrlo pažljivo treba pridržavati dijete jer je jako klizavo.
- Sušenje djeteta sprječava gubitak topline.
- Možda će biti potrebna aspiracija dišnih putova. Ukoliko novorođenče ne započne odmah disati, mora se započeti umjetno disanje, te nakon 30 sekundi napraviti ponovna procjena disanja. Ukoliko dijete ne diše potrebno je nastaviti sa umjetnim disanjem.[4].
- Nakon izgona novorođenče treba držati u istoj ravnini sa rodnicom, sve dok pupčana vrpca prestane pulsirati. Po prestanku pulzacija treba prerezati pupkovinu, tako da postavimo prvu hvataljku 5 cm od djeteta, a drugu hvataljku 15 cm od djeteta.

Između dvije postavljene hvataljke pupkovinu je potrebno prerezati. Vrlo važna napomena je da dijete nikako ne smijemo podizati iznad razine rodnice dok pupčana vrpca ne prestane pulsirati. Nakon rezanja pupkovine novorođenče više nije ovisno o majci.[4].



Slika 5.1. *Način prihvaćanja djeteta nakon izgona.[izgona Izvor: Ante Dražančić i suradnici: Porodništvo II izdanje, Školska knjiga Zagreb, 1999]*

6. Procjena novorođenčeta

Novorođenče je potrebno procijeniti odmah nakon poroda i ponovno nakon 5 min. Apgar bodovni sustav koristimo za procjenu novorođenčeta.

KRITERIJ	0 BODOVA	1 BOD	2 BODA
Boja kože	modro blijeda	ružičasto modro ljubičaste ruke i noge	ružičasta
Disanje	odsutno	grčevito hvata zrak, slabi plač	pravilno disanje, snažan plač
Frekvencija pulsa	odsutna	<100 otkucaja u minuti	>100 otkucaja u minuti
Refleksna podražljivost	odsutna	radi grimase	kiše, kašlje
Tonus mišića	mlohav	Oslabljen,nešto fleksije	dobar, aktivni pokreti

Tablica 6.1. *Apgar score.[Izvor: Velimir Šimunić i suradnici, Ginekologija, Zagreb, 2001]*

Nakon procjene djeteta potrebno ga je umotati u sterilne plahte i ručnike da bi održali tjelesnu toplinu djeteta, što je prikazano na slici 6.2. Dijete nakon poroda. Medicinska sestra/medicinski tehničar se trebaju fokusirati na sljedeće zadatke:

1. Sušenje, utopljavanje, postavljanje u određeni položaj, aspiracija, taktilni podražaj
2. Ventilacija sa maskom sa samoširećim balonom
3. Vanjska masaža srca , ako nema pulsa, ili ako je frekvencija niža od 60 otkucaja u minuti. [3].



Slika 6.2. *Dijete nakon poroda.[Izvor: Velimir Šimunić i suradnici: Ginekologija, Zagreb, 2001]*

7. Sestrinska skrb za rodilju u transportu

- Posteljica se obično porađa nekoliko minuta nakon poroda djeteta. Medicinska sestra/ medicinski tehničar mora sačuvati posteljicu i sva „tkiva“ od poroda, te ih predati u zdravstvenu ustanovu gdje će liječnik utvrditi ima li kakvih odstupanja.
- Rodilja može dalje nastaviti krvariti, ali uobičajeno ne više od 500ml. Ukoliko se pojavi obilno krvarenje, treba postaviti treba postavit uloške na rodnicu (ne unutra) u svrhu kontrole krvarenja.
- Masiranje maternice preko stjenke trbuha, potiče maternicu na kontrakcije, te na takav način zaustavlja krvarenje.
- Dojenje djeteta potiče oslobađanje oksitocina, hormona koju uzrokuje kontrakcije maternice, te na takav način zaustavlja krvarenje.
- Rodilju je potrebno transportirati u ugodnom položaju. [3].

8. Komplikacije pri porodu

Nekoliko je komplikacija koje se mogu dogoditi pri porođaju,a one su redom:

1. PRIJEVREMENI POROĐAJ (porođaj prije 37.tjedna trudnoće)

   Ako porođaj nastupi prije 22.tjedna trudnoće smatra se da je došlo do spontanog pobačaja. Majku i dijete treba prevesti do bolnice.

   Ako porođaj nastupi od 22. do 37. tjedna trudnoće smatra se da je došlo do prijevremenog porođaja. Potreban je brzi prijevoz u bolnicu koja ima odjel ginekologjje i porodiljstva, kao i odjel neonatologije jer će dijete odmah po porođaju zahtjevati posebnu skrb. Na putu do bolnice potrebno je stalno procjenjivati stanje majke i poduzeti odgovarajuće postupke u slučaju da se njezino kliničko stanje promijeni.
2. KONVULZIJE KOD MAJKE
3. EMBOLIJA PLODNOM VODOM

   Rizični čimbenici su uznapredovali porođaj i do 30 minuta nakon završetka porođaja, amniocenteza, ljuštenje posteljice i trauma. Očituje se naglo nastalom hipoksijom (dispnejom, cijanozom ili zastojem disanja praćenim nemirom), hipotenzijom, srčanim zastojem i koagulopatijom.

   Uz ABCD zbrinjavanje pacijenticu treba hitno prevesti u bolnicu uz prethodnu obavijest o stizanju pacijentice.
4. ISPALA PUPKOVINA

   To je stanje najviše hitnosti koje zahtjeva hitnu intervenciju i prijevoz u bolnicu. Treba pokušati pupkovinu nježno vratiti s pomoću dva prsta u rodnicu, pri tome što manje manipulirati samom pupkovinom. Upotrijebiti suhe uloške kako bi spriječili daljnje ispadanje pupkovine. Time će se pupkovina održati toplom i vlažnom unutar rodnice i spriječiti će spazam pupkovine.

   Ako se ispala pupkovina ne može vratiti u rodnicu treba pokušati staviti pupkovinu između dva prsta (kažiprsta i srednjeg prsta) kojima istodobno potiskujemo vodeći čest prema gore da se smanji pritisak na pupkovinu. Ovaj hvat treba održavati do dolaska u bolnicu.

   Treba očekivati da će maternica velikom snagom tiskati dijete van. Ako je porod neminovan , treba reći ženi da tiska i što prije poroditi dijete, koje će možda zahtijevati KPR. [4].

   Ponekad neće biti moguće pomicati pupkovinu u rodnici, naročito ako je ispao njezin veći dio. U tom slučaju treba držati pupkovinu toplom i vlažnom pomoću sterilnih obloga sa fiziološkom otopinom.[4].

Tim hitne medicinske službe treba donijet profesionalnu odluku o najboljem načinu premještanja trudnice, vodeći stalno računa o njezinoj sigurnosti. Najbolje je upotrijebiti nosila na kotačima. Uporabu stolca za prenošenje bolesnika treba izbjegavati kada god je to moguće, a ako se mora primijeniti , tada samo za prenošenje trudnice do najbližeg mjesta do kojega se mogu dovesti nosila sa kotačima. Nakon pomicanja pupkovine ili primjene sterilnih obloga majku treba poleći na stranu uz potporu ispod bokova, kako bi se zdjelica uzdignula i smanjio pritisak na pupkovinu – nosila treba postaviti tako da im se donji dio podigne, a gornji dio spusti ispod razine zdjelice.[3].

Majku treba odvesti do najbližeg rodilišta uz prethodnu obavijest bolnice o dolasku hitnog slučaja, treba jasno naznačiti da se radi o slučaju ispale pupkovine.[4].

5. KRVARENJE NAKON PORODAJA

Najčešći uzrok teškog krvarenja nakon porođaja je atonija maternice (tj. slabe kontrakcije maternice). Ako nakon porođaja stupi teško krvarenje, na putu do bolnice treba provesti sljedeće postupke ako je to moguće:

- masažu maternice – palpacijom ispitajte trbuh i opipajte vrh (fundus) maternice – obično je u razini pupka, normalno tvrd i čvrst. Ukoliko je mekan i tjestast, masirajte ga skupljenim, udubljenim dlanom kružnim pokretima.
- dati kisik
- otvoriti iv. put
- dati oksitocin
- ako postoji vidljiv vanjski gubitak krvi veći od 500ml, tada treba dati nadomještanje tekućina, započeti bolusom kristaloida od 250ml . Ako je centralni puls odsutan, a radijalni puls odsuta to je apsolutna indikacija za hitno davanje tekućina. Ako je centralni puls prisutan, a radijalni puls odsutan, tada je nadomještanje tekućine kod trudnice potrebno. Ako je centralni puls prisutan i radijani puls prisutan tada ne treba započinjati nadomještanje tekućina osim ako ne postoje drugi znakovi slabe središnje tkivne perfuzije (npr. poremećaj svijesti, aritmije ili kod trudnice visokog indeksa sumnje na značajan gubitak krvi) Nakon svakog bolusa tekućine, a prije daljnjeg davanja tekućine potrebno je izmjeriti vitalne znakove.[4].
- Ako se krvarenje nastavi i dalje,tada treba provjeriti potiče li ono iz razderotine na ulazu u rodnicu. Krvarenje se može kontrolirati izravnim pritiskom pomoću smotuljka gaze ili higijenskog uloška.
- Sve što se zapazi, izmjeri ili učini potrebno je dokumentirati
- Majku i dijete treba prevesti do rodilišta uz obavijest o njihovom stizanju

6. AKUTNA INVERZIJA MATERNICE

Može biti djelomična (invertalni fundus ostaje unutar maternice) i kompletna (invertalni fundus prelazi cerviks i u najtežim slučajevima može biti vidljiv i izvan vagine). Fundus se ne palpira u razini pupka gdje bi trebao biti. Potezanje pupkovine se ne preporuča osim porodničarima. Može biti praćena znakovima šoka, početno neurogenog uz bradikardiju (natezanje jajnika i jajovoda izaziva vagalnu stimulaciju), tako da znaci šoka nisu u skladu s gubitkom krvi. Kasnije se razvija klinička slika postpartalnog krvarenja. Sterilnim rukavicama se lagano stisne vagini najbliži dio maternice i lagano potisne prema unutar i gore, zatim se stisne slijedeći dio i tako sve dok se vanjski dio ne vrati na svoje mjesto. Pacijentica treba ostati ležati ravno. Uz manualnu repoziciju (pridonosi rješavanju neurogenog šoka) istodobno započeti ABCD zbrinjavanje i prevesti ženu u bolnicu.[4].

7. USTRAJNI TEŠKI BOLOVI U TRBUHU / LJUŠTENJE POSTELJICE

Teže ljuštenje posteljice nastaje onda kada se veći dio posteljice odvoji od stjenke maternice. Ispod posteljice dolazi do krvarenja što uzrokuje jake bolove u trbuhu i/ili epigastriju. Pri tome ne mora biti vidljivog vanjskog krvarenja („skriveno“ ljuštenje). No, vaginalno krvarenje različitog intenziteta može biti prisutno što je poznato kao „otkriveno“ljuštenje. Iako je krvarenje neznatno ili nije vidljivo, mogu se pojaviti znaci hipovolemijskog šoka.

U 20% slučajeva nema vidljivog krvarenja, samo stalna bol u abdomenu.

Važno je provesti podrobnu procjenu zbog znakova šoka. Majku treba prevesti do rodilišta bez odlaganja, uz prethodnu obavijest bolnici o dolasku hitnog slučaja. Odgovarajuće ABC mjere zbrinjavanja treba započeti što je ranije moguće.[4].

8. VIŠESTRUKI POROĐAJ – ODGOĐEN POROĐAJ DRUGOG NOVOROĐENČETA I DALJNJE NOVOROĐENČADI

Danas se rijetko može očekivati da će se majka koja očekuje višestruki porođaj poroditi izvan bolnice. Međutim, kod blizanačke trudnoće daleko je veći rizik od prijevremenog porođaja (tj. prije 37 tjedana) – pa kod ove novorođenčadi može bit potrebna kardiopulmonalna reanimacija. Ako porođaj nije već u tijeku, tada majke koje očekuju višestruki porođaj treba bez odlaganja prevesti u rodilište. Na putu do bolnice trudnicu treba neprekidno procjenjivati i poduzimati potrebne postupke kako se okolnosti mijenjaju. Ako je porođaj već u tijeku ili nastupi na putu u bolnicu, tada treba nastaviti prema postupku kod porođaja. U većini slučajeva

primijeniti će se normalan tijek porođaja za svako dijete. Postupak za normalan porođaj i zbrinjavanje novorođenčeta vrijedi za prvo novorođenče i svu ostalu novorođenčad.

Kada se prvo dijete porodi i kada ga se procijeni, treba osigurati prijevoz majke i djeteta odmah u rodilište uz prethodnu obavijest o dolasku hitnog slučaja. Ako na putu u bolnicu nastupi porođaj drugog novorođenčeta, treba parkirati vozilo i poroditi drugo dijete.

Ako bilo koje novorođenče zahtjeva kardiopulmonalnu reanimaciju, tada treba slijediti smjernice za održavanje života novorođenčadi.

Treba znati- kod porođaja blizanaca veći je rizik krvarenja kod majke neposredno nakon porođaja zbog slabog tonusa maternice.[4].

9. NEPRAVILAN STAV DJETETA

- STAV ZATKOM – kod ovog stava djeteta najprije se tijekom porođaja pojavljuju stopala ili stražnjica umjesto glavice. Ispadanje pupkovine češće je kod stava zadtkom. Ako je poznato da se radi o stavku zatkom, a porođaj nije u tijeku tada majku treba prevesti do rodilišta.

Ako je porođaj već u tijeku treba postupati kao kod normalnog porođaja i paziti na sljedeće:

- Ako trudnica leži na postelji , kauču i sl., potaknuti ju da se primakne na rub postelje, time će sila teže pomoći u porođaju djeteta. Ako je porođaj na zadak krenuo, treba prvo osloboditi nožice djeteta i pustiti da se dijete porodi do lopatica. Zatim, držeći dijete za natkoljenice povući ga nježno prema dolje da se porodi rame i nakon toga osloboditi ručicu. Zatim se dijete stavlja u preponu majke (u onu preponu majke prema kojoj je okrenut trbuh djeteta) da se oslobodi drugo rame. Osloboditi i tu ručicu. Postaviti tijelo djeteta tako da je hipomohlion djeteta na simfizi majke. Svoju ruku uvući u vaginu tako da se kažiprst stavi u usta djeteta i lice povlači preko međice.
- Ne stavljati stezaljke niti rezati pupkovinu sve dok glavica nije u potpunosti izašla iz porođajnog kanala.

Nakon što se dijete porodilo postupati kao kod normalnog porođaja.

Novorođenče koje se porodi u stavu zatkom ima veću vjerojatnost da bude prekriveno mekonijem, i može zahtijevati kardiopulmonalnu reanimaciju. Ako dijete treba reanimaciju tada treba slijediti odgovarajuće smjernice za održavanje života novorođenčadi.

- STAV BILO KOJIM DRUGIM DIJELOM TIJELA ako se nakon pregleda ustanovi da je dijete u stavu za porođaj bilo kojim drugim dijelom tijela osim glavice, stražnjice,stopala (npr. jedno stopalo ili šaka/ruka),tada majku treba smjesta prevesti u rodilište. Prije toga treba preko MPDJ-a obavijestiti bolnicu o dolasku hitnog slučaja. [4].

10. DISTOCIJA RAMENA – ovo je situacija u kojoj kasni porađanje djetetovih ramena. Prednji dio djetetovog ramena zapeo je iza pubične simfize : ne vući, naginjati niti savijati djetetovu glavu. Ne pritiskati fundus. Ako se ramena ne porode unutar dviju kontrakcija nakon porođenja glavice, tada treba staviti jastuk ispod majčine glave., njezina koljena približiti prsima i lagano ih svinuti prema van, tada lagano pokušati glavicu povući prema dolje (McRobertsov hvat) .

    Druga je opcija postaviti majku u položaj na ruke i koljena. Tada se može pokušati poroditi ramena. Ako se ramena ne porode i nakon daljnje dvije kontrakcije, tada majku treba smjesta prevesti u rodilište. Najbolje je majku premjestiti s mjesta događaja pomoću nosila na kotačima. Kada je majka smještena na nosila na kotačima tijekom prijevoza mora ležati postrance s potporom ispod bokova, kako bi se podigla zdjelica. Prije prijevoza u bolnicu treba preko MPDJ-a obavijestiti o dolasku hitnog slučaja.[4].

8.1. Uloga medicinske sestre u skrbi za porodilju sa komplikacijama u porodu

Odonosi se na nekoliko zadataka:

1. Ukoliko je porođaj počeo majku treba poleći na leđa , te joj odignuti zdjelicu od podloge. To ćemo učiniti priručnim sredstvima poput deke ili plahte.
2. Kako porod napreduje treba potpomoći tijelo majke.
3. Dati majci kisik u velikom protoku, te ju što brže transportirati u bolnicu.

U svim segmentima intervencije, a osobito kada su prisutne komplikacije vrlo je važna psihološka potpora pacijentici. Potrebno je bodriti pacijenticu i neprekidno komunicirati s njom tijekom transporta.

Svaki naš postupak je potrebno objasniti jer na taj način smirujemo majku što pridonosi lakšem porodu.

9. Prikaz slučaja

Dana 10.09.2011.g. u 13sati i 50 minuta u ambulantu Hitne medicinske pomoći, u Domu zdravlja Donji Miholjac uznemireno je utrčao gospodin J.Z., te zatražio uputnicu za njegovu ženu Ž.Z., koja je ostala u automobilu na parkiralištu. Rekao je da je žena trudna, da je termin poroda tek za mjesec dana, te da žena osjeća bolove u trbuhu cijeli dan, pa bi stoga željeli otići u bolnicu na specijalistički pregled. Pristali smo dati uputnicu, no prvo smo otišli do automobila da pregledamo pacijenticu. Ž.Z. smo zatekli na suvozačevom mjestu, baš u vrijeme jedne kontrakcije. Uvidjevši da se vjerojatno radi o pravim trudovima, a ne o običnim bolovima, odmah smo pozvali vozača da doveze nosila, te smjesti gđu. Z.Ž. na njih. Pacijenticu smo smjestili u kola hitne pomoći, te započeli pregled. Uvidjevši da porod još nije započeo odlučili smo se za hitan transport i nastavili pregled u sanitetskom vozilu. Najbliže rodilište je udaljeno 25km, stoga imamo dovoljno vremena za cjelokupan pregled pacijentice. U isto vrijeme dok smo uzimali anamnezu, pacijenticu sam razodjenula i postavila u ležeći položaj na leđa sa razmaknutim i flektiranim nogama u koljenima. Ispod koljeničnih jama sam postavila deke i plahte, da bi joj osigurala što opuštenji i ugodniji položaj. Uvijek strogo poštujem intimu svojih pacijenata stoga sam ju prekrila plahtom, ostavivši „otvor“ samo na mjestu ulaska u rodnicu, kako bih mogla kontrolirati razvitak situacije. Pacijentici sam postavila EKG monitoring prijenosnog defibrilatora Lifepack 15, te smo odmah izmjerili prvi set vitalnih znakova.

Pacijentica Ž.Z.,rođena 1988. godine u Osijeku, stanuje u Podravskoj Moslavini sa suprugom i njegovom obitelji. Urednih je higijenskih navika, redovno cijepljena, ne puši, ne konzumira alkohol, niti ikakva nedozvoljena sredstva, do sada nije teže bolovala, ne uzima nikakve lijekove, alergije na lijekove negira, obiteljska anamneza bez osobitosti. Pacijentična prva trudnoća koja joj teče uredno, bez komplikacija, redovito kontrolirana po osobnom ginekologu u Donjem Miholjcu. Prilaže trudničku knjižicu i zdravstvenu iskaznicu. Pacijentica je u 37. tjednu trudnoće. Predviđen termin poroda 05.10.2011. Tjelesna visina 168cm, tjelesna masa 75kg.

Pacijentica navodi da je jutros oko 5 sati počela osjećati bolove u donjem dijelu abdomena, u smislu probadanja i grčeva. Budući da je termin poroda tek za nešto manje od mjesec dana pacijentica je pomislila da su to tzv. „lažni“ trudovi i da će ubrzo proći. Budući da

su oko 13 sati bolovi postajali sve jači i češći, pacijentica i suprug su odlučili otići u bolnicu na pregled.

Pacijentica je na AVPU skali A, govori normalno, kontaktibilna, orijentirana, uznemirena, eukardna, eupnoična, dišni put slobodan, frekvencija disanja 16/min, SpO2 98% , frekvencija pulsa 85/min, RR 130/80. Koža i vidljive sluznice uredno prokrvljene, normokolorična, zjenice jednake, reagiraju na svjetlost. EkstremIteti bez edema. Introitus bez znakova krvarenja, vodenjak još uvijek očuvan. Iscjedak iz vagine bistar, bez mirisa i primjesa. Pacijentica navodi da su pokreti djeteta uobičajeni. Na skali boli svoju ocjenjuje brojem 8. Kontrakcije traju 30 sekundi, pravilnog razmaka svake 3 minute. Ostale bolove i tegobe negira. Osjeća veliki strah jer joj je prvo dijete i ne zna kako porod izgleda.

Tijekom vožnje, deset minuta nakon polaska pacijentici je pukao vodenjak. Plodna voda je bila bistrog izgleda, bez primjesa. Ispod pacijentice sam postavila sterilne gaze i plahte da joj smanjim neugodu od prsnuća vodenjaka. Pacijentica je osjećala sve jače kontrakcije. Rekla je da ima nagon na stolicu. Dvije minute nakon prsnuća vodenjaka na ulazu u rodnicu se ukazala glavica djeteta.

Vozaču smo rekli da zaustavi vozilo da možemo poroditi dijete. Istodobno sam pogledala na sat, i van kroz prozor da vidim gdje se točno nalazimo jer je vrlo važno kasnije dokumentirati mjesto i vrijeme poroda. Odmah smo započeli sa umirivanjem majke, govoreći joj točno što da radi. Pri porodu glavice majci smo naglašavali da izbjegava tiskanje,te da se usredotoči na dahtanje ili kratko ispuhivanje kako bi glavica izašla polako uz kontrakcije. Lagano smo rukom pritisnuli glavicu i tako spriječili brzi porod glavice. Sterilnom kompresom smo prekrili međicu majke. Kada je izašla glavica vidjeli smo da je vrat slobodan, tj. da pupčana vrpca nije omotana oko njega. Ubrzo nakon toga je krenuo porod jednog ramena i uz laganu rotaciju smo porodili i drugo rame, te cijeli trup djeteta. Novorođenče smo stavili na sterilne komprese na nosila da bi bilo u što nižoj poziciji spram uterusa. Kada je pupčana vrpca prestala pulsirati, stavila sam dvije stezaljke na pupkovinu na razmaku od oko 5cm i oko 15 cm od djeteta, te prerezala između dvije stezaljke. Oko stezaljke sam stavila sterilne komprese. Žensko novorođenče je bilo vrlo čisto, ružičaste boje, disalo je i plakalo glasno. Aspiracija dišnih putova nije bila potrebna. Umotala sam ga u sterilne komprese i stavila majci na prsa. Odmah je prestalo plakati. Majci sam stavila sterilne komprese na područje rodnice i pokrila ju čistim plahtama. Vozač je nastavio vožnju, a mi smo nastavili pregled i procjenu majke i novorođenčeta. Vozač je obavijestio MPDJ i rekao da smo porodili zdravo dijete i da su majka i dijete u redu, MPDJ je kontaktirala rodilište u OB Našice, te tražila da nas čekaju spremni, jer dolazimo za 10 minuta.

Žensko dijete rođeno je u 14sati i 24 minute, u kolima hitne medicinske pomoći na cesti u naselju Magadenovac . Porod je protekao uredno, međica majke nije perforirala, po Apgar score ljestvici novorođenče ocijenjeno brojem 10 – boja kože ružičasta uz pravilno disanje i snažan plač, frekvencija pulsa 120/min, tonus mišića dobar, u trenutku naglog kočenja kombija dijete se uhvatilo za plahtu nakon čega smo uvidjeli da su refleksi uredni. Nakon deset minuta smo napravili ponovnu procjenu i ona je isto pokazivala Apgar score 10/10.

Majci smo postavili i.v. put, izmjerili još jedan set vitalnih znakova, fizikalnim pregledom isključili znakove abnormalnog krvarenja , te ju pripremili za porod posteljice.

Ubrzo nakon toga smo stigli u krug bolnice gdje su nas čekali primalja i dežurni pedijatar iz rodilišta. Odvezli smo majku i dijete na odjel gdje je nastavljen daljnji porod i pregled, te zbrinjavanje djeteta.

Na kraju intervencije smo detaljno popunili medicinsku dokumentaciju.

Oprostili smo se od sretne majke i novorođenčeta.

10. Sestrinske dijagnoze

- Visok rizik za ozljedu porođajnog kanala u/s s mogućim prebrzim porodom
- Strah u/s sa ishodom poroda što se očituje izjavom „bojim se jako hoće li sve proći u redu“
- Visok rizik za infekciju u/s s porodom u kolima hitne medicinske pomoći

10.1. Planovi zdravstvene njege

1. Visok rizik za ozljedu porođajnog kanala u/s s mogućim prebrzim porodom

Cilj: spriječiti prebrzi izgon djeteta pri porodu

Sestrinske intervencije:

-pri izgonu djeteta nježno potiskivati dijete i pružati lagani otpor

Evaluacija: Pacijentica Ž.Z.nije doživjela traumu porođajnog kanala.

2. Strah u/s s ishodom poroda što se očituje izjavom pacijentice „ bojim se jako hoće li sve proći u redu „

Cilj: umanjiti osjećaj straha pacijentici

Sestrinske intervencije:

-tokom cijele intervencije aktivno razgovarati sa pacijenticom
-objasniti joj svaki postupak koji činimo oko nje
-neprekidno ju bodriti i stvoriti joj osjećaj sigurnosti

Evaluacija:Pacijentici smo stvorili osjećaj sigurnosti i povjerenja,te tako umanjili strah.

3. Visok rizik za infekciju porodnog kanala u/s s porodom u kolima hitne medicinske pomoći

Cilj: smanjiti mogućnost infekcije porodnog kanala

Sestrinske intervencije :

-nositi zaštitnu opremu i po potrebi ju mijenjati nekoliko puta tokom intervencije

-posjedovati dovoljno sterilnog materijala i odgovorno rukovati s njime

-postupati po mjerilima asepse koliko god je to moguće

-nakon poroda zaštititi porodni kanal sterilnim kompresama

Evaluacija: Pacijentica Ž.Z.nije dobila infekciju porođajnog kanala.

11. Zaključak

U većini slučajeva porođaj teče bez komplikacija. Uostalom, to je proces koji se događa od kada ljudi postoje. Za vođenje porođaja i asistiranje pri porođaju najvažnije je znanje. Hitna medicinska pomoć u Timu 1 i Timu 2 stručno je osposobljena za vođenje izvanbolničkog porođaja. Standard opreme u kolima hitne medicinske pomoći je i više nego zadovoljavajući. Ukoliko dolazi do komplikacija pri vođenju porođaja, najvažnija je odgovarajuća skrb za rodilju , te što hitniji transport u zdravstvenu ustanovu.

Porođaji u kolima hitne medicinske pomoći na području Osječko- baranjske županije su vrlo rijetka pojavnost. Unatoč tome timovi su uvijek spremni na takvu vrstu hitne intervencije.

Iako vrlo stresna intervencija na kraju nosi suze radosnice i iznimno zadovoljstvo. Djelatnici hitne medicinske pomoći nikada neće biti dovoljno pripremljeni za ovakve intervencije. Znanja o postupcima uvijek imamo i redovno ih obnavljamo, no treba imati na umu da je svaki slučaj individualan i uvijek se može dogoditi nešto nepredviđeno. Među najvažnijim postupcima ubrajamo psihološku potporu rodilji. Kada joj stvorimo osjećaj sigurnosti sve će se odvijati puno lakše. Ona će biti sretnija i zadovoljnija jer će znati da je život njezina djeteta u "sigurnim rukama". Pri ovakvim intervencijama djelatnici tima uvijek rade svim snagama jer imaju na umu da se radi o djetetu koje se ne može brinuti za sebe i koje je potpuno ovisno o drugima. To daje poseban osjećaj odgovornosti i časti. U svojoj trinaestogodišnjoj praksi samo jednom sam asistirala pri porodu, ali sam vrlo ponosna što sam dala svoj maksimum znanja i vještina za dolazak još jednoga ljudskog bića na ovaj svijet.

12. Literatura

[1] Ante Dražančić i suradnici: Porodništvo II izdanje, Školska knjiga Zagreb, 1999.

[2] Velimir Šimunić i suradnici: Ginekologija, Zagreb, 2001.

[3] Miljenko Gvožđak, Branka Tomljanović: Temeljni hitni medicinski postupci, Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatski Zavod za hitnu medicinu, Zagreb, 2011.

[4] Ingrid Bošan – Kilibarda, Radmila Majhen – Ujević i suradnici: Smjernice za rad izvanbolničke hitne medicinske službe, Zagreb, 2012.

[5] Valent Vnuk, Urgentna medicina: Prehospitalni postupak, Zagreb, 2000.

Popis slika

Slika 1.1. Porodni mehanizam kod stava glavom Izvor: Ante Dražančić i suradnici: Porodništvo II izdanje, Školska knjiga Zagreb, 1999.....3

Slika 1.2. Posteljica Izvor: Velimir Šimunić i suradnici: Ginekologija, Zagreb, 2001.....4

Slika 1.3. Dijete u maternici Izvor: Ante Dražančić i suradnici: Porodništvo II izdanje, Školska knjiga Zagreb, 1999.....5

Slika 5.1. Način prihvaćanja djeteta nakon izgona Izvor: Ante Dražančić i suradnici: Porodništvo II izdanje, Školska knjiga Zagreb, 1999.....14

Slika 6.2. Dijete nakon poroda Izvor: Velimir Šimunić i suradnici: Ginekologija, Zagreb, 2001.....16

HITNA MEDICINSKA POMOĆ

OSIJEČKO - BARANJSKE ŽUPANIJE

Osijek, J.Hultlera 2

ODLUKA

Ja, Željka Zetaić dajem suglasnost medicinskoj sestri Sonji Bošnjak za korištenje moje medicinske dokumentacije pri pisanju diplomskog rada.

ŽELJKA ZETAIĆ

U Donjem Miholjcu 17. lipnja 2017.

ZAVOD ZA HITNU MEDICINU

OSJEČKO BARANJSKE ŽUPANIJE

ETIČKO POVJERENSTVO

Sukladno odredbama članka 69. Zakona od zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13 i 159/13), Etičko povjerenstvo Zavoda za hitnu medicinu Osječko-baranjske županije dana 17.lipnja 2016. Godine, donosi slijedeću

O D L U K U

1. Daje se suglasnost Sonji Bošnjak, med. sestri, radnici Zavoda za hitnu medicinu Osječko-baranjske županije, za pristup i korištenje informacija i podataka Zavoda za hitnu medicinu Osječko-baranjske županije za potrebe izrade diplomskog rada pod temom „ Sestrinska skrb pri porodu u kolima hitne medicinske pomoći.
2. Odluka stupa na snagu i primjenjuje se danom donošenja.

DOSTAVITI:

1. Imenovanoj
2. Etičkom povjerenstvu
3. Odjelu općih i pravnih poslova
4. Pismohrani

PREDSJEDNICA ETIČKOG POVJERENSTVA

Aleksandra Macanić, dr.med.spec.

Aleksandra Macanić

13. Prilozi

1. Schema 1.1. – Hodogram porođaja - Ingrid Bošan – Kilibarda, Radmila Majhen – Ujević i suradnici, Smjernice za rad izvanbolničke hitne medicinske službe, Zagreb, 2012.

2. Tablica 3.1. – Termin porođaja po tjednima - Ingrid Bošan – Kilibarda, Radmila Majhen – Ujević i suradnici: Smjernice za rad izvanbolničke hitne medicinske službe, Zagreb, 2012

3. Tablica 6.1. – Apgar score bodovni sustav - Velimir Šimunić i suradnici, Ginekologija, Zagreb, 2001

4. Pisani pristanak pacijentice Ž.Z. za korištenje podataka pri pisanju rada

5. Pisani pristanak Etičkog odbora za korištenje intervencijskog slučaja u pisanju rada

Sveučilište
Sjever

SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, SONJA BOŠNJAK *(ime i prezime)* pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog *(obrisati nepotrebno)* rada pod naslovom SESTRINSKA SKRB PRI PORODU U KOLIMA HITNE MED. POMOĆI *(upisati naslov)* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Sonja Bošnjak
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, SONJA BOŠNJAK *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog *(obrisati nepotrebno)* rada pod naslovom SESTRINSKA SKRB PRI PORODU *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica. U KOLIMA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Sonja Bošnjak