

Zdravstvena njega novorođenčeta i babinjače

Buić, Iva

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Pula / Sveučilište Jurja Dobrile u Puli**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:137:051355>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-02**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository Juraj Dobrila University of Pula](#)



Sveučilište Jurja Dobrile u Puli
Medicinski fakultet u Puli
Preddiplomski stručni studij Sestrinstva

IVA BUIĆ

ZDRAVSTVENA NJEGA NOVOROĐENČETA I BABINJAČE

Završni rad

Pula, 2022.

Sveučilište Jurja Dobrile u Puli
Medicinski fakultet u Puli
Preddiplomski stručni studij Sestrinstva

IVA BUIĆ

ZDRAVSTVENA NJEGA NOVOROĐENČETA I BABINJAČE

Završni rad

JMBAG: 0303084851, redoviti student

Studijski smjer: Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

Predmet: Zdravstvena njega u zajednici

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

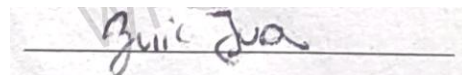
Mentor: Davorka Rakić, dipl. med. tech., pred.

Pula, 2022.

IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Ja, dolje potpisani Iva Buić, kandidat za prvostupnika ovime izjavljujem da je ovaj Završni rad rezultat isključivo mogega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio Završnog rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz kojega necitiranog rada, te da ikoji dio rada krši bilo čija autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Student

A photograph of a handwritten signature in black ink on a white background. The signature is written in a cursive style and reads "Buić Iva". The signature is positioned above a horizontal line.

U Puli, 20.09.2022.

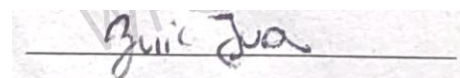
IZJAVA
o korištenju autorskog djela

Ja, Iva Buić, dajem odobrenje Sveučilištu Jurja Dobrile u Puli, kao nositelju prava iskorištavanja, da moj završni rad pod nazivom „Zdravstvena njega novorođenčeta i babinjače“ koristi na način da gore navedeno autorsko djelo, kao cjeloviti tekst trajno objavi u javnoj internetskoj bazi Sveučilišne knjižnice Sveučilišta Jurja Dobrile u Puli te kopira u javnu internetsku bazu završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice (stavljanje na raspolaganje javnosti), sve u skladu s Zakonom o autorskom pravu i drugim srodnim pravima i dobrom akademskom praksom, a radi promicanja otvorenoga, slobodnoga pristupa znanstvenim informacijama.

Za korištenje autorskog djela na gore navedeni način ne potražujem naknadu.

U Puli, 20.09.2022.

Potpis

A handwritten signature in black ink, reading "Buić Iva", is written over a horizontal line. The signature is cursive and clearly legible.

ZAHVALA

Zahvaljujem se svim predavačima Medicinskog fakulteta na prenesenom znanju tijekom akademskog obrazovanja.

Najviše se zahvaljujem majci Vesni, koja mi je bila najveća podrška tijekom cijelog školovanja.

Veliko hvala prijateljicama, koje su zajedno sa mnom prolazile kroz ovo zanimljivo i nezaboravno iskustvo.

Hvala partneru Deniju na pruženoj podršci i sinu Jakovu koji mi je bio najveća motivacija za privesti kraju ovaj završni rad.

Posebno hvala mentorici Davorki Rakić, dipl. med. tech., pred., na svojoj pomoći i strpljenju tijekom pisanja rada.

Sadržaj

1. UVOD.....	1
2. PATRONAŽNA SESTRINSKA SKRB	2
2.1. Kućna posjeta.....	2
2.1.1. Priprema i tijek kućne posjete.....	3
2.2. Komunikacija	3
3. NOVOROĐENČE	4
3.1. Zdravstvena zaštita novorođenčeta.....	5
3.1.1. Procjena zdravstvenog stanja novorođenčeta	6
3.2. Osnovne fiziološke karakteristike novorođenčeta.....	7
3.2.1. Glava i koža novorođenčeta	7
3.2.2. Probavni i urogenitalni sustav novorođenčeta	9
3.2.3. Središnji živčani sustav i refleksi u novorođenčeta.....	10
3.3. Vitalne funkcije i san.....	13
3.4. Njega pupčanog bataljka	14
3.5. Kupanje novorođenčeta.....	15
3.6. Presvlačenje i odijevanje	16
4. BABINJE	17
4.1. Zdravstvena zaštita babinjače	17
4.1.1. Tjelesna i fizikalna procjena babinjače	19
4.1.2. Psihosocijalna procjena babinjače	20
4.2. Involucija maternice i lohije.....	21
4.3. Dojenje	22
4.3.1. Sastav majčinog mlijeka.....	23
4.3.2. Postupak dojenja i položaji tijekom dojenja	25

4.3.3.	Kontraindikacije dojenja i poteškoće pri dojenju	28
4.3.4.	Izdavanje	31
4.4.	Prehrana babinjače	32
4.5.	Tjelesna aktivnost i odmor	33
4.6.	Menstruacija i seksualni odnosi	33
4.7.	Psihičke poteškoće u babinju	34
4.7.1.	Porođajna tuga	34
4.7.2.	Postporođajna depresija	34
5.	RASPRAVA	36
6.	ZAKLJUČAK	38
	LITERATURA	39
	POPIS SLIKA	42
	SAŽETAK	43
	SUMMARY	44

1. UVOD

Postnatalno razdoblje započinje rođenjem. Novorođenče je dijete od rođenja do navršenih četiri tjedna života. Babinje je razdoblje u trajanju od šest tjedana nakon poroda u kojem se dešavaju tjelesne i psihičke promjene majke.

Sestrinska skrb o babinjači i novorođenčetu dio je djelatnosti patronažne zdravstvene zaštite. Priprema za babinje započinje u zdravstvenoj zaštiti trudnica te se nastavlja nakon izlaska iz rodilišta. Osim područja partialne zdravstvene skrbi, za sva ostala područja zdravstvene zaštite žena uključena je patronažna sestra.

Prva posjeta patronažne sestre odvija se dan, dva nakon otpusta iz rodilišta. Prilikom svake posjete procjenjuje tjelesno i psihosocijalno stanje majke i novorođenčeta. Patronažna sestra prikuplja anamnezu, prepoznaje rizične čimbenike, provodi mjere i postupke za promicanje i očuvanje zdravlja, te sprečavanje bolesti i ozljeda djeteta. Pruža majci i obitelji edukaciju i potporu, kako bi se omogućili optimalni uvjeti za zdrav rast i razvoj novorođenčeta.

U ovom radu biti će prikazana zdravstvena njega babinjače i novorođenčeta iz područja patronažne zdravstvene zaštite. Prvi dio rada obuhvaća pripremu patronažne sestre za kućnu posjetu i komunikaciju, a drugi dio teoriju zdravstvene zaštite i procjenu stanja novorođenčeta i babinjače. Zdravstvenu njegu novorođenčeta uključuju fiziološke karakteristike novorođenčeta, vitalne funkcije, san, njega pupčanog bataljka, te kupanje i presvlačenje novorođenčeta. U dijelu rada o zdravstvenoj njezi majke u vrijeme babinja biti će prikazane promjene u babinju, involucija maternice i lohije, dojenje, komplikacije dojenja, položaji tijekom dojenja, prehrana, tjelesna aktivnost i odmor, menstruacija i seksualni odnosi, te psihičke poteškoće tijekom babinja.

2. PATRONAŽNA SESTRINSKA SKRB

Patronažna sestrinska skrb je djelatnost medicinskih sestara koja se odvija u obitelji i zajednici, uz maksimalno sudjelovanje i učešće korisnika. Cilj patronažne zaštite je proširenje zdravstvene zaštite izvan zdravstvene ustanove, aktivno pronalaženje onih kojima je potrebna zdravstvena i socijalna zaštita, te osposobljavanje i pomoć pojedincima, obiteljima i drugim grupama da provedu potrebne mjere zaštite (Zdravstvena njega u patronaži priručnik, 1998). Patronažna sestra u svom radu treba imati razvijene vještine potrebne za utvrđivanje i utvrdila potrebe za zdravstvenom negom, vještine edukacije, vještine pružanja podrške i utjehe. Rad medicinskih sestara u zajednici temelji se na znanju, umijeću, odgovornosti, etičkim načelima, pozitivnim stavovima i motivaciji (Zdravstvena njega u patronaži priručnik, 1998). Prioriteti u zdravstvenoj zaštiti su zaštita zdravlja žena i djece. Iza kućnih posjeta kroničnim bolesnicima, najveći broj posjeta patronažnih sestri je kod babinjača i novorođenčadi. Prema posljednjim dostupnim podacima iz 2020. godine od ukupno 1 051 148 posjeta patronažnih sestri u Republici Hrvatskoj, 184 955 posjeta odnosi se na posjet babinjačama, te 138 987 na posjete novorođenčadi (HZJZ, 2020).

2.1. Kućna posjeta

Patronažna sestra najveći dio svog rada provodi u obitelji tj. domu korisnika kojima je potrebno pružiti zdravstvenu negu. Pružanje njege u domu babinjače daje širu sliku o potrebama obitelji, socijalno ekonomskom statusu, uvjetima i omogućuje holistički pristup. Prva posjeta trebala bi biti unutar 7 dana od poroda, a druga nakon 15 od poroda (Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, 2006). Prije svake kućne posjete potrebna je priprema. Priprema za prvi posjet je vrlo važna jer prilikom prve posjete se razvijaju temelji za dobar odnos patronažne sestare i babinjače. Kako bi kućna posjeta bila uspješna važna je komunikacija i interakcija, priprema i planiranje kućnog posjeta, te uvjeti rada i opskrbljenost sredstvima (Mojsović i sur., 2005).

Prilikom prve posjete važno je odrediti jasne ciljeve i stvoriti ugodno okruženje. Komponente koje su važne pri prvoj posjeti su upoznavanje patronažne sestre sa babinjačom i obitelji, izlaganje ciljeva i svrhe kućnih posjeta, definiranje uloge patronažne sestre, prikazivanje očekivanja babinjače, izgradnja odnosa i plan slijedeće posjete (Mojsović i sur., 2005).

2.1.1. Priprema i tijek kućne posjete

Priprema za kućnu posjetu kreće od zahtjeva za kućnu posjetu. Zahtjev može biti formalan i neformalan. Formalan zahtjev u slučaju babinjače i novorođenčeta izdaje rodilište, liječnik i/li sestra primarne zdravstvene zaštite, službe socijalne skrbi ili bilo koja služba, dok neformalan zahtjev podnose pojedinci, tj. babinjača, partner, obitelj, susjedi. Kako bi priprema za kućnu posjetu bila potpuna, potrebna je stručno sadržajna, tehnička, te psihofizička priprema patronažne sestre (Mojsović i sur., 2005). Prije posjete potrebno je prikupiti i provjeriti sve svoje informacije i podatke dobivene od strane tima ili ostalih službi, napraviti plan njege, odrediti ciljeve posjete, organizirati vrijeme, osigurati pribor za rad, provjeriti znanje i vještine koje su potrebne za određenu kućnu posjetu. Od pribora i materijala važno je osigurati i provjeriti sadržaj torbe koja treba sadržavati sav potreban pribor za kontrolu i procjenu zdravstvenog stanja, jednokratni pribor, pribor za osobnu zaštitu i pranje ruku, materijale za edukaciju i dokumentiranje. Važna je i psihofizička priprema koja uključuje izgled, oblačenje, raspored vremena, osobnu sigurnost i relaksaciju. Potrebno je osigurati tehnički ispravno prijevozno sredstvo. Nakon pripreme, potrebno je uspostaviti komunikaciju kako bi prikupili podatke i procijenili potrebu za zdravstvenom skrbi, potom definirali problem, postavili cilj, proveli intervencije i evaluaciju.

2.2. Komunikacija

Komunikacija je važan faktor za stvoriti dobar odnos između patronažne sestre, babinjače i ostalih članova obitelji. Cilj je ostvariti dobru interakciju prilikom prve posjete kako bi se razvio odnos međusobnog povjerenja i razumijevanja. Potrebno je pokazati poštovanje, empatiju, prihvaćanje, brigu kako bi se povezali sa babinjačom i ostvarili cilj kućne posjete. Važno je uzeti u obzir sve osobine sestre, babinjače i okoline u kojoj se odvija komunikacija. Potrebno je prilagoditi komunikaciju i sa novorođenčetom. Dodir

treba biti nježan, a govor ispod glasa. Komunicirati je potrebno na udaljenosti od 25 do 30 cm od lica.

Komunikacijom prikupljamo podatke važne za prepoznavanje problema i za daljnju zdravstvenu njegu. Patronažna sestra prikuplja podatke intervjuom, ispitivanjem i procjenom zdravstvenog stanja i funkcija novorođenčeta, te uvidom u zdravstvenu dokumentaciju.

3. NOVOROĐENČE

Razlikujemo prenatalni i postnatalni razvoj djeteta. „Prenatalni razvoj uključuje embrionalno razdoblje (germinativna faza prva dva tjedna, embrionalna faza od 2. do 12. tjedana trudnoće) i fetalno razdoblje od 12. do 40. tjedana trudnoće“ (Ilić, Ivasić i Malčić, 2014). Postnatalni razvoj uključuje novorođenačku dob (od rođenja do 4. tjedna života), dojenačku dob (od 4. tjedna do kraja prve godine života), dob malenog djeteta (od navršene prve godine do kraja treće godine), predškolsku dob (od treće do kraja šeste godine), školsku dob (od početka sedme godine do puberteta), pubertet (od nastupa prvih sekundarnih spolnih osobina do spolne zrelosti te adolescenciju (mladenačku dob) koja nastupa od spolne zrelosti do završetka tjelesnog razvoja.

Novorođenačka dob traje četiri tjedna. U tom se vremenskom periodu novorođenče treba prilagoditi na vanjski svijet. Organski sustavi novorođenčeta moraju se prilagoditi na izvanmaternični život, a prilagodba svakog sustava može biti povezana uz moguće bolesti i komplikacije. U manje razvijenim dijelovima svijeta još uvijek postoji visoka smrtnost djece tijekom novorođenačke dobi. Smrtnost je prisutna zbog naglih promjena okoline, posljedica porođajnog akta ili zbog imunosnih reakcija novorođenčeta. Perinatalna smrtnost čini stopu mrtvorodenih i smrtnosti u prvih 7 dana nakon poroda. Važni čimbenici koji mogu utjecati na smrtnost jesu zdravstveno stanje majke u trudnoći, standard, imunološki i kulturološki status. Perinatalna smrtnost u Republici Hrvatskoj iznosi oko 9 promila (Ilić, Ivasić i Malčić, 2014).

3.1. Zdravstvena zaštita novorođenčeta

Novorođenačko razdoblje je razdoblje obilježeno velikom osjetljivošću djeteta i potrebom za ranim poduzimanjem mjera za unapređenje i očuvanje zdravlja te sprečavanje bolesti. Sestrinska skrb usmjerena je na pružanje pomoći roditeljima da unaprijede i održe optimalan razvoj djeteta. Patronažna skrb obuhvaća svu novorođenčad i dojenčad. Ključno je osigurati pravovremenu patronažnu skrb. Patronažna skrb najčešće započinje prvog ili drugog dana nakon izlaza iz rodilišta. Ukoliko je dijete prvorodeno, sa zdravstvenim poteškoćama ili je dijete zabrinutih roditelja ima prednost posjete.

Patronažna sestra u svom radu pomaže obitelji za:

1. Stvaranje najboljih uvjeta za rast i razvoj sa posebnim naglaskom na emocionalno i socijalno okruženje.
2. Provedbu mjera i postupaka za promicanje i očuvanje zdravlja, sprečavanje bolesti i ozljeda djeteta.
3. Rješavanje problema koji se odnose na zadovoljavanje osnovnih potreba djeteta
4. Stjecanje znanja i vještina za:
 - Prepoznavanje znakova i simptoma bolesti,
 - Praćenje zdravstvenog stanja,
 - Provedbu potrebnih intervencija za ublažavanje tegoba,
 - Traženje pravodobne pomoći liječnika ili sestre (Mojsović i sur., 2006).

Uloga patronažne sestre je pomoć roditeljima i djetetu kroz kontinuiranu edukaciju, savjetovanje i pružanje psihosocijalne potpore. Prilikom procjene potreba, temelj sestrinskog plana je usmjeren na dijete, ali uključuje i potrebe majke kao primarne osobe koja brine o potrebama djeteta. Od velike su važnosti i ostali članovi obitelji i okolina u kojoj dijete boravi. Intervjuiranjem majke, oca ili ostalih članova obitelji patronažna sestra prikuplja podatke iz obiteljske anamneze o skrbi prije rođenja djeteta, podatke o porodu i stanju djeteta do posjete patronažne sestre. Također, postavlja pitanja i traži dodatna objašnjenja o svakom području funkcioniranja, te prepoznaje sestrinske probleme.

3.1.1. Procjena zdravstvenog stanja novorođenčeta

Procjena stanja novorođenčeta uključuje opće podatke o novorođenčetu, podatke o obitelji, podatke o uvjetima stanovanja, o kući, okolišu gdje dijete boravi i spava, obiteljsku medicinsku anamnezu, anamnezu prenatalnog razvoja, poroda i prvih dana života, te tjelesnu procjenu djeteta (Mojsović i sur., 2006).

Opći podaci sastoje se od imena i prezimena novorođenčeta, datuma i mjesta rođenja, adrese i broja telefona. Podaci o obitelji su ime i prezime roditelja, dob, zanimanje, zaposlenje, dob i imena braće i sestara, te ostalih članova kućanstva. Važno je da patronažna sestra procjeni ekonomski status, uvjerenja, vrijednosti i način života obitelji, te da uoči rizične čimbenike poput teške materijalne i socijalne prilike, zanemarivanja ili nedostatne brige, napuštanja i zlostavljanja novorođenčeta.

Potrebno je uzeti i obiteljsku medicinsku anamnezu. Procijeniti zdravstveno stanje roditelja, ostalih članova obitelji, te smrti članova.

Uz obiteljsku medicinsku anamnezu, od velike je važnosti prikupiti podatke o prenatalnom razvoju, porodu i provedenim prvih nekoliko dana. Patronažna sestra prepoznaje moguće rizike u odnosu na trudnoću, tijek trudnoće i komplikacije, tijek i trajanje poroda, porođajne težine, testove i zahvate u rodilištu, ponašanje novorođenčeta.

Kod procjene uvjeta stanovanja gdje dijete boravi važno je procijeniti: veličinu stana broj i vrstu prostorija, ima li svaki član svoj ležaj, ima li kućanstvo dostupnu vodu i sanitarni čvor, opremljenost, čistoću prostorija i okoliša, te mikroklimatske uvjete.

Tjelesna procjena uključuje provjeru vitalnih funkcija, pregled novorođenčeta od glave do pete, opći izgled, držanje i položaj djeteta, ponašanje novorođenčeta, tonus mišićne mase, procjenu kože i sluznica, procjenu tjelesnog razvoja, reflekse, stupnja uhranjenosti, procjenu veličine, oblika i simetrije pojedinih dijelova tijela (Mojsović i sur., 2006).

Patronažna sestra pregled provodi uz prisustvo roditelja prihvaćajući njihova zapažanja. Prije pregleda obavlja higijenu ruku i detaljno pregledava dijete od glave do pete. Pregled se sastoji od promatranja, palpacije, auskultacije i mjerenja. Ona je prva

osoba koja dolazi u kontakt sa majkom i obitelji neposredno nakon poroda. Od velike je važnosti prilikom prve i svake slijedeće kućne posjete, procijeniti stanje novorođenčeta i sve moguća odstupanja od razvoja novorođenčeta do same okoline, te pravovremenog poduzimanja potrebnih intervencija kako bi se pružila pravovremena i adekvatna zdravstvena zaštita.

3.2. Osnovne fiziološke karakteristike novorođenčeta

Tjelesna težina novorođenčeta prilikom rođenja najčešće iznosi 3000 do 4500 grama. Težina dječaka u prosjeku je za 100 do 150 grama veća. U Republici Hrvatskoj prosječna težina djevojčica iznosi oko 3300 grama, a dječaka oko 3400 grama. Duljina djeteta je najčešće između 49 i 51 centimetara. Na težinu novorođenčeta utječu endogeni i egzogeni čimbenici. Endogene čimbenike uključuje spol, rasa, konstitucija roditelja i redoslijed porođaja, a egzogene socijalni i ekonomski uvjeti, prehrana tijekom trudnoće i kronične bolesti.

Fiziološko smanjenje tjelesne težine nastaje prva tri do pet dana nakon rođenja, a iznosi oko 7%, najviše 10% od porođajne težine. Fiziološko smanjenje tjelesne težine javlja se kao posljedica prilagodbe na ekstrauterini život i zbog hipogalaktije babinjače. Kada se uspostavi laktacija, dijete nadoknadi fiziološko smanjenje tjelesne težine unutar 10 do 14 dana. Ukoliko je fiziološko smanjenje tjelesne težine veće od 10% moguća je pojava fiziološke i kratkotrajne tranzitorne vrućice, koja nastaje kao posljedica prilagodbe životu ekstrauterino.

3.2.1. Glava i koža novorođenčeta

Glava novorođenčeta je velika naspram trupa te iznosi $\frac{1}{4}$ dužine tijela. Prilikom pregleda novorođenčeta važno je obratiti pozornost na opseg glave, veličinu fontanele i moguće deformacije lubanje. Opseg glave iznosi prosječno od 34 do 36 cm, te bi trebao biti nešto veći od opsega prsnog koša. Ukoliko postoji veća razlika može uputiti na nedonošenost ili hidrocefalus. Na tjemenu između parijetalnih kosti i frontalne kosti nalazi se velika fontanela, oblika romba veličine 2x2 cm. Ona se zatvara između 10. i 18. mjeseca života, a najčešće između 12. i 14. mjeseca. Ukoliko se prerano zatvori može se posumnjati na mikrocefaliju ili na kraniosinostozu, dok pri zakašnjelom zatvaranju je moguć rahitis, hidrocefalus ili hipotireoza. Fontanela je lagano uvučena, a

pri jačem plaču može se lagano izdignuti i postati napeta. Ukoliko je fontanela trajno izbočena, napeta, pulsira, znak je povišenog intrakranijalnog tlaka, dok jače uvučena fontanela može biti znak dehidracije. Šavovi glave u novorođenčadi i male djeci nisu još srasli zbog rasta mozga.

Koža pri rođenju prekrivena je vernix caseosom, sivo bijelom sirastom masom. Vernix caseosa štiti kožu djeteta tijekom trudnoće od maceracije plodnom vodom. Prilikom rođenja štiti od vanjskih utjecaja i zaraza, te se većina mase skine poslije prvog kupanja. Nakon skidanja naslaga koža postaje ružičasta do žarko crvena. Koža može na mjestima biti suha i perutati se. Potkožno masno tkivo je dobro razvijeno, a turgor kože je dobar. Također moguća je pojava crvenog osipa, exanthema toxoallergicum neonatorum, između 7. i 14. dana koji nestaje spontano, najvjerojatnije zbog prestanka alergijske reakcije kože novorođenčeta na toksine trudnoće. Na području lica i nosa moguće su bijelo žute promjene, milije. Milije su retencijske ciste žlijezda lojnica i nestaju tijekom 2. tjedna života. Ukoliko se milija inficira nastaje gnojna upala folikula s upalom okolne kože, acna neonatorum. Rodin ugriz ili nevus phlameus neonatorum se javlja kao svijetlo crvena pjega koja na pritisak izblijedi. Pojavljuje se u predjelu zatiljne kosti, nosnog korijena ili na gornjoj vjeđi u razini kože, te izblijedi sama tijekom druge godine. Kod tamnopute djece moguće je uočiti mongolsku pjegu. Najčešće je lokalizirana u lumbosakralnoj regiji i kod dječaka na koži skrotuma. Zagasito plave je boje, nejasno ograničena od okolne kože, a najčešće izblijedi tijekom prve godine života.

Fiziološka žutica nastaje većinom trećeg dana od rođenja, a spontano nestaje desetog do četrnaestog dana. Fiziološka žutica nastaje zbog nezrelosti jetre i enzima glukuroniltransferaze i pojačane hemolize eritrocita. Zbog nakupljenog nekonjugiranog bilirubina koža i sluznice postaju žute. Primjećuje se da je dijete mirno, jako pospano i nezainteresirano za dojenje. Potrebno je savjetovati majku da budi i doji novorođenče, kako ne bi došlo do gubitka na težini i dehidracije. Novorođenče je potrebno izložiti sunčevoj svjetlosti ili jačoj dnevnoj svjetlosti tijekom zime (Džino, Krnić i Katava Bašić, 2009). Patološka žutica nastaje unutar prvih 24 ili 36 sati.

3.2.2. Probavni i urogenitalni sustav novorođenčeta

Usna šupljina je slabije vlažna do šestog tjedna, jer stanice žlijezda slinovnica nisu u potpunosti razvijene. U novorođenačkoj dobi češće su infekcije usne šupljine čiji je najčešći uzročnik gljivica *candida albicans*.

Prsni koš je bačvasta oblika, za 1 do 2 cm uži od opsega glave. Može se uočiti dijafragmalno, nepravilno disanje. Oteklina sisica najčešće se javlja 4. do 7. dan, te nastaje zbog utjecaja majčinog hormona estrogena. Zabranjeno je istisnuti mliječnu tekućinu iz sisica, jer može nastati mastitis.

Želudac je male zapremine nakon rođenja, iznosi 10 cm^3 , a za tjedan dana iznosi 70 cm^3 . Crijeva su prilikom rođenja sterilna, a početkom prehrane počinju se razvijati i razmnožavati bakterije koje čine fiziološku crijevnu floru. Mekonij je prva stolica koja se izlučuje tijekom prvih 24 sata. Mekonij je guste, tamnozelene, homogene, ljepljive konzistencije bez mirisa. Sastoji se od sluzi, epitela crijeva, primjesa žučnih boja i progutane plodne vode (Ilić, Ivasić i Malčić, 2014). Prijelazna stolica je prisutna prvi i drugi dan, a mliječna stolica četvrti do sedmi dan.

Prvih nekoliko dana nakon rođenja, moguća je pojava fiziološke oligurije, ponekad i anurije zbog prilagođavanja bubrega i zbog smanjenog uzimanja tekućine nakon rođenja. Tijekom prvog tjedna postepeno se normalizira broj mikcija. Prvih nekoliko dana izlučuje se oko 60 cm^3 urina. Kod muške novorođenčadi testisi su većinom spuštani u skrotum. Moguća je i pojava hidrocele testisa u prvih nekoliko dana i tjedana, a nestaje spontano nakon prve godine. Uzroci nastanka hidrocele mogu biti prirođeni, traume i alergije. Često je prisutna i fiziološka fimozis, jer prepucij nije posve razvijen. Zbog utjecaja hormona trudnoće majke, prvih nekoliko dana moguć je iscjedak iz rodnice i jako otečene vanjske usne kod ženske novorođenčadi.

3.2.3. Središnji živčani sustav i refleksi u novorođenčeta

Novorođenče svoje kretnje radi pomoću refleksa, jer nema još razvijenu cerebralnu kontrolu i koordinaciju. Zbog nezrelosti središnjeg živčanog sustava zovu se primitivni refleksi. Refleks traženja, refleks sisanja i refleks gutanja ključni su za preživljavanje. Pomoću tih refleksa novorođenče traži bradavicu i uzima mlijeko iz dojke.

Refleks obuhvaćanja ili Moroov refleks karakterizira kontrakcija mišića cijelog tijela. Refleks nastaje pri nagloj promjeni položaja djeteta ili kao reakcija na jaki podražaj poput zvuka, svjetla, udarca o podlogu na kojoj leži. Refleks možemo ispitati da se dijete položi na leđa, primi za ručice, malo podigne i spusti. Tada dijete napravi ekstenziju i fleksiju (Močenić, 2017). Novorođenče naglo i simetrično raširi ruke, a glavu lagano zabaci prema natrag. Refleks nestaje nakon trećeg ili četvrtog mjeseca. Ukoliko nije moguće tijekom prvih nekoliko dana izazvati refleks obuhvaćanja moguće je intrakranijalno oštećenje. Izostanak refleksa na jednoj strani može uputiti na frakturu ključne kosti, iščašenja ili ozljede perifernih živaca ili ozljede mozga na suprotnoj strani (Ilić, Ivasić i Malčić, 2014).



Slika 1. Moroov refleks

Izvor: <https://gospodarzdravlja.com/moorov-refleks-kod-beba-dece-sve-sto-trebate-znati/>

Robinsonov refleks možemo izazvati podraživanjem dlana ili stopala novorođenčeta. Nakon podraživanja dlana, novorođenče zatvara šaku i hvata predmet. Nakon drugog do četvrtog mjeseca refleks nestaje. Do izazivanja refleksa hvatanja tabanima dolazi prislanjanjem predmeta na taban, što izaziva plantarnu fleksiju nožnih prstiju. Refleks hvatanja tabanima traje do prve godine (Močenić, 2017).



Slika 2. Robinsonov refleks podraživanja dlana

Izvor: <https://mamaonica.com/refleksi-kod-beba-sve-sto-treba-da-znate/>



Slika 3. Robinsonov refleks podraživanja stopala

Izvor: <https://mamaonica.com/refleksi-kod-beba-sve-sto-treba-da-znate/>

Razlikujemo simetričan i nesimetričan Magnusov tonički refleks vrata. Simetrični refleks nastaje kada se flektira glava prema trupu, te dolazi do fleksije donjih udova od koljena prema trupu. Tijekom prvog mjeseca najviše je izražen asimetričan refleks. Novorođenče se postavlja na leđa, a glavica na stranu. Ona strana tijela na koju je okrenuta glavica biti će ispružena, dok će suprotna ruka i noga biti savijene. Refleks se gubi do šestog mjeseca.



Slika 4. Magnusov asimetrični refleks vrata

Izvor: <https://visiontherapyathome.com/asymmetrical-tonic-neck-reflex/>

Refleks automatskog hoda izaziva se postavljanjem djeteta u vertikalni položaj, malo nagnuto prema naprijed, sa tabanima prislonjenim o podlogu. U tom položaju dijete automatski napravi nekoliko koraka.



Slika 5. Refleks automatskog hoda

Izvor:

<https://www.aboutkidshealth.ca/Article?contentid=423&language=English&hub=newborn>

3.3. Vitalne funkcije i san

Kod praćenja zdravstvenog stanja novorođenčadi, važni su nam pokazatelji tjelesna temperatura, disanje, puls i krvni tlak. Novorođenčad je često sklona pothlađivanju zbog nedovoljne razvijenosti termoregulacijskog centra, te je potrebno održavati optimalnu temperaturu okoliša i koristiti odgovarajuću odjeću. Normalna tjelesna temperatura mjerena rektalno kod novorođenčadi iznosi 36,2 do 37,4°C (Ilić, Ivasić i Malčić, 2014). Večernja temperatura viša je od jutarnje. Frekvencija disanja u novorođenčadi je 40 do 60 u minuti. Disanje je nepravilno, dijafragmalnog tipa. Respiracija se mjeri pri spavanju. Disanje se može promatrati spuštanjem prsnog koša, postavljanjem ruke na prasni koš ili područje epigastrija, zrcalom ili postavljanjem malo vate ispred nosa ili usta brojenjem pokreta vate. Donja granica pulsa iznosi 120, a gornja 170 otkucaja u minuti. Sistolički tlak iznosi 80 do 90 mmHg, a dijastolički 50 do 60 mmHg.

Potreba za snom kod novorođenčadi je velika. Životni ritam novorođenčeta ispunjen je sisanjem i dugim fazama sna. Prosječno tijekom dana spava šesnaest sati, u intervalima od tri ili četiri sata. Tijekom prvih mjesec dana ne razlikuje dan od noći. Dok je budno dijete je živahno, lako zaplače i na taj način izražava osjećaj gladi, neudobnosti i boli (Larousse, 2006). Spavanje na trbuhu se ne preporučuje zbog mogućnosti iskrivljenja prsnog koša i stopala, te zbog povezanosti s pojavom iznenadne smrti djeteta u koljevci. Prema istraživanjima Američke pedijatrijske akademije incidencija iznenadne smrti u koljevci manja je u djece koja su spavala na leđima, nego na trbuhu, te se iz tog razloga preporuča spavanje na leđima (Ilić, Ivasić i Malčić, 2014). Prema dostupnim podacima iz 2020. ukupan broj smrti dojenčadi u Republici Hrvatskoj je 142. Sindrom iznenadne dojenačke smrti zabilježen je u 5 slučajeva, dok je vodeći uzrok smrti, u čak 28 slučajeva respiracijski distres novorođenčeta (HZJZ, 2020).

3.4. Njega pupčanog bataljka

Posebnu pažnju treba posvetiti svakodnevnoj toaleti pupka. Cilj je da bataljak što prije zaraste, te da se pravilnom njegom izbjegne mogućnost infekcije. Važno je područje pupka držati suhim i čistim. Bataljak se osuši za tri do četiri dana nakon poroda, a otpada nakon sedam do deset dana (Ilić, Ivasić i Malčić, 2014). Toaleta pupka se obavlja jednom dnevno, te uvijek kada se slučajno namoči. Prije same toalete potrebno je pravilno oprati ruke. Pupčani bataljak i okolnu kožu treba prebrisati antiseptikom i fiziološkom otopinom, posušiti te prekriti sa novom suhom sterilnom kompresom. Dok bataljak ne otpadne važno je gornji rub pelene previti prema unutra, ispod pupka kako bi spriječili vlaženje pupka, te izložili ga zraku radi što bržeg sušenja (Jovančević i sur., 2019). Nakon otpadanja bataljka ostaje ranica koja zarasta nakon 14 dana. Važno je pridržavati se pravilima asepse, jer je rana otvorena vrata infekcije. Potrebno je ranu nježno natopiti otopinom antiseptika, pričekati da se rana posuši, te prekriti sterilnom kompresom. Bataljak je potrebno previjati sve dok ne prestane vlažiti. Ukoliko se javi crvenilo, neugodan miris bataljka ili ranice važno je napomenuti babinjači da se javi patronažnoj sestri ili pedijatru. Kod inficirane rane obično se koristi hidrogen 3%, octenidin sprej, antibiotski prašak ili betadine otopina (Jovančević i sur., 2019).

3.5. Kupanje novorođenčeta

Kupanje osim održavanje osobne higijene povoljno utječe na odnos majke i djeteta. Kupanje u kadi započinje nakon otpadanja pupčanog bataljka i nakon zacjeljenja pupčane rane. U međuvremenu svakodnevno kupanje obavlja se prebrisavanjem na podlozi. Kupanje u večernjim satima opušta dijete, te uvodi lakše u san. Zbog termolabilnosti, kupanje novorođenčeta ne bi trebalo trajati duže od pet do deset minuta.

Prije samog kupanja, potrebno je osigurati sav potreban pribor i prostor. Temperatura prostorije treba biti oko 25 °C, bez jačeg strujanja zraka. Od pribora potrebno je pripremiti pribor za osobnu higijenu (smotuljke vate, vatirani štapići, dječji neutralni šampon ili kupku, dječju mast i ulje, škarice za nokte, četka ili češalj za kosu), ručnik, pelenu, trljačice, posudu za pranje lica sa vodom, kadicu sa vodom temperature 36 do 38 °C, toplomjer za vodu, te odjeću. Također, ukoliko rana pupčanog bataljka nije zarasla, potrebno je pripremiti i pribor za toaletu pupka. Kod novorođenčadi nije nužno potrebno koristiti sapune, jer mogu dodatno isušiti kožu. Kupanje započinje postavljanjem golog novorođenčeta na stol, na posebnom podlošku koji je prekriven pamučnom pelenom. Novorođenče je pokriveno tijekom kupanja, a otkiva se i pokriva dio po dio tijela tijekom kupanja. Kupanje započinje od glave. Koristeći namočene smotuljke gaze, oprati oči od vanjskog prema unutarnjem kutu oka. Za svako oko koristiti zaseban tupfer. Nos možemo očistiti navlaženim vatiranim štapićem, svaku nosnicu posebnim štapićem. Ušku i iza uha je potrebno čistiti sa namočenim smotuljkom vate, odozgo prema dolje. Ne ulaziti u zvukovod, kako ne bi došlo do ozljede. Lice se kupa smotuljcima od polovice čela prema nosnom hrptu, preko obraza, brade do ispod nosa. Koristeći trljačicu peremo najprije kosu, vrat, ruke od prstiju prema pazuhu, pazuh, prsa, trbuh, oko pupka, leđa i noge od prstiju prema preponama. Ukoliko smo koristili sapun, potrebno ga je dobro isprati i tapkajući posušiti. Kod njege spolovila u djevojčica, kupanje se provodi namočenim smotuljcima vate od simfize prema anusu, koristeći za svaki potez novu vatu. Kod dječaka važno je dobro oprati ispod penisa i skrotuma. Zadnje se kupa područje oko anusa, pazeći da u naborima ne ostane stolice, te isprati od spolovila prema anusu. Nakon ispiranja potrebno je kožu posušiti laganim tapkanjem.

Posebnu važnost treba obratiti na nabore iza uha, vrata, pazuha, prepone, kako vlaga ne bi nadražila kožu. Za zaštitu kože, potrebno je koristiti dječje masti i ulja, posebice kožu gluteusa i nabore. Nokti se režu kada se kožica nokta odvoji od nokta. Potrebno je presvući dijete nakon defekacije ili mokrenja kako bi koža bila što manje vlažna, jer tada postaje podloga za razmnožavanje gljivica. Nakon svakog presvlačenja pelene, potrebno je provesti njegu anogenitalne regije.

Kod kupanja u dječjoj kadici, pranje lica se pere iz posebne posude kao i kod kupanja na podlozi. Istim redoslijedom nasapuna se trljačicom, te se stavlja u kadicu temperature vode 36 do 38 °C. Najprije se smoče noge i gluteusi, zatim trbuh prsa i vrat, dok se jednom rukom pridržava vrat i rame, a drugom rukom noge. Tijekom kupanja, jednom rukom se pridržava dijete, a drugom ispire redoslijedom kako je nasapunano.

Kao posljedice loše njege mogu se pojaviti ojedine, tjemenica, mliječac, te ekzorijacije. Važno je redovito i pravilno provoditi njegu anogenitalnog područja, kože, usne šupljine kako bi spriječili moguće komplikacije i omogućili da dijete bude zdravo, zadovoljno i smireno.

3.6. Presvlačenje i odijevanje

Tijekom 24 sata novorođenčetu previja pelena oko 7 do 8 puta. Previjanje se obavlja nakon svake defekacije, prije obroka ili nakon obroka ukoliko obavi eliminaciju tijekom obroka, kad je nemirno i plače, a nije uzrok glad (Ilić, Ivasić i Malčić, 2014). Važno je provesti anogenitalnu njegu prilikom svakog previjanja. Preko jednokratne pelene može se postaviti pamučna pelena, namijenjena za široko povijanje, „švedska pelena“ koja pomaže pri normalnom razvoju kukova. Potrebno je odjeću prilagoditi godišnjem dobu, jer novorođenče nema još dovoljno razvijenu termoregulaciju. Odjeća koju se oblači treba biti pamučna, udobna i laka za presvući. Nakon otpadanja pupčanog bataljka, važno je da trbuh uvijek bude prekriven. Izbjegavati odjeću koja se navlači preko glave. Kod pranja rublja važno je koristiti sredstva koja ne sadrže sastojke koji imaju nepoželjne učinke na kožu, već su hipoalergena. Odjeću novorođenčeta preporuča se prati odvojeno. Sredstvo za pranje odjeće ne bi smjelo sadržavati dodatne umjetne mirise, kemijska sredstva za pranje (sulfati, parabeni, bojila), izbjeljivače i pojačivače boje (Jovančević i sur., 2019).

4. BABINJE

Nakon poroda slijedi period babinja ili puerperija koje traje šest tjedana. U narednom periodu potrebno je babinjaču upoznati sa promjenama koje se događaju nakon poroda, te pomoći pri rješavanju fizičkih i psihičkih nelagoda. Period nakon poroda je stresan zbog brojnih fizičkih promjena, promijenjene uloge u obitelji i nesigurnosti u odnosu između majke i djeteta. Majka se tijekom tog perioda može osjećati umorno, smeteno, bespomoćno i depresivno, što može otežati period babinja. Potrebno je da majka prilikom trudnoće i nakon poroda ima podršku obitelji i patronažne sestre, kako bi se moguće poteškoće izbjegle. Važno je pružiti potporu i ohrabrivati majku kako bi izgradila samopouzdanje i samosvijest o uspješnom majčinstvu, koja je ključna za uspostavu skladnog odnosa između babinjače i novorođenčeta. U tom periodu slijedi međusobno upoznavanje i usklađivanje potreba djeteta i onog što pruža majka. Kod prvog djeteta to usklađivanje može trajati duže. Nakon dolaska kući potrebno je uskladiti svakodnevne aktivnosti u hranjenju, njezi i spavanju. Patronažna sestra ima ulogu pomoći i edukacije babinjače u tom razdoblju.

4.1. Zdravstvena zaštita babinjače

Susret babinjače i patronažne sestre započinje u trudnoći. Unutar zdravstvene zaštite trudnica uloga medicinske sestre u zajednici je procjena zdravstvenog, psihičkog, socijalnog i ekonomskog stanja trudnice. Patronažna sestra procjenjuje mogućnosti usvajanja novih znanja, vještina, navika i stavova u odnosu na trudnoću i majčinstvo, te priprema trudnicu za porod i dojenje. Nakon zdravstvene zaštite trudnica zdravstvena zaštita se nastavlja na babinjače i novorođenčad, gdje patronažna sestra pruža pomoć u unapređenju znanja babinjače i u adaptaciji nakon poroda, prevenciji komplikacija, te prati rast i napredovanje novorođenčeta. Patronažna sestrinska skrb započinje pripremom za kućnu posjetu, prikupljanjem podataka i procjenom zdravstvenog stanja babinjače, a nastavlja se postavljanjem ciljeva i zadataka, planiranjem i provođenjem mjera unapređenja i zaštite zdravlja.

Ciljevi patronažne skrbi tijekom babinja jesu:

1. Pružanje pomoći ženi i obitelji u stvaranju optimalnih uvjeta za puerperij te sprečavanje rizika.
2. Pružanje pomoći majci u samozbrinjavanju i samokontroli zdravlja.
3. Pružanje pomoći roditeljima u postizanju samopouzdanja vezano uz pravilnu njegu i brigu za novorođenče.
4. Pomoć roditeljima u
 - Razumijevanju potrebnog vremena za oporavak reproduktivnog sustava
 - Odgovornom planiranju sljedeće trudnoće
 - Izboru najprihvatljivijih mjera sprečavanja neželjene trudnoće
5. Pomoć u rješavanju postojećih problema (Mojsović i sur., 2006).

Prilikom posjete babinjače uloga patronažne sestre važno je procijeniti zdravstveno stanje i prikupiti potrebne podatke. Prikupljanje podataka uključuje opće podatke, anamnezu poroda i perioda u bolnici što uključuje uvid u medicinsku dokumentaciju, prikupljanje podataka o poteškoćama i problemima prisutnih od poroda do sada (Mojsović i sur., 2006). Važno je provesti tjelesno fizikalnu i psihosocijalnu procjenu babinjače.

Kod samoprocjene zdravlja, važno je prilikom intervjua sa babinjačom ostvariti odnos povjerenja, topline, razumijevanja, kako bi babinjača lakše iznijela svoje teškoće i probleme tijekom babinja. Osim samoprocjene zdravlja, važno je prikupiti podatke o stilu života i potreba koje su važne za unapređenje zdravlja. Podaci o stilu života uključuju prehranu babinjače, spavanje i odmor, tjelesnu aktivnost, osobnu higijenu i njegu tijela, navike štetne za zdravlje i prosudbu sigurnosti (Mojsović i sur., 2006).

Kod prehrane, važno je procijeniti tjelesnu težinu i uhranjenost babinjače, zabrinutost vezanu za izgled, podatke o unosu tekućine i eliminacije, broj i raspored obroka, kao i podatke o samoj pripremi obroka i apetitu.

Kod procjene aktivnosti i odmora, važno je prikupiti podatke o poslovima koje svakodnevno obavlja babinjača, da li postoje poteškoće prilikom usklađivanja obaveza i

da li ima pomoć drugih u obavljanju poslova. Kod tjelesne aktivnosti, važni su podaci o vježbanju, koliko i kako vježba, te da li osjeća umor i pospanost.

Prilikom obavljanja osobne higijene, važno je procijeniti postoje li poteškoće i nedoumice. Potrebno je provjeriti koliko često se tušira, koliko često i kako provodi toaletu spolovila, dojki i ruku.

Važno je uočiti i navike štetne po zdravlje, poput konzumacije kave, cigareta, alkohola i opijata, te ponuditi pomoć i moguća rješenja kako prestati sa tim navikama, ukoliko želi prestati.

Sigurnost majke i djeteta je najvažnija, te je zadaća patronažne sestre prepoznavanje čimbenika koji mogu ugroziti sigurnost, poput jakog umora, pospanosti, vrtoglavice, psihičke rastresenosti, konfuzije i depresije u babinjače.

4.1.1. Tjelesna i fizikalna procjena babinjače

Tjelesna i fizikalna procjena obuhvaća samoprocjenu babinjače i funkcionalnog statusa s procjenom stanja reproduktivnog sustava i promjena u babinju. Tijekom babinja dolazi do procesa involucije spolnih organa i nestanka promjena nastalih u trudnoći, povećanja dojki i procesa laktacije, procesa regeneracije unutarnje stijenke maternice koja je popraćena lohijama. Također, nakon četiri do šest tjedana nakon poroda može doći do ovulacije, a nakon šest do osam tjedana menstruacija.

Tjelesna procjena babinjače obuhvaća: samoprocjenu zdravlja tj. subjektivni osjećaj i dvojbe o zdravstvenim poteškoćama (glavobolja, umor, nemir, mučnina), vitalne znakove, tjelesna težinu, pregled abdomena, involuciju maternice, praćenje lohija, pregled dojki i kontrolu podoja, kontrolu međice, pregled donjih ekstremiteta i kontrolu eliminacije (Mojsović i sur., 2006).

Kontrola vitalnih funkcija uključuje kontrolu tjelesne temperature, pulsa, respiracije, krvnog tlaka, te boje kože. Čimbenici koju mogu biti pokazatelji mogućih problema su povišena tjelesna temperatura iznad 38 °C, čiji uzrok može biti infekcija dojke, infekcije mokraćnog mjehura i endometrija. Može biti prisutna tahikardija, tahipnea, hipotenzija, obilno krvarenje. Također, važno je obratiti pažnju na hipertenziju i promjene na koži.

Pad tjelesne težine pri porodu najčešće iznosi četiri do pet kilograma, a u prvom tjednu nakon poroda, obično iznosi dva do četiri kilograma. Izgled abdomena je tijekom babinja povećan i mekan, a koža abdomena može biti mlohava sa strijama. Mokriti je potrebno najmanje svakih četiri do šest sati, a važno je naglasiti da prazan mjehur pospješuje involuciju maternice. Defekacija se uspostavlja obično drugi do treći dan nakon poroda. Zbog straha zbog epiziotomije, hematoma, poroda, trauma, manjka kretanja, nedostatka vlakana u prehrani i smanjenog unosa tekućine, postoji visok rizik za opstipaciju nakon poroda. Donji ekstremiteti trebaju biti bez boli, crvenila, osjetljivosti. Defekacija se najčešće odvija 2. ili 3. dan nakon poroda, a moguća je i opstipacija. Najčešći uzroci opstipacije je strah od epiziotomije, hematoma, porođajne traume, smanjena pokretljivost, nedostatna prehrana vlaknima, te smanjen unos tekućine (Mojsović i sur., 2006).

4.1.2. Psihosocijalna procjena babinjače

Uz tjelesnu i fizikalnu procjenu, važno je uključiti psihosocijalnu procjenu babinjače. Psihosocijalna procjena babinjače obično provodi tijekom nekoliko kućnih posjeta, te uključuje prosudbu kognitivnih sposobnosti, razine znanja i vještina babinjače, prosudbe prilagodbe novoj funkciji i ulozi, podatke vezane uz spolnost, te podatke o razini prilagodbe i svladavanju stresa.

Kod samokontrole i samozbrinjavanja znanja i vještina važno je procijeniti dnevne aktivnosti čuvanja i njege novorođenčeta, stvaranje emocionalnih veza i privrženosti, te sprečavanje ljubomore kod starije djece. Kod procjene znanja i vještina dojenja, važno je da patronažna sestra procijeni razinu znanja o vrijednosti majčinog mlijeka i dojenju, vještinu postavljanja novorođenčeta na prsa, te prevenciju i pomoć prilikom rješavanja trenutnih poteškoća.

Kod prosudbe prilagodbe babinjače novoj funkciji i ulozi, važna su opažanja patronažne sestre, te subjektivni podaci koji daje babinjača. Važno je uključiti procjenu majčinog samopouzdanja i samopoimanje o psihičkom stanju, razvoja privrženosti, razinu adaptacije na ulogu majke, te razinu odgovarajuće skrbi i odgovornosti (Mojsović i sur., 2006).

Kod prikupljanja podataka vezanih za spolnost, važno je procijeniti razumijevanje restrikcije i načina prilagodbe, te stavove prema kontracepciji.

Prilikom procjene razine prilagodbe, važno je da patronažna sestra uoči mogući stres kod babinjače i/ili obitelji, te procjeni mehanizme savladavanja stresa. Bitna je procjena dostupnosti i kvalitetne podrške i pomoći, uočavanje simptoma i znakova depresije, te procjena adaptacije starije djece (Mojsović i sur., 2006). Čimbenici ugroženosti kod babinjače mogu biti neznanje o praćenju vlastitog zdravlja, zdravlja djeteta i prepoznavanja opasnosti. Moguća je prisutnost nesigurnosti, manjka samopouzdanja, nespretnosti i nedostatne vještine zdravstvene njege novorođenčeta. Važno je uočiti moguće simptome i znakove stresa, zabrinutosti, tjeskobe, nemira, anksioznosti, depresije, sumanutih misli, manjka potpore, te narušenih obiteljskih odnosa.

4.2. Involicija maternice i lohije

Maternica nakon poroda počinje postepeno poprimati svoj normalni izgled. Stjenka maternice zacjeljuje, te dolazi do krvarenja tj. do stvaranja lohija. Involicija maternice može se palpirati kroz trbušnu stijenu, te je okrugla. Kontrahira se i postepeno smanjuje za 1 cm tijekom 24 sata. Kontrakcije mogu biti bolne i praćene jačim krvarenjem. Proces involucije maternice brži je kod dojilja. Regeneracija i reepitelizacija endometrija završava nakon pet do šest tjedana iza poroda. Izgled lohija se svakodnevno mijenja. Prvi do drugi dan lohije su krvave, trećeg do četvrtog dana sukrvave, četvrtog do dvanaestog dana su smeđe, žućkaste, a od trinaestog do sedamnaestog dana bijele boje. Nemaju neugodan miris, a sukrvave mogu biti i do kraja četvrtog tjedna kada završava sekrecija. Ukoliko maternica slabo involuira ona je osjetljiva na palpaciju, velika i mekana. Važno je obratiti pozornost babinjači o mogućim odstupanjima poput obilnog krvarenja, neugodnog mirisa i promjena boje lohija, gnojnih i velikih ugrušaka, jakih bolova i napetosti mišićne u donjem dijelu trbuha da se javi patronažnoj sestri ili liječniku.

Tijekom prvog tjedna nakon poroda, prisutan je lagani edem perineuma. Moguć je i hematoma vulve. Kod epiziotomije prisutna je bol, peckanje, nemogućnost sjedenja, otežano kretanje i defekacije. Šavovi trebaju biti bez znakova infekcije, bez crvenila i

mirisa, a moguć je lagani edem i povećana osjetljivost. Zbog tiskanja tijekom poroda mogu nastati hemoroidi.

4.3. Dojenje

Za optimalan tjelesni i psihički razvoj ključna je pravilna prehrana novorođenčeta. Dojenje je jedini prirodni način hranjenja novorođenčeta. Dojenje nije samo mehaničko unošenje hrane, već se dojenjem stvara biološki i psihološki odnos između novorođenčeta i majke, o kojim ovisi buduće emocionalno zdravlje. Dojenje pruža osjećaj zaštićenosti, brige, ljubavi i kontinuiranu socijalnu simulaciju.

Edukacija majke o dojenju kreće u rodilištu, a održavanje postignute razine dojenje uz pomoć patronažne sestre. Patronažna sestra već u trudnoći podučava i motivira o prednosti i važnosti dojenja. Potrebno je pokazati tehniku dojenja, objasniti faze laktacije i upoznati sa mogućim poteškoćama prilikom dojenja, te tehniku izdavanja. Majci također mogu biti od pomoći grupe za potporu dojenju, gdje mogu rodilje međusobno izmijeniti iskustva, te pružiti potporu vezanu za početke djetetove prehrane majčinim mlijekom.

Za optimalno zdravlje majke i djeteta prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji i UNICEF-u, na temelju brojnih zdravstvenih istraživanja, preporučuje se prehrana isključivo majčinim mlijekom od samog rođenja djeteta do 6. mjeseca života. Dojenje se uz dohranu preporučuje do navršene 1. godine, a u socioekonomski slabim uvjetima i nakon. Dojenje ima mnogo prednosti. Jedna od prednosti je da je majčino mlijeko sterilno, te zbog svoga sastava sadrži tvari koje sprečavaju infekcije. Sastav majčina mlijeka prilagođen je prirodnim potrebama novorođenčeta i osobinama njegova probavnog sustava. Samim dojenjem postiže se i emocionalna povezanost između majke i novorođenčeta. Mlijeko također djeluje alergijski preventivno, te je najjeftiniji način prehrane.

Razlikujemo dvije vrste dojenja, ograničeno i kontrolirano dojenje. Danas se najviše preporučuje neograničeno, kada dijete zatraži. Tijekom prvih mjesec dana može biti 10 do 12 podoja kroz 24 sata, između 2. i 4. mjeseca 7 do 8, a kasnije 5 do 6 obroka. Podoj traje oko 20 minuta, a najviše posiše prvih pet minuta, oko 80%. Kod kontroliranog dojenja, dijete se stavlja na dojku svaka 3 do 4 sata, te se nakon 20 minuta podoja

prekida. Redovitim vaganjem provjerava se rast i dobivanje na tjelesnoj masi, kako bi se majka oslobodila od straha nedovoljne količine ili kakvoće mlijeka.

4.3.1. Sastav majčinog mlijeka

Biokemijski sastav majčinog mlijeka uključuje vodu i bjelančevine, ugljikohidrate, masti, vitamine, minerale i oligoelemente otopljene u vodi. Također sadržava enzime, hormone i imunosne tvari. Energijska vrijednost majčina mlijeka iznosi 68 kcal/100 mL, dok vode sadrži oko 87,5 g/100 mL (Filipušić, Horvat i Lovrek Seničić, 2020). Prvo majčino mlijeko naziva se kolostrum. Kolostrum se izlučuje do trećeg dana, te ono ima zaštitnu ulogu. Ono sadrži više bjelančevina, a manje ugljikohidrata i masti. Zbog velike količine karotena, vitamina E i A žućkasto prozirne je boje. U svom sastavu sadrži i soli, imunoglobuline, antitijela protiv virusa i bakterija. Nakon kolostruma slijedi prijelazno mlijeko koje traje do 14. dana, dok se zrelo mlijeko izlučuje u trećem i četvrtom tjednu. Majčino mlijeko sadrži 1,1-1,2 g/100 mL bjelančevina, te je najveća količina bjelančevina u kolostrumu 2,3 g/100 mL. O količini i vrsti bjelančevina i minerala ovisi osmotsko opterećenje bubrega. Prehrana kravljim mlijekom može opteretiti bubrege preko kojih se treba izlučiti višak bjelančevina jer sadrži 3,2 g/100 mL mlijeka. Također djeca hranjena kravljim mlijekom sklona su kasnoj acidozi, prolaznim povišenjem amonijaka, prolaznim nakupljanjem tirozina i fenilalanina, a moguć je i usporeni razvoj mozga zbog nedostatka cisteina. Masti majčinog mlijeka su glavni izvor energije, a najviše ga sadrži zrelo mlijeko. Podjednaka je količina masti u majčinom i kravljem mlijeku, ali se iz majčinog probavlja više od 90%, a kravljeg 60%. Većinu masti čine nezasićene masne kiseline koje su važne za razvoj središnjeg živčanog sustava. Majčino mlijeko sadržava oleinske, linolne, linolenske i arahidonske nezasićene masne kiseline koje su lako probavljive za novorođenče. Laktoza je glavni izvor ugljikohidrata i ono je najzastupljenije u zreлом mlijeku, te iznosi 7g/100 mL. Oligoelementi u majčinom mlijeku su željezo, cink i fluor. Od vitamina potrebno je nadoknaditi vitamin D zbog nedovoljne količine u majčinom mlijeku. Također, majčino mlijeko sadrži stanice koje osiguravaju pasivnu imunizaciju djeteta i smanjuju mogućnost infekcije. Količina mlijeka u prvim danima iznosi oko 10 do 20 mL, u prvom tjednu 70 mL, u drugom tjednu oko 500 mL/24 sata, potkraj 2. mjeseca 800 mL/24 sata a nakon 3. mjeseca laktacije oko 1000 mL/24 sata (Filipušić, Horvat i

Lovrek Seničić, 2020). Na samom početku podoja mlijeko sadržava više vode i manje masti, a na kraju podoja najveću količinu masnoća.

Laktacija je sposobnost dojke da izlučuje mlijeko. Svaka zdrava dojka može izlučiti dovoljno mlijeka ukoliko su zadovoljeni svi čimbenici. Hormon prolaktin kontrolira sekreciju mlijeka. Razina prolaktina raste neposredno nakon poroda, te djeluje da potiče sintezu mlijeka i otpuštanje mlijeka u alveole mliječne žlijezde. Hormon oksitocin je zaslužan za refleks otpuštanja mlijeka, a također izaziva kontrakcije i involuciju maternice. Prolaktin i oksitocin se izlučuju pod utjecajem hipotalamusa u koji majka prima informacije ovisno o vanjskim podražajima. Čimbenici koji potiču refleks otpuštanja mlijeka su djetetovo sisanje, podražavanje bradavice, plač djeteta, pogled na dijete, samopouzdanje, toplina i psihička stabilnost. Čimbenici koji usporavaju refleks su strah, umor, brige, iscrpljenost, hladnoća, bol, pušenje i alkohol. Djetetovo sisanje najviše potiče otpuštanje mlijeka. Mogući čimbenici koji također mogu utjecati na zaustavljanje mlijeka su ako se dijete ne stavlja na prsa, čak i kada postoji kriza u izlučivanju mlijeka, bolovi nakon poroda, povratak u sredinu gdje babinjača nema potporu i emocionalnu toplinu. Važno za uspješno dojenje je i usklađeno djelovanje refleksa usta, a to su refleks traženja, refleks sisanja, refleks gutanja i refleks zatvarača.

Ukoliko babinjača nije u mogućnosti dojiti, potrebno je u prehranu uvesti tvorničke mliječne pripravke. Dvovrsna prehrana uključuje prehranu u kojoj uz podoj, novorođenče konzumira i tvornički pripravak. Tvornički pripravci moraju biti primjereni dobi i težini djeteta, te je njihov sastav najbliži majčinom mlijeku. Prehrana tvorničkim mliječnim pripravcima trostruko je skuplja od pravilne prehrane dojilje, te dojenje čini značajnu uštedu novca.

Ablaktacija je prestanak dojenja koje nastaje spontano, ako se dojka ne podražuje na dojenje 14 dana. Nakon prestanka dojenja, dojka može dugo izlučivati manje količine mlijeka.

4.3.2. Postupak dojenja i položaji tijekom dojenja

Potrebno je osigurati ugodno okruženje za dojenje, a majka treba biti opuštena i potpuno predana dojenju svog djeteta. Majka prije podoja treba oprati ruke sapunom i osušiti čistim ručnikom. Prije podoja nije potrebno kupanje, tuširanje, prebrisavanje dojki antiseptikom. Dijete mora biti cijelim tijelom okrenuto i poduprto prema majci, okrenuto licem u licem. Uška, rame i kukovi djeteta u istoj su razini tijekom dojenja. Nos i gornja usna moraju biti u razini bradavice, a usta ispod bradavice. Kako bi dijete moglo slobodno sisati, potrebno mu je staviti u usta cijelu bradavicu i veći dio areole. Majka može primiti dojku koristeći C ili U hvat. Prilikom C hvata majka palac postavlja iznad bradavice, a ostale prste ispod bradavice. Kod U hvata palac je sa jedne strane bradavice, a ostali prsti sa druge. Usne djeteta su prilikom pravilnog hvata izvrnute prema van, a nos i brada djeteta dodiruju kožu dojke. Dijete ima refleks traženja i samo može naći bradavicu nakon podraživanja rubova usana. Tijekom sisanja vidi se pomicanje ušiju i sljepoočnica, a čuje se gutanje (Filipušić, Horvat i Lovrek Seničić, 2020). Vidi se nekoliko brzih, pa sporih ritmičkih pokreta čeljusti i obraza.

Sisanje može biti nezrelo, prijelazno, zrelo, neorganizirano i nenutritivno. Nezrelo sisanje uključuje 3 do 5 usisa, te jednako dug odmor, prijelazno 6 do 10 usisa, te jednako dug odmor sa povremenim ostavljanjem dojke i težem disanjem kod duljeg sisanja. Zrelo sisanje uključuje 10 do 30 usisa sa kratkim odmorom. Prilikom neorganiziranog sisanja prisutni su neuobičajeni pokreti jezika i čeljusti, a kod nenutritivnog dijete ne guta, ali vježba sisanje, olakšava probavu i smanjuje plač.

Dijete je tijekom dojenja smireno i ostaje priljubljeno uz dojku. Djetetu se ne preporučuje između obroka davati dudu varalicu ili naizmjenično davati dojku i dudu zbog različitog mehanizma istiskanja mlijeka, radi čega može imati poteškoća tijekom dojenja. Ukoliko dijete zaspi, a nije dobilo dovoljno mlijeka tijekom obroka dobro je nježno ga probuditi i nastaviti dojenje.

Nakon podoja potrebno je držati dijete u uspravnom položaju dok ne podrigne. Na taj način izbacuje višak zraka i sprečavaju se kolike. Dijete se prsloni najčešće na majčino rame ili krilo uz pridržavanje glave. Kolike se najčešće javljaju sa tri tjedna, a sa šest tjedana su najizraženije (Jovančević i sur., 2019). Obilježeni su iznenadnim epizodama

bolnog plača, bljedilom ili crvenilom lica, bolnim grimasama, napetim trbuhom. Dijete privlači nožice, odiže glavicu i stišće šake. Javljaju se obično kasno poslijepodne ili navečer, za vrijeme ili nakon obroka, a javljaju se najmanje tri dana tjedno. Nestaju spontano nakon trećeg ili četvrtog mjeseca. Čimbenici koji mogu utjecati na nastanak kolika su razvoj probavnog sustava, pojačana podražljivost središnjeg živčanog sustava, neuro-hormonska zrelost, stres majke, prijevremeno rođena djeca sa porođajnom težinom 2500 grama, alergije na bjelančevine kravljeg mlijeka i fiziološka netolerancija na laktozu (Jovančević i sur., 2019). Određeni položaji i masaža trbuha mogu ublažiti i spriječiti kolike. Masaža trbuha provodi se nakon obroka u smjeru kazaljke na satu. Položaji koji pomažu su položaj gdje je dijete priljubljeno na majčina prsa, postavljanje na majčine natkoljenice koje su uzdignute pod 45° licem okrenuto prema majci, ležanje na trbuhu ili nošenje na podlaktici u potrbušnom položaju.

Tijekom prva dva tjedna obično se daju obje dojke, a kasnije je dovoljno isprazniti jednu dojku da bi se dijete najelo. Dojke je potrebno prazniti naizmjenično. Kod uhodanog dojenja, podoj obično traje 10 do 15 minuta (Ilić, Ivasić i Malčić, 2014). Dojenje se može obaviti u sjedećem ili ležećem položaju.

Ležeći položaj preporučuje se u prvim danima nakon poroda, iza carskog reza, kod bolnog reza međice, te prilikom noćnih podoja.



Slika 6. Dojenje u ležećem položaju

Izvor: <https://www.medela.com/breastfeeding/mums-journey/breastfeeding-positions>

Položaj koljevke najčešće je korišten položaj prilikom dojenja. Najbolje je položaj koljevke koristiti u širokom naslonjaču, koristeći potporu jastucima.



Slika 7. Dojenje u položaju koljevke

Izvor: <https://www.medela.com/breastfeeding/mums-journey/breastfeeding-positions>

Hvat „nogometne“ lopte pogodan je za dojenje blizanaca, kod prijevremeno rođenih male tjelesne težine, kod neuroloških poteškoća (hipotonija), kod učenja tehnike dojenja, kod zastoje dojke, bolnih i oštećenih bradavica.



Slika 8. Dojenje u položaju nogometne lopte

Izvor: <https://www.medela.com/breastfeeding/mums-journey/breastfeeding-positions>

Uspravan položaj koristi se prilikom snažnog refleksa otpuštanja mlijeka, kod upale nosa, uha te kod rascjepa usne i /ili nepca.



Slika 9. Dojenje u uspravnom položaju

Izvor: <https://www.medela.com/breastfeeding/mums-journey/breastfeeding-positions>

4.3.3. Kontraindikacije dojenja i poteškoće pri dojenju

Kontraindikacije i poteškoće tijekom dojenja mogu dovesti do apsolutnih zapreka i poteškoća kod dojenja. Apsolutne kontraindikacije za dojenje vezane uz majku su aktivna tuberkuloza majke, karcinom dojke, bolesti sa srčanom dekompenzacijom, psihoza nakon poroda, hepatitis B (može se dijete dojiti ukoliko se prije otpusta cijepi i da hepatitis B imunoglobulin), HIV infekcija, te galaktozemija. U poteškoće dojenja uključene su akutne respiracijske infekcije, uvučene ili plosnate bradavice, bolne bradavice sa ragadama, hipogalaktija te mastitis. Kod uvučenih bradavica treba izdijeljeno mlijeko davati iz bočice, a kod plosnatih bradavica prilikom dojenja koristiti šeširiće i tijekom trudnoće koristiti pomagala za oblikovanje bradavica. Šeširići pomažu kod uvučenih, ravnih, bolnih, oštećenih i upaljenih bradavica, kod slabog i neorganiziranog sisanja te kad dijete ne može dovoljno jako otvoriti usta za pravilan prihvat dojke. Važno je odabrati odgovarajuću veličinu, ugrijati i ovlažiti šeširić, te ukloniti ga kada dijete savlada tehniku dojenja.

Ragade ili bolne i ispucale bradavice nastaju zbog nepravilnog hvata i kada se dijete grubo odvaja od majke prilikom dojenja. Mogu se javiti i ako se dijete predugo doji, zbog nepravilne uporabe pumpice ili zbog infekcije gljivicom candida albicans (Ilić, Ivasić i Malčić, 2014). Kako bi spriječili nastanak ragada potrebno je pravilno postaviti dijete na prsa, a prilikom odvajanja sa bradavice koristiti prst kako bi razbili vakuum. Preporučuje se mazati bradavice majčinim mlijekom i preparatima na bazi lanolina. Ukoliko je dojenje bolno, potrebno je koristiti šeširić kako bi se smanjila bol i izdojila dojka do kraja, te spriječila komplikacije zastoje dojke. Ako je izdajanje otežano, koristi se oksitocinski sprej. Potrebni su češći podoji kako ne bi došlo do začepljenja mliječnih kanalića.

Kod zastoje dojke prisutna je bol i toplina dojke, koža dojke je napeta i sjajna te mlijeko otežano izlazi. Zastojna dojka je najčešća komplikacija, a moguće je spriječiti temeljitim i čestim pražnjenjem dojke te korištenjem hladnih obloga nakon dojenja ili izdajanja. Uzroci zastoje dojke su začepljeni mliječni kanalići koji mogu nastati kao posljedica neučinkovitog pražnjenja dijela dojke, nedjelotvornog sisanja, vanjskog pritiska (grudnjak, nosilica za dijete, prst majke, šaka djeteta), preskakanja obroka, neredovitog dojenja, obilnog stvaranja mlijeka, premasnog mlijeka, te začepljenja otvora izvodnog kanala. Obilježja zastoje dojke su osjetljivost na dodir, toplina, crvenilo iznad opipljive kvrge, zahvaćeno područje je jasno ograničeno, nije prisutna povišena tjelesna temperatura. Dio izdojenog mlijeka iz zahvaćenog područja može biti gusto i jače žute boje. Liječenje zastoje dojke započinje laganim pritiskom na mjesto začepljenja, češćim postavljanjem djeteta na prsa, postavljanjem mlakih obloga nakon dojenja ili izdajanja.

Mastitis ili upala dojke posljedica je ulaska bakterija u mliječne kanaliće. Prisutnost raspuklina bradavica pogoduje nastanku upale dojke. Obično zahvaća jednu dojku sa slabijom drenažom, najčešće gornji vanjski dio dojke. Dojka je bolna, topla, popraćena povišenom tjelesnom temperaturom većom od 38°C, tresavicom, tahikardijom i bolom u mišićima. Kod mastitisa potrebno je učinkovito prazniti dojke, češće nuditi dojke i koristiti toplo mlake obloge. Ručnim izdajanjem omekšati areolu, te najprije dojiti na bolnoj strani. Tijekom podoja lagano masirati dojku, te iza podoja još izdojiti ako dojka nije omekšala. Upala dojke liječi se i antibioticima najmanje 10 dana (Ilić, Ivasić i Malčić,

2014). Potrebno je pružiti majci podršku, te uputiti ukoliko ne dođe do olakšanja da se obrati liječniku.



Slika 10. Mastitis

Izvor: <https://lupilu.hr/mastitis-upala-dojke/>

Zbog nepravilnog hvata može se pojaviti i blister, poput žulja ispunjenog mlijekom koji nastaje iznad mliječnog kanalića (Filipušić, Horvat i Lovrek Seničić, 2020). Uzroci nastanka mliječnog blistera mogu biti velika količina mlijeka, pritisak na dojku, poteškoće pri hvatu dojke, sisanju, te ostali uzroci začepljenih mliječnih kanalića (Bonyata, 2021). U nekim slučajevima može izazivati i jaku bol, a nekad je bezbolan. Potrebno je koristiti tople obloge prije dojenja radi omekšavanja blistera.

Apsolutne kontraindikacije za dojenje vezane uz dijete su u djece s rijetkim metaboličkim bolestima. Kod galaktozemije i hiperfenilalaninemije kada šećer iz majčina mlijeka i neke aminokiseline mogu oštetiti središnji živčani sustav djeteta. Relativne kontraindikacije vezane uz dijete uključuju nedonoščađ sa tjelesnom težinom manjom od 1500 grama, malformacije usta i nosa (zečja usna, rascjep nepca, atrezija hoana, mikrognatija), te sekundarnu osjetljivost na laktozu iz majčinog mlijeka (Ilić, Ivasić i Malčić, 2014).

4.3.4. Izdajanje

Izdajanje je potrebno ukoliko postoji privremena kontraindikacija za dojenje ili druga nemogućnost dojenja. Mlijeko se izdaja kako bi se održala laktacija. Izdajanje može biti ručno, stalnim pritiskom od baze prema bradavici, korištenjem mehaničke ili ručne vakuumske pumpe. Ručno izdajanje je najučinkovitije tijekom prvih 24 sata, jer je količina mlijeka, kolostruma najmanja. Vrijeme potrebno za izdajanje je od 20 do 30 ili dok se ne smanji protok. Nakon 3 do 5 dana povećava se količina mlijeka, a samim time i vrijeme izdajanja je kraće. Prije izdajanja potrebno je oprati dojke toplom vodom ili staviti tople obloge prije dojenja i lagano izmasirati. Ručno izdajanje kreće nježnim masiranjem ili stavljanjem toplih obloga na dojke, što pomaže refleksu otpuštanja mlijeka. Potrebno je lagano krenuti prstima prema bradavici i potisnuti tkivo dojke prema natrag u području areole. Zatim staviti palac na gornji dio areole, a ostale prste na donji dio. Dojku zatim lagano potisnuti unatrag, prema prsima, te potom spojiti prste. Potrebno je držati prste u istom položaju, te prstima stvarati ritmično pritisak i otpuštanje. Kada se smanji protok mlijeka, potrebno je rotirati položaj prstiju oko cijele areole u smjeru kazaljke na satu, te ponavljati tehniku (Pavičić Bošnjak i Barić, 2019). Kod oštećenih bradavica i tvrdih areola potrebno je ručno izdajanje. Ukoliko se koristi mehanička izdajalica, važno je voditi računa o pranju i sterilizaciji.

Ukoliko se mlijeko ne iskoristi odmah nakon izdajanja ono može stajati 4 do 6 sati na sobnoj temperaturi od 16 do 25°C. Najsigurnije je sačuvati mlijeko u hladnjaku na temperaturi 0 do +4°C do 4 dana. U kombiniranom hladnjaku sa ledenicom sa zasebnim vratima na temperaturu od -17 °C može biti pohranjeno 3 do 6 mjeseci, dok u ledenici na -20°C može biti do 12 mjeseci (Pavičić Bošnjak i Barić, 2019).

Mlijeko je najbolje skladištiti u staklene ili plastične posudice. Važno je napomenuti babinjači da upiše datum na smrznuto mlijeko, te da prvo koristi najdulje pohranjeno mlijeko. Potrebno je postupno odmrzavati mlijeko u hladnjaku ili u vodi zagrijanoj na 37°C. Mlijeko se ne prokuhava, već se zagrijava do 37°C, te se ne smije zagrijavati u mikrovalnoj pećnici. Ugrijano mlijeko treba potrošiti u jednom obroku, a ostatak baciti. Odmrznuto mlijeko ne smije se ponovno zamrzavati, a nakon odmrzavanja u hladnjaku može biti nekoliko sati.

4.4. Prehrana babinjače

Pravilna prehrana je važan preduvjet za stvaranje mlijeka i brži oporavak majke. Kod majki koje doje nastavlja se potreba za povećanim unosom nutrijenata i energije. Energijski unos treba povećati za još 200 kcal, a ukupni dnevni unos trebao bi iznositi oko 2500 kcal. Dnevni unos tekućine trebao bi iznositi 3 litre. Potrebno je da namirnice pripadaju uravnoteženoj zdravoj prehrani. Preporučuje se uzimanje tekućine i namirnica biljnog porijekla, a ograničiti unos masnih namirnica i namirnica životinjskog porijekla. Iako nakon poroda kod većine roditelja razina šećera se vraća u raspon normalnih vrijednosti i dalje treba se držati osnovnih pravila zdravog načina života, koja uključuju redovite liječničke preglede, pravilnu prehranu, održavanje normalne tjelesne mase, umjerena tjelesna aktivnost, nepušenje i kontrolu stresa. Tijekom dojenja najčešće se preporučuje suzdržavanje od namirnica koje uzrokuju nadutost poput kupusa, kelja, prokulica, brokule, cvjetače, raštike, graha leće i kestena, da bi se djetetu smanjili grčevi. Često je prehrana dojilje kulturološki uvjetovana. U znanstvenim istraživanjima nije ustanovljena jasna veza između određenih namirnica i nepoželjnog utjecaja na majčino mlijeko i dojenje (Fontana Mikulić, 2019). Potrebno je suzdržavati se sirovih namirnica, a umjerena konzumacija kave je dopuštena.

Kod gestacijskog dijabetesa povećava se vjerojatnost carskog reza, povećana porođajna masa djeteta, hipoglikemije i hiperinzulinemije djeteta i povećanih komplikacija tijekom poroda. Također, kod majki kojima je dijagnosticiran gestacijski dijabetes, postoji povećani rizik za razvoj dijabetesa tipa 2 tijekom života majke i djece rođene s nekontroliranim gestacijskim dijabetesom (Fontana Mikulić, 2019).

Unutar 6 do 12 mjeseci majka bi trebala doći na tjelesnu masu koju je imala prije poroda. Smanjenje kilograma treba biti postepeno i ne veće od 1 kilograma tjedno. Tek nakon 6 do 12 mjeseci može se postepeno smanjivati energetska unos, kako bi se smanjio višak kilograma, uz obavezno savjetovanje sa stručnjakom.

4.5. Tjelesna aktivnost i odmor

Tijekom babinja uz pravilnu prehranu neophodni su odmor i tjelesna aktivnost. Tjelovježbom se nakon poroda ubrzava oporavak i jačaju mišići leđa, dna zdjelice i trbuha. Nekoliko vježbi dnevno omogućiti će da polako vrati prvotnu tjelesnu težinu i samim time će psihički bolje utjecati na babinjaču. Važno je naglasiti da vježbe započinje polako i postepeno, te da prekine sa vježbama ukoliko osjeti umor ili bol. Sa vježbanjem treba početi vrlo brzo nakon poroda ukoliko je babinjača imala prirodan i zdrav porod. Vježbanje može započeti vježbama za zdjelicu i donju trbušnu stijenku. Vježbe se sastoje od kontroliranih pomicanja donjih udova i kukova iz ležećeg položaja na leđima i na boku. Također, važne su i vježbe pravilnog disanja koje pomažu pri aktivaciji dubokih trbušnih mišića, što utječe pozitivno da maternica zauzme prvobitan položaj (Jovančević i sur., 2019).

4.6. Menstruacija i seksualni odnosi

Nakon prestanka dojenja najveći broj žena dobije prvu menstruaciju, a ostale dva do tri mjeseca nakon poroda. Prva menstruacija je obilnija i u pravilu nije bolna. Metoda zaštite od trudnoće tijekom dojenja nije sigurna, jer se prije prve menstruacije odvija ovulacija (Džino, Krnić i Katava Bašić, 2009).

Razdoblje trudnoće, porođaja i postporođaja fizički i psihički iscrpe ženu, te je potrebno da se potpuno oporavi prije seksualnih odnosa. Prije porođaja razina spolnih hormona je veća, a nakon porođaja hormoni majčinstva nadvladaju spolne hormone (Sears i Sears, 2016). Uz hormonalne promjene uzrok nedostatka seksualne želje je iscrpljenost i umor, zbog zadaća koje majka ima prema djetetu i obitelji. Za postporođajne odnose važna je nježnost i osjetljivost. Ključno je razumijevanje partnera vezano za tjelesne promjene, koje se dešavaju u tijelu babinjače dok se vraća u prvobitno stanje kao prije poroda. Često ožiljak od epiziotomije može izazvati bolove ili nelagodu, pa je dobro pričekati potpuno zacjeljivanje koje može trajati nekoliko tjedana. Nedostatak estrogena koji traje sve do pojave mjesečnice ili za vrijeme dojenja ima posljedicu privremenu suhoću rodnice, te spolni odnos može biti bolan (Larousse, 2006). Preporuča se uporaba lubrikanata na vodenoj bazi (Sears i Sears, 2016).

4.7. Psihičke poteškoće u babinju

Većinu majki nakon prvobitnog uzbuđenja poroda obuzme tuga, nakon najčešće tri dana nakon poroda. Uzrok tome su hormonalne promjene i popuštanje emocija nakon doživljaja poroda. Većina misli da je postporođajna potištenost i depresija reakcija majke na velike zahtjeve roditeljstva. Postoji stresni hormon kortikotropin koji je tijekom 6 tjedana nakon poroda niži. Majke sa najnižom razinom kortikotropina osjećaju najjaču depresiju (Woof, Kenna i Shane, 2005). U prvih mjesec dana nakon poroda događaju se puno promjena naspram drugim razdobljima života. Čak 50 do 70% majki osjeti neki stupanj tuge nakon porođaja, dok 10 do 20% majki ima postporođajnu depresiju (Sears i Sears, 2016).

4.7.1. Porođajna tuga

Baby blues ili porođajna tuga obično nastupa 2. do 5. dan nakon poroda i traje do mjesec dana. Uzroci porođajne tuge, osim psihičkog stresa zbog poroda su i hormonalne promjene, iscrpljenost, neispavanost, bol, te ostale poteškoće vezane uz babinjaču i novorođenče. Majka osjeća nedostatak energije, slabost, ranjiva je, plašljiva i zbunjena, te ima nagle promjene raspoloženja. Uz odmor, pomoć i podršku obitelji porođajna tuga prolazi sama (Džino, Krnić i Katava Bašić, 2009).

4.7.2. Postporođajna depresija

Postporođajna depresija iskazuje se kao onesposobljujuća tjeskoba, nesanica, strahovi, provale plača, preuveličavanje stvari, mentalna zbunjenost, inertnost, zapuštanje i negativno ponašanje prema partneru ili prema djetetu (Sears i Sears, 2016). Javlja se najčešće 4 do 8 tjedana nakon poroda. Važno je da patronažna sestra prilikom svakog posjeta napravi dobru psihosocijalnu procjenu babinjače. Potrebno je babinjaču upoznati sa mogućim simptomima depresije, te načinima pružanja pomoć. Simptomi postporođajne depresije mogu biti nesanica ili pretjerano spavanje, nedostatak apetita, gubitak interesa za okolinu i aktivnosti u kojima je babinjača inače uživala, osjećaj bespomoćnosti i beznađa, osjećaj gubitka kontrole, misli o samoubojstvu ili misli o povrijedi djeteta (Woof, Kenna i Shane, 2005). Važno je što prije otkriti postporođajnu depresiju, kako bi se što prije započelo sa liječenjem.

Neka istraživanja pokazuju kako dojenje može zaštititi majke od nastanka postporođajne depresije, dok druga dokazuju suprotno. U istraživanju Silva i sur. rezultat je da 50,8% isključivo dojene djece, a 11,8% majki te djece imalo je simptome postporođajne depresije. Također utvrđena je veća mogućnost prestanka dojenja kod majki sa simptomima postporođajne depresije (Silva i sur., 2016)..

Također druga istraživanja pokazuju kako dojenje može pospješiti hormonalne procese koji štite majke od postporođajne depresije slabljenjem reakcije kortizola na stres (Figueiredo i sur., 2013). Dojenje može smanjiti rizik od postporođajne depresije, pomoći u regulaciji obrazaca spavanja i budnosti u majke i djeteta, poboljšati emocionalnu povezanost i bolju interakciju između majke i djeteta (Figueiredo i sur., 2013).

Istraživanje provedeno u Indiji koje uključuje 38 studija te 20 043 žena u razdoblju od 2000 do 2016. godine, ukazuje na prevalenciju postporođajne depresije od 22%. Kao najčešći rizični čimbenici navode se financijske poteškoće, obiteljsko nasilje, prijašnje psihičke bolesti majke, bračni sukobi, nedostatak podrške partnera, te rođenje ženskog djeteta (Prakash Upadhyay i sur., 2017). Također nema značajne razlike u prevalenciji s obzirom na dob majke i geografski položaj. Istraživanje u Turskoj, u razdoblju od siječnja do veljače 2016. prikazuje da, 4740 od 18780 žena je imalo rizik za nastanak postporođajne depresije, dok je prevalencija postporođajne depresije bila 24%. Kao najčešći rizični čimbenici navedeni su mentalni problemi, depresija prije trudnoće, neplanirana ili neželjena trudnoća, niski prihodi i socioekonomski status, loši odnosi sa partnerom, nezadovoljstvo bračnim životom i kućanstvo (Karaçam i sur., 2018). Najčešći faktori rizika razvoja postporođajne depresije navodi se stupanj obrazovanja, bolesti tijekom trudnoće, nezadovoljstvo obitelji, te ograničena komunikacija i interakcija sa okolinom (Ly Do, Huong Nguyen i Huong Pham, 2018.)

5. RASPRAVA

Svaka država trebala bi staviti zdravlje žena i djece na prvo mjesto, kako bi se omogućila sigurna budućnost. Nažalost, unatrag nekoliko godina svjedočimo sve većom broju umrlih, a sve manjem broju živorođenih. Prema posljednjim podacima iz 2020. godine, broj živorođenih u Republici Hrvatskoj iznosi 35.845, a umrlih 57.023, dok stopa rođenih iznosi 8,9/1.000, a umrlih 14,1/1.0000 stanovnika (HZJZ, 2020). Nastavlja se trend prirodnog pada, sa pojavom pandemije porasla je i stopa smrtnosti, dok je u prosjeku prije pojave pandemije iznosila između 11,0 do 12,0/1.000 stanovnika. Prosjek nataliteta Europske Unije za 2020. iznosi 9,1/1.000 stanovnika. Najvišu stopu imaju Irska (11,2/1.000), Cipar (11,1/1000), Francuska (10,9/1.000) i Švedska (10,9/1.000) (HZJZ, 2020).

Mnogo je čimbenika koji utječu na nisku stopu nataliteta. Kao jedan od čimbenika niskog nataliteta možemo navesti sve kasnije rađanje prvog djeteta, što utječe i na smanjene fertiliteta. Sve duže obrazovanje žena, pronalazak stalnog posla, stambeno pitanje, dostupnost kontracepcije utječe na kasnije rađanje. Najčešća dob rađanja u Republici Hrvatskoj je između 30. do 34. godine (HZJZ, 2020). Također, velik uzrok smanjenog nataliteta je i stalno iseljavanje visokoobrazovanog stanovništva, te migracija iz ruralnih područja u urbana. Postepeno se i produžuje životni vijek, te je broj starog stanovništva sve veći.

Patronažna sestra uključena je u život žene od početka trudnoće, pa do rođenja djeteta. Svaka žena tada prolazi kroz razdoblje velikih promjena i stječe različita iskustva. Ukoliko žena i obitelj imaju pomoć i podršku od samog početka, može ih to pozitivno iskustvo ohrabriti u daljnjem planiranju obitelji. Planiranje obitelji većina ljudi smatra kao osobnu i neugodnu temu. Teme o seksualnosti, spolno prenosivim bolestima i kontracepciji su i dalje, nažalost „tabu“ tema u društvu. Patronažna sestra ima važnu ulogu u promicanju reproduktivnog zdravlja i zdravstvenom odgoju. U planiranju obitelji educira o metodama kontracepcije, održavanju seksualne higijene, te prevenciji spolno prenosivih bolesti i karcinoma reproduktivnih organa. Velika je povezanost socioekonomskog statusa i planiranja obitelji. Prema istraživanju Matulić, ispitanici od

željenih 2,70 djece, ostvaruju tek 1,28 djece. Uz zdravstvene i moralne čimbenike, najviše ističu ekonomske i socijalne koji utječu na manji broj djece (Matulić, 2002).

U pitanje se dovodi i zadovoljstvo babinjača sa dobivenom zdravstvenom zaštitom u vrijeme babinja. Patronažna sestra dužna je znanje i vještine prenijeti na majku, pružiti podršku, te ostaviti vremena za pitanja. Iz dosadašnjih provedenih istraživanja možemo naći podatke kako je 76,9 % (Haramina, 2018) i 79% (Oletić, 2021) ispitanih majki zadovoljno sa pruženom patronažnom zdravstvenom zaštitom. Ispitanice doživljavaju patronažne sestre kao stručne 80,8%, ljubazne 76,9%, pristojnog i urednog izgleda. Na pitanje o dostupnosti patronažne sestre, 82,7% ispitanica odgovorilo je da je patronažna sestra uvijek bila na raspolaganju za pomoć i savjet (Haramina, 2018). Dobri rezultati u istraživanjima pokazatelji su stručnosti i znanja patronažnih sestri.

Uz pomoć i savjete patronažne sestre, dostupnost informacijama u današnje vrijeme je lakša nego ikada prije. Informacije koje se mogu naći na internetu mogu biti od velike pomoći, ali u nekim slučajevima i odmoći. Ranije su se najčešće odgovori tražili na raznim forumima, blogovima, a danas su aktivne razne grupe i profili po društvenim mrežama, te mobilne aplikacije. Najčešće teme koje možemo pronaći u takvim grupama i profilima su vezane za dojenje, adaptirano mlijeko, izdavanje i dohranu. Osim pružanja savjeta i informacija, stvaraju se i zajednice koje pružaju podršku majkama i roditeljima u izazovima sa kojima se velik broj majki susreće. Većinu takvih grupa vode stručne osobe, no svaki pročitani savjet vrijedi provjeriti, uzeti u obzir da možda ne vrijedi za svih jednako pravilo, te da je najsigurnije savjet potražiti od strane patronažne sestre, pedijatra ili druge stručne osobe.

Zaštita žena i djece trebala bi biti glavni prioritet države i društva. Situacije u kojima obitelj ima poteškoća nužna je pravovremena pomoć. Patronažna sestra ulaskom u dom ima potpuni uvid u obitelj, te je njena dužnost, ukoliko nije moguće riješiti neki problem u njezinoj domeni, potražiti adekvatnu pomoć.

6. ZAKLJUČAK

Babinje je razdoblje najveće prilagodbe novorođenčeta na vanjski svijet kao i prilagodba babinjače na ulogu majke. Potrebna je psihička i tjelesna procjena babinjače i novorođenčeta prilikom svake kućne posjete. Važno je prepoznati sve moguće rizike i probleme vezane uz rast i razvoj novorođenčeta, dojenje, te zdravstvenu njegu novorođenčeta i babinjače.

Promjene u tijelu babinjače nastavljaju se i nakon trudnoće, a one uključuju involuciju maternice, stvaranja lohija i uspostavu laktacije. Uz tjelesne promjene javljaju se i psihičke promjene. Zbog svih naglih promjena, mogući su osjećaji straha, brige, tuge, anksioznost, smanjeno samopouzdanje majke te razvoj postporođajne depresije.

Za majku, novorođenče i obitelj, pomoć i posjete patronažne sestre prilikom prvih dana i tjedana od velike su važnosti, te je potrebno pružiti najbolju moguću skrb i pomoć. Osim pomoći babinjači za stvaranje optimalnih uvjeta i sprečavanja rizika, ciljevi patronažne zdravstvene zaštite su edukacija o samokontroli zdravlja i zbrinjavanju, pomoć i podrška roditeljima pri stjecanju većeg samopouzdanja vezanog za samu njegu i skrb novorođenčeta, pružanje psihičke potpore i pomoći pri rješavanju tekućih poteškoća.

Babinje je najkraće razdoblje nakon poroda, te je i najzahtjevnije za prilagodbu novorođenčeta i majke. Cilj je omogućiti i ostvariti najveću dobrobit za novorođenče, majku i obitelj.

LITERATURA

BONYATA, K. (2021) How do you treat a milk blister? *KellyMom*. [Online] Dostupno na: <https://kellymom.com/bf/concerns/mother/nipplebleb/> [Pristupljeno: 20. srpnja 2022.]

DŽINO, S., KRNIĆ, K. i KATAVA BAŠIĆ, A. (2009) *Vodič za postpartalnu njegu majke i novorođenčeta*. [Online] Dostupno na: <https://mz.ks.gov.ba/node/1962> [Pristupljeno: 12. listopada 2021.]

FIGUEIREDO, B. i sur. (2013) Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *Jornal de Pediatria*. [Online] 89 (7/8). str. 332-338. Dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755713000892?via%3Dihub> [Pristupljeno: 7. srpnja 2022.]

FILIPUŠIĆ, I., HORVAT, I. I LOVREK SENIČIĆ, M. (2020) *Zdravstvena njega bolesnog djeteta i adolescenta*. Zagreb: Medicinska Naklada.

FONTANA MIKULIĆ, V. (2019) *Dijetetika interna skripta*. Medicinski fakultet u Puli.

HARAMINA, L. (2018) Zdravstvena zaštita majke i novorođenčadi u postnatalnom periodu. [Online] Dostupno na: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/unin%3A2212> [Pristupljeno: 16. kolovoza 2022.]

HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO. (2020) *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2020*. [Online] Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2020-tablicni-podaci/> [Pristupljeno: 16. kolovoza 2022.]

ILIĆ, R., IVASIĆ, J. I MALČIĆ, I. (2014) *Zdravstvena njega zdravog djeteta i adolescenta*. Zagreb: Školska knjiga.

JOVANČEVIĆ, M. i sur. (2019) *Godine prve zašto su važne? Vodič za roditelje i stručnjake koji rade s djecom predškolskog uzrasta*. 10. prošireno izdanje. Zagreb: Actus hominis.

KARAÇAM, Z. i sur. (2018) Status of postpartum depression in Turkey: A meta-analysis. *Health Care Women*. [Online] 39 (7). str. 821-841. Dostupno na:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Kara%C3%A7am+Z&cauthor_id=29693507
[Pristupljeno: 7. srpnja 2022.]

LAROUSSE. (2006) *Enciklopedija za roditelje*. 3. izdanje. Zagreb: Naklada naprijed.

LY DO, HUONG NGUYEN I HUONG PHAM. (2018) Postpartum Depression and Risk Factors among Vietnamese Women. *BioMed Research International*. [Online] 2018 (18/11) Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30320133/> [Pristupljeno: 7. srpnja 2022.]

MATULIĆ, T. (2002) Obiteljske vrijednosti i neki aspekti socijalne zaštite obitelji. [Online] Dostupno na: <http://www.rsp.hr/ojs2/index.php/rsp/article/viewFile/171/1024> [Pristupljeno: 17. kolovoza 2022.]

MINISTARSTVO ZDRAVSTVA I SOCIJALNE SKRBI. (2006) Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. *Narodne novine*. [Online] 85/06 i 105/06. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2006_11_126_2779.html [Pristupljeno: 17. kolovoza 2022.]

MOČENIĆ, I. (2017) *Primitivni refleksi kod novorođenčeta- važni za procjenu psihomotornog razvoja*. [Online] Dostupno na: <https://www.mamatataja.hr/beba/primitivni-refleksi-kod-novorodenceta-vazni-za-procjenu-psihomotornog-razvoja/> [Pristupljeno: 12. listopada 2021.]

MOJSOVIĆ, Z. i sur. (2005) *Sestrinstvo u zajednici*. Priručnik za studij sestrinstva- prvi dio. Zagreb: Visoka zdravstvena škola.

MOJSOVIĆ, Z. i sur. (2006) *Sestrinstvo u zajednici*. Priručnik za studij sestrinstva- drugi dio. Zagreb: Visoka zdravstvena škola.

OLETIĆ, D. (2021). Patronažna skrb novorođenčeta i majke. [Online] Dostupno na: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/unin:4154> [Pristupljeno: 17. kolovoza 2022.]

PAVIČIĆ BOŠNJAK, A. i BARIĆ, D. (2019) Savjetnik o izdajanju i čuvanju majčinog mlijeka. [Online] Dostupno na: <https://hugpd.hr/wp-content/uploads/2019/11/HUGPD-brosura.pdf> [Pristupljeno: 17. kolovoza 2022.]

PRAKASH UPADHYAY, R. i sur. (2017) Postpartum depression in India: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* [Online] 95 (10). str. 706–717. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5689195/> [Pristupljeno: 7. srpnja 2022.]

SEARS, W. I SEARS, M. (2016) *Njega djeteta*. Zagreb: Mozaik knjiga.

SILVA, C. i sur. (2017) Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. *Jornal de Pediatria.* [Online] 93 (7/8). str. 356-364. Dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/journal/jornal-de-pediatria> [Pristupljeno: 7. srpnja 2022.]

WOOF, A. D., KENNA, M. A. I SHANE, H. C. (2005) *Vodič u zdravlje i razvoj vašeg djeteta*. 1. izdanje. Zagreb: Ostvarenje.

ZDRAVSTVENA NJEGA U PATRONAŽI PRIRUČNIK. (1998) Zagreb: Visoka zdravstvena škola, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske.

POPIS SLIKA

Slika 1. Moroov refleks	10
Slika 2. Robinsonov refleks podraživanja dlana	11
Slika 3. Robinsonov refleks podraživanja stopala.....	11
Slika 4. Magnusov asimetrični refleks vrata.....	12
Slika 5. Refleks automatskog hoda	13
Slika 6. Dojenje u ležećem položaju	26
Slika 7. Dojenje u položaju koljevke	27
Slika 8. Dojenje u položaju nogometne lopte.....	27
Slika 9. Dojenje u uspravnom položaju.....	28
Slika 10. Mastitis.....	30

SAŽETAK

Novorođenče je dijete od dana rođenja do 28. dana nakon rođenja. Babinje je razdoblje prilagodbe majke na tjelesne i psihičke promjene nakon poroda. Zdravstvena skrb i priprema za babinje započinje u trudnoći i nastavlja se nakon otpusta iz rodilišta. Patronažna sestra posjećuje babinjaču između prvog i drugog dana nakon otpusta iz rodilišta. Cilj ovog preglednog rada je prikazati zdravstvenu njegu novorođenčeta i babinjače. Zdravstvena njega novorođenčeta uključuje procjenu novorođenčeta od glave do pete, pregled vitalnih funkcija, refleksa, sna, njegu pupčanog bataljka, kupanje i presvlačenje novorođenčeta. Procjena stanja babinjače sastoji se od tjelesne i psihosocijalne procjene. Uz fizikalni pregled dojki, praćenje lohija, vitalnih funkcija ključna je edukacija o dojenju, komplikacijama dojenja, prehrani, tjelesnoj aktivnosti, odmoru, menstruaciji, seksualnim odnosima i psihičkim poteškoćama u babinju. Cilj je pružiti najviši stupanj kvalitete zdravstvene njege, kako bi omogućili optimalan rast i razvoj novorođenčeta, bolji oporavak babinjače te prilagodbu na novu ulogu majke.

Ključne riječi: novorođenče, babinje, babinjača, patronažna sestra, zdravstvena njega, edukacija

SUMMARY

Newborn is a child from a day of birth to 28th day after birth. Postpartum is time of mothers adjustment to physical and psychological changes after birth. Health care for postpartum begins in pregnancy and it continues after hospital discharge. Health visitor visits mother between first and second day after hospital discharge. The aim of this review is to show health care of newborn and mother. Newborn health care includes newborn estimate from head to heel, vital functions, reflexes, sleep, belly button care, bathing and changing clothes. Condition assessment of mother includes physical and psychological assessment. Along with physical breast examination, lochia, vital functions key is education about breast feeding, breast feeding complications, diet, physical activity, rest, menstruation, sexual relations and psychological problems in postpartum. The goal is to give the highest stage of health care quality to enable newborn optimal growth and development, better recovery and adjustment to new role of mother.

Keywords: newborn, postpartum, mother, health visitor, health care, education