



IZZIVI V GINEKOLOGIJI IN PORODNIŠTVU

ZBORNİK PREDAVANJ

Izdala in založila:

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER,
BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

Sekcija medicinskih sester in bobic

Ob železnici 30 a
1000 Ljubljana

Za založnika: Monika Ažman, Mateja Pogorelc

Uredila: Anita Prelec

ZBORNIK JE LEKTORIRAN IN RECENZIRAN

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

618(082)

ZBORNICA zdravstvene in bobiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in bobic. Strokovno srečanje (2017 ; Otočec)

Izzivi v ginekologiji in porodništvu : zbornik predavanj / Strokovno srečanje Sekcije medicinskih sester in bobic, Otočec, 7. 4. 2017 ; [uredila Anita Prelec]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in bobiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in bobic, 2017

ISBN 978-961-94013-2-3

1. Gl. stv. nasl. 2. Prelec, Anita
289606656

Fotografija na naslovnici: PRISPODOBE, Urša Klajder

Oblikovanje in tisk: PRELOM d.o.o.

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2017

Naklada: 140 izvodov

PROGRAM STROKOVNEGA SREČANJA – 7. 4. 2017, Šport Hotel Otočec

- 8.30 – 9.00 Registracija udeležencev
- 9.00 – 9.10 POZDRAVNI GOVORI
- 9.10 – 9.30 **POSLANSTVO IN VIZIJA BABIŠTVA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI
NOVO MESTO**
Jelka Cimermančič, dipl. bab., mag. vzg. in menedž. v zdr.
- 9.30 – 9.50 **OBRAVNAVA ŽENSKÉ Z VAGINIZMOM**
asist. dr. Gabrijela Simetinger, dr. med., spec. gin. in por.
- 9.50 – 10.10 **VAROVALNA BEZGAVKA PRI NIZKO IN SREDNJE TVEGANEM
RAKU MATERNIČNEGA TELESA (ENDOMETRIJA)**
doc. dr. Borut Kobal, dr.med., spec.gin.in por.
- 10.10 – 10.40 **STABILIZACIJA NOVOROJENČKA V PORODNI SOBI**
asist. dr. Lilijana Kornhauser Cerar, dr. med., spec.ped.
- 10.40 – 10.50 RAZPRAVA
- 10.50 – 11.30 ODMOR
- 11.30 – 11.50 **BREZ IZGOVOROV**
Dragan Drobnjak, dipl. zn.
- 11.50 – 12.10 **CARSKI REZ: ALI JE POMEMBNO, KAKO SE RODIMO?**
Tanja Bon, dipl. bab.
- 12.10 – 12.40 **VIRUS ZIKA**
asist. Vesna Fabjan Vodušek, dr.med., spec.gin. in por.
- 12.40 – 13.00 **SODOBNO ODKRIVANJE DOWNOVEGA SINDROMA V
NOSEČNOSTI**
prim. Darija Strah, dr.med., spec.gin.in por.
- 13.00 – 13.10 RAZPRAVA
- 13.10 – 14.30 KOSILO
- 14.30 – 15.00 **UMETNA PREKINITEV NOSEČNOSTI PO SVETU IN PRI NAS**
izr. prof. Bojana Pinter, dr. med., spec. gin.in por., mag. ekon. in
posl. ved
- 15.00 – 15.20 **POROD DOMA - NEODGOVORNA KAPRICA ALI
PREMIŠLJENA ODLOČITEV?**
Nina Radin, dipl.bab.
- 15.20 – 15.40 **INDIVIDUALNA PRIPRAVA NA POROD**
Alenka Selan, dipl. bab.

- 15.40 –16.00 **BABIŠKA OBRAVNAVA ŽENSK, KI SO DOŽIVELE SPOLNO ZLORABO – teoretični del**
Klavdija Slapar, dipl.bab.
- 16.00 –16.20 **BABIŠKA OBRAVNAVA ŽENSK, KI SO DOŽIVELE SPOLNO ZLORABO – praktični del**
Katja Knez Steinbuch, družinska in zakonska terapevtka
- 16.30 –16.40 RAZPRAVA IN ZAKLJUČKI STROKOVNEGA SREČANJA

POSŁANSTVO IN VIZIJA BABIŠTVA V SPŁOŠNI BOLNIŠNICI NOVO MESTO

Jelka Cimermančič, dipl. bab., mag. vzg. in men. v zdr.

Splošna bolnišnica Novo mesto

jelka.cimermancic@sb-nm.si

IZVLEČEK

Zagotavljanje in izkazovanje strokovnosti, kakovosti in varnosti so prednostne naloge, ki smo jih zdravstveni delavci v sklopu svojega poslanstva zapriseženi izvajati. Ob tem ne velja zanemariti še pričakovane poslušnosti in odzivnosti na spreminjajoče se potrebe uporabnikov zdravstvenih storitev. Slednje so posledica razvoja in s tem tudi drugačnega razmišljanja družbe. Zatiskanje oči pred nujnimi spremembami, h katerim razvoj drugačnih potreb le-te zagotovo vodi, je najbolj neustrezen način spoprijemanja s tovrstno situacijo. Veliko boljše, pa tudi edino pravilno, je spoprijeti se z dejstvi, jih obravnavati kot izziv in pristopiti k reševanju. Slednje je učinkovitejše in produktivnejše, če zadeva temelji na skrbno postavljenih ciljih, ki izhajajo iz jasno zastavljene vizije. In šele takrat, ko zastavljena vizija izhaja iz prepričanj ter vrednot poslanstva posamezne skupine zdravstvenih delavcev, zadeva predstavlja smisel. Pa ne le smisel, temveč tudi veliko zagotovilo, da bo vizija dosežena.

Ključne besede: zdravstveni delavec, poslanstvo, vizija, spremembe

Abstract

Providing and conveying professionalism, quality and safety are the main priorities that health professionals are obligated to implement as part of their mission. Furthermore, it is important to emphasise the expected compliance with and responsiveness to the changing needs of the recipients of health services. These changes are the result of development and hence a shift in the perceptions of society. Turning a blind eye to urgent changes that are necessarily brought on by progress is the most inappropriate way to deal with this kind of situation. The only suitable approach is to deal with the facts, to take on the challenges and attempt to come up with solutions. The latter is more effective and productive if the matter is based on carefully set objectives derived from a clearly outlined vision. And only when the outlined vision is based on the beliefs and values of the mission of a group of health professionals, does everything begin to make sense; and not only make sense but also provide reassurance that the vision will be achieved.

Key words: health professional, mission, vision, changes

Uvod

Poslanstvo in vizija imata pomembno vlogo v delovanju vsake organizacije. Musek Lešnik (2006a) ju opredeljuje kot temeljna elementa kulture organizacije, ki odločilno prispevata k oblikovanju usmeritev in strategij.

Poslanstvo jasno določa osnovna pravila oziroma okvire delovanja organizacije. Opredeljuje torej, kaj naj organizacija počne, kako naj to počne, oziroma kako naj se odziva na dogajanja in pričakovanja okrog nje same, vizija pa opisuje, kam organizacija želi iti v prihodnosti (Musek Lešnik, 2006a). Ob tem se vse skupaj opira in nanaša na skupna prepričanja in vrednote (Bowman, 1994). Prav vrednote namreč predstavljajo osnovne prioritete kulture neke organizacije ter izhodišče in temelj tistega, k čemur le-ta teži (Musek Lešnik, 2006a).

Kadar torej razglabljamo o poslanstvu in viziji, se nehote povezujemo s pojmom organizacija. Slovar slovenskega knjižnega jezika slednjega opredeljuje kot skupnost oziroma skupino ljudi, ki jih povezujejo skupni cilji. Le-ti namreč, kot pravi Musek Lešnik (2006a), zaposlenim dajejo možnost, da se resnično predano posvetijo tistemu, kar je organizaciji trenutno zelo pomembno.

Namen povedanega je podati, da tudi babice oziroma babiška stroka Splošne bolnišnice Novo mesto sestavlja in predstavlja neko organizacijo oziroma skupino, ki zavzeto in predano sledi pomembnim ciljem. Ti izhajajo iz prepričanj in vrednot, temeljijo na poslanstvu ter oblikujejo vizijo. Razlogov za to je več. Med njimi prevladujejo predvsem tisti, ki so, po besedah Musek Lešnik (2006b), skupni številnim ostalim organizacijam. Isti avtor jih prav tam opredeljuje kot želje oziroma težnje po:

- odličnosti,
- boljši kakovosti,
- izboljšanju odnosov z uporabniki,
- preseganju konkurence,
- uvajanju napredka,
- boljšem razumevanju prihajajočih se tveganj in izzivov,
- inovacijah,
- zagotavljanju pogojev za osebno in duhovno blagostanje sestavnih členov organizacije,
- zvišanju kompetenc za upravljanje s spremembami,
- dodatnih pristojnostih,
- boljšem razumevanju pomembnih vprašanj,
- širjenju mej,

- premagovanju ovir,
- boljšem sodelovanju s skupnostjo,
- večji neodvisnosti.

V tem kontekstu vsekakor ne moremo mimo elementa varnosti. Poleg kakovosti je prav slednji tisti, ki odločilno prispeva k usmeritvi razvoja in v skladu z njim razvijajočimi se spremembami.

Vsekakor gre za velike želje oziroma cilje, ki se oblikujejo v velika pričakovanja. Ob tem ne moremo mimo večkrat vsiljujočega se občutke dvoma, ki temelji na vprašanjih majhnosti babiške organizacije, rigidnosti in počasne odzivnosti obstoječe organiziranosti dela ter sistema delovanja. Pa vendar velja vsak dvom sproti intenzivno in zavestno odganjati ter se spominjati kitajskega pregovora, ki pravi: »Ne bojte se počasne rasti, bojte se ostati na mestu«.

Celostna in kontinuirana babiška obravnava - vizija ginekološko porodniškega oddelka Splošne bolnišnice Novo mesto

V Splošni bolnišnici Novo mesto želimo in tudi poskušamo babiško stroko razvijati na več nivojih. Trudimo se na novo oblikovati in vpeljati babiški model rojevanja, ob tem pa po potrebi tesno sodelovati z medicinsko stroko. Menimo namreč, da sta trenutni obseg in vsebina babiških kompetenc v slovenskem prostoru po eni strani tolikšni, da je k nekoliko večjemu samostojnemu babiškemu delovanju zagotovo možno pristopiti, po drugi strani pa preskromni za popolnoma samostojno babiško prakso. Seveda, ko govorimo o odnosu z medicinsko stroko.

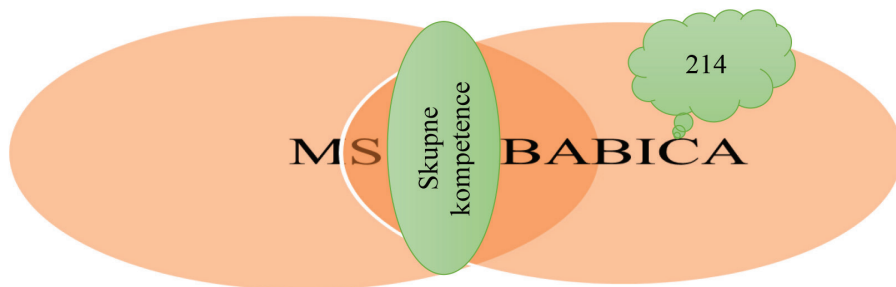
Ko govorimo o odnosu z zdravstveno nego in medicinskimi sestrami kot predstavnicami le-te, je na ginekološko porodniškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto že pred leti prevladalo mnenje, da na področju ginekologije in porodništva lahko diplomirana babica (v smislu samostojnosti) prispeva več kot diplomirana medicinska sestra. Seveda tudi tu izhajamo iz kompetenc in posledičnih možnih pristojnosti enega in drugega profila ter trenutnih potreb in želja uporabnic tovrstnih zdravstvenih storitev.

Za razumevanje predhodno povedanega je v tem elementu umestno spomniti in opozoriti na različnost profilov diplomiranih babic in diplomiranih medicinskih sester (na žalost je v praksi še vedno mnogokrat čutiti nevednost in začudenje ob razlagi, da medicinske sestre niso babice in babice ne medicinske sestre). Razlika med obema profiloma zdravstvenih delavcev seveda obstaja. Ta se oblikuje na podlagi različnih študijskih programov, s pomočjo katerih oba profila pridobita svojstvene, specifične kompetence, le-te pa se v klinični praksi manifestirajo v drugačne in drugotne pristojnosti.

Kompetence znanj v babiški praksi so torej v veliki meri babicam lastne, kar je bilo razvidno že v zgodovini babiškega delovanja. Tako so babice v Angliji že leta 1902 prvič opravljale licenčni izpit, ki je določal in zagotavljal standard babiške skrbi. S formiranjem Evropske unije se je pokazala potreba po direktivah, ki bi podale smernice in standard babiške skrbi za države članice Evropske unije. Na podlagi te potrebe sta nastali dve direktivi, ki ta standard zagotavljata. Z istim namenom (natančno podati vsa znanja, veščine in vedenja babic, ki izhajajo iz definicije poklica babice), je Mednarodna zveza babic odobrila izvedbo raziskave, ki bi določila ustrezne babiške kompetence in na podlagi rezultatov le-te leta 2002 potrdila in izdala dokument Kompetence za osnovno babiško prakso. V dokumentu je opisanih 214 različnih kompetenc pri delu babice, ki so se uveljavile v vseh državah članicah Mednarodne zveze babic, kamor spada tudi Slovenija. Kompetence so zelo natančno opredeljene in opisane ter razdeljene na 6 poglavij (profesionalna slika babice, obdobje pred spočetjem, predporodno obdobje, obporodno obdobje, poporodno obdobje in neonatalno obdobje) (Zakšek, et al., 2008).

Kar nekaj kompetenc diplomirane babice na ginekološko porodniškem področju se res prekrije s kompetencami medicinske sestre, vendar prav tiste, ki so za potrebe in zahteve žensk danes nujne in odločilne, so specifične ter lastne izključno babicam (Slika 1). Prav slednje dognanje je že pred leti prevladalo pri odločitvi, da se v nadalje na ginekološko porodniškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto zaposlujejo diplomirane babice in ne več diplomiranih medicinskih sester.

Slika 1: Raznolikost kompetenc diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih babic



Vir: Lastni vir, 2017.

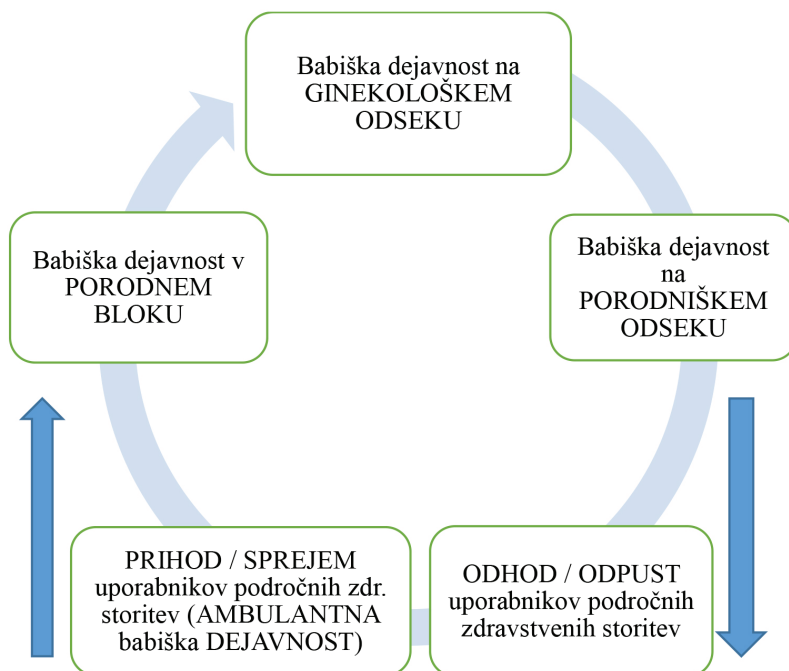
V zadnjih nekaj letih je steklo veliko pogovorov in razgovorov tudi o tem, da bi v Splošno bolnišnico Novo mesto uvedli babiško skrb, ki bi bila širša in obsežnejša od tiste, ki jo je babiška stroka tu izvajala do sedaj. Tudi tovrsten premik se je razvil na podlagi (drugačnih) zahtev, želja in potreb današnjih uporabnikov tovrstnih zdravstvenih storitev. Izkazalo se je, da le-ti težijo k samostojnejši babiški stroki ne samo v porodnem bloku, temveč tudi na vseh ostalih področjih oddelka, znotraj ka-

terih se gibljejo v času hospitalizacije. Jasno so nakazali, da se je razvila potreba po individualni, celoviti in kontinuirani babiški skrbi vse od prihoda žensk in njihovih spremljevalcev v porodnišnico pa vse do izhoda iz nje.

Na podlagi nakazanih potreb se je torej razvila obstoječim pogojem prilagojena vizija, ki predvideva delovanje babc na vseh odsekih ginekološko porodniškega oddelka. Ta predvideva, da bi babice delovale samostojno v okviru svojih kompetenc in posledičnih pristojnosti ter ob tem tesno sodelovale in se dopolnjevale z medicinsko dejavnostjo v tistih situacijah, ko je babiška kompetentnost nezadostna, zahtevnost zdravstvenih ukrepov pa posega v domeno pristojnosti medicine (Slika 2).

Takšna reorganizacija dela bi babicam omogočila individualno, celovito, kontinuirano ter tudi samostojnejšo babiško skrb, hkrati s tem pa tudi konstantno prehajanje (kroženje) iz enega na drugi odsek oddelka. S slednjim bi učinkoviteje reševali tudi nepričakovane kadrovske primanjkljaje ter regulirali potrebe tovrstnega kadra v zvezi z nepredvidljivim obsegom in hitro spreminjajočo se zahtevnostjo dela na posameznem področju oddelka.

Slika 2: Celovita in kontinuirana babiška skrb



Vir: Lastni vir, 2017.

Izpolnjevanje zastavljene vizije

Ginekološko porodniški oddelek Splošne bolnišnice Novo mesto je sestavljen iz 3 enot. Oblikujejo ga ginekološki odsek, porodniški odsek in porodni blok. Podpirajo ga še lastne ambulante.

Od leta 2015 nekatere od diplomiranih babic ne delujejo le izključno v porodnem bloku, ampak tudi na ginekološkem in porodniškem odseku. Od leta 2016 ena od babic pokriva tudi ambulantno dejavnost. Zelo pomembno in bistveno ob vsem tem je, da nobena izmed tistih babic, ki delujejo izven porodnega bloka, stika z njim ne izgublja. Uvajamo namreč že predhodno omenjeno kroženje babic po vseh odsekih ginekološko porodniškega oddelka ter pripadajočimi ambulantami. Namen je (kot že omenjeno) doseči večjo dinamičnost oziroma takšno usposobljenost babic (prav vseh ali pa vsaj večine), ki bo zavzemala tolikšen obseg kompetenc in pristojnosti, da bo prehajanje iz odseka v odsek potekalo gladko ter hkrati temeljilo na upoštevanju trenutnih (zelo spreminjajoče ter sproti nastajajočih se) potreb na posameznih odsekih oddelka.

Prvotno vodilo delovanja je zagotavljati strokovnost, kakovost in varnost, česar ni dopustno pozabljati tudi pri vedno intenzivnejšem zagotavljanju prijetnega, domačega in umirjenega okolja. Le-to se odraža v novi podobi porodnega bloka ter novi pridobitvi na porodniškem odseku.

Porodni blok se od februarja 2017 lahko pohvali s preurejenim in obnovljenim sprejemnim oziroma čakalnim prostorom, kjer lahko novega družinskega člana, tako posameznik kot tudi večja skupina ljudi oziroma celotna družina, pričakuje na veliko bolj prijeten način. Sodobnejši ambient namreč ponuja vse tisto, kar bistveno doprinese k udobnejšemu bivanju (prigrizki, topli ter hladni napitki, TV, udobno sedišče).

Del porodnega bloka, ki se povezuje z vsemi porodnimi sobami (imenovan tudi sprehajalni del) je nosečnicam, porodnicam ter ostalim spremljevalcem prilagojen ter urejen tako, da vsakemu izmed njih ponuja oporo in sprostitev. Vsebuje prijetne, pomirjujoče in spodbujajoče elemente.

Popolnoma nov del porodnega bloka predstavlja večja soba, ki porodnicam ponuja lastno kopalnico, spremljevalcem pa možnost prijetnega počitka. Hkrati zagotavlja boljše pogoje za izvajanje različnih alternativ znotraj procesa poroda (raznovrstne žoge, blazine, porodni stol, masažni pripomočki). Med drugim omogoča tudi izvedbo poroda v vodi.

Porodniški odsek se lahko pohvali s popolnoma novim, prostornim in prijetno opremljenim apartmajem, ki omogoča sobivanje celotni družini. Gre za nadgradnjo v paleti ponudbe prijetnejšega in k družini usmerjenega bivanja v prvih dneh po rojstvu novega družinskega člana.

Ob vsem povedanem verjetno ni potrebno poudarjati, da želimo ostati ne le novorojenčkom prijazna porodnišnica, temveč postati tudi porodnicam prijazna. Pa ne le slednjim, temveč tudi njihovim spremljevalcem oziroma celotni družini. Trdno namreč verjamemo, da bomo maksimalno novorojenčkom prijazni šele tedaj, ko bomo prijazni tudi materam oziroma celotni družini.

Zaključek

Strinjamo se z Musek Lešnik (2006b), ki trdi, da je poslanstvo organizacije in razpravljanje o njem enako pomembno kot osebno razmišljanje o življenjskem smislu. Prav tako z reko, ki ga je podal Joel A. Barker. Ta pravi: „Vizija brez dejavnosti...so sanje, dejavnost brez vizije...je potrata časa, vizija in dejavnost združeni, pa lahko spreminjata svet.“

Ne odkrivamo nečesa novega. Tudi ne želimo spreminjati sveta. Želimo le slediti trenutnim trendom v slovenskem prostoru. Le-ti pa niso nič drugega kot le odziv na potrebe, ki jih izkazujejo tisti uporabniki zdravstvenih storitev, zaradi katerih babice pravzaprav obstajamo.

Literatura in viri:

1. Bowman, C., 1994. *Bistvo strateškega managementa*. Ljubljana: Gospodarski vestnik, pp. 17.
2. Musek Lešnik, K., 2006a. *Kaj je poslanstvo, kaj so vrednote, kaj je vizija?*, Dostopno na: http://www.ipsos.si/VodenjeVIZ_VI_kaj_je_poslanstvo_vrednote_vizija.html [30.01.2017].
3. Musek Lešnik, K., 2006b. *Ali razmišljanje o vrednotah, poslanstvu in viziji vpliva na uspešnost in učinkovitost podjetja?*, Dostopno na: <http://ipsos.si/web-data/Templates/podjetje-vrednote%26poslanstvo%26vizija-alirazpravavplivanauspesnost.html> [30.01.2017].
4. *Slovar slovenskega knjižnega jezika*, 2008. Ljubljana: Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša. Dostopno na: http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj_testa&expression=organizacija&hs=1 [02.02.2017].
5. Zakšek, T., Drglin, Z., Mivšek, A. P., Šimnovec, I., Skubic, M. & Stanek Zidarič, T., 2008. Kompetence za osnovno babiško prakso. *Obzornik zdravstvene nege*, 42 (3), pp. 215-220.

OBRAVNAVA ŽENSKÉ Z VAGINIZMOM

Assessment of women with vaginismus

asist. dr. **Gabrijela Simetinger, dr. med., spec. gin. in por., FECSM**

Splošna bolnišnica Novo mesto

gabrijela.simetinger@sb-nm.si

IZVLEČEK

Vaginizem je trajajoča ali ponavljajoča težava ženske pri vaginalni penetraciji penisa, prsta ali kateregakoli drugega predmeta, kljub temu, da si ženska to želi. Prisotni so še: nehotno krčenje mišic medeničnega dna, izogibanje penetraciji ter vnaprej pričakovani fobični strah pred bolečino, kar vodi v izogibanje spolnim aktivnostim. Pri tem je potrebno izključiti ali obravnavati strukturne ali druge fizične abnormalnosti. V obravnavi ženske z vaginizmom se po bio-psiho-socialnem modelu naredi anamneza usmerjena v specifičen spolni problem in možne etiološke dejavnike. Obravnava se nadaljuje z edukativnim ginekološko-seksološkim pregledom z ogledalom, testom z vativano palčko in oceno mišic medeničnega dna. Žensko se informira o spolni disfunkciji, vaginizmu, oceni se klinično pomembna stiska in kakovost partnerskega odnosa. Začasno se odsvetujejo vaginalni spolni odnosi. Terapevtski program vključuje masažo medeničnega dna v povezavi s kognitivno edukacijo, vaje za sproščanje ter vaje samoraziskovanja, samovstavljanja in urjenje senzitivnosti. Zdravstveni delavci v porodniški oskrbi bi morali poznati problematiko bolečih spolnih odnosov, da bi se znali pravilno odzvati in prilagoditi obravnavo tovrstnih porodnic.

Ključne besede: ženska spolna disfunkcija, bolečina pri spolnih odnosih, bio-psiho-socialni model, seksualna terapija, porodniška oskrba

Abstract

Vaginismus is the persistent or recurrent difficulties of the woman to allow vaginal entry of a penis, a finger and/or any object, despite the women's expressed wish to do so. There is often (phobic) avoidance and anticipation/fear of pain. Structural or other physical abnormalities must be ruled out/addressed. Therefore, the biopsychosocial approach of vaginismus, which begins with a clinical interview focused on a specific sexual problem and possible etiological factors, is applied. Assessment is based on: an educative gyneaco-sexological examination (hand mirror), Q tip test, testing pelvic floor muscles, giving information about sexual dysfunction vaginismus, assessment of significant psychological distress and couple assessment. Coitus is temporarily not advised. Pelvic floor massage in addition to cognitive education, relaxation training, self-insertion exercises and sensuality training are included in the treatment programs. Practitioners involved in obstetrical

care should be knowledgeable about sexual pain disorder and provide appropriate modifications and interventions.

Key words: sexual health, biopsychosocial model, sexual pain disorder, sexual therapy, obstetrical care

Uvod

Na spolnost vplivajo številni medsebojno delujoči dejavniki: biološki, psihološki, družbeni, ekonomski, politični, kulturni, etični, pravni, verski in duhovni ter zgodovinski. Človeška spolnost je lahko več razsežnostna in obsega misli, fantazije, želje, prepričanja, stališča, vrednote, vedenje, prakse, vloge in odnose, vendar se običajno ne doživijo ali izrazijo vse od naštetih. Je osrednji vidik človeške izkušnje skozi življenje in zajema veliko več kot spolni odnos: spol, spolne identitete in vloge, spolno usmerjenost, erotiko, užitek, intimnost in razmnoževanje (World Health Organization, 2006).

Spolna medicina si prizadeva izboljšati spolno zdravje s preventivo, diagnostiko, zdravljenjem in rehabilitacijo. Njen cilj je ponovna vzpostavitev ali izboljšanje spolne funkcije, optimizacija spolne izkušnje in dobrega počutja ter osebnega, kakor tudi medosebnega zadovoljstva v spolnosti (Hatzichristou, et al., 2010). V spolni medicini je uveljavljena nova klasifikacija spolnih motenj po Mednarodnem komiteju za spolno medicino (angl. International Committee of Sexual Medicine – ICSM). Spolne motnje po ICSM klasifikacijskem sistemu niso opredeljene kot organske ali psihogene, saj se vzroki njihovega nastanka medsebojno ne izključujejo in naj bi se razjasnili skozi etiologijo. Pomembno v obravnavi in postavitvi diagnoze spolne motnje je, da motnja osebi povzroča klinično pomembno stisko in da motnja traja več kot tri mesece. Glede na izraženost stiske ločimo blago, zmerno in očitno motnjo. Če oseba stiske nima, motnja ni prisotna (Fugl-Meyer, et al., 2010; Simetinger, 2016). Bolečina pri spolnem odnosu po definiciji spada med spolne motnje.

Vaginizem

Izraz 'vaginizem', ki ga je skoval Sims v drugi polovici 19. stoletja, se uporablja še danes v strokovnih krogih ginekologov, seksologov, psihiatrov in splošnih zdravnikov. Opisal ga je kot krč mišic medeničnega dna, ne da bi poznal patološki vzrok zanj (Van Lankveld, et al., 2010).

Bolečina pri spolnem odnosu je danes po ICSM klasifikacijskem sistemu opredeljena kot disparevnija ali vaginizem. Disparevnija je definirana kot trajajoča ali ponavljajoča bolečina pri poskusu ali popolnem vstopu v vagino in/ali vaginalni penetraciji penisa. Vaginizem je trajajoča ali ponavljajoča težava ženske pri vaginalni penetraciji penisa, prsta ali kateregakoli drugega predmeta, kljub temu da si ženska

to želi. Prisotni so še: nehotno krčenje mišic medeničnega dna, izogibanje penetraciji ter vnaprej pričakovan fobični strah pred bolečino, kar vodi v izogibanje spolnim aktivnostim. Pri tem je potrebno izključiti ali obravnavati strukturne (anatomske) ali druge fizične abnormalnosti (bolezenske spremembe) (Fugl-Meyer, et al., 2010).

Ženske z vaginizmom imajo značilno višjo stopnjo katastrofičnega doživljanja bolečine, zato je njihova prioriteta kontrola bolečine ter s tem posledično izogibanje spolnosti zaradi predvidevanja ponovne bolečine. To predvidevanje, ki vodi do povečane pozornosti, vodi tudi do negativnega ovrednotenja spolne stimulacije ter še večjega izogibanja in umikanja spolnim odnosom. Hkrati poskus penetracije sproži bolečino, saj je obrambna reakcija povečanje tonusa mišic. S tem dobi ženska potrditev pričakovane bolečine, kar vodi v nadaljnje stopnjevanje opreznosti. Ta negativen trajajoč proces uniči genitalni in spolni odziv ter vodi v boleče spolne odnose ali vaginizem (Damsted Petersen, 2015).

Etiologija mišičnega krča ni čisto jasna. Predvideva se, da nenamerna kontrakcija mišic medeničnega dna nastane med izpostavljenostjo grozeči situaciji. Domnevna etiologija tega spazma naj bi bila pripisana različnim vzrokom, od psihosomatskega strahu pred seksom in/ali vaginalno penetracijo do ponavljajoče ali imaginarne izkušnje bolečine med vaginalnim spolnim odnosom. Zaradi tega vaginizem spada med spolne motnje in je klasificiran med boleče spolne odnose. Ugotovili so, da so pri ženskah z vaginizmom določene psihološke karakteristike bolj izražene in te so: nevroticizem, depresija, anksioznost, fobična zaskrbljenost, socialne fobije, somatizacije, itd. (Van Lankveld, et al., 2010).

V etiologiji so se pokazali kot zelo pomembni še nekateri drugi kulturološki elementi kot so: negativni pogledi in stališča do spolnosti, verska konvencionalnost, pomanjkanje spolne vzgoje in travmatični spolni dogodki. Najdena je bila tudi povečana incidenca spolne zlorabe v otroštvu v povezavi z vaginizmom (Leiblum, 2007).

Podatki o prevalenci vaginizma so skromni, ne obstaja veliko raziskav v specifičnih populacijah. Ocenjujejo, da se lahko pojavi v 1-5 % pri ženskah v reproduktivnem obdobju (Damsted Petersen, 2015).

Terapevtska obravnava ženske z vaginizmom

V obravnavi ženske z vaginizmom ginekolog, seksualni terapevt (seksolog), po bio-psiho-socialnem modelu naredi anamnezo usmerjeno v specifičen spolni problem in možne etiološke dejavnike. S tem intervjujem se v okviru biološkega dela pridobijo vsi podatki o sedanjih in preteklih boleznih, hormonskih dejavnikih, anatomskih posebnostih, ki bi lahko vplivale na spolno funkcijo ter v psihološkem delu modela o intrapsihičnih in medosebnih dejavnikih in lastnostih osebe, kot na primer povečana ranljivost, jeza, strah in tesnoba, depresija, nizka samopodoba, občutek drugačnosti, krivda, sram, spremembe telesne samopodobe, itd. V socialno-kultu-

rološkem delu modela nas zanimajo težave na delu (bolniška odsotnost, brezposelnost, upokojitev), težave s starši, finančni problemi, problemi v odnosu (ločitev, strah pred intimnostjo), dejavniki okolja (socialna izolacija, pomanjkanje socialnega omrežja, stigmatizacija/marginalizacija) in etična, verska, kulturna sporočila, prepričanja, miti in njihov vpliv na bolezen (Althof, et al., 2005; Simetinger, 2016).

Ginekolog po vzeti bio-psiho-socialni anamnezi, opravi razširjen ginekološki pregled, v katerega spada natančen pregled vulve oziroma inspekcija sprememb na spolovilu, ki ji sledi pregled vulve z vatirano palčko za ocenitev občutljivosti in možnega mesta bolečine. Na koncu sledi še ocena tonusa mišic medeničnega dna (Leiblum, 2007; Lev-Sagie & Shechter, 2015). Prihoedukacijo prične s pregledom in razlago anatomije spolovila, ki ga ženska spremlja z ogledalom. V svetovanje se vključi edukacija o ženskih spolnih odgovorih. Po pregledu se žensko poduči o njeni motnji, poteku, možnostih zdravljenja in načrtu zdravljenja, pomembna je vključitev partnerja/ke v odločanje o možnostih zdravljenja. Glede na ženskin spolni odgovor se ji svetuje spremembo spolnega vedenja, spremembo spolnih položajev in uporabo spolnih pripomočkov (vibratorjev), lubrikantov, vlažilcev, itd. (Leiblum, 2007; Kirana, 2015).

Če se ženska z vaginizmom odloči za terapevtsko obravnavo, po terapevtskem svetovanju in specifičnih predlogih, se vključi v poglobljeno kognitivno vedenjsko seksualno terapijo, s katero se uči specifične seksualne tehnike kot npr. terapijo za osredotočanje na občutke, vaje za sistemsko desenzitizacijo določenega predela spolovila ter vaje za sproščanje mišic medeničnega dna. Med terapijo se vaginalni spolni odnosi odsvetujejo in se opogumlja normaliziranje, ponovna vzpostavitev in spodbujanje spolne aktivnosti brez penetracije za preprečevanje razvoja občutka krivde ter dvig spolne želje in razvijanje spolne samopodobe. Po potrebi se svetuje uporabo vaginalnih dilatatorjev ter vaje čuječnosti (Leiblum, 2007; Kirana, 2015; Lev, 2015). V številnih raziskavah se je kognitivna vedenjska terapija pokazala kot učinkovita terapija vaginizma (Althof, et al., 2010). Občasno je potrebno dodatno individualno seksološko svetovanje psihiatra ali psihologa s specialnimi znanji s področja seksologije za izboljšanje samopodobe, telesne podobe in avtonomije s pomočjo ali seksološka obravnava partnersko usmerjenega zdravljenja za izboljšanje fizičnega in nekoitalnega spolnega stika (Kirana, 2015). Pri tem je pomembno, da se ženski, ki ne želi zanositi, svetuje primerno kontracepcijo, ki ji ne poslabša spolne funkcije.

Ženske pridejo na terapijo iz različnih razlogov, najpogosteje, ker želijo imeti vaginalni spolni odnos, nekatere, ker želijo imeti otroka. Namen terapije je uspešna penetracija penisa v vagino. V zaključku terapije se naredi še ginekološki pregled s palpacijo male medenice. Obravnava vsake ženske z vaginizmom mora biti individualna, vanjo vključimo njena pričakovanja in odločitev glede terapije. Terapevt mora biti več svetovanja, ker zdravljenje zahteva potrpljenje, čas in empatijo.

Obravnavo porodnice z vaginizmom med porodom

Ženske z vaginizmom zanosijo brez zdravljenja, med zdravljenjem ali po zdravljenju, tudi brez penetracije penisa. Babice in porodničarji v porodniški oskrbi bi morali poznati in razumeti problematiko bolečih spolnih odnosov, da bi se znali pravilno odzvati in prilagoditi obravnavo porodnic z vaginizmom (Rosenbaum & Padoa, 2012).

Porodnice z vaginizmom, ki pridejo roditi, o svoji težavi večinoma ne spregovorijo. Ravno tako jemanje spolne anamneze ni del ustaljene prakse jemanja porodniške anamneze. Porodničar in babica naletita na težavo med poskusom vaginalnega pregleda, zelo pomembno je, da se takrat tega zavemo. Med porodom oziroma poskusom vaginalnega pregleda pripombe o tem, kako bo rodila ali kako je sploh zanosila, niso primerne. S pregledom, kadar ni ogrožen plod, lahko počakamo. Poskusimo pridobiti zaupanje porodnice, natančno jo podučimo o načinu notranje porodniške preiskave, da jo bomo, ko bo preiskava potrebna, lahko tudi izvedli. Vsak dotik, ki ga naredimo, mora biti s soglasjem in dovoljenjem porodnice. O vsakem gibu, korak za korakom, jo moramo obvestiti, vedenje naj bo predvidljivo in med pregledom vzdržujemo stik z očmi. Porodnica mora imeti občutek, da lahko pregled kontrolira in ga v vsakem trenutku ustavi. Notranja porodniška preiskava naj poteka počasi, da je čim manj neprijetna. Svetuje se epiduralna analgezija (Rosenbaum & Padoa, 2012).

Med porodom naj glavica počasi prodira in širi porodno pot, zato da se izognemo raztrganinam in/ali epiziotomiji, ker so brazgotine za njih kasneje lahko bolj boleče kot običajno. Za preprečevanje raztrganin je pomembna priprava perineja pred porodom (dnevna 6 tedenska masaža), spreminjanje položajev med porodom, pravilno dihanje in druge alternative. Pri porodnici z bolečimi spolnimi odnosi ima pomembno vlogo čuječnost (Rosenbaum & Padoa, 2012). Porod se lahko kljub vsem naporom zaradi vaginizma konča s carskim rezom. Verjetnost, da se porod pri porodnici z vaginizmom konča s carskim rezom je večja kot pri porodnici brez vaginizma (Möller, et al., 2015).

Zaključek

Zdravljenje ženske z vaginizmom ni enostavno, potrebna je individualna obravnavo. Terapevt kognitivno vedenjske seksualne terapije mora biti več svetovanja, ker zdravljenje zahteva potrpljenje, čas in empatijo. Glede na to, da se spolna funkcija ženske pred in po porodu lahko spremeni, je potrebno porodnico z vaginizmom tudi med porodom obravnavati individualno, ker potrebuje več pozornosti, razlage in empatije. Če so zdravniki ali babice okoreli, strogo sledijo protokolu, patologizirajo porodnico ali nimajo znanja o patologiji bolečine med spolnimi odnosi, bo prestrašenost porodnice naraščala. Bistveno je, da so zdravstveni delavci v porodniški oskrbi seznanjeni s problematiko bolečih spolnih odnosov, da bi se znali pravilno odzvati in prilagoditi obravnavo tovrstnih porodnic.

Literatura

1. Althof, S.E., Leiblum, S.R., Chevret-Measson, M., Hartmann, U., Levine, S.B., McCabe M., et al., 2005. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 2, pp. 793 - 800.
2. Althof, S.E., McCabe, M.P., Assalian, P., Leiblum, S., Chevret-Measson, M., Simonelli, C., et al., 2010. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction In: Montorsi, F., et al., eds. *Sexual medicine. Sexual Dysfunctions in Men and Women*. Paris: Health Publication, pp. 121 - 181.
3. Damsted Petersen, C., 2015. Sexual pain disorder. In: Reisman, Y., et al., eds. *The ESSM manual of sexual medicine*, 2nd ed. Amsterdam: Medix, pp. 924 - 937.
4. Fugl-Meyer, K.S., Lewis, R.W., Corona, G., Hayes, R.D., Edward, O., Laumann, E.O., et al., 2010. Definitions, Classification, and Epidemiology of Sexual Dysfunction. In: Montorsi, F., et al., eds. *Sexual Medicine. Sexual Dysfunctions in Men and Women*. Paris: Health Publication, pp. 41 - 117.
5. Hatzichristou, D., Rosen, R., Derogatis, L., Low W.Y., Meuleman E., Sadovsky R., et al., 2010. Clinical Evaluation and Symptom Scales in Men and Women with Sexual Dysfunction. In: Montorsi, F., et al., eds. *Sexual Medicine. Sexual Dysfunctions in Men and Women*. Paris: Health Publication, pp. 231 - 280.
6. Kirana, P.S., 2015. Psychosexual treatment methods in sexual medicine. In: Reisman, Y., et al., eds. *The ESSM manual of sexual medicine*, 2nd ed. Amsterdam: Medix, pp. 316 - 328.
7. Leiblum, S.R. ed., 2007. Principles and Practice of Sex Therapy. 4th ed. New York, London: The Guilford Press, pp. 124 - 156.
8. Lev-Sagie, B.A. & Shechter, A., 2015. Physical examination in sexual medicine, part II: Female. In: Reisman, Y., et al., eds. *The ESSM manual of sexual medicine*, 2nd ed. Amsterdam: Medix, pp. 304 - 314.
9. Möller, L., Josefsson, A., Bladh, M., Lilliecreutz, C. & Sydsjö, G., 2015. Reproduction and mode of delivery in women with vaginismus or localised provoked vestibulodynia: a Swedish register-based study. *BJOG*, 122(3), pp. 329 - 334.
10. Rosenbaum, T.Y. & Padoa, A., 2012. Managing pregnancy and delivery in women with sexual pain disorders. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(7), pp. 1726 - 1735.
11. Simetinger, G., 2016. Spolne motnje in njihova obravnava po načelih spolne medicine. *Zdravniški vestnik*, 85(5-6), pp. 313 - 326.
12. Van Lankveld, J.D.M., Granot, M., Weijmar Schultz, W.C.M., Binik, Y.M., Wesselmann, U., Pukall, C., et al., 2010. Women's Sexual Pain Disorders. In: Montorsi, F., et al., eds. *Sexual medicine. Sexual Dysfunctions in Men and Women*. Paris: Health Publication, pp. 1207 - 1264.
13. World Health Organization. 2006. *Defining sexual health, Report of a technical consultation on sexual health*. Genova: World Health Organization, pp. 4 - 5.

VAROVALNA BEZGAVKA PRI NIZKO IN SREDNJE TVEGANEM RAKU MATERNIČNEGA TELESA (ENDOMETRIJA)

Sentinel node in low and intermediate risk endometrial cancer

prof.dr. Borut Kobal, dr. med., spec.gin. in por.

Univerzitetni klinični center Ljubljana

Ginekološka klinika

Klinični oddelek za ginekologijo

borut.kobal@guest.arnes.si

IZVLEČEK

Rak materničnega telesa (endometrija) je v Sloveniji peti najpogostejši rak pri ženski, in drugi najpogostejši rak reproduktivnih organov, takoj za rakom dojke. V zgodnjem stadiju ga standardno zdravimo kirurško z odstranitvijo maternice (in) priveskov in medenično limfadenektomijo.

Bolnice pred operativno klasificiramo v različne skupine tveganja za slab izhod zdravljenja na podlagi histopatoloških parametrov, pridobljenih z biopsijo in ocene globine invazije v miometrij, določene s pomočjo neinvazivnih slikovnih metod, predvsem MRI in 3D vaginalnega ultrazvoka.

Odprt kirurški pristop - laparotomija omogoča standardno kirurško zdravljenje in oceno napredovanja bolezni prek medenične limfadenektomije, vendar povečuje po-operativno obolevnost pri značilni populaciji. Kombiniran laparoskopsko-vaginalni, kot tudi popolni laparoskopski pristop pomembno zmanjšata obolevnost po operaciji, ob tem pa ne poslabšata preživetja, zato danes predstavljata prvo izbiro kirurškega pristopa.

Tveganje za zasevanje v regionalne bezgavke je pri bolnicah z nizkim in srednjim tveganjem manjše od 3%, zato se v pri tej skupini bolnic kompletna medenična limfadenektomija ne priporoča več in se v zadnjih letih nadomešča z algoritmom varovalne bezgavke. Čeprav je algoritem enostavno izvedljiv in varen in kot tak že vključen v nekatere tuje smernice, še ni povsem standardiziran, zato je njegov pomen še del prospektivnih raziskav. Podajamo ključne ugotovitve glede izbire sledila, deleža detekcije varovalnih bezgavk in pomena mikrometastaz iz literature in prve lastne izkušnje.

Ključne besede: rak endometrija, varovalna bezgavka, indocianin-green barvilo

Abstract

Endometrial cancer is the fifth most common malignancy and second (after breast) most common malignancy of reproductive organs in women population of Slovenia. Early stage disease is treated surgically with total hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy and pelvic lymphadenectomy.

A classification of preoperative risk groups for disease outcome in stage I is based on histopathologic characteristics gained from endometrial biopsy and depth of myometrial invasion measured through non invasive imaging methods like MRD or 3D vaginal sonography.

Laparotomy enables standard surgical treatment and staging through pelvic lymphadenectomy, but increases the risk for post-operative morbidity in typical population. It can be minimized by introducing the laparoscopic-vaginal approach, not compromising the survival, therefore it is recommended as a first choice of surgical approach.

In low or intermediate risk patients, the risk for nodal involvement is below 3%, and complete pelvic lymphadenectomy is not recommended anymore. It can be replaced with sentinel node algorithm. Although the algorithm is feasible and safe and already included in guidelines it is still not completely standardised and represents the part of ongoing prospective trials. We present latest reports from literature regarding site of tracer injection, bilateral detection rate and impact of micrometastases as well as our preliminary results in sentinel node algorithm.

Key words: endometrial cancer, sentinel node, indocyanine green

Uvod

Rak endometrija predstavlja v Sloveniji peti najpogostejši rak pri ženskah in drugi najpogostejši ginekološki rak, takoj za rakom dojke z incidenčno stopnjo 29,4/100.000 (Rak v Sloveniji, 2012). Glede na klinične, patološke in molekularne značilnosti delimo rak endometrija v tip I in tip II. V tip I uvrščamo dobro in zmerno diferenciran (G1 in G2) endometrioidni adenokarcinom, medtem ko slabo diferenciran (G3) zaradi svoje agresivnosti uvrščamo med tip II adenokarcinome endometrija (Wright, et al., 2012).

Standarni pristop v zdravljenju raka endometrija je kirurški, z odstranitvijo maternice in njenih priveskov, medtem ko ostajajo odprta vprašanja glede optimalne ocene napredovanja bolezni, ki ga predstavlja kirurški 'staging' in zajema odvzem medeničnih bezgavk ter tistih ob velikih žilah; aorti in veni cavi do izstopišča renalnih žil. Z odvzemom varovalne bezgavke bi v skupini z nizko in srednje tveganim rakom endometrija zmanjšali obolevnost in kasne posledice kompletne medenične limfadenektomije, kljub temu pa pridobili informacijo, ki lahko vpliva na nadaljne odločitve pri zdravljenju.

Določanje varovalne bezgavke (angl. Sentinel lymph node - SLN) pri raku endometrija sega že v leto 1996, ko ga je med prvimi predlagal Burke (1996) s sodelavci, vendar je pravi razcvet ta metoda doživela šele v zadnjem desetletju. V prispevku podajamo najnovejše rezultate algoritma varovalne bezgavke pri raku endometrija, kot jih navaja literatura, kot tudi lastne preliminarnе rezultate s tega področja.

Priporočila za kirurški 'staging' pri zgodnjem raku endometrija

Po priporočilih ESGO-ESTRO-ESMO iz leta 2015 (Colombo, et al., 2015) predoperativno opredelimo skupine z različnim tveganjem na podlagi histopatološkega tipa, stopnje diferenciacije in globine invazije v miometriju. Ne glede na novejšę, predvsem molekularne razlike znotraj tipa I, uvrščamo med nizko in srednje tvegani rak endometrija stadij IA (invazija odsotna ali manj kot polovica debeline miometrija) in IB (invazija več kot polovica debeline miometrija) po zadnji FIGO klasifikaciji (Pecorelli, 2009) z diferenciacijo G1 in G2. V teh dveh skupinah je tveganje za prizadetost bezgavk manjša od 3%, zato priporočila odsvetujejo kompletno medenično limfadenektomijo. Priporočila temeljijo na dveh velikih prospektivnih randomiziranih raziskavah, (ASTEC study group 2009; Benedetti Panici, et al., 2008) ki nista dokazali prednosti odvzemanja bezgavk v celokupnem preživetju bolnic s prvim stadijem raka endometrija. Na drugi strani je Chan s sodelavci (2006) v študiji SEER ugotovil izboljšanje pet-letnega preživetja pri bolnicah z visokim tveganjem (stadij IB, G3), pri katerih je bila opravljen kompletn kirurški 'staging'. Podobno so v eni zadnjih analiz Classification and Regression Tree (CART) ugotovili, da je ocena bezgavk pomembnejši prognostični dejavnik za celokupno preživetje, kot so dejavniki maternice (Barlin, et al., 2013). Nenazadnje se na podlagi statusa bezgavk lahko bolj ustrezno odločamo za adjuvantno zdravljenje, kot samo na podlagi uterinih prognostičnih dejavnikov.

Obolevnost, ki je posledica kompletne limfadenektomije v skupini z nizkim tveganjem, ni zanemarljiva in so zato priporočila o opustitvi kompletne limfadenektomije razumljiva. Kasne posledice limfadenektomije, predvsem limfociste in kronični limfedem lahko pomembno poslabšajo kakovost življenja teh bolnic (Kathleen, et al., 2014). Po naših izkušnjah so te oblike kasnih zapletov redke, kadar poseg izvajamo laparoskopsko in operaciji ni dodana adjuvantna radioterapija.

Kljub majhni verjetnosti metastaziranja v bezgavke pri nizko in srednje tveganem raku endometrija, obstaja možnost spremembe ocene gradusa in stadija po pridobitvi končnega histološkega izvida na podlagi odstranjene maternice. Kirurg je tako postavljen pred dilemo podcenitve bolezni ('understaging') na eni strani ter prekomernega zdravljenja na drugi strani ('overtreatment') (Ben-Shachar, et al., 2005). Vloga kompletne limfadenektomije pri skupinah bolnic z nizko ali srednje tveganim rakom endometrija tako, kljub novejšim priporočilom, ostaja kontroverzna.

Varovalna bezgavka pri raku endometrija

Odstranitev varovalne bezgavke predstavlja kompromis med opustitvijo limfadenektomije in radikalno limfadenektomijo pri kirurškem zdravljenju in zamejitvi raka endometrija. Slabost opustitve medenične limfadenektomije v oceni napredovanja bolezni in odločitve glede adjuvantnega zdravljenja bi lahko preseglji z oceno bolezni v varovalni bezgavki, s čimer bi zadostili zahtevam po kirurški oceni napredovanja bolezni v bezgavke, obenem pa znižali možnost zapletov, ki jih prinaša limfadenektomija. Ne glede na številna odprta vprašanja o izbiri sledila (angl. tracer) in mesta aplikacije, nadaljnih postopkih pri pozitivni varovalni bezgavki, je algoritem varovalne bezgavke že uvrščen v smernice National Comprehensive Cancer Network (NCCN) iz leta 2015 za nizko in srednje tvegane skupine bolnic s tipom I raka endometrija (NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, 2015). Podobno so v letu 2015 uvrstili algoritem varovalne bezgavke v priporočila ESGO-ESMO-ESTRO, kot varen in izvedljiv za detekcijo majhnih metastaz in izoliranih rakavih celic, s pripombo da pomen takega odkritja v nadaljnih postopkih zdravljenja zaenkrat še ni jasen (Colombo, et al., 2015).

Tehnično določamo varovalno bezgavko z igelno aplikacijo radioaktivnega sledila ali barvila v maternični vrat, serozo maternične stene ali direktno v tumor s pomočjo histeroskopije. Najpogosteje sta bila v zadnjih desetih letih uporabljena tehnecijev koloid (Tc) in metilensko modrilo, v zadnjem obdobju pa se je kot najbolj obetavno izkazalo barvilo indocyaningreen (ICG). Uporaba različnih sledil oz. barvil ter različna mesta apliciranja onemogočajo primerjavo rezultatov različnih študij, zato je Cormier s sodelavci (2015) podala sistematski pregled trenutnih objav o varovalni bezgavki pri raku endometrija s predlogom standardizacije mesta aplikacije in izbire barvila, saj ta dva parametra pomembno vplivata na delež obojestranske detekcije in občutljivost algoritma.

- Mesto injiciranja barvila

Izbira mesta za injiciranje sledila ali barvila je bila pri raku endometrija težavna, saj je, za razliko od drugih ginekoloških tumorjev (dojka, vulva, maternični vrat), direktno injiciranje v tumor v večini primerov neizvedljivo. Danes na podlagi analiz različnih mest za injiciranje predstavljata glavni mesti maternični vrat in telo maternice, pri čemer globoko injiciranje v vrat maternice (3-4cm) daje enake rezultate kot injiciranje v telo maternice (Nadeem, et al., 2009).

- Delež detekcije varovalne bezgavke

Detekcija varovalne bezgavke je odvisna od mesta injiciranja in izbire sledila oziroma barvila. Največ podatkov o deležu detekcije je v literaturi na voljo za Tehnecijev koloid in metilensko modrilo. Slabost prvega je, da mora biti injiciran dan pred kirurškim posegom in zahteva gama kamero za detekcijo, medtem ko drugega lahko apliciramo tik pred posegom, je cenejši in zaradi spremembe barve omogoča direk-

tno vizualizacijo. Obe sledili običajno uporabljajo skupaj zato so podatki o celokupni detekciji za obe sledili med 73 in 100%. Pomembnejši kot celokupna detekcija je podatek o obojestranski detekciji, za katere so številke bistveno nižje in segajo od 37% za metilensko modrilo s kombinacijo obeh sledil pa dosežejo 80% detekcijo (Ballester, et al., 2011; Darai, et al., 2015).

Indocyanin zeleno barvilo (ICG), ki pri bližnji infra-rdeči svetlobi fluorescira, se je v zadnjem času izkazal za najbolj obetavnega, saj za razliko od radio-koloida omogoča sledenje limfnih vodov do vstopa v varovalno bezgavko. Ob visoki stopnji obojestranske detekcije bezgavk je določanje enostavneje kot pri radio-koloidu, saj se barvilo injicira tik pred začetkom operativnega posega. Edina slabost tega barvila je nabava sistema, ki omogoča detekcijo v infrardečem svetlobnem polju.

Algoritem varovalne bezgavke (algoritem SLN) pri nizko in srednje tveganem raku endometrija

Za izračun občutljivosti in specifičnosti določanja varovalne bezgavke je potrebno po detekciji varovalne bezgavke izključiti zasevke v preostalih medeničnih in obaortnih bezgavkah. Po podatkih iz literature je občutljivost določanja varovalne bezgavke med 43 in 90%, negativna napovedna vrednost pa med 8 in 50% (Nadeem, et al., 2009; Darai, et al., 2015). K taki variabilnosti negativne napovedne vrednosti največ prispevajo odsotnost obojestranske detekcije in izolirane metastaze v obaortnih bezgavkah. Zasevanje v obaortne bezgavke je pri nizko in srednje tveganem raku endometrija zanemarljivo, zato se pri teh dveh skupinah priporoča algoritem po katerem se v primeru, ko varovalne bezgavke enostransko ne identificiramo, na tej strani napravi kompletna limfadenektomija (Brudie, et al., 2016).

Eriksson in sodelavci (2016) so objavili rezultate SLN algoritma pri 642 bolnicah opredeljenih kot nizko oziroma srednje tveganih in jih primerjal z 493 bolnicami, pri katerih je bila predvidena kompletna medenična limfadenektomija. Ob 93% detekciji varovalne bezgavke je bil delež pozitivnih 5,1%, pri le 54% opravljenih kompletnih limfadenektomijah pa le 2,6%. Zaključki njegove raziskave so pokazali da lahko z algoritmom SLN zajamemo več bolnic, kot s klasično limfadenektomijo, kar omogoča bolj natančne odločitve pri nadaljevanju zdravljenja. Del pozitivnih bezgavk dobljenih s SLN algoritmom so predstavljale tudi bezgavke v katerih so bile posamezne rakave celice (angl. Low volume metastasis), katerih prognostični pomen zaenkrat še ni razjasnjen, kar pa ne zmanjšuje možnosti ki jih odpira uporaba SLN algoritma (Eriksson, et al., 2016).

Algoritem SLN z barvilom ICG smo na Kliničnem oddelku za ginekologijo UKCL uvedli spomladi leta 2016. Po krajši učni krivulji smo v protokol varovalne bezgavke vključili 21 bolnic z nizko ali srednje tveganim rakom endometrija. Delež enostranske detekcije je bil 85,7%, obojestranske pa 76,2%. V skladu z algoritmom smo pri bolnicah, kjer varovalne bezgavke nismo našli, napravili eno ali obojestransko kom-

pletno medenično limfadenektomijo. Uvedba algoritma ni podaljšala časa operativnega posega, prav tako ni vplivala na povečano izgubo krvi. Vsi posegi so bili brez zapletov. Vse odstranjene varovalne bezgavke so bile histološko negativne. Pri eni bolnici smo našli pozitivno bezgavko, ob negativni varovalni, pri kateri je bil, na podlagi končnega histološkega, rak uvrščen v tip II (serozni rak endometrija).

Zaključki

Rak endometrija ni uniformna bolezen, vendar jo v stadiju I najpogosteje zdravimo z odstranitvijo maternice in njenih priveskov ter s kirurško oceno napredovanja bolezni. Laparoskopski pristop ima glede specifičnosti obolele populacije, predvsem velikega števila bolnic s prekomerno telesno težo, prednost pred klasičnim odprtim pristopom, ob tem pa ne poslabšuje onkološkega izhoda zdravljenja.

Medenična in/ali obaortna limfadenektomija predstavljata del protokola pri kirurški oceni napredovanja bolezni in se pri bolnicah z nizkim ali srednjim tveganjem lahko nadomestita z algoritmom določanja varovalne bezgavke. Slednji je kompromis med opustitvijo limfadenektomije in radikalno limfadenektomijo, ter omogoča zmanjšanje zapletov kompletne limfadenektomije, obenem pa z njim vseeno pridobimo informacijo o bolezni v bezgavkah. Indocyaningreen barvilo je metoda izbora za detekcijo varovalne bezgavke v tej skupini bolni, zaradi relativno enostavne izvedbe in visoke stopnje detekcije in ga uporabljamo tudi v UKC Ljubljana.

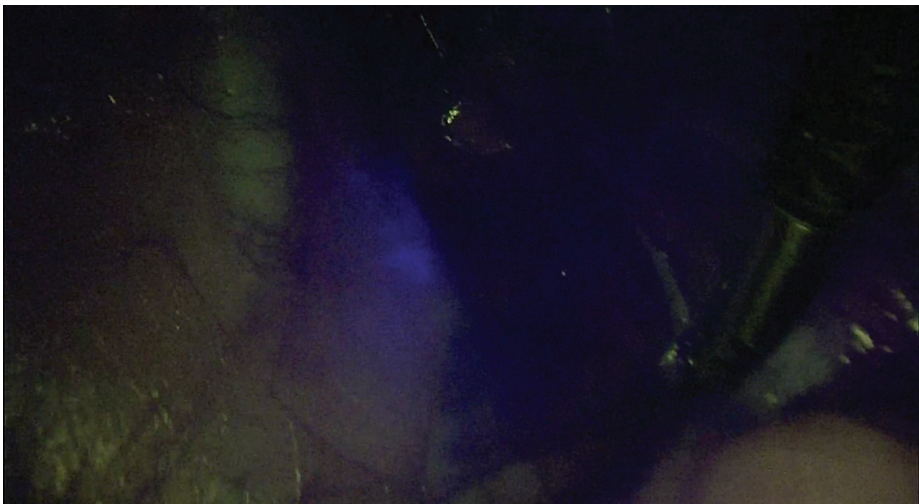
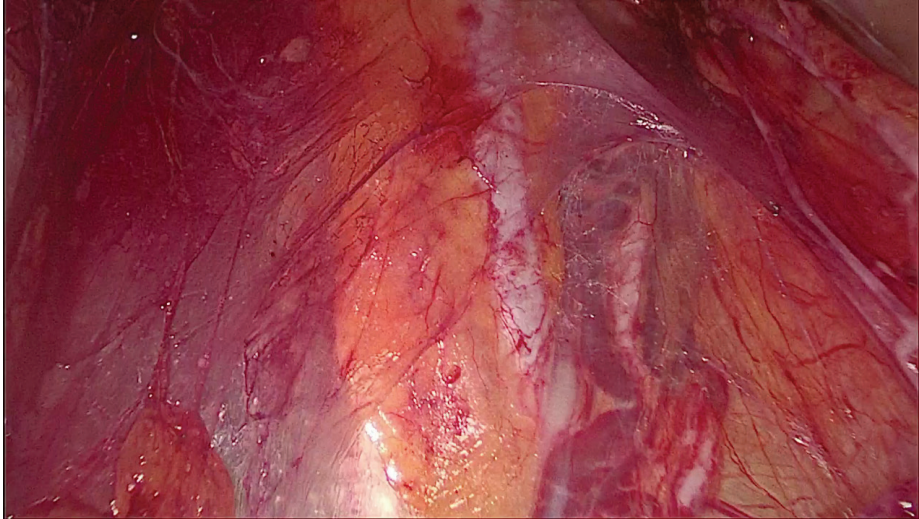
Poudarjamo pa, da celoten algoritem varovalne bezgavke trenutno še ni popolnoma standardiziran in nima še popolnoma jasnega pomena pri dodanem zdravljenju ob pozitivnem izvidu in je predmet nadaljnjih raziskav.

Literatura

1. ASTEC study group, Kitchener H, Swart AM, Qian Q, Amos C, Parmar MK., 2009. Efficacy of systematic pelvic lymphadenectomy in endometrial cancer (MRC ASTEC trial): a randomised study. *Lancet*, 373(9658), pp.:125 - 136.
2. Ballester, M., Dubernard, G., Lécuru, F., Heitz, D., Mathevet, P., Marret, H. et al., 2011. Detection rate and diagnostic accuracy of sentinel-node biopsy in early stage endometrial cancer: a prospective multicentre study (SENTI-ENDO). *Lancet Oncol*, 12(5), pp: 469 - 476.
3. Barlin, J., Zhou, Q. C., St Clair, M., Iasonos, A., Soslow, RA., Alektiar, KM., et al., 2013. Classification and regression tree (CART) analysis of endometrial carcinoma: seeing the forest for the trees, *Gynecol Oncol*, 130, pp: 452 - 456.
4. Ben-Shachar, I., Pavelka, J., Cohn, DE., Copeland, LJ., Ramirez, N., Manolitsas, T. et al., 2005. Surgical staging for patients presenting with grade 1 endometrial carcinoma. *Obstet Gynecol*, 105 (3), pp. 487 - 493.

5. Benedetti Panici, P., Basile, S., Maneschi, F., Alberto Lissoni, A., Signorelli, M., Scambia, G., et al. Systematic pelvic lymphadenectomy vs. no lymphadenectomy in early-stage endometrial carcinoma: randomized clinical trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 100 (23), pp. 1307 -1316.
6. Brudie, LA., Kendrick, JE. & Ahmad, S., 2016. Sentinel lymph node mapping with staging lymphadenectomy for patients with endometrial cancer increases the detection of metastasis. *Gynecol Oncol*, (16)30042-7.
7. Burke, TW., Levenback, C., Tornos, C., Morris, M., Wharton, JT. & Gershenson, DM., 1996. Intraabdominal lymphatic mapping to direct selective pelvic and paraaortic lymphadenectomy in women with high-risk endometrial cancer: results of a pilot study. *Gynecol Oncol*, 62: 169 - 173.
8. Chan, JK., Cheung, MK., Huh, WK., et al., 2006. Therapeutic role of lymph node resection in endometrioid corpus cancer: a study of 12,333 patients. *Cancer*, 107, pp: 1823 - 1830.
9. Colombo, N., Creutzberg, C., Amant, F., Bosse, T., González-Martín, A., Ledermann, J., et al., 2015. ESGO-ESMO-ESGO-ESTRO Endometrial Consensus Conference Working Group. ESGO-ESMO-ESGO-ESTRO consensus conference on endometrial cancer: Diagnosis, treatment and follow-up. *Radiother Oncol*, 113 (3), pp. 559 - 581.
10. Cormier, B., Rozenholc, AT., Gotlieb, W., Plante, M. & Giede, C., 2015. Sentinel lymph node procedure in endometrial cancer: A systematic review and proposal for standardization of future research. *Gynecol Oncol*, 138 (2), pp. 478 - 485.
11. Darai, E., Dubernard, G., Bats, AS., Heitz, D., Mathevet, P. & Marret, H., 2015, Sentinel node biopsy for the management of early stage endometrial cancer: Long-term results of the SENTI-ENDO study. *Gynecol Oncol*, 136, pp. 54 - 59.
12. Eriksson, AGZ., Ducie, J., Ali, N., McGree, ME., Weaver, AL., Bogani, G. et al., 2016. Comparison of a sentinel lymph node and a selective lymphadenectomy algorithm in patients with endometrioid endometrial carcinoma and limited myometrial invasion. *Gynecol Oncol*, 140, pp. 394 - 399.
13. Kathleen, J., Yost., Andrea, L., Cheville, Mariam, M., Al-Hilli, AM., Barrette, BA., McGree, ME., Weaver, AL. & Dowdy, SC., 2014. Lymphedema After Surgery for Endometrial Cancer: Prevalence, Risk Factors, and Quality of Life. *Obstet Gynecol*, 124 (201), pp. 307 - 315.
14. Nadeem, RA., Khoury-Collado, FK., Pandit-Taskar, N., Soslow, M., et al., 2009. Sentinel Lymph Node Mapping for Grade 1 Endometrial Cancer: Is it the Answer to the Surgical Staging Dilemma? *Gynecol Oncol*, 113(2), pp. 163 - 169.
15. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Uterine Neoplasms. Version 2., 2015. Available at: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/uterine.pdf[20.2.2017].
16. Pecorelli, S., 2009. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix and endometrium. *Int J Gynaecol Obstet*, 105, pp. 103 - 104.

17. Rak v Sloveniji 2012. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije, 2015.
18. Wright, JD., Barrena Medel, NI., Sehouli, J., Fujiwara, K. & Herzog, TJ., 2012. Contemporary management of endometrial cancer. *Lancet*, 379 (9823), pp. 1352-1360.



Slika 1: Detekcija varovalne bezgavke s pomočjo indociann-green barvila.

ODLOŽENA PREKINITEV POPKOVNICE TER DRUGI UKREPI STABILIZACIJE NOVOROJENČKA OB ROJSTVU

Deferred cord clamping and other procedures to support transition of infants at birth

asist. dr. Lilijana Kornhauser Cerar, dr. med., spec. ped.

Ginekološka klinika

Klinični oddelek za perinatologijo

lilijana.kornhauser@kclj.si

IZVLEČEK

Prehod iz življenja ploda v življenje novorojenčka vključuje med seboj prepletene dogodke: vstop zraka v pljuča in pričetek izmenjave dihalnih plinov ter prehod iz plodovega v odrasli krvni obtok. Takojšnja prekinitev popkovnice je bil zlati standard porodništva več desetletij. Raziskave in sistematični pregledi so vodili v izdajo novih smernic za vodenje poroda, ki tako pri donošenih kakor nedonošenih novorojenčkih priporočajo odloženo prekinitev popkovnice (vsaj do pričetka samostojnega dihanja). Med koristnimi posledicami odložene prekinitve popkovnice je posteljična transfuzija, ki preprečuje nizek srčni minutni volumen, nizek krvni tlak in zmanjšuje tveganje za kasnejšo slabokrvnost dojenčka. Odložena prekinitev omogoča pravilno zaporedje fizioloških dogodkov po rojstvu – pričetka dihanja in izmenjave dihalnih plinov ter srčno-žilnega prehoda na odrasli krvni obtok, zato naj bi bil trenutek prekinitve popkovnice povezan s pričetkom dihanja in razpiranja pljuč. V prihodnosti bo treba razmisliti o takšni preureditvi porodnih sob, da bo omogočeno oživljanje novorojenčka s še neprekinjeno popkovnico neposredno ob materi.

Med drugimi ukrepi, ki novorojenčku olajšajo prehod v samostojno življenje, je pomembno vzdrževanje primerne telesne temperature, pri prezgodaj rojenih tudi z uporabo polietilenske vrečke ter ogrevanega ležišča. Ob potrebi po dihalni podpori je pri donošenih svetovana začetna uporaba zraka, pri nedonošenčkih pa dodatek kisika do 30%; le ob slabi oksigenaciji (izmerjeni s pulznim oksimetrom) je dopustna uporaba višjih koncentracij kisika. Ob mekonijijski plodovnici je postopek intubacije svetovan izključno ob sumu na zaporo sapnika. Tudi sicer postopki čiščenja zgodnjih dihalnih poti pri novorojenčku, ki ne diha, ne smejo odložiti pričetka predihovanja v prvi minuti po rojstvu. V primeru potrebe po oživljanju novorojenčka, natančno in hitro vrednotenje srčnega utripa omogoča EKG monitor, ne pulzni oksimeter.

Ključne besede: novorojenček, odložena prekinitev popkovnice, srčno-žilni prehod, stabilizacija

Abstract

The transition from fetal to neonatal life includes directly interconnected events: aeration of lungs with pulmonary gas exchange and transition from fetal to adult circulation. Immediate clamping of the umbilical cord has been the accepted standard of care for decades. However, according to numerous studies' results and systematic reviews new guidelines have recommended deferred umbilical cord clamping (at least until breathing commences) in both term and preterm infants. Among benefits of deferred clamping with physiological rationale is the receipt of placental transfusion with subsequent benefits in preventing low cardiac output, low blood pressure and later iron deficiency anemia. Deferred clamping also allows an ordered sequence of physiological events after birth commencing with breathing/lung ventilation followed by a normal cardiovascular transition. The time point of cord clamping should therefore be related to the initiation of breathing and lung inflation. To implement such physiological approach, redesign of our delivery rooms to allow resuscitation of the infant with umbilical cord intact by mother's side should be mandatory.

Other procedures to support transition of the newborn infant include maintainance of the temperature. In preterm infants a combination of the interventions including plastic wrapping and thermal mattress should be used to prevent hypothermia. Ventilatory support of term infants should start with air. For preterm infants, either air or a low concentration of oxygen (up to 30%) should be used initially. In the case of unacceptable oxygenation (guided by pulse oximetry) use of higher concentration of oxygen should be considered. Tracheal intubation should not be routine in the presence of meconium and should only be performed for suspected tracheal obstruction. Initiation of ventilation within the first minute in non-breathing infants with meconium stained fluid should not be delayed. In babies requiring resuscitation ECG (and not pulse oxymeter) should be used to provide a rapid and accurate estimation of heart rate.

Key words: newborn, deferred umbilical cord clamping, neonatal cardiovascular transition, support of transition

Uvod

Prehod iz življenja ploda v življenje novorojenčka traja le nekaj minut, a predstavlja enega največjih fizioloških izzivov človeka, saj gre za sklop med seboj prepletenih dihalno-srčnih dogodkov, ki si morajo slediti v pravilnem in usklajenem zaporedju. Po rojstvu se mora tekočina iz dihalnih poti odstraniti, da lahko zrak pride v pljuča in se prične izmenjava plinov, v srčno-žilnem sistemu pa mora hkrati priti do velikih strukturnih in funkcijskih sprememb. Napolnitev pljuč z zrakom je predpogoj za povečanje pretoka krvi preko pljuč. Stisnjena pljuča namreč povzročajo visoko upornost v pljučnem žilju, ki skoraj onemogoča pretok krvi skozi pljuča. Ob napol-

nitvi pljuč z zrakom se le-ta razprejo, posledično žilna upornost pomembno upade in omogoči večji pretok krvi skozi pljuča. Ta je ključen za venski dotok v srce ter ponovno vzpostavitev prekatne predobremenitve (angl. preload), saj je priliv krvi v srce po pretisnjenju popkovnice prekinjen, a je za srčni minutni iztis nujen (Hooper, et al., 2015a).

Čeprav je nesporno, da srčno-žilne spremembe sprožita zrak v pljučih in vzpostavitev pljučnega krvnega pretoka, pa je način, kako na te procese lahko vpliva čas prekinitve popkovnice, manj jasen (Hooper, et al., 2015b; Yigit, et al., 2015). Vprašanje, kdaj je najboljši čas za prevezo popkovnice, so si postavljali že pred tisočletji in odgovori nanj so se spreminjali iz ene v drugo skrajnost. Opisi, da naj bi bilo za novorojenčka koristno, če se popkovnico prekine šele takrat, ko preneha utripati ali ko se porodi posteljica, segajo v antično Grčijo. Zlasti v prejšnjem stoletju je prevladalo prepričanje, da sodi takojšnje pretisnjenje in prekinitvev popkovnice med postopke aktivnega vodenja poroda, ki zmanjša tveganje za krvavitev v tretji porodni dobi, s tem koristi materi, obenem pa ne predstavlja nobene "neprijetnosti" za novorojenčka (Niermeyer, 2015). Šele v zadnjih letih se na osnovi rezultatov raziskav na poskusnih živalih ter kliničnih opazovanj pri človeku porodniška praksa ponovno spreminja v prid odloženi prekinitvi popkovnice vsaj pri novorojenčkih, ki ne potrebujejo takojšnjih postopkov oživljanja (Wyllie, et al., 2010). Priporočila o odloženi prekinitvi popkovnice (angl. deferred cord clamping) so tako vključena v navodila za obravnavo novorojenčka vseh velikih združenj porodničarjev, babic in pediatrov, sprejela jih je tudi Svetovna zdravstvena organizacija (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2012; Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2015; American Academy of Pediatrics, 2013; The Royal College of Midwives, 2012; World Health Organization, 2013). Čeprav se kot prednost odložene prekinitvev popkovnice navaja predvsem transfuzija krvi od posteljice k novorojenčku (posteljična transfuzija), pa so novejšje raziskave potrdile, da kasnejša prekinitvev preprečuje sindrom nizkega srčnega iztisa, daje osnovo za pravilno zaporedje prehoda iz plodovega v novorojenčkovo življenje ter hkrati prepreči prehitro odločanje za agresivne postopke oživljanja pri tistih novorojenčkih, ki za pričetek dihanja potrebujejo le nekaj več časa (Kluckow & Hooper, 2015).

Fiziologija prehoda iz življenja ploda v življenje novorojenčka

Rojstvo predstavlja velik fiziološki izziv za plod, ki preide iz tekočinskega okolja v maternici, v katerem ga obdaja plodovnica, v plinasto okolje zunanega sveta (Te Pas, et al., 2008). Pri plodu so pljuča napolnjena s tekočino, ki jo izločajo pljuča in je bistvena za njihovo rast in razvoj, zato izmenjava plinov poteka preko posteljice. Po ločitvi otroka od nje morajo to nalogo prevzeti novorojenčkova pljuča: predpogoj je, da se tekočina očisti iz dihalnih poti in lahko zrak pride do pljučnih mešičkov, kjer poteka izmenjava plinov, da pljučna žilna upornost pade in se s tem pretok krvi preko pljuč bistveno poveča. Natančen mehanizem tega sosledja še vedno ni povsem razjasnjen; povečana oksigenacija, ki jo posreduje sproščanje dušikovega

monoksida (NO), je le eden od mehanizmov, mnogi drugi pa niso odvisni od porasta vsebnosti kisika v krvi (Sobotka, et al., 2011).

Razprtje pljuč

Danes je znanih več načinov očiščka tekočine in razpiranja pljuč po rojstvu, ki so odvisni tako od zrelosti ploda kot načina poroda. Eden od njih je *sprememba transpulmonalne tlaka*, ki nastane zaradi spremenjene, bolj pokrčene lege ploda ob popadkih in odtekanja plodovnice, ki privede do povečanega tlaka v trebuhu ploda ter dviga trebušne prepone. Ker so dihala ploda zelo podajna, povečan tlak v pljučih potisne tekočino iz pljuč v sapnik, kar je tudi najverjetnejša razlaga za obilno izcejanje tekočine iz nosu in ust novorojenčka po poroditvi glavice (Bhatt, et al., 2014). Po pričetku popadkov se zelo poveča izločanje stresnih hormonov (zlasti adrenalina in arginin vazopresina), ki aktivirajo epiteljske natrijeve kanalčke (ENaCS) ter sprožijo *reabsorpcijo natrijevih in klorovih ionov v intersticij*. Pri tem nastane osmotski gradient, ki obrne smer prehoda tekočine - namesto iz intersticija v pljučne mešičke poteka očišček tekočine iz pljučnih mešičkov in dihalnih poti nazaj v intersticij. Ta mehanizem sicer dozori kasno v nosečnosti in je pri prezgodaj rojenih novorojenčkih nezadosten. Najpomembnejši mehanizem za očišček dihalnih poti po rojstvu je po novejših raziskavah *transepiteljska tlačna razlika*, ki jo ustvarja vdih (ta je lahko bodisi spontan, bodisi vpih s pozitivnim tlakom v okviru umetnega predihavanja). Širitev prsnega koša privede do spremembe tlaka v intersticijskem prostoru pod vrednost tlaka v dihalih. Na ta način pride do očiščka tekočine iz dihal v intersticij okolnega tkiva, kar je pomemben dejavnik vzdrževanja intersticijskega hidrostatskega tlaka v mirovanju, pljučnega volumna ob koncu izdih ter stabilnosti prsnega koša (Siew, et al., 2013).

Srčno-žilne spremembe po rojstvu

Pri plodu pljučni in sistemski krvni obtok nista ločena in prekata delujeta vzporedno, saj tako desni kot levi prekat pretežno polnita samo sistemski obtok. Posteljica je vezana s spodnjim delom plodovega telesa in predstavlja del plodovega sistemskega obtoka z nizko žilno upornostjo, skozi jo teče 30-50 % plodovega minutnega volumna srca (Rudolph, 1979). Za razliko od kasnejšega, odraslega krvnega obtoka je pri plodu prisotnih več velikih žilnih spojev, pljučna žilna upornost je visoka. Večina utripnega volumna desnega prekata (približno 90 %) zato obide pljuča in teče iz pljučne arterije preko botalovega voda (duktus arteriosusa, DA) v descendentno aorto (t.i. desno-levi spoj). Posledično je majhen tudi povratek venske krvi iz pljuč, zato je predobremenitev levega prekata odvisna od venskega priliva iz popkovične vene. Ta s kisikom dobro nasičena kri priteče iz posteljice preko venoznega voda (duktus venozus, DV) v spodnjo veno kavo in preko ovalnega okna (foramen ovale, FO) neposredno v levi preddvor. Venska kri iz popkovnice je torej glavni vir priliva krvi v levi prekat, medtem ko zelo malo krvi pride iz pljučnega obtoka (Slika 1A). Po prekinitvi popkovnice ob rojstvu (Slika 1B) ni več posteljicega obtoka z nizko upornostjo, kar privede do hitrega porasta sistemske žilne upornosti in porasta sis-

temskega arterijskega tlaka (ta sprememba je zelo hitra, že v času 4 srčnih utripov se tlak poveča za več kot 30 %), ta pa do povečanja sistoličnega bremena (angl. *afterload*) srca. Ker hkrati ni več dotoka krvi iz posteljice, se v primeru, ko zaradi nerazprtih pljuč ni zadostnega povečanja pljučnega pretoka krvi, zmanjša tudi predobremenitev srca. Ta vodi v pomembno zmanjšanje minutnega volumna (angl. *cardiac output*), tako zaradi zmanjšanja utripnega volumna kot srčnega utripa. S tem mehanizmom lahko pojasnimo kratkotrajno bradikardijo neposredno po rojstvu pri sicer normalno donošenih novorojenčkih (Dawson, et al., 2010).

Napolnitvi pljuč z zrakom sledi širjenje pljučnih žil s posledičnim padcem pljučne žilne upornosti, kar privede do porasta pljučnega pretoka krvi, ki skupaj s prekinitvijo popkavnice povzroči prehod iz plodovega krvnega obtoka na odraslega (Slika 1C). Ob hkratnem znižanju venskega priliva v desni preddvor ter povečanju priliva v levi preddvor se tlak v levem preddvoru poveča nad tistim v desnem preddvoru, membrana ovalnega okna se zasloni, okno se v nekaj urah zapre. Zaradi povečanja vsebnosti kisika v arterijski krvi se začne krčiti tudi botalov vod, pretok preko njega se zaradi povečanja sistemskega arterijskega tlaka ter znižanja pljučne žilne upornosti obrne v levo-desni šant, se pomembno zmanjša ter se vod pri večini zdravih donošenih novorojenčkov v naslednjih treh dneh tudi zapre. Z zaprtjem botalovega voda in ovalnega okna se sistemski in pljučni krvni obtok ločita in postaneta vezana zaporedno (Bhatt, et al., 2014a).

Vpliv takojšnje prekinitve popkavnice na srčno-žilno prilagajanje novorojenčka

Čeprav so bile v raziskavah uporabljene različne opredelitve glede oznake časa prekinitve popkavnice, označuje takojšnjo (angl. *immediate*) prekinitvev popkavnice v času do 30 (60) sekund po rojstvu otroka. Anketa v evropskih porodnišnicah (14 držav, 1175 porodnišnic) je pokazala, da je bil ta način še pred desetletjem klinična praksa v več kot dveh tretjinah anketiranih ustanov (Winter, et al., 2007).

Ker mora po rojstvu priliv krvi v levo srce namesto posteljičnega prevzeti pljučni krvni obtok, je ključna vzpostavitev dihanja in razpiranje pljuč, še preden pride do izgube priliva iz popkavnične vene. V primeru, da novorojenček takoj po rojstvu ne zaduha, je takojšnja prekinitvev popkavnice povezana ne le s hipoksijo zaradi motene izmenjave plinov v še nerazprtih pljučih, temveč tudi z daljšim obdobjem nizkega srčnega minutnega volumna. Osnovni fiziološki mehanizem zaščite življenjsko pomembnih organov pred pomanjkanjem kisika je sprva prerazporeditev toka krvi v možganske arterije, ki v tem obdobju odgovorijo pasivno na spremembe v tlaku. Ob nadaljevanju stanja nizkega srčnega minutnega volumna se pretok prehodno zmanjša, nato pa ponovno hitro naraste po vzpostavitvi pljučnega obtoka (Van Vonderen, et al., 2014). Velika nihanja v arterijskem tlaku ter pretokih v možganskem žilju povečajo tveganje ne le za hipoksično-ishemično poškodbo, ampak, zlasti pri prezgodaj rojenih otrocih z nezrelimi mehanizmi možganske žilne avtoregulacije, tudi za znotrajmožgansko krvavitev (Bhatt, et al., 2014b).

Razprtje pljuč pred prekinitvijo popkovnice: fiziološka podlaga za odloženo prekinitev popkovnice

Ker je preklap s popkovničnega na pljučni venski priliv po rojstvu vezan na razprtje pljuč in pričetek dihanja, je odložena (angl. *deferred, delayed, late*) prekinitev popkovnice (vsaj 2 minuti po rojstvu otroka) edina, ki temelji na fiziologiji prehoda iz plodovega na življenje otroka izven matere. V kolikor ostaja med razpiranjem pljuč in povečevanjem pljučnega pretoka tok krvi preko popkovnice še nemoten, bo zmanjšanje venskega priliva in s tem srčnega minutnega volumna komaj opazno, posledično bo manjše tudi zmanjšanje pretoka skozi možganske arterije. Dvig arterijskega tlaka, do katerega pride neposredno po rojstvu, bo manj izrazit zaradi še prisotnega posteljničnega obtoka, v katerem bo do odlučenja posteljice žilna upornost ostala nizka. Prevelik porast arterijskega tlaka bo dodatno preprečeval tudi pretok krvi skozi botalov vod, kjer bo zaradi razlike v tlakih med sistemskim (z visoko žilno upornostjo) in pljučnim krvnim obtokom (z nizko žilno upornostjo) že v nekaj minutah po pričetku dihanja prišlo do pomembnega levo-desnega spoja. Ta bo za krajše obdobje prispeval celo do 50 % krvi za pljučni obtok ter s tem posredno prispeval tudi k boljši polnjenosti levega srca (t.i. kratek stik levo srce - pljuča - levo srce) ter boljši polnitvi preduktalnih arterij, ki oskrbujejo tudi možgane (Crossley, et al., 2009).

Pomen posteljične transfuzije krvi in vloga molzenja popkovnice

Nesporno med pomembne prednosti odložene prekinitve popkovnice sodi transfuzija krvi, ki jo dobi novorojenček od posteljice (Serdinšek, et al., 2015). Večina raziskav, ki so bile narejene v šestdesetih letih prejšnjega stoletja, je pokazala, da gre za časovno odvisen proces, ki je najbolj intenziven v prvi minuti po rojstvu in se zaključi po približno 3 minutah, novorojenček pa z njim pridobi okrog 30 mililitrov krvi na kilogram telesne mase novorojenčka (Farrar, et al., 2011). Rezultati raziskav v zadnjem času kažejo, da gre pri posteljični transfuziji za zapleten proces, ki ni enosmeren (Boere, et al., 2015). Pretok lahko ostaja dlje kot 5 minut in ni nujno, da prej preneha v popkovničnih arterijah kot v veni, kar lahko privede celo do izgube otrokove krvi nazaj v posteljico. Tipno utripanje popkovnice ni dokaz pretoka, prenehanje utripanja je lahko povezano s prekinitvijo pretoka, ni pa nujno. S poskusi na živalih so dokazali, da na pretok vpliva dihanje otroka: pretok v veni je skoraj izključno prisoten le ob vdihu (Boere, et al., 2015). Poleg dihanja in joka (zadržan izdih in jok zmanjšata tok krvi tako v popkovnični arteriji kot veni) na pretok vplivajo tudi krči maternice, zlasti če porodnica dobi uterotonična zdravila (npr. oksitocin) neposredno zatem, ko se porodi sprednja rama novorojenčka (Begley, et al., 2011). Čeprav je včasih veljalo, da naj bi maternica s krčenjem mehansko iztiskala kri iz posteljice v otroka, pa novejša raziskave kažejo, da to v času po porodu ne drži (Mercer & Erickson-Owens, 2012). Močnejši in dlje trajajoč krč maternice namreč pomembno zmanjša pretok preko popkovničnih žil, še zlasti preko vene, katere stena je v primerjavi z arterijsko bolj podajna. Namesto da bi pospešilo tok krvi od posteljice k

otroku, krčenje maternice povzroči delno zaporo popkovnice in celo zmanjša venski povratek in s tem srčni iztis novorojenčka. Zato novejša priporočila navajajo, naj porodnice ne bi dobile oksitocinu podobnih zdravil, preden je popkavnica prekinjena (Hooper, et al., 2016).

Veliko raziskav je bilo opravljenih na področju vpliva težnosti na velikost posteljične transfuzije, kjer naj bi položaj novorojenčka nižje od presredka (vsaj 10 cm) povečal količino krvi. Študija Nestorja Vaina s sodelavci je to trditev ovrgla, saj na količino prejete posteljične transfuzije položaj ni imel vpliva in je bila enaka količina krvi (50-55 mL) izmerjena tako ob legi novorojenčka v višini presredka kot ob legi na materinem trebuhu ali prsnem košu (Vain, et al., 2014).

Iz krvi, ki jo dobi novorojenček iz popkovnice, se že v nekaj urah plazma razporedi po telesu, odvečne krvničke se v nekaj tednih razgradijo, otroku pa ostane zaloga železa (20-30 mg na kilogram telesne mase), ki pokrije potrebe donošenega dojenčka za prve tri mesece. Tudi v razvitih državah so prav zaradi manjše pojavnosti te oblike slabokrvnosti pri otrocih, pri katerih je bila popkavnica prekinjena z odlogom, v starosti 4 let dokazali boljši razvoj glede na skupino otrok s takojšnjo prekinitvijo (Andersson, et al., 2015). Pri dojenčkih po odloženi prekinitvi popkovnice so poročali tudi o višjem deležu izključno dojenih otrok po odpustu iz porodnišnice, kar so pojasnjevali z večjo fiziološko stabilnostjo in budnostjo v prvi uri po rojstvu, ki spodbuja uspešen pričetek dojenja (Oxford Midwives Research Group, 1991).

Med slabostmi posteljične transfuzije ob odloženi prekinitvi popkovnice so najpogosteje navedeni povečana pogostnost policitemije, potreba po fototerapiji zaradi zlatenice ter dihalna stiska. Vendar pa velike randomizirane nadzorovane raziskave in sistematične analize teh zapletov niso potrdile niti pri donošenih niti pri nedonošenih novorojenčkih (McDonald, et al., 2013).

O molzenju popkovnice govorimo takrat, ko mehansko iztisnemo vsebino popkovnice (pred ali po prekinitvi) proti novorojenčku - najpogosteje opisujejo nežno molzenje 20-30 cm dolgega dela popkovnice, ki se ga pred prekinitvijo trikrat iztisne proti otroku, vsak iztis naj bi trajal 2-3 sekunde (Rabe, et al., 2011). Kljub temu, da je bilo narejenih že več raziskav o prednostih (in slabostih) tega postopka, še vedno ni narejenih dovolj prepričljivih velikih randomiziranih raziskav, da bi ga uvrstili med rutinske postopke (Al-Wassia & Shah, 2015). Največjo korist bi molzenje verjetno prineslo zelo prezgodaj rojenim novorojenčkom, kjer je zaradi njihove nezrelosti dihal in obtočil ter potrebe po postopkih oživljanja potrebno prekiniti popkavnico prej, kot bi bilo fiziološko; za molzenje je dovolj nekaj sekund, postopek je zlahka izvedljiv tudi v primeru carskega reza (Katheria, et al., 2014).

Kdaj je odložena prekinitvev popkovnice odsvetovana?

Zapleti, ki so povezani s krvavitvijo (predležčca posteljica, prezgodnji odstop posteljice) in nepravilnosti popkovnice (pravi vozal, izpad) so lahko razlog za nenadno prekinitvev toka krvi iz posteljice in "prazno" popkavnico. Posteljična transfuzija je lahko nevarna tudi v primeru večplodne nosečnosti, pri kateri obstajajo povezave med plodovi (sindrom transfuzije dvojčka k dvojčku) ali v primeru hudega zasto-

ja rasti enega od dvojčkov, saj bi lahko poslabšala že prej prisotno policitemijo in hipervolemijo. Hemolitična bolezen plodu zaradi visoke koncentracije protiteles v popkovnični krvi prav tako sodi med stanja, pri katerih velja previdnost pri odločitvi za čas prekinitve popkovnice. Hud zastoj rasti in druga stanja matere (težja preeklampsija, sladkorna bolezen), ki so povezana s kronično intrauterino hipoksijo, povzročajo policitemijo s hiperviskoznostjo krvi, zato bi dodatna transfuzija iz posteljice stanje lahko še poslabšala (Niermeyer, 2015).

V zadnjem desetletju je razlog za hitro prekinitev popkovnice tudi zbiranje popkovnične krvi za shranjevanje matičnih celic, kar se bo lahko v prihodnosti (glede na dokazano dobrobit odložene prekinitve popkovnice ter nedokazane uporabnosti shranjenih matičnih celic) izkazalo kot vprašljiv postopek. Zato se večina pediatrov strinja s trditvijo Bewleya in soavtorjev, da je do novih dokazov zaenkrat *edini upravičeni prejemnik banke lastnih matičnih celic - novorojenček* (Bewley, et al., 2010).

Potreba po oživljanju in odložena prekinitev popkovnice

Večina donošenih, pa tudi prezgodaj rojenih otrok po rojstvu potrebuje le običajne postopke nege, ki vključujejo brisanje, zaščito pred izgubo toplote (s stikom z materjo koža na kožo) ter nadzor dihanja, kar da dovolj časa za odloženo prekinitev popkovnice tudi v primeru, ko se otrok rodi s carskim rezom (O'Donell, et al., 2010). Pri tistih, ki ne zadihajo in ostajajo apnoični, pa lahko prioriteta, da čim prej vzpostavimo dihanje, privede do takojšnje prekinitve popkovnice, da bi lahko novorojenčka premaknili stran od matere, na prostor za oživljanje. Glede na nova spoznanja, pridobljena z raziskavami odložene prekinitve popkovnice, je tak način lahko povezan z daljšim obdobjem znižanega srčnega minutnega volumna, vsaj dokler se ne vzpostavi dihanje in se ne poveča pljučni pretok krvi. Zato se vse bolj priporoča, naj bo prvi korak pri oživljanju novorojenčka odložena prekinitev popkovnice in/ali posteljična transfuzija ter naj se dovoli, da novorojenček prične dihati, dokler je še povezan s posteljico (Raju, 2013). S tem bo omogočen naraven, lažji prehod na samostojno življenje, z manj fiziološke nestabilnosti. Takojšnji začetni postopki oživljanja imajo lahko pri prezgodaj rojenih, pa tudi asfiktičnih donošenih novorojenčkih celo nasproten učinek od zelenega, saj aspiracija dihalnih poti, uporaba maske ali celo poskusi intubacije otroku preprečijo, da bi sam zadihal (Kluckow & Hooper, 2015). Ob takojšnji prekinitvi popkovnice pride (še zlasti pri asfiktičnih novorojenčkih) do refleksne bradikardije (Dawson, et al., 2010), kar še pospeši odločitev za oživljanje. Seveda bo manj agresiven pristop povezan s spremembami v porodni sobi, saj bo treba opremo za stabilizacijo in oživljanje novorojenčka približati materi "na dolžino popkovnice", torej v njeno neposredno bližino. Razvoj in testiranje nove opreme (premično ležišče z nujnimi aparati, npr. LifeStart[®] trolley proizvajalca Inditherm), ki bo omogočila oživljanje in zlasti predihovanje novorojenčka, dokler bo ta še povezan s posteljico, ki mu bo v prvih minutah po rojstvu zagotavljala kisik in hrano, je že v teku (Thomas, et al., 2014). Šele potrditveni rezultati velikih randomiziranih raziskav bodo osnova za sprejetje sprememb v vsakdanjo klinično prakso.

Vzdrževanje telesne temperature

Moker, gol novorojenček v okolju, ki se sicer zdi odraslim prijetno toplo, ne more vzdrževati primerne telesne temperature. Stres zaradi podhladitve bo pri njem znižal nasičenost krvi s kisikom, povečal presnovno acidozo, zlasti pri prezgodaj rojenih otrocih tudi povečal tveganje za možgansko krvavitev, hipoglikemijo, kasno sepso ter povečal potrebo po umetni ventilaciji (Chitty & Wyllie, 2013). Podhladitev lahko preprečujemo s primerno temperaturo okolja (pri donošenih 23-25° C, ob gestacijski starosti pod 28 tednov nad 25° C), z zaščito pred prepihom, sušenjem kože s toplimi pleniacami, oskrbo na predhodno ogreti površini, še bolj učinkovit je kožni stik z materjo ("kangaroo mother care"). Novorojenčke, rojene s težo manj kot 1500 g, pa neposredno po rojstvu brez brisanja namestimo v polietilensko vrečko, kjer naj ostanejo najmanj 1 uro oziroma do premestitve v ogret inkubator (Wyllie, et al., 2015). Idealna temperatura po rojstvu je 36,5 - 37,5° C, občasno merjenje je potrebno tudi zaradi preprečevanja škodljive hipertermije (nad 38° C).

Zrak ali kisik?

Če novorojenček ne zadiha ali je njegovo dihanje nezadostno, je vzpostavitev predihanosti pljuč prednost in neodložljiv postopek v stabilizaciji. Pri donošenih pričnemo s predihovanjem z zrakom. Le če ob učinkovitem predihovanju ne pride do porasta srčne frekvence oziroma oksigenacije (izmerjene s pulznim oksimetrom), je svetovano nadzorovano večanje deleža kisika. Visoka koncentracija kisika v krvi je povezana s povečano umrljivostjo in odlogom v pričetku spontanega dihanja, zato se jo je treba izogibati (Davis, et al., 2004). V oživljanju nedonošenčkov z gestacijsko starostjo manj kot 35 tednov je prav tako svetovana pričetna uporaba zraka ali nizke koncentracije kisika (21-30%) v vdihanem zraku (Wyllie, et al., 2015), kasneje dodatek kisika prilagajamo vrednostim izmerjenim s pulznim oksimetrom.

Ukrepi ob (gosti) mekonijski plodovnici

Zelena obarvana plodovnica je pogosta in večinoma ni povezana s težavami pri novorojenčku. Gosta mekonijska plodovnica je bistveno redkeje opisovana in je pomembna kot znak obporodnega dušenja in hkrati kot opozorilo na možno potrebo po oživljanju novorojenčka. Več desetletij je veljalo prepričanje, da odstranitev mekonija iz dihalnih poti novorojenčka zmanjša pogostnost in težo sindroma mekonijske aspiracije, česar pa novejšje raziskave niso potrdile (Chettri, et al., 2015). Aspiracija ust in nosu novorojenčka med porodom (pred porajanjem ramen) ter rutinska intubacija novorojenčka z izpiranjem sapnika neposredno po rojstvu sta danes odsvetovani (Wyllie, et al., 2015). Obenem bi takšni (nepotrebni in nekoristni) postopki onemogočili novorojenčku, da sam zadiha oziroma bi povzročili odlog pričetka predihovanja. Aspiracija z dovolj veliko aspiracijsko cevko je umestna le takrat, ko sumimo na popolno zaporo dihalnih poti z mekonijem.

Ocena srčnega utripa

V prvih minutah po rojstvu je ocena srčnega utripa najbolj občutljiv pokazatelj stanja otroka ter uspešnosti postopkov oživljanja. Pri vrednotenju ima zaradi hitrosti in natančnosti meritve prednost uporaba EKG monitorja, saj je avskultacija s stetoskopom časovno potratna in nezanesljiva, v prvih minutah je premalo zanesljiva tudi meritev s pulznim oksimetrom (Van Vonderen, et al., 2015).

Zaključek

Ob upoštevanju znanja in smernic s področja oživljanja in podpore novorojenčku ob prehodu na samostojno življenje najboljše rezultate daje dobro sodelovanje med medicinskim osebjem, ki skrbi za porodnico in tistim, ki skrbi za novorojenčka: ob sporazumnem načrtovanju najboljšega časa in načina poroda, skupnem spremljanju tretje porodne dobe ter ocenjevanju prilagajanja novorojenčka na samostojno življenje. Čeprav je čakanje vedno mučno in zlasti za medicinsko osebje naporno, je poznavanje in razumevanje fizioloških procesov prehoda iz plodovega na samostojno življenje bistveno za dobrobit otroka.

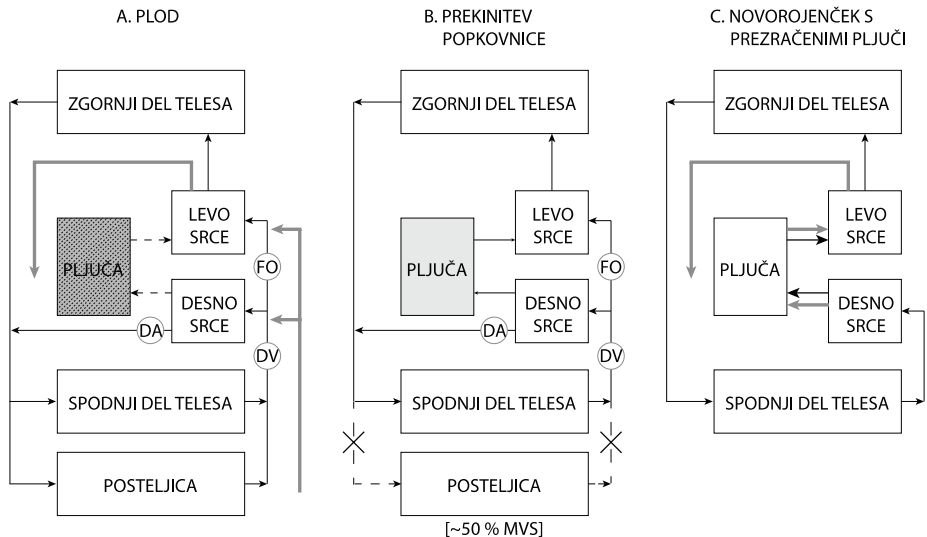
Literatura

1. Al-Wassia, H. & Shah, P.S., 2015. Efficacy and safety of umbilical cord milking at birth: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*, 169, pp.18 - 25.
2. American Academy of Pediatrics, 2013. Statement of endorsement. Timing of umbilical cord clamping after birth. *Pediatrics*, 131, e. 1323.
3. Andersson, O., Lindquist, B., Lindgren, M., Sternqvist, K., Domellof, M. & Helström-Westas, L., 2015. Effect of delayed cord clamping on neurodevelopment at 4 years of age. A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 169, pp. 631 - 638.
4. Begley, C.M., Gyte, G.M.L., Devane, D., McGuire, W. & Weeks A., 2011. Active versus expectant management for women in the third stage of labor. *Cochrane Database Syst Rev*, CD007412.
5. Bewley, S., Diaz-Rosselo, J.L. & Mercer, J., 2010. Natural stem cell transplantation: interventions, nuances and ethics. *J Cell Mol Med*, 14, pp. 2840 - 2841.
6. Bhatt, S., Polglase, G.R., Wallace, E.M., Te Pas, A.B. & Hooper, S.B., 2014. Ventilation before umbilical cord clamping improves the physiological transition at birth. *Front Pediatr*, 2, pp. 113 - 120.
7. Bhatt, S., Polglase, G.R., Wallace, E.M., Te Pas, A.B. & Hooper S.B., 2014. Respiratory support for premature neonates in the delivery room: effect on cardiovascular function and the development of brain injury. *Pediatr Res*, 75, pp. 682 - 688.
8. Boere, I., Roest, A.A., Wallace, E., Ten Harkel, A.D., Haak, M.C., Morley, C.J., et al., 2015. Umbilical blood flow patterns after birth before delayed cord clamping. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 100, pp. F121-125.

9. Chettri, S., Adhisivam, B. & Bhat, B.V., 2015. Endotracheal suction for nonvigorous neonates born through meconium stained amniotic fluid: a randomized controlled trial. *J Pediatr*, 166, pp. 1208 - 1213.
10. Chitty, H. & Wyllie, J., 2013. Importance of maintaining the newly born temperature in the normal range from delivery to admission. *Semin Fetal Neonatal Med*, 18, pp. 362 - 368.
11. Committee on Obstetric Practise American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 543, 2012: Timing of umbilical cord clamping after birth. *Obstet Gynecol*, 120, pp. 1522 - 1526.
12. Crossley, K.J., Allison, B.J., Polglase, G.R., Morley, C.J., Davis, P.G. & Hooper, S.B., 2009. Dynamic changes in the direction of blood flow through the ductus arteriosus at birth. *J Physiol*, 587, pp. 4695 - 4704.
13. Davis, P.G., Tan, A., O'Donell, CP. & Shultze A., 2004. Resuscitation of newborn infants with 100% oxygen or air: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 364, pp. 1329 -1333.
14. Dawson, J.A., Kamlin, C.O., Wong, C., Te Pas, A.B., Vento, M., Cole, T.J., et al., 2010. Changes in heart rate in the first minutes after birth. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 95, pp. F 177 - 181.
15. Farrar, D., Airley, R., Law, G.R., Tiffnell, D., Cattle, B. & Duley, L., 2011. Measuring placental transfusion for term births: weighing babies with cord intact. *BJOG*, 118, pp. 70 - 75.
16. Hooper, S.B., Binder-Heschl, C., Polglase, G.R., Gill, A.W., Kluckow, M., Wallace, E.M., et al., 2016. The timing of umbilical cord clamping at birth: physiological considerations. *Matern Health Neonatol Perinatol*, 2, pp. 4 - 12.
17. Hooper, S.B., Polglase, T.R., Roehr, C.C., 2015. Cardiopulmonary changes with aeration of the newborn lung. *Pediatr Respir Rev*, 16, pp. 147 - 150.
18. Hooper, S.B., Te Pas, A.B., Lang, J., van Vorderen, J.J., Roehr, C.C., Kluckow, W., et al., 2015. Cardiovascular transition at birth: a physiological sequence. *Pediatr Res*, 77, pp. 608 - 614.
19. Katheria, A.C., Leone, T.A., Woelkers, D., Garey, D.M., Rich, W. & Finer N.N., 2014. The effects of umbilical cord milking on haemodynamics and neonatal outcomes in premature neonates. *J Pediatr*, 164, pp. 1045 - 1050.
20. Kluckow, M. & Hooper, S.B., 2015. Using physiology to guide time to cord clamping. *Semin Fetal Neonat Med*, 20: pp. 225 - 231.
21. McDonald, S.J., Middleton, P., Dowswell, T. & Morris P.S., 2013. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, CD004074.
22. Mercer, J.S. & Erickson-Owens, D.A., 2012. Rethinking placental transfusion and cord clamping issues. *J Perinat Neonatal Nurs*, 26, pp. 202 - 217.
23. Niermeyer, S., 2015. A physiologic approach to cord clamping: clinical issues. *Matern Health, Neonatol Perinatol*, 1, pp. 21 - 34.

24. O'Donnell C.P., Kamlin C.O., Davis P.G. & Morley C.J., 2010. Crying and breathing by extremely preterm infants immediately after birth. *Pediatrics*, 156, pp. 846 - 847.
25. Oxford Midwives Research Group, 1991. A study of the relationship between the delivery to cord clamping interval and the time of cord separation. *Midwifery*, 7, pp. 167 - 176.
26. Rabe H., Jewison A., Alvarez R.F., Crook D., Stilton D., Bradley R., et al, 2011. Milking compared with delayed cord clamping to increase placental transfusion in preterm neonates: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*, 117, pp. 205 - 211.
27. Rabe H., Diaz-Rosselo J.L., Duley L. & Dowswell T., 2012. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, CD003248.
28. Raju, T.N., 2013. Timing of umbilical cord clamping after birth for optimizing placental transfusion. *Curr Opin Pediatr*, 25, pp. 180 - 187.
29. Royal College of Obstetricians and Gynecologists, Scientific Advisory Committee, 2015. *Clamping of the umbilical cord and placental transfusion, Scientific Impact Paper No. 14, 2015*. Available at: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/scientific-impact-papers/sip-14.pdf> [5.3.2017].
30. Rudolph, AM., 1979. Fetal and neonatal pulmonary circulation. *Annu Rev Physiol*, 41, pp. 383 - 395.
31. Serdinšek, T., Dovnik, A. & Takač, I., 2015. Primerjava prednosti in slabosti takojšnje ter odložene prekinitve popkovnice pri novorojenčku. *Zdrav Vestn*, 84, pp. 560 - 566.
32. Siew, M.L., Wallace, M.J., Allison, B.J., Kitchen, M.J., Te Pas, A.B., Islam, M.S., et al., 2013. The role of lung inflation and sodium transport in airway liquid clearance during lung aeration in newborn rabbits. *Pediatr Res*, 73, pp. 443 - 449.
33. Sobotka, K.S., Hooper, S.B., Allison, B.J., Te Pas, A.B., Davis, P.G., Morley, C.J., et al., 2011. An initial sustained inflation improves respiratory and cardiovascular transition at birth in preterm lambs. *Pediatr Res*, 70, pp. 56 - 60.
34. Te Pas, A.B., Davis, P.G., Hooper, S.B. & Morley C.J., 2008. From liquid to air: breathing after birth. *J Pediatr*, 152, pp. 607 - 611.
35. The Royal College of Midwives Guideline Advisory Group, 2012. *Evidence based Guidelines for midwifery-led care in labour. Third stage of labour*. Available at: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/ThirdStageofLabour.pdf> [5.3.2017].
36. Thomas, M.R., Yoxall, C.W., Weeks, A.D. & Duley L., 2014. Providing newborn resuscitation at the mother's bedside: assessing the safety, usability and acceptability of a mobile trolley. *BMC Pediatr*, 14, pp. 135.
37. Vain, N.E., Satragno, D.S., Gorenstein, A.N., Gordillo, J.E., Berazategui, J.P., Alda, M.G., et al., 2014. Effect of gravity on volume of placental transfusion: a multicentre, randomized, non-inferiority trial. *Lancet*, 384, pp. 235 - 240.

38. Van Vonderen, J.J., Roest, A.A., Siew, M.L., Blom, N.A., van Lith, J.M., Walther, F.J., et al., 2014. Noninvasive measurements of hemodynamic transition directly after birth. *Pediatr Res*, 75, pp. 448 - 452.
39. Van Vonderen, J.J., Hooper, S.B., Kroese, J.K., Roest, A.A., Narayan, I.C., van Zwet, E. W., et al., 2015. Pulse oximetry measures a lower heart rate at birth compared with electrocardiography. *J Pediatr*, 166, pp. 49 - 53.
40. Winter, C., Macfarlane, A., Deneux-Tharoux, C., Zhang, W.H., Alexander, S., Brocchurst, P., et al., 2007. Variations in policies for management of the third stage of labour and the immediate management of postpartum haemorrhage in Europe. *BJOG*, 114, pp. 845 - 854.
41. World Health Organization, USAID, MCHIP, 2013. *Delayed clamping of the umbilical cord to reduce infant anaemia*. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120074/1/WHO_rhr_14.19_eng.pdf?ua=1 [5.3.2017].
42. Wyllie, J., Perlman, J.M., Kattwinkel, J., Atkins, D.L., Chameides, L., Goldsmith, J.P., et al., 2010. Part 11: Neonatal resuscitation: 2010 international consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. *Resuscitation*, 81, pp. 260 - 287 [Suppl 1].
43. Wyllie, J., Bruinenberg, J., Roehr, C.C., Rüdiger, M, Trevisanuto, D. & Urlesberger, B., 2015. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 7. Resuscitation and support of transition of babies at birth. *Resuscitation*, 95, pp. 249 - 263.
44. Yigit, M.B., Kowalski, W.J., Hutchon, D.J.R. & Pekkan, K., 2015. Transition from fetal to neonatal circulation: modeling the effect of umbilical cord clamping. *J Biomech*, 48, pp. 1662 - 1670.



Slika 1. Shema plodovega in novorojenčkovega (odraslega) krvnega obtoka prikazuje anatomske razmere ter povezave med plodovim sistemskim in pljučnim krvnim obtokom.

A. Pred rojstvom posteljica plodu zagotavlja izmenjavo plinov. Pljuča so napolnjena s tekočino, zato je pljučna žilna upornost visoka, kri iz desnega srca preko botalovega voda (duktus arteriozus, DA) obide pljuča in je pretok krvi preko njih zanemarljiv. Posteljica je vir krvi tako za desno kot za levo srce, kamor prihaja neposredno iz popkovnične vene preko venskega voda (duktus venozus, DV) in ovalnega okna (foramen ovale, FO).

B. Ob prekinitvi popkovnice je iz sistema nenadoma odstranjena posteljica kot vir iztisa desnega in levega srca, kar se odraža v takojšnjem zmanjšanju skupnega prekatnega iztisa za skoraj polovico. Dokler je v pljučih še tekočina, je žilna upornost visoka in večina krvi iz desnega prekata še vedno obide pljuča preko DA.

C. Z razprtjem pljuč ob pričetku dihanja in s posledičnim padcem pljučne žilne upornosti se pretok krvi preko pljuč hitro poveča in kri iz desnega prekata vstopa v pljučni krvni obtok ter se vrača v levo srce. Pretok krvi skozi pljuča prehodno dodatno poveča še obrnjen šant preko DA (zaradi razlike v tlakih med sistemskim in pljučnim obtokom se obrne v levo-desnega).

BREZ IZGOVOROV

Dragan Drobnjak, dipl.zn.

Univerzitetni klinični center Ljubljana

dragan.drobnjak@kclj.si

IZVLEČEK

Roke so v povezavi z mislimi orodje, s katerim človek ustvarja svet po svoji predstavi. Včasih pa so misli lahko površne, lahko tudi slabe, v njih se posledično odsevajo dejanja, ki jih le te storijo. Če to prenesemo v zdravstvo to pomeni, da lahko zdravstveni delavci s svojimi rokami naredijo v procesu zdravstvene nege tudi napake, zaradi katerih je lahko končni izid obravnave pacienta slabši, v skrajnih primerih celo usoden. Največji problem predstavlja pravilna higiena rok; mikroorganizmi, kot najstarejši in najbolj prilagojeni prebivalci Zemlje se lahko zaradi svoje nevidnosti zlahka preselijo iz rok zdravstvenega delavca, ki po obravnavi pacienta stori napako, na drugega pacienta in mu s tem povzroči v fazi okrevanja nepotrebne dodatne težave. Največja težava, kar se tiče napak je rutina oz. avtomatizem. Čeprav je rutina lahko dobra, pa obstaja v postopkih zdravstvene nege, kjer se situacija včasih hitro spreminja velika nevarnost, da zdravstveni delavec stori napako. Za spremembo rutine oz. zmanjšanje neželenih napak je potrebno v izobraževanje zdravstvenih delavcev vključiti čimveč čutov in razumskega dojetja problema skozi motivacijske zgodbe. Tako bodo postali v vsaki situaciji bolj pozorni. Zdravstveni delavci morajo svoja spoznanja prenašati na druge in jih osveščati, da lahko pride do zelenih sprememb.

Ključne besede: roke, higiena mikroorganizmi, napaka, rutina, sprememba.

UVOD

Že v srednjem veku so ljudje izvajali higieno rok, Vigarello (1999) navaja, da je «potrebno vzdrževati snažnost tistega, kar se vidi», se pravi odstraniti umazanijo z vidnih delov. Čistoča rok jih ni zanimala z vidika zdravja, o tem seveda tudi niso imeli ustreznega znanja, temveč je bila zgolj moralne narave.

Madžarskemu zdravniku dr. Semmelweisu je leta 1847 v dunajski bolnišnici v povezavi s higieno rok uspel neverjeten podvig - drastično so zmanjšali incidenco poporodnih okužb (iz 35% pod 1 %) in s tem posledično smrtnost novorojenčkov v porodnišnicah. Velika sprememba je bila v tem, da je zahteval, da si zdravniki po obdukcijah umijejo roke v raztopini klorovega apna. Dr. Semmelweisa tako upravičeno imenujejo "rešitelj mater," in se ga smatra za začetnika higiene rok (Semmelweis, 2009).

Tudi v današnjih časih je situacija v zvezi s higieno rok precej slaba in ima še posebej v nerazvitih delih sveta naravnost grozljive posledice. V veliki meri je za to kriva

neosveščenost, neizobraženost, v končni fazi pa tudi za pomanjkanje (marsikje je navadno milo za higieno rok luksuz). World Health Organization (Svetovna zdravstvena organizacija) (2009) navaja, da v deželah v razvoju zaradi slabih higienskih navad umre 4000 otrok dnevno, kar primerjajo kot, da bi se vsako uro zrušilo letalo polno otrok in to seveda zaradi okužb, ki se jih z ustrezno higieno rok in seveda z dostopnostjo pripomočkov za higieno dalo preprečiti. V razvitem svetu pa kljub vsemu znanju, osveščenosti, lahki dostopnosti do pripomočkov za higieno rok situacija ni taka, kot bi lahko bila. Zaradi kompleksnosti družbe same je tudi veliko težje določiti ali je nek zaplet posledica neustrezne higiene rok. Samo v ZDA, kot primer zelo razvite države, dnevno umre okoli 200 pacientov zaradi bolnišničnih okužb, med katerimi seveda ni zanemarljiv delež tistih so neposredno povezani s slabo higieno rok (World, 2016).

Dejstvo, da je človek zmotljiv in pod vplivom človeškega faktorja bo higiena rok vedno ostala eden od temeljnih problemov, s katerim se bo človek soočal, tako zasebno kot poklicno. Najbolj pomembno pri tem je neprestano izobraževanje, osveščanje, predvsem pa usmerjanje v aktivno razmišljanje v vsaki situaciji. Zdravstveni delavec, ki je v stalni interakciji s pacienti, kaj hitro zapade v rutino, kar pa se velikokrat izkaže za potencialno nevarno početje. Zaradi tega razloga se je potrebno te problematike lotevati skrajno resno.

Higiena rok

Problema neustrezne higiene rok se zavedajo na svetovni ravni, zato se je tudi Svetovna zdravstvena organizacija aktivno vključila v promocijo te dejavnosti in uvedla 5. maj za Mednarodni dan higiene rok. Na omenjeni dan zdravstveni delavci po vsem svetu organizirajo kampanje, delavnice s katerimi želijo osveščati ljudi o pravilni higieni rok kot o ključnem faktorju pri preprečevanju prenosa nalezljivih bolezni (Nacionalni, 2016). Situacija glede nehigiene rok v nerazvitem svetu je bila povod, da so ljudje, ki želijo spremembe uvedli še en dan za osveščanje o tej problematiki in sicer Globalni dan umivanja rok, dan, ko se aktivno osvešča je 15. oktober in sicer pod pokroviteljstvom organizacije Globalno javno – zasebno partnerstvo za umivanje rok, ki vključuje:

- vlade, ki podpirajo nacionalne programe umivanja rok;
- sponzorske organizacije, ki se ukvarjajo s problematiko umivanja rok, zdravo prehrano ter izobraževanjem;
- privatni sektor, ki skrbi za izdelavo plakatov ipd;
- akademske inštitucije, ki se ukvarjajo s problematiko spreminjanja mišljenja oz. slabih navad
- nevladne organizacije, ki promovirajo in integrirajo umivanje rok v praksi; (Global, 2016).

Roke kot kritični faktor za prenos infekcije

V zdravstvu je higiena rok eno najbolj temeljnih dejavnosti za preprečevanje prenosa mikroorganizmov (MO) prek rok zdravstvenih delavcev (Lužnik-Bufon, et al., 2003). "Na zdravi koži rok prevladuje mikrobna populacija kože, ki jo sestavljajo predvsem *Staphylococcus epidermidis*, druge bakterijske vrste, ki jih uvrščamo med koagulazno negativne bakterije iz rodu *Staphylococcus*, in praviloma nepatogene bakterije rodu *Corynebacteriu*" (Zore, et. al., 2008).

Človekova koža je gosto naseljena z MO. Mikrobi se nahajajo na rokah, povsod na telesu, obstajajo predeli, ki so bolj pogosto naseljeni kot roke. Kljub temu pa so roke še posebej pri zdravstvenih delavcih najbolj kritične, saj le ti pri opravljanju svojega dela poleg običajno naseljenih bakterij na roke lahko занesejo MO iz okolice in z njih na bolnika (Škerl, 1998).

Zdravstveni delavci so zaradi poklica, ki ga opravljajo s svojimi rokami izpostavljeni tudi drugim MO, če pa je koža v slabem stanju, suha in površinsko spremenjena tudi *Staphylococcus aureus*. Stalna mikrobna flora je naravni ščit, razmnožuje se v vrhnjih plasteh povrhnjice ter varuje roke pred vdorom neželenih in oportunističnih MO. Prehodna flora, ki se le krajši čas zadržuje na rokah, je pomemben vir okužb in vsebuje MO z drugih oseb, iz okolja, včasih pa tudi lastne MO iz prebavil in dihal. Normalna flora deluje proti patogenim in oportunističnim MO, vendar pa ti lahko pod določenimi pogoji MO preživijo na koži nekaj minut, ur ali celo nekaj dni, če nismo natančno umili rok. Na ta način so ustvarjeni pogoji za prenos vseh vrst MO. Pomanjkljiva higiena, izpostavljenost okužbi pri delu, okvare kože zaradi učinka razkužil in kemikalij ter kožna vnetja omogočajo ugodne razmere za naselitev MO na površino kože (Dragaš, 1993).

Higiena rok je izrednega pomena pri obravnavi pacientov, zato je tudi Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) izdala smernice, ki so poimenovane "5 trenutkov za higieno rok" in so zelo dobro vodilo pri delu zdravstvenih delavcev. Po teh navodilih je določeno, kdaj je potrebno poskrbeti za higieno rok in sicer:

- pred stikom s pacientom,
- pred aseptičnimi posegi,
- po stiku s telesnimi tekočinami,
- po stiku s pacientom
- po stiku s pacientovo neposredno okolico.

Pri tem je potrebno poudariti, da higiena rok ni neko togo opravilo, priložnost, možnost ali le stvar zdrave presoje temveč se prilagaja poteku zdravljenja, postopki pa so utemeljeni z nevarnostjo prenosa infekcije. Cilj je, da postanejo indikacije za higieno rok s stališča prenosa infekcij splošno razumljive in da ni razlik v razumevanju

problematike s strani zdravstvenih delavcev, tako higienikov, ki učijo postopke kot tudi izvajalcev in opazovalcev (World, 2009).

Pred leti je opazovalna študija, ki jo je naredila Kunej (2012) pokazala, da je stanje v zvezi s higieno rok zaskrbljivo. Narejena je bila v Sloveniji v eni od večjih zdravstvenih ustanov in odseva realno stanje v našem zdravstvenem sistemu. Opravljenih je bilo 45 nenapovedanih opazovanj zdravnikov in 80 nenapovedanih opazovanj medicinskih sester v treh različnih enotah, in sicer v operacijskem bloku, ambulanti in na oddelku. Kar se tiče uporabe razkužila so nenapovedana opazovanja pokazala, da so medicinske sestre v 63,7% uporabile zadostno količino razkužila, zdravniki le v 55,6%. Nadalje so nenapovedana opazovanja pokazala, da so si medicinske sestre v 55,0% razkuževale roke >30 s, zdravniki pa v 46,7%. Poleg tega so nenapovedana opazovanja pokazala, da so medicinske sestre upoštevale standard tehnike razkuževanja rok v 31,2%, zdravniki pa v 26,7% (Kunej, 2012).

Iz navedenega sledi, da je nujno potrebno imeti neke vrste nadzor nad vestnim izvajanjem higiene rok. Zdravstveni delavci se zavedajo, da je higiena rok najpomembnejša aktivnost za obvladovanje prenosa okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo, pa imajo kljub temu nekateri posamezniki do te problematike neodgovoren odnos, zato so se so se začeli pojavljati pritiski na odgovorne v zdravstvenih ustanovah. Nadzorniki oziroma pooblaščenec osebe za nadzor nad učinkovitim izvajanjem higiene rok, so želeli uvesti tako imenovano ničelno toleranco do nezadostnega ali nepravilno izvedenega razkuževanja rok zaposlenih v bolnišnicah, predvsem do osebja na oddelkih. Pravzaprav so želeli uvesti celo kazenski pregon, ki se uporablja za kriminalne prestopke, vendar so to opustili, ker naj ne bi imel zelenega učinka (Kunej, 2012).

Kako zaskrbljivoča je higiena rok dobro pokaže primer, ko so v ZDA na Michiganski univerzi izvedli študijo o umivanju rok po uporabi stranišča. Samo 5 % ljudi (raziskava je vključevala 3749 oseb) je roke umilo zadovoljivo to je, da bi preprečili prenos infekcije, 10% ljudi sploh ni umilo rok, 33% jih ni uporabilo mila. Ameriški center za nadzor in preprečevanje bolezni - CDC (Center for Disease Control and Prevention) navaja, da je za učinkovito odstranitev MO roke potrebno umivati 15 – 20 sekund, v omenjeni raziskavi pa so ljudje umivali roke povprečno 6 sekund. Ženske so pri tem opravilo bolj dosledne – samo 7% žensk ni umilo rok, pri moških je delež 15 %. Milo je uporabilo 78% žensk ter 50% moških. Ugotovili so, da se higiena bolj dosledno izvaja v jutranjih urah, popoldan pa naj bi bili ljudje bolj sproščeni pa to opravilo postane postranska stvar. Najbolj zanimiva ugotovitev, ki se lahko uporabi kot iztočnica pa je bila, da se je higiena rok precej bolje izvajala na krajih z opozorilnimi tablami oz. znaki.

Zdravstveni delavci morajo pacienta vedno obravnavati s čistimi rokami, to je pravica pacienta ter dolžnost zdravstvenega delavca. Za nekatere paciente so lahko MO na rokah zdravstvenega delavca škodljivi, še posebej pri imunsko oslabeledih pacientih (Damjan, 2012).

Motivacija je ključ za izboljšanje stanja

Brez dvoma je za pomanjkljivo higieno rok krivo dejstvo, da MO niso vidni. Znanje o problematiki zdravstveni delavci sigurno imajo, vendar so žal zaradi navedenega dejstva velikokrat nedosledni. Da bi spremenili to stanje je potrebna stalna angažiranost tako izvajalcev zdravstvene nege kot njihovih učiteljev oz. mentorjev. Na to se lahko vpliva s sistematsko oblikovano strategijo, ki vključuje izobraževanje, sistemske spremembe in predvsem motivacijo. Načinov kako izboljšati stanje je veliko, inovativnost je na tem področju ključnega pomena. Primer dobre prakse je dejavnost na tem področju je iz Hong Konga, kjer so v enajstih domovih za ostarele pri postopkih za higieno rok uspeli izboljšati doslednost iz začetnih 27% na 60,6% in sicer s pomočjo večplastne/multimodalne strategije v obliki namestitve razkužil v neposredno bližino področja dnevne nege oskrbovancev, postavili so posterje, opomnike. Zabeležili so znatno zmanjšanje izbruhov okužb dihal in okužb, povzročenih s *Staphylococcus aureus* (Tai, et al., 2009 cited in Matos, 2013).

Higiena rok je tako zelo pomembna, da ne sme nikoli zmanjkati idej, zdravstvene delavce je potrebno stalno motivirati. Hansen (1998) pravi, da je vsa prava motivacija samomotivacija, ki jo udejanjimo. Osvojitev veščin, ki so potrebne pri samomotivaciji za ukrepanje in osvajanje določenih navad, ki so z njo povezane, ni lahka, vendar pa je uresničljiva. Pri tem je najpomembnejše, da človek, ki se motivira razume zakaj je nekaj pomembno. Pri tem procesu ima zelo pomembno vlogo motivator, ki pomaga razumeti in osmisliti cilj.

Zaključek

Kljub temu, da je higiena rok ena najbolj temeljnih aktivnosti v zdravstvu, bo ta vedno ostala eno od področij, kjer bo potrebno vlagati veliko napora, da bi se stanje izboljšalo. Pri tej dejavnosti bo vedno imel vpliv človeški faktor, rutina, ki je lahko dobra ali slaba, pa bo posledično imela vpliv na okrevanje pacientov. MO so nevidni in s tega stališča kot najstarejši "prebivalci" na Zemlji najbolj prilagojeni na neugodne življenjske razmere, se zlahka infiltrirajo v človeka, ki velikokrat nenamerno spregleda neustrezno higieno rok. V zdravstvu to pomeni nenameren prenos infekcije, kar ima lahko nemalokrat, ker so pač pacienti že v osnovi zaradi bolezni imunsko kompromitirani hude posledice. Poleg tega lahko posledično tudi sebi in svojim domačim nehoteno prenesejo bolezen. Kljub številnim predavanjem, kljub veliki količini znanja, ki so ga ljudje pridobili skozi zgodovino, se včasih zdi, da je problematika higiene rok nekako odrinjena na stranski tir in se več pozornosti namenja "pomembnim posegom," kot npr. operativnim posegom, terapiji, zdravstveni negi, oz. tako imenovani "vidni problematiki," (kjer se rezultate dela vidi). Zaradi navedenega je razvidno, da je potrebno vložiti velike napore prav v to osnovno dejavnost. Zdravstvenim delavcem je potrebno skozi motiviranje pokazati, zakaj je higiena rok tako pomembna. Najboljša motivacija se zdi, da se zdravstvenim delavcem da vedeti, da je lahko jutri pacient eden od sorodnikov, v tem primeru bodo zagotovo ravnali pravilno, s tem zavedanjem pa bodo tudi znanje prenašali na mlajše kolegice in kolege.

Literatura

1. Damjan, D., 2012. *Čiste roke kot ključni dejavnik preprečevanja bolnišničnih okužb: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
2. Dragaš, A.Z., 1993. *Preprečevanje infekcij v zdravniških ordinacijah*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
3. Global public - private partnership for handwashing, 2016. Available at: <http://globalhandwashing.org/about-us/who-we-are/>[1.3.2017].
4. Gubina, M., Dolinšek, M. & Škerl M., 1998. *Bolnišnična higiena*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za mikrobiologijo in imunologijo, pp. 106.
5. Hansen, M.V., 1998. Mojster motiviranja: skrivnosti navdihujočega vodenja. Bled: Vernar consulting, pp 1 - 2.
6. Kunej, M.M., 2012. *Odnos zdravstvenih delavcev do razkuževanja rok - opazovalna študija: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 19 - 31.
7. Lužnik - Bufon T, Avsec-Letonja D, Dolenc M, et al., 2003. Strokovne podlage za pripravo programa za obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb 2000–2003. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije.
8. Matos, T., 2013. 5. Baničevi dnevi: okužbe povezane z zdravstvom: Nova spoznanja na področju obvladovanja okužb, povezanih z zdravstvom. *Medicinski razgledi*, 52(6), pp. 90 - 91.
9. Medical news today. Available at: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/261875.php>
10. Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. Dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/5-maj-2016-mednarodni-dan-higiene-rok>[1.3.2017].
11. Semmelweis society international. Available at: <http://semmelweis.org/about/dr-semmelweis-biography/> [1.3.2017].
12. Vigarello, G., 1999. *Čisto in umazano: telesna higiena od srednjega veka naprej*. Ljubljana: *cf Rdeča zbirka, pp. 57 - 58.
13. World health organization, 2009. Hand hygiene - technical reference manual. Geneva. World Health Organisation. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598606_eng.pdf [20.9.2016].
14. World health organization, 2016. Clean care is safer care, Evidence for hand hygiene guidelines, Available at: http://www.who.int/gpsc/tools/faqs/evidence_hand_hygiene/en/[20.9.2016].
15. Zore, A., Strojan, N. & Djekić. B., 2008. *Primerjava učinka umivanja in razkuževanja rok*. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 42(4), pp. 251 - 259.

CARSKI REZ: ALI JE POMEMBNO, KAKO SE RODIMO?

Tanja Bon, dipl.bab.

Splošna bolnišnica Novo mesto

tanjabon@gmail.com

IZVLEČEK

Število carskih rezov narašča po vsem svetu in tudi pri nas v Sloveniji. Stališče iz leta 1950 »Enkrat carski rez, vedno carski rez«, še danes vpliva na naraščanje deleža porodov, ki se končajo operativno. Čeprav je včasih ta neizogibna in pravilna odločitev res olajšanje, lahko pri materah vseeno povzroča žalost nad potekom poroda. Tudi otrok je nepripravljen na to, da bo iztrgan iz sebi znanega okolja. Spodnji prispevek opisuje klasično definicijo carskega reza, vzroke in posledice ter vpliv na otroka in mater.

Ključne besede: carski rez, mati, otrok.

Uvod

Carski rez je zlata vredna operacija kadar rešujemo otroka, mater ali oba. Babice to zelo dobro vemo, saj se pri svojem delu vsakodnevno srečujemo s situacijami, ko preprosto ne gre. Kljub močni žeji po naravnem porodu tako porodnic kot celotnega zdravstvenega tima, kljub vztrajanju na tisoč in en način, kako bi še lahko šlo. Vendar včasih žal ne gre. S tem se marsikatera ženska težko sprijazni, kar jo lahko zaznamuje za celo življenje.

»Precej je treba vedeti, preden opaziš, kako malo veš.« Karl Heinrich Waggerl

Definicija, vrste in dejstva v zvezi s carskim rezom

Carski rez (CR) je operacija, pri kateri z rezom skozi trebušno steno in steno maternice porodimo plod. Elektivni CR je planiran poseg, za katerega se dogovorimo že med nosečnostjo, pred samim pričetkom poroda. Urgentni CR je nujen poseg, za katerega se odločimo nepričakovano, ko se tekom normalnega poroda pojavijo določene nepravilnosti, ki bi lahko ogrozile zdravstveno stanje matere in/ali otroka.

V zadnjih desetletjih število CR skrb vzbujajoče narašča v svetu in v Sloveniji. Svetovna zdravstvena organizacija je sicer pozvala k opustitvi CR, če ti niso nujni. Idealni odstotek je 10 - 15% CR na leto.

Dejstvo je, da je velik del javnosti napačno prepričan, da je CR najbolj varen način rojevanja. Pri tem gre predvsem za družbeno naravnost; potrošniški stil »pridem,

kupim, odnesem«. V zadnjih letih se povečuje število CR, ki so narejeni na željo porodnice. Uradnih podatkov za našo državo v zvezi s tem nimamo.

Medtem ko je za nekatere ženske porod najbolj čustvena izkušnja v življenju, je za druge ženske nekaj najslabšega, kar se jim lahko pripeti. Dogodek, ki ga spremlja bolečina, strah, osamljenost in mogoče nekaj, kar ima lahko negativne posledice za zdravje. Ravno iz tega razloga nekateri menijo, da ima porodnica moralno pravico, da se odloči za vrsto poroda (Pajntar, et al., 2004).

Strah pred tožbo je lahko tudi eden od vzrokov za CR. Porod, rojstvo otroka, novo življenje - tu ni popravnih izpitov. In kadar pride do zapletov, se vedno postavi vprašanje, zakaj ni bil narejen CR. Sodna praksa še vedno utrjuje prepričanje, da je CR edina pravilna rešitev.

Zagovornik naravnih porodov Wagner (2008) v svoji knjigi »Moj porodni načrt« ženskam svetuje, naj izberejo dobrega strokovnjaka in naj se zaščitijo pred tistimi manj skrbnimi, ki dovolijo, da strah pred tožbo vpliva na njihove odločitve o porodu in prevlada nad izsledki raziskovalnih študij.

Indikacije za urgentni CR:

- zastoj poroda (nepravilno spuščanje vodilnega plodovega dela, nepravilno odpiranje materničnega ustja),
- nepravilna drža ploda,
- prezgodnja ločitev placentе,
- neuspela vakumska ekstrakcija,
- neuspela indukcija poroda,
- fetalni distress,
- predhodni kirurški posegi na maternici,
- izpad popkovnice,
- neuspeli poskus poroda po CR.

Indikacije za elektivni CR:

- predležea posteljica,
- nepravilne vstave,
- prečna lega ploda v maternici,
- zdravstveno stanje nosečnice,
- operacije na maternici,
- predhodni carski rez (Pajntar, et al., 2004).

Možni zapleti:

Umrljivost mater v zvezi s CR se je v zadnjih letih znižala, vendar je obolevnost veliko pogostejša, kot pri vaginalnem porodu. Glavni vzroki za to so infekcije, krvavitve in poškodbe urinarnega trakta. Infekcije so največkrat povezane s slabim ekonomskim stanjem matere, vaginalnimi pregledi, dolžino poroda in dolžino od razpoka plodovih ovojev do CR. Izguba krvi je pri številnih CR velika. Ob močnejših krvavitvah je potrebna transfuzija krvi in ob hujših zapletih tudi odstranitev maternice (Pajntar, et al., 2004).

Za preprečevanje venske tromboze in pljučne embolije porodnice 7 dni po operaciji prejemajo injekcije proti krvnim strdkom. Slabše delovanje mehurja in črevesja sta običajno prehodnega značaja, prav tako bolečine v predelu operativne rane (Bizjak-Ogrinc & Novak-Antolič, 2013).

V predelu brazgotine je lahko dlje časa občutiti mravljinčenje in utripanje živcev, ki spominja na gibe otroka v maternici. CR ima vpliv tudi na prihodnje nosečnosti.

Vpliv CR na novorojenčka:

V primerjavi z vaginalnim porodom pri otrocih rojenih s CR pogosteje prihaja do poporodnih zapletov. Novorojenček, rojen pred 39. tednom nosečnosti, ima večjo možnost za respiratorne težave. Lahko imajo nižji nivo sladkorja v krvi, nižjo oceno po Apgarjevi, tudi telesna temperatura je v prvih 90-ih minutah nižja. V primeru splošne anestezije je lahko nekoliko bolj zaspan, saj majhen del zdravil lahko prehaja nanj. To posledično vpliva na zapoznelo dojenje. Največja razlika med novorojenčkom rojenim s CR in novorojenčkom rojenim po vaginalni poti je ta, da novorojenček rojen s CR ne pride v stik z mamino mikrofloro. Njegova mikroflora je spremenjena, posledično prihaja do pogostejše pojavnosti okužb, alergij, kolik, diabetesa, dolgotrajnega joka, nočnega prebujanja in težav z navezovanjem telesnega stika (Verdult, 2009).

Marsikateremu od teh zapletov se je možno izogniti ali vsaj delno preprečiti. Priporočljiva je vzpodbuda področne anestezije, saj na ta način takoj po rojstvu omogočimo stik mame in novorojenčka, ki ga položimo mami na gola prsa ali vsaj prislonimo k obrazu ter omogočimo dotik. S tem je CR lahko vsaj približek izkušnji poroda tako za mamo kot za otroka.

Poskus vaginalnega poroda po predhodnem CR (Vaginal birth after cesarean - VBAC)

Za poskus vaginalnega poroda po CR se odloča vedno več žensk. V preteklosti je veljalo »Enkrat carski rez, vedno carski rez«. To stališče še danes vpliva na naraščajoč delež porodov s CR. VBAC se je v mnogih raziskavah in v marsičem izkazal za boljšega od CR po CR (Bizjak-Ogrinc & Novak-Antolič, 2013).

Če ni nove indikacije za CR v nosečnosti, ki sledi predhodnemu CR, priporočamo poskusni vaginalni porod. To je porod, ki poteka po istih kriterijih, kot porod brez predhodnega CR, le da sta nadzor in skrbnost večja ter da se v vprašljivih primerih prej odločimo za CR, kot bi se pri normalnem vaginalnem porodu (Pajntar, et al., 2004).

Uspešnost VBAC je večja, če upoštevamo dejavnike kot so: vaginalni porod v preteklosti, spontan začetek poroda, predhodni CR zaradi indukcije (nepravilna vstava ploda, aktivna okužba z genitalnim herpesom, predležea posteljica). Tudi uporaba epiduralne analgezije, ki v primeru VBAC ni kontraindicirana, včasih nosečnice celo vzpodbudi k poskusu vaginalnega poroda. Neuspeh največkrat pripisujemo pri zastoju poroda, indukcijah, ITM nosečnice < 30, porodna teža < 4000 gr, starejše nosečnice in nosečnice z nizko telesno višino.

Da zagotovimo popolno varnost, je potrebno VBAC voditi le v ustanovah, ki lahko v primeru zapletov pravočasno izvedejo CR. Zagotovljen mora biti skrben nadzor nad porodnico, spremljanje napredovanja poroda, neprekinjeno elektronsko spremljanje plodovih srčnih utripov, ob nenehni prisotnosti izkušene babice. Od postavitve indikacije do dokončanja poroda s CR je časovni interval pri VBAC 30 minut. Najbolj zanesljiv znak ruptur maternice je sumljiv CTG zapis, ki zahteva takojšnje ukrepanje, kar pri vodenju VBAC predstavlja eno od največjih skrbi (Abdulkhalikova, et al., 2016).

V Porodnišnici Novo mesto v zadnjih letih dajemo velik poudarek na poskusu VBAC. Nosečnice so o tem seznanjene že pred predvidenim datumom poroda in tudi ob samem začetku poroda. Informiramo in svetujemo jim v dispanzerjih, šolah za starše in na individualnih pogovorih, ki jih izvajamo babice porodnega bloka. Uspešnost je precejšnja, saj se za VBAC odloča vedno več žensk, ker se zavedajo pomena naravnega poroda in vrednosti, ki jo nudi porodna izkušnja.

Statistika

V letih od 2008 do 2012 smo imeli v Porodnišnici Novo mesto 6418 porodov, od tega 18,6 % CR, kar je nekoliko več od povprečja v Sloveniji 17,8% za to obdobje.

Največji delež CR smo imeli pri prečni legi 98%, sledi delež CR pri medenični vstavi, tako prvorodnice kot mnogorodnice 91%-96% ter pri stanju po predhodnem CR 83%. Tudi porodi multiplih nosečnosti se je v 58% končalo s CR.

Ko primerjamo podatke za našo porodnišnico z drugimi porodnišnicami v Sloveniji ugotovimo, da v nobeni od kategorij nimamo najvišjega deleža CR. Se pa vrhu močno približamo predvsem v skupini CR pri prvorodnicah s spontanim začetkom poroda in mnogorodnicah z induciranim porodom ter pri številu CR po predhodnem CR ter medenični vstavi. V ostalih kategorijah smo v povprečju ali pa nekoliko nižje.

V letih 2013, 2014 in 2015 je delež carskih rezov še naraščal in je leta 2015 znašal že 22,1%. Število carskih rezov je predvsem na račun medeničnih vstav in stanja po predhodnem carskem rezu še naraslo (medenične kar 100% tudi pri mnogorodnicah).

Glede na to, da porodnice glede na objave v medijih vedo, da je porod v medenični vstavi tvegan za otroka, praviloma v poskus vaginalnega poroda v medenični vstavi ne privolijo. Le redke se odločijo za poskus poroda, mnoge pa se izogibajo tudi poskusu zunanega obrata. S strani porodničarjev pa je pomemben dejavnik odločitve za CR predvsem strah pred njim pripisano odgovornostjo za morebitne zaplete. Strah se je še povečal zaradi nekaj sodnih procesov, ki smo jih imeli v naši porodnišnici in so bili tudi medijsko odmevni. S porastom števila elektivnih CR pri medeničnih vstavah, se nato izgubi izkušnost vodenja vaginalnih porodov in tako se strah še poveča. Prav tako pa številni CR zaradi medenične vstave povečajo število žensk v skupini, ki rojevajo po predhodnem carskem rezu. Večina žensk po predhodnem CR ni bila pripravljena na poskus vaginalnega poroda. Tukaj smo strogo upoštevali željo porodnice in je sploh nismo poskušali prepričati v nasprotno, še zlasti, če je že pri izbranem ginekologu dobila informacije, da je najbolje opraviti ponovni CR.

Nad tako hitrim naraščanjem deleža CR smo bili precej zaskrbljeni, zato smo že konec leta 2015 imeli sestanek, na katerem smo se dogovorili, da bomo poskušali delež zmanjšati. Aktivno smo začeli nosečnice po predhodnem CR, ki niso imele drugih indikacij za ponovni carski rez, prepričevati za poskus vaginalnega poroda. Nosečnice s plodom v medenični vstavi pa nagovarjati za poskus zunanega obrata. Poleg tega smo poskušali zmanjšati tudi število CR pri suspektne CTG - ju. Prav tako smo se v primeru, da je bil plod v dobri kondiciji, kasneje odločali za CR, kadar je bila podaljšana druga porodna doba. Kaže, da smo dosegli premik na bolje.

Analizirali smo še podatke za celo leto 2016, imeli smo 1232 porodov in le 213 CR, kar znaša 17,3%. Pri izpolnjevanju naših ciljev smo bili zelo uspešni, moramo pa priznati, da smo za to porabili kar precej energije in živcev. Kar težko je prepričati porodnice v poskus vaginalnega poroda po predhodnem CR, pa tudi dodatna stimulacija popadkov pri induciranih porodih ali pa malo daljše čakanje pri zaskrbljujočem CTG-ju (kjer sta potem v veliki večini ocena po Apgarjevi in pH popkovnične krvi zelo v redu) zahtevata zelo močne živce celotnega tima (Koželj, et al., 2016).

Ali je pomembno, kako se rodimo?

Profesor Wagner (2008) v svoji knjigi »Moj porodni načrt« piše, da je zdrav otrok poglavitni cilj poroda. Vendar pa je uspešen konec poroda dosti več kot golo preživetje. Meni, da ne smemo podcenjevati vpliva, ki ga ima doživetje poroda na posameznico. Vsaki ženski pozitivna izkušnja poroda pripomore, da postane dobra in samozavestna mati.

Čustvene reakcije žensk in njihovo okrevanje po CR se zelo razlikujejo. Čeprav si nekatere dokaj hitro opomorejo in sprejmejo CR kot nujen korak do zdravega otroka. Nekatere pa gredo skozi različne stopnje žalosti, razočaranja, izbruhov jeze, občutkov krivde, izgube samozavesti, spremembe apetita, motenj koncentracije. Za njih je CR travmatičen dogodek in pogosto se niti ne zavedajo, kako je vse skupaj vplivalo na njihovo življenje, samopodobo, materinska čustva in spolnost. Otroci potrebujejo veliko pozornosti, nege in tako matere v vsem tem tempu enostavno pozabijo nase ter ne uspejo predelati preteklih dogodkov in čustev, povezanih z njimi. Povsem normalno je, da je mati hvaležna, da je s pomočjo operacije prišla do otroka, vendar jo kljub temu lahko spremljajo občutki žalosti, zmede in razočaranja. Partnerji, sorodniki, prijatelji včasih težko razumejo, zakaj se tako oklepajo te izkušnje in zakaj tega enostavno ne pozabijo. Včasih so potrebni tedni, meseci ali celo leta, preden so ženske pripravljene spregovoriti o svoji porodni izkušnji in se poglobiti vase. Nerešene težave lahko včasih vodijo do hujših zapletov, kot je poporodna depresija in v takšnih primerih se je potrebno obrniti na strokovno pomoč (*Emotional healing after a cesarean - Anon, 2016*).

Za otroka je opazna razlika v tem, da se CR zgodi nenadoma in od zunaj, kar je travmatična izkušnja, saj je nepripravljen na to, da bo iztrgan iz svojega znanega okolja. Intrauterino življenje je polno toplote, mehko, okusa po materi. Otrok čuti njeno bitje srca, sliši njen glas, ona je zanj vse kar pozna. Ko vzamemo otroka tudi za nekaj metrov stran od matere, je njegovo zaupanje izgubljeno. Dr. Michel Odent raziskuje učinke ob rojstvu in prvih nekaj ur po rojstvu ter poudarja, kako pomembne so te prve ure in kako vplivajo na psihično in duševno zdravje vsakega posameznika. Ločitev od matere takoj po rojstvu lahko zmanjša posameznikovo sposobnost ljubiti (Lim, 2001).

Namen vseh hormonov, ki se izločajo med porodom je medsebojno navezovanje matere in otroka. Med CR je izločanje teh hormonov oslabiljeno ali celo zavrto. Če mati in otrok ne gresta skozi izkušnjo poroda, to lahko pomeni težji emocionalni boj za oba. Mnoge raziskave dokazujejo, da otroci rojeni s CR včasih zavračajo svoje mame, lahko je tudi obratno (Udy, 2008).

Nekateri znanstveniki in strokovnjaki na področju zdravstva še vedno verjamejo, da se otroci rodijo povsem brez zavedanja in občutkov. Prenatalni in perinatalni psihologi trdijo nasprotno. Otroci čutijo, se zavedajo, lahko občutijo žalost, tesnobo, bes ter osamljenost med in po porodu. Ravno iz tega razloga je CR za otroka travmatična izkušnja. CR je zanj nenaden dogodek, ki vključuje vrsto posegov, kateri so v popolnem nasprotju z naravnim procesom poroda, kar doživi kot šok (Verdult, 2008).

Babice ter ostalo zdravstveno osebje moramo prepoznati tudi potrebe bodočega očeta in mu nuditi psihično oporo, saj je od tega odvisno, kako bo doživel celoten proces ter kakšna bo izkušnja, ki ga bo spremljala celo življenje. Močna čustvena vez med starši ima nedvomno ogromno koristi za vse udeležene. Vsak par je edinstven in moramo upoštevati individualne potrebe matere in očeta (Clemente & Prosen, 2013).

Pomoč materam, ki jih spremljajo negativna čustva po CR (Barret, 2014):

- vzpodbudimo jih, naj zaupajo vase in da so dobre mame, čeprav imajo mešana čustva glede poroda s CR,
- dajmo jim vedeti, da niso same in da je veliko žensk s podobno izkušnjo,
- vzpodbujamo pestovanje otroka,
- svetujemo analizo porodne izkušnje in pisanje dnevnika,
- vključitev k podpornim skupinam,
- v pogovor in k sodelovanju vključimo partnerja in sorodnike, morda tudi oni potrebujejo pomoč

Zaključek

Naloga babic in ostalega zdravstvenega tima je, da kljub temu »drugačnemu načinu poroda«, tako materi kot otroku pričaramo karseda prijetno vzdušje in s tem pozitivno porodno izkušnjo. To bo vsekakor vplivalo na zadovoljstvo matere, prebujanje njenega materinskega čuta, povezanosti in s tem tudi na boljši psihofizični razvoj otroka takoj po porodu in kasneje v življenju. Bistvenega pomena so vzpodbudne besede, razumevanje, dotik, strokovnost ter nežno in spoštljivo rokovanje z novorojenčkom. Priporočljiva je uporaba področne anestezije, izvajanje kožnega stika čimprej po operaciji, omogočanje očesnega kontakta, pristavljanje k dojenju v času ene ure po rojstvu. Ravno iz tega razloga svetujemo, da pride nosečnica k nam prej na individualni pogovor, kjer dobi vse potrebne informacije, vključno z možnostmi, ki jih ima glede anestezije. Potrebno je prisluhniti tudi željam partnerja in mu v kolikor si to želi, omogočiti kožni stik z novorojenčkom. V prihodnje si želimo, da bi v naši porodnišnici prilagodili operacijsko sobo tako, da bi partnerji prisostvovali pri sami operaciji in da bi porodnice lahko vsaj delno same »porodile« otroka med CR, kar že ponekod v svetu izvajajo. Dejstvo je, da se CR v porodništvu ne moremo izogniti. Zavedati se moramo, da sta lahko tako vaginalni porod kot operativno dokončan porod, čudežna.

Literatura

1. Abdulkhalikova, D., Trojner-Bregar, A. & Premru-Sršen, T., 2006. Slovenska priporočila za vaginalni porod po carskem rezu. *Zdravniški vestnik*, 85, pp. 244 – 253.
2. Anon., 2016. *Emotional healing after a cesarean*. Available at: <http://www.vbac.com/emotional-healing-after-a-cesarean/> [25.2.2017].
3. Barret, J., 2014. *Recovering from a cesarean tips of healing*. Available at: <http://www.ican-online.org/wo-conternt/uploads/2014/06/Recovering-From-A-cesarean-Tips-On-Healing.pdf> [25.2.2017].

4. Bizjak-Ogrinc, U., Novak-Antolič, Ž., 2003. Porod po carskem rezu. *Medicinski razgledi*; 42, pp. 203 - 206.
5. Clemente, N. & Prosen, M., 2013. Priprava moških na rojstvo otroka in očetovstvo. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 47(2), pp. 200.
6. Koželj, D., Pišek, A. & Mijajlovič, S., 2016. Analiza carskih rezov v Splošni bolnišnici Novo mesto. 17. *Novakovi dnevi. Strokovni sestanek ZPMS*, Postojna.
7. Lim, R., 2001. Cesarean birth- What about the baby. *Midwifery today*, Issue 57. Available at: <https://www.midwiferytoday.com/articles/cesareanbaby.asp> [25.2.2017].
8. Pajnar, M., Novak-Antolič, Ž., et al., 2004. *Nosečnost in vodenje poroda*. Ljubljana; Cankarjeva založba, pp. 324 - 328.
9. Udy, P., 2008. The physical impact of cesareans. *Midwifery today*, Issue 88. Available at: https://www.midwiferytoday.com/articles/physical_impact_csec.asp [24.2.2017].
10. Wagner, M., 2008. *Moj porodni načrt*. Založba Sanje, pp. 19.
11. Verdult, R., 2009. Cesarean birth: Psychological aspects in babies. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 21, pp. 29 - 35. Available at: <http://www.stroeckenverdult.be/site/upload/docs/lspmm%20tijdschrift%20CAESAREAN%20BIRTH%20babies.pdf> [23.2.2017].

VIRUS ZIKA

asist.Vesna Fabjan Vodusek, dr. med.,spec. gin. in por.

Univerziteti klinični center Ljubljana

Ginekološka klinika

Klinični oddelek za perinatologijo

Vesna.fabjan@mf.uni-lj.si

IZVLEČEK

Virus Zika je iz družine virusov Flaviviridae. Širi se z dnevno aktivnimi komarji rodu *Aedes*. Okužba, znana kot Zika okužba ali Zika virusna okužba, pogosto ne povzroča visoke temperature, hemoragične mrzlice ali drugih resnih zdravstvenih težav temveč le blage simptome, podobne zelo blagi obliki mrzlici denga, ki pri večini zdravih ljudi minejo brez posledic. Bolezen lahko mine brez specifičnega zdravljenja; paracetamol in počitek pomagajo pri simptomih. Do leta 2016 bolezni ni mogoče preprečiti z zdravili in cepivi. Zika se lahko razširi iz nosečnice preko posteljice na plod. Takšna okužba plodu lahko povzroči mikrocefalija, hude možganske malformacije in druge prirojene okvare. Okužbe Zika pri odraslih lahko zelo redko povzročijo Guillain-Barréjev sindrom.

Abstract

Zika virus is a member of the virus family Flaviviridae. It is spread by daytime-active *Aedes* mosquitoes. The infection, known as Zika fever or Zika virus disease, often causes no or only mild symptoms, similar to a very mild form of dengue fever. While there is no specific treatment, paracetamol and rest may help with the symptoms. As of 2016, the illness cannot be prevented by medications or vaccines. Zika can also spread from a pregnant woman to her fetus. This can result in microcephaly, severe brain malformations, and other birth defects. Zika infections in adults may result rarely in Guillain-Barré syndrome.

Virus Zika je virus iz družine Flaviviridae, spada v rod flavivirusov in ga prenašajo čez dan aktivni komarji rodu *Aedes*, kot so *A. aegypti* in *A. albopictus*. Njegovo ime izhaja iz gozda Zika v Ugandi, kjer je bil virus prvič izoliran leta 1947¹. Komarji iz rodu *Aedes* so aktivni v odprtih in zaprtih prostorih, predvsem v dnevnem času in zgodnjih urah večera, zato je možnost okužbe s pikom toliko bolj verjetna^{1,2}.

Januarja 2016 so bile s strani CDC (Centers for Disease Control and Prevention) navedene države, v katerih prihaja do širjenja virusa Zika: Salvador, Venezuela, Kolumbija, Brazilija, Francoska Gvajana, Honduras, Mehika, Panama in Martinik, Bolivija, Gvajana, Ekvador, Guadeloup, Gvatemala, Paragvaj, Portoriko, Barbados,

San Martin, Haiti, Venezuela, Tajska, Fidži, Samoa, Salomonovi otoki, Nova Kaledonija in Maldivi².

Pri okužbi z Zika virusom se pojavljajo blagi glavoboli, makulopapulozni izpuščaj kože, povišana telesna temperatura, splošno slabo počutje, vnetje očesnih veznic (konjunktivitis) in bolečine v sklepih. Bolezen ob počitku in hidraciji navadno poteka blago in hitro izzveni brez posebnega zdravljenja. Za lajšanje simptomov se uporablja paracetamol, aspirin in nesteroidni antirevmatiki pa le, če je zanesljivo izključena možnost okužbe z Denga virusom, saj lahko v takem primeru povečamo možnost krvavitv. Simptomi navadno trajajo 2 do 7 dni. Bolezen lahko pri štirih od petih okuženih osebah poteka popolnoma brez vsakršnih simptomov. Inkubacijska doba ni čisto točno določena, vendar se giblje od 2 do 21 dni. Cepiva proti okužbi za enkrat še ni^{2,3}.

Okužbo povezujejo s povečano pojavnostjo Guillain-Barré sindroma pri okuženih osebah ter s povečano pojavnostjo anomalij centralnega živčnega sistema, posebno mikrocefalije pri novorojenčkih, katerih matere so bile v nosečnosti izpostavljene okužbi z Zika virusom³.

Od leta 1950 so se okužbe z Zika virusom pojavljale v ozkem ekvatorialnem pasu, od Afrike do Azije. Virus je tako krožil v istih območjih kot Denga virus in Čikungunja virus. Ker je okužba v primerjavi s tema dvema virusoma zelo blaga, se z okužbami z njim do sedaj niso pretirano ukvarjali. Virus se je nato razširil proti vzhodu čez Tihi ocean na Francosko Polinezijo ter preko Velikonočnih otokov v letu 2015 dosegel Mehiko, Srednjo Ameriko, Karibe in severni del Južne Amerike, kjer je Zika izbruh dosegel stopnjo pandemije. Prva opažanja povečanja pogostnosti mikrocefalije pri novorojencih so bila opisana novembra 2015 v Francoski Polineziji. Med oktobrom 2013 in aprilom 2014, ko so na otokih zaznali okužbe s Zika virusom, se je pogostnost primerov povečala iz 1 na 17 primerov letno. Hkrati so opažali povečan pojav Guillain-Barré sindroma; iz 0,5 na 42 primerov letno. Prvo prijavo okužbe v Braziliji so zabeležili maja 2015^{1,4}.

Okužbo s virusom Zika potrdimo s PCR (verižna reakcija s polimerazo; Polymerase Chain Reaction) izolacijo virusa iz vzorcev krvi. Dokaz okužbe s serološkimi preiskavami je lahko težavno, saj protitelesa proti virusu lahko navzkrižno reagirajo z drugimi flavivirusi kot je Denga virus, virus zahodnega Nila, rumeno mrzlico in virusom klopnega meningoencefalitisa. Pozitivno navzkrižno reakcijo lahko dobimo celo na cepivo proti rumeni mrzlici³.

Pri okužbi nosečnice z Zika virusom, še posebno v prvem trimesečju, pri viremiji prihaja do prehajanja virusa preko posteljice (placente) in ga z amniocentezo lahko dokažemo v plodovnici. Ob prisotnosti virusa v plodovnici opažajo povečano število napak v razvoju centralnega živčnega sistema, posebno mikroencefalopatijo ploda in spremembe v razvoju očesa. Podatki kažejo, da je okužba v prvi tretjini nosečnosti bolj teratogena kot kasneje v nosečnosti. Ultrazvočna slika prizadetega ploda pri

nosečnici, ki je prebolela okužb s virusom Zika, kaže zaostanek v rasti glave ploda ter značilne svetle točke (kalcinacije ali hiperehogena področja) v možganovini⁵. Zadnje raziskave dokazujejo, da so posledica okužbe ploda s virusom Zika.

Mikrocefalija je redka razvojna napaka ploda in ima poleg okužbe z virusom Zika še veliko drugih vzrokov: okužba ploda z rdečkami, citomegalovirusom in toksoplazmozo, »zastрупitev« ploda z alkoholom ali živim srebrom, posledica radioaktivnega sevanja, hude podhranjenosti ali težkega nezdravljenega diabetesa matere. Lahko je posledica več genskih mutacij, vključno z Downovim sindromom⁶.

Veliko večino vseh okužb z Zika virusom prenašajo komarji. Do 19.09.2016 je opisanih triintrideset primerov spolno prenesene okužbe s spolnimi odnosi, točneje s spermo. Večina ljudi 28 dni po piku okuženega komarja zanesljivo ni več vir okužbe. Pri viremiji z Zika virusom, pri kateri pride do oorhitisa, pa lahko virus v testisih, zaradi zmanjšanega imunskega odziva telesa v testisih, vztraja več mesecev. Prenos okužbe s spolnimi odnosi iz ženske na partnerja niso dokazani^{1,2,4}. Prenos virusa s komarjem, ki je izven endemskih dežel pičil okuženo osebo, na drugo osebo do sedaj ni opisan^{1,4}.

Na podlagi teh poročil je CDC (Centers for Disease Control and Prevention) izdal smernice, ki svetujejo, da naj nosečnice naj ne bi prišle v stik s semenom (spermo) moških, ki se je pred kratkim vrnili iz območja kjer bi se lahko okužili s virusom Zika. Moški, ki se vračajo iz teh regij in naj bi ali ne bi kazali znake okužbe s virusom Zika, naj bi vsaj nekaj časa uporabljali kondome^{2,3}. Kako dolgo naj bi moški uporabljali kondom za preprečevanje širjenja okužbe ni znano, RCOG je predlagal uporabo kondomov za najmanj 28 dni, nosečnicam pa tekom celotne nosečnosti⁷.

Ženskam se svetuje, da ob potovanju na območja z Zika virusom in vsaj 28 dni po vrnitvi domov, uporabljajo zanesljivo zaščito pred zanositvijo^{1,2,4,7}.

Nosečnicam v katerem koli trimesečju, ter ženskam, ki načrtujejo nosečnost, se odsvetuje potovanje na področja z Zika virusom. V primeru potovanja na področja z Zika virusom se svetuje striktna uporaba repelentov, dolgih oblačil in ostalih ukrepov za preprečevanje pika komarja ter možnosti okužbe z Zika virusom^{1,2,4,7,8}.

ECDC (European Centre for Disease Protection and Control) in Slovenija transplant sta izdala priporočilo, da je potrebna zavrnitev potencialnih darovalcev tkiv, celic ali organov (kri, spolne celice, darovani organi...) 28 dni po vrnitvi iz okuženega območja za tiste, ki so bivali na okuženih območjih in so ali niso zboleli za simptomi, ki so skladni z okužbo virusa Zika. Vsakega darovalca je potrebno pred odvzemom nujno preveriti ali se je gibal na okuženih območjih ter ga pred odvzemom tkiva, celic ali organa obvezno testirati na prisotnost Zika virusa. Pri znani okužbi z virusom Zika je potrebno pred odvzemom, dva tedna po okrevanju od bolezni, odsotnost virusa potrditi z odvzemom telesnih tekočin(kri, urin, sperma)⁸.

Nosečnice, ki so obiskale območja s prenosom virusa Zika, naj se posvetujejo z zdravnikom. Tiste, ki so imele simptome okužbe, kot so vročina, izpuščaji, bolečine v sklepih in vnetje oči med potovanjem ali v dveh tednih po vrnitvi, naj bi opravile teste za neposredno dokazovanje virusne RNA ali specifičnih virusnih antigenov. Kasneje naj bi se razvoj ploda pogosteje in natančneje ultrazvočno spremljal³. To priporočilo je sporno, saj so lahko okužene tudi ženske, ki nimajo simptomov - 80 odstotkov tistih, ki so bile okužene s virusom se ne počuti slabo - in da ni dokazov, da plod oboli samo, če nosečnica kaže znake okužbe. Zato večina priporočil evropskih in ameriških zdravstvenih organizacij ter WHO svetujejo, naj bi noseče ženske, ki so se vrnille iz območij s Zika virusom in kažejo ali ne kažejo simptomov okužbe z Zika virusom, morale opraviti testiranje na prisotnost Zika virusa dva do 21 dni po vrnitvi domov^{4,7,8}. Kasneje direkten dokaz virusa v krvi nosečnice ni več mogoč. Takšnim nosečnicam se ponudi natančno ultrazvočno spremljanje razvoja ploda v maternici ali pogojno določanje protiteles v materini krvi (težava je v lažno pozitivnih rezultatih zaradi navzkrižne reakcije z Denga virusom, virusom klopnega meningoencefalitisa in rumeno mrzlico. V primeru negativnega rezultata serološkega testiranja lahko zanesljivo izključimo okužbo z Zika virusom)⁹.

V primeru pozitivnega testiranja nosečnice na okužbo z Zika virusom je potrebno opraviti še preiskavo plodovnice z amniocentezo, da dokažemo prehod virusa preko posteljice in direktno okužbo ploda^{2,4,7,8}.

V vsakem primeru pa je potrebno nosečnice, ki so bile na prizadetih območjih – v primeru pojava simptomov ali ne, in ali imajo negativne ali pozitivne teste krvi - bolj natančno ultrazvočno pregledati razvoj in rasti ploda večkrat v nosečnosti. Le tako lahko pravočasno ugotovimo razvoj mikrocefalije ali kalcifikacij v možganovini pri plodovih^{7,8}. Na žalost ultrazvočna preiskava ploda običajno ne zazna mikrocefalije ali drugih sprememb v razvoju centralnega živčnega sistema pred drugo polovico drugega trimesečja nosečnosti in se pojavi šele, ko virus že prizadene živčne celice⁹.

Testiranje novorojenčkov na okužbo z virusom Zika se svetuje, če so njihove matere obiskale ali živele v kateri koli državi, kjer so bile izpostavljene okužbi z Zika virusom, in če je bil virus direktno dokazan v krvi nosečnice ali so bila serološka testiranja mater pozitivna ali nepovedna (»sumljiva«)^{7,8,9}.

Glede na do sedaj razpoložljiva priporočila smo sestavili priporočila, ki naj bi veljala na področju Republike Slovenije in pomagale pri vsakodnevnem delu z nosečnicami in ženskami, ki načrtujejo nosečnost.

- Ženske, ki načrtujejo nosečnost naj uporabljajo zanesljivo zaščito pred, med in 28 dni po potovanju v dežele z Zika virusom.
- Moški, ki so potovali po deželah z Zika virusom, naj uporabljajo kondom vsaj 28 dni po vrnitvi za zaščito partnerja pred okužbo z Zika Virusom. V primeru spolnega odnosa z nosečnico, priporočamo uporabo kondoma

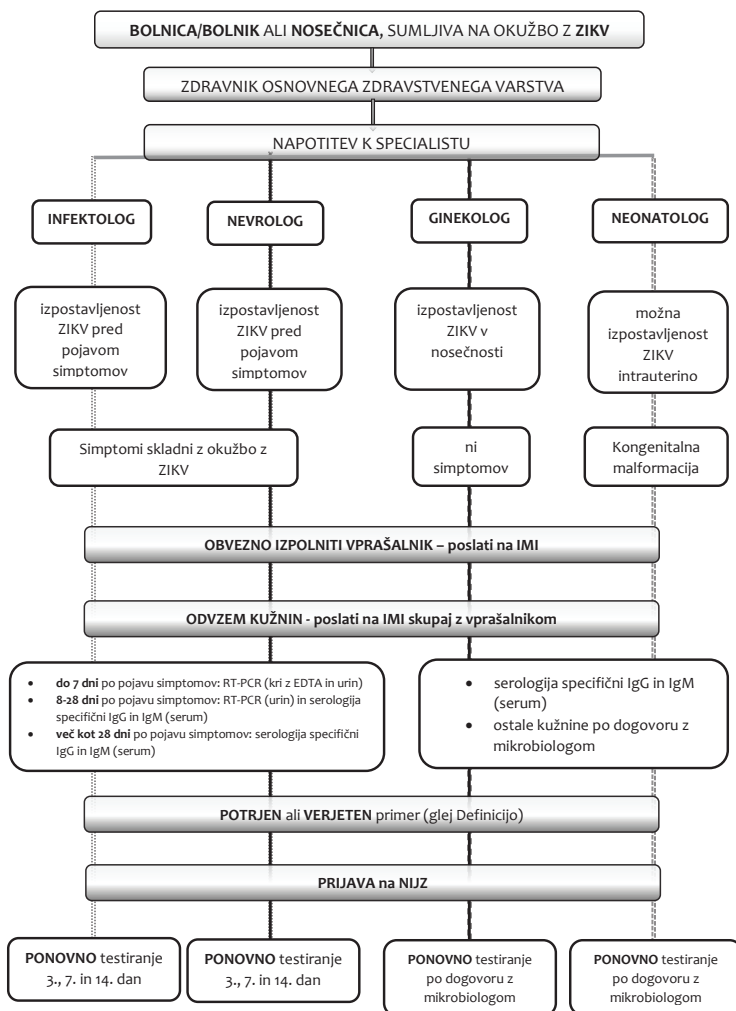
celotno nosečnost. V tem času tudi ne svetujemo odvzema semena (sperme) za postopke OBMP.

- Nosečnice naj ne načrtujejo potovanja v dežele z Zika virusom v času nosečnosti, če pa potovanje ni odložljivo, pa svetujemo striktno uporabo repelentov, dolgih oblačil tudi čez dan, spanje v klimatiziranih prostorih, zaščiteni z mrežami na oknih in vratih, spanje pod mrežo, da bi se izognile možnosti pika komarja in s tem okužbe z Zika virusom.
- V primeru potovanja nosečnice v deželah z Zika virusom in zabeleženim ugrizom komarja med njihovim bivanjem v teh deželah, če so imele znake okužbe ali ne, svetujemo direkten dokaz virusa iz materine krvi s PCR v prvi dveh tednih po zabeleženem ugrizu komarja. Virus lahko v krvi dokažemo že 4 dni po okužbi z njim. Pri teh nosečnicah tudi redno spremljamo morfološki razvoj in rast ploda z rednimi ultrazvočnimi preiskavami na 3-4 tedne. V primeru dokaza virusa v materini krvi, svetujemo dokaz prisotnosti virusa v plodovnici 2-4 tedne po okužbi matere, a ne pred 16. tednom nosečnosti.
- V primeru nosečnic, ki so potovale v deželah z Zika virusom in so zaznale pikom komarja med njihovim bivanjem v teh deželah, ki pridejo na preiskavo po 2. tednih od možne okužbe z Zika virusom, svetujemo dokaz prebolele okužbe s serološkimi preiskavami (dokaz imunoglobulinov IgM in IgG proti Zika virusu) v materini krvi. Odsotnost omenjenih imunoglobulinov v materini krvi zanesljivo ovrže sum na okužbo s virusom Zika. V primeru prisotnih protiteles skupine IgG in/ali IgM zaradi navzkrižne reakcije protiteles proti drugimi boleznimi ali dolgoročno prisotnih IgG protiteles po okužbi z Zika virusom, ne moremo izključiti. V takih primerih svetujemo natančne ultrazvočne preiskave ploda in ob sumu na okužbo ploda dokaz virusa iz plodovnice.
- Pri vseh nosečnicah, ki so 14 dni pred zanositvijo ter v času nosečnosti potovale po območjih z Zika virusom, z dokazano okužbo z virusom ali ne, redno spremljamo morfološki razvoj in rast ploda z rednimi ultrazvočnimi preiskavami na 3-4 tedne v terciarnem centru.
- V primeru suma na okužbo ploda z Zika virusom priporočamo odvzem popkovne krvi in/ali placente za direkten dokaz virusa s PCR ob porodu ali splavu.
- V primeru prekinitve nosečnosti zaradi spontane plodove smrti znotraj maternice pri nosečnici, ki je bila v času nosečnosti v deželah z Zika virusom, se svetuje dodaten odvzem vzorca plodovih tkiv (možgani, koža,...) za direkten dokaz virusa.
- Odvzem popkovne krvi, popkovnice in/ali amnijskih ovojev ob porodu za javno ali zasebno hrambo pri ženskah, ki so v času nosečnosti bivale v deželah z Zika virusom, odsvetujemo.

- Dojenje otrok pri ženskah, ki so bile okužene z Zika virusom v nosečnosti, je varno.

Septembra 2016 so bile posodobljene slovenske smernice, ki so bile sestavljene s strani NIJZ, IMI, Infekcijske klinike in Ginekološke klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, ki so z algoritmom obravnave in vprašalnikom za preiskovanca dostopne na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/obravnavasuma_naokuzbo_zikv_algoritem_12_9_2016.pdf

Algoritem obravnave bolnika



Literatura:

1. Zika virus infection. www.ecdc.europa.eu. European Centre for Disease Protection and Control. September 2016
2. For Health Care Providers: Clinical Evaluation & Disease. Zika Virus. DVBD, NCEZID, Centers for Disease Control and Prevention. September 2016.
3. Symptoms, Diagnosis, & Treatment. Zika Virus. DVBD, NCEZID, Centers for Disease Control and Prevention
4. Zika virus, Fact sheet. www.who.int/mediacentre/factsheets/zika. June 2016.
5. Zika Situation Report. World Health Organization.
6. Oliveira Melo, A. S.; Malinge, G.; Ximenes, R.; Szejnfeld, P. O.; Alves Sampaio, S.; Bispo de Filippis, A. M. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg? *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 47 (1): 6–7.
7. Interim clinical guidelines on Zika virus infection and pregnancy. www.rcog.org.uk/en/news/interim-clinical-guidelines-on-zika-virus-infection-and-pregnancy. January 2016
8. European Centre for Disease Prevention and Control. Zika virus epidemic in the Americas: potential association with microcephaly and Guillain-Barré syndrome. January 2016.
9. Petersen, Emily E.; Staples, J. Erin; Meaney-Delman, Dana; Fischer, Marc; Ellington, Sascha R.; Callaghan, William M.; Jamieson, Denise J. Interim Guidelines for Pregnant Women During a Zika Virus Outbreak – United States, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 65 (2): 30–33.

ZANESLJIVOST NEINVAZIVNEGA PRENATALNEGA TESTIRANJA NA OSNOVI PROSTE PLODOVE DNA ZA NAJPOGOSTEJŠE KROMOSOMSKE ANEUPLOIDIJE: SISTEMATIČNI PREGLED RELEVANTNIH PUBLIKACIJ

prim. Darija Strah, dr.med, spec. gin. in por.

Diagnostični center Strah, Slamnikarska 3a, Domžale,
darija@strah.si

Janez Bernik, dipl. uni. bth.

Geneplanet d.o.o.,
Cesta na Poljane 24,
1210 Ljubljana-Šentvid,
janez.bernik@geneplanet.com

Izhodišča

Amniocenteza in biopsija horionskih resic kot dokončni diagnostični metodi sta zlati standard predrojstvene diagnostike za ugotavljanje kromosomskih nepravilnosti ploda. Metodi sta invazivni in v približno 0,5–1 % povzročita prekinitve nosečnosti zaradi spontanega splava po posegu. Neinvazivno predrojstveno DNA testiranje (NIPT) temelji na analizi proste plodove DNA iz krvi nosečnice. Je visoko zanesljiv presejalni test za odkrivanje najpogostejših kromosomskih nepravilnosti ploda. V preglednem znanstvenem prispevku smo analizirali relevantne publikacije, ki obravnavajo vpeljavo NIPT testiranja v klinično prakso.

Metode

V raziskavo je bilo vključenih 15 relevantnih publikacij, objavljenih med letoma 2011 in 2016, ki obravnavajo tematiko NIPT testiranja v klinični praksi z različnimi metodologijami in v različnih populacijah. Publikacije smo iskali po znanstvenih bazah PubMed, Ovid Medline in Ovid Embase. Kriteriji za vključitev publikacije v pregledni članek so bili: publikacija v angleškem jeziku, publikacija obravnava vsaj 1000 nosečnic, ki so opravile NIPT testiranje in za katere je poznan končni rezultat nosečnosti, publikacija mora obravnavati vsaj trisomije kromosomov 21, 18 in 13.

Rezultati

Preliminarni pregled navedenih baz z izbranimi ključnimi besedami je pokazal na več kot 1000 publikacij. Po upoštevanju dodatnih kriterijev (število obravnavanih nosečnic), smo število publikacij močno zmanjšali. Po dodatnem pregled izvlečkov dobljenih zadetkov smo v nadaljno podrobno analizo vključili 15 najrelevantnejših publikacij. Združeni rezultati vseh študij kažejo več kot 99 % specifičnost testiranja za tri najpogostejše trisomije kromosomov 21, 18 in 13.

Diskusija

Neinvazivno predrojstveno DNA testiranje (NIPT), ki temelji na analizi proste plodove DNA iz krvi nosečnice kaže izredno visoko senzitivnost in specifičnost za Downov sindrom. Kljub temu pa zaradi bioloških in tehnoloških omejitev tovrstno testiranje ni primerno za končno diganozo v primeru visokorizičnih primerov. Stopnja detekcije in specifičnost testiranja je malenkost nižja pri Edwardsovemu in Patau sindromu. Raziskava ni pokazala statistično značilne razlike v zanesljivosti testiranja z uporabo različnih metodologij. Objavljene publikacije kažejo, da je NIPT testiranje trenutno primerno za enoplodne in dvoplodne nosečnosti. Pri tem je potrebno upoštevati, da je stopnja detekcije najpogostejših kromosomskih nepravilnosti pri dvoplodnih nosečnostih nižja kot pri enoplodnih nosečnostih.

Zaključki

Naši rezultati potrjujejo, da je NIPT hiter, varen in visoko zanesljiv napreden presejalni test za določanje najpogostejših kromosomskih nepravilnosti pri plodu. NIPT bi v do sedaj uveljavljeni klinični praksi lahko značilno znižal število nepotrebnih invazivnih preiskav in s tem tudi število spontanih splavov, ki jih invazivna diagnostika lahko povzroči.

UMETNA PREKINITEV NOSEČNOSTI PO SVETU IN PRI NAS

Abortion worldwide and in Slovenia

izr. prof. Bojana Pinter, dr. med., spec. gin. in por., mag. ekon. in posl. ved

Univerziteti klinični center Ljubljana

Ginekološka klinika

bojana.pinter@guest.arnes.si

IZVLEČEK

Vsaka nosečnost ni načrtovana nosečnost in umetna prekinitve nosečnosti (UPN) ali dovoljeni splav je odgovor na neželjeno nosečnost. Dobra petina vseh nosečnosti se konča z umetno prekinitvijo nosečnosti. Dostopnost UPN v svetu je različna in je odsev kulturnega in ekonomskega razvoja ter verskih prepričanj v vsaki državi. V prispevku so opredeljeni zakonski, epidemiološki in medicinski vidiki dovoljenega splava v svetu in pri nas.

Ključne besede: splav, vakuumska aspiracija, antiprogestogen

Abstract

Each pregnancy is not planned pregnancy and abortion or permitted abortion is the answer to unwanted pregnancy. One fifth of all pregnancies end in an abortion. Availability of abortion is different and is a reflection of the cultural and economic development and religious beliefs in each country. The article defines the legal, medical and epidemiological aspects of legal abortion in the world and in our country.

Key words: termination of pregnancy, vacuum aspiration, antiprogestogen

Uvod

Umetna prekinitve nosečnosti (UPN) oz. dovoljeni splav kot javni zdravstveni problem pogosto povzroča temeljna nesoglasja med različnimi stališči, ki so posledica različnih etičnih pogledov in kulturnih vplivov. Vsaka nosečnost ni načrtovana nosečnost in UPN je odgovor na neželjeno nosečnost (Pinter, 2004). Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije vsako leto zanosi približno 210 milijonov žensk po svetu: 15% nosečnosti se konča s spontanim splavom ali mrtvorojenostjo, 22% z UPN in 63% z rojstvom živega otroka. Vsako leto 50 milijonov žensk umetno prekine nosečnost; 22 milijonov UPN je opravljeno v nevarnih, tveganih, običajno nelegalnih pogojih. Vsako leto 47.000 žensk umre zaradi posledic UPN, večinoma zaradi tvegane UPN, 130 žensk vsak dan. Poleg tega ima 5 milijonov žensk na leto hude posledice zaradi zapletov po nevarnem splavu. Raba kontracepcije je izjemno

zmanjšala potrebo po prekinitvi neželene nosečnosti, vendar pa je še ni odpravila. Ocenjuje se, da vsako leto 33 milijonov žensk zanosi kljub uporabi kontracepcije (WHO, 2012).

V državah, kjer je zakonska omejitev do splava in kjer nastopajo še druge ovire, ki zmanjšujejo dostopnost do splava, ženske iščejo pomoč pri strokovno neusposobljenih osebah in s tem tvegajo svoje zdravje in tudi življenje. Tvegan splav (angl. unsafe abortion) je s strani Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) opredeljen kot postopek prekinitve nosečnosti, ki ga izvedejo osebe brez potrebnih znanj in veščin ali v okolju, ki ne zadošča minimalnim kliničnim standardom, ali oboje. Nasprotno je varen splav (angl. safe abortion) opredeljen kot postopek, izveden v čim zgodnejši nosečnosti, kjer je odgovorno osebe usposobljeno in strokovno, doseženi pa so tudi primerni zdravstveni in higienski standardi, izvedeni z eno od varnih in preverjenih ter učinkovitih metod – kirurško ali z zdravili – in kjer država ženskam zagotavlja dostop do storitve z ustrežno pravno podlago in zaščito (WHO, 2003). UPN je v Sloveniji dovoljena na zahtevo nosečnice, če nosečnost ne traja več kot 10 tednov. Če je že ob prvem pregledu ugotovljena višja nosečnost kot 10 tednov, o zahtevi nosečnice odloča Komisija I. stopnje za UPN (Maček, 2004).

V prispevku so opredeljeni zakonski, epidemiološki in medicinski vidiki dovoljenega splava v svetu in pri nas.

Zakonska ureditev UPN

Zakonodaja o UPN v svetu in Evropi je odsev kulturnega in ekonomskega razvoja ter verskih prepričanj v vsaki državi. Pri zakonodajni o UPN npr. v Evropi, srečamo več različnih nivojev legalizacije in liberalizacije dovoljenega splava (Pinter, 2002):

- UPN popolnoma prepovedana: Malta, Andora
- UPN dovoljena v primeru, ko je ogroženo življenje ženske: Irska
- UPN dovoljena v primeru, ko je ogroženo življenje ženske ali njeno telesno zdravje, pri anomalijah ploda, po posilstvu: Poljska
- UPN dovoljena v primeru, ko je ogroženo življenje ženske, njeno telesno ali duševno zdravje: Luksemburg
- UPN dovoljena iz prejšnjih razlogov ter iz socialno-ekonomskih razlogov: Ciper, Finska, Združeno Kraljestvo (izjema Severna Irska, otok Man: le, če ogroženo življenje ženske, letalne anomalije ploda)
- UPN dovoljena na prošnjo/zahtevo: Albanija, Avstrija, Belorusija, Belgija, Bosna in Hercegovina, Bolgarija, Češka, Črna gora, Danska, Estonija, Francija, Grčija, Hrvaška, Italija, Latvija, Litva, Makedonija, Moldavija, Nemčija, Nizozemska, Norveška, Portugalska, Romunija, Rusija, Slovaška, Slovenija, Srbija, Španija, Švedska, Švica, Ukrajina, Turčija.

V državah, kjer je UPN dovoljena na prošnjo ali iz socialno-ekonomskih razlogov, zakon običajno predvideva določene pogoje in omejitve izvajanja dovoljenega splava (Pinter, 2002):

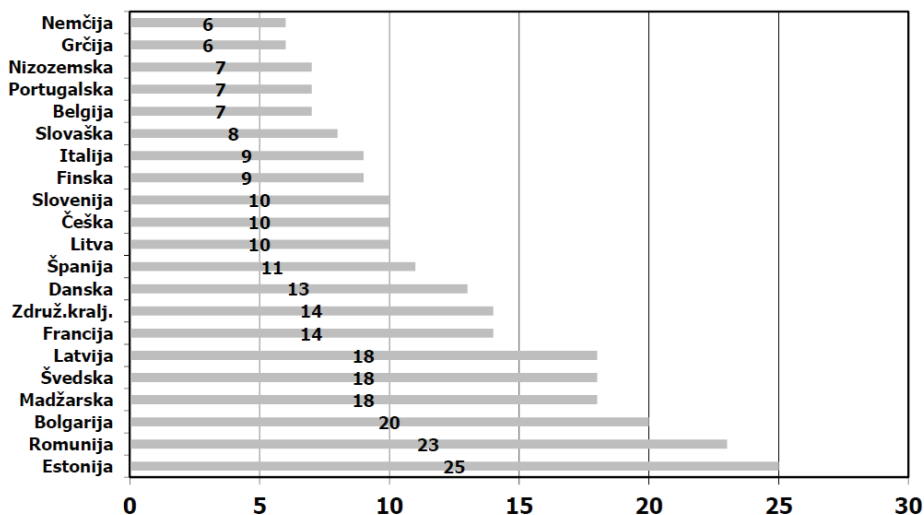
- Gestacijska starost: v večini držav z liberalno zakonodajo je splav dovoljen na prošnjo/zahtevo do 10. tedna (Slovenija, Turčija) oz. 12. tedna nosečnosti (večina) ali 14. tedna nosečnosti (Belgija), redko do 18. tedna (Švedska), 22. tedna (Nizozemska) ali 24. tedna (Velika Britanija). V večini primerov je splav dovoljen v kasnejši nosečnosti, če gre za posebne okoliščine (npr. posilstvo, incest, fetalne malformacije) ali indikacije matere.
- Služba in izvajalci: dovoljeni splav se večinoma izvaja v pooblaščenih zdravstvenih centrih in ga v večini opravljajo ginekologi ali posebej usposobljeni splošni zdravniki.
- Pristanek staršev: v številnih državah je pristanek staršev mladoletnih oseb (starostna meja za pristanek staršev je različna – 15–18 let) zaželen (Nizozemska, Velika Britanija) ali obvezen (Avstrija, Češka, Danska, Estonija, Grčija, Italija, Latvija, Litva, Luksemburg, Madžarska, Moldavija, Nemčija, Norveška, Poljska, Portugalska, Romunija, Rusija, Slovaška, Švedska, Turčija). V Turčiji mora pristanek podati tudi mož, če je ženska poročena.
- Svetovanje: v nekaterih državah je svetovanje obvezno, da je zagotovljeno, da ženska popolnoma razume postopek in včasih tudi zato, da se jo odvrne od UPN: Albanija, Belgija, Francija (le mladoletnice), Nemčija, Madžarska, Nizozemska, Poljska, Rusija, Španija, Turčija.
- Čas za premislek (čakalna doba): nekatere države imajo uzakonjen tudi čas za premislek (3 do 7 dni): Belgija, Francija, Nemčija, Madžarska, Nizozemska, Poljska.
- Plačilo splava: v vseh vzhodnoevropskih državah, Turčiji in Avstriji morajo ženske same plačati UPN (80-380 EURO). Kritje stroškov s strani zdravstvenega zavarovanja v vzhodnoevropskih državah je bilo ukinjeno v 90. letih prejšnjega stoletja in pomeni hudo krčenje reproduktivnih pravic žensk, saj tveganju tveganega splava izpostavlja socialno najbolj ogrožene ženske.

Liberalizacija zakonodaje še ne pomeni, da je UPN dostopna. Lahko jo omejuje dostopnost službe (npr. v zahodni Avstriji, nekateri deli Nemčije, Španije, Velike Britanije, Turčije) ali zahtevano plačilo (Pinter, 2004).

Epidemiologija UPN

Pred 20 leti so imele države Vzhodne Evropa najvišje deleže dovoljene splavnosti (Romunija 78/1000 žensk, leta 1996) in države Zahodna Evrope najnižje (Nizozemska 6,5/1000, leta 1996) (Pinter, 2004). Zadnji primerljivi podatki iz leta 2009 pa kažejo, da je v Evropski uniji najvišja dovoljena splavnost v Estoniji (25/1000 žensk), najnižja pa v Nemčiji 6/1000 žensk. Slovenija po deležu dovoljene splavnosti 10/1000 žensk starih uvršča med boljše države EU (Slika 1) (da Silva, et al., 2011).

Slika 1: Dovoljena splavnost v Evropski uniji, št. UPN/1000 žensk starih 15-49 let, leta 2009



Podatki za Slovenijo sicer kažejo, da dovoljena splavnost še vedno upada, leta 1980 je bila 40/1000 žensk starih 15-49 let, leta 2014 pa 9/1000. Starostno specifična starost ni pomembno različna med ženskami, starimi od 20 do 39 let (od 12-14/1000 leta 2014), nižja pa je pri mladostnicah, starih 15-19 let, in ženskah, starih 40-44 let (5/1000). Splavnost je višja v vzhodni Sloveniji (najvišjo splavnost beležimo v podravski in spodnjeposavski regiji), najnižja pa je v goriški in notranjsko-kraški regiji (NIJZ, 2017).

Medicinski vidiki UPN

Legalen splav je najpogosteje tudi varen, čeprav to ni pravilo. V nekaterih državah, kjer je splav legalen, vsi postopki prekinitve nosečnosti niso varni (npr. v Indiji), in v nekaterih državah, kjer splav ni legalen, lahko ženske kljub temu varno prekinejo

neželeno nosečnost (npr. Poljska). Z uporabo modernih metod prekinitve nosečnosti se je umrljivost žensk zaradi splava zmanjšala na manj kot 1 na 100.000 UPN, kar je desetkrat nižje kot tveganje, da ženska umre zaradi nosečnosti ali poroda v razvitih državah. Najpomembnejši mejnik v razvoju varnega postopka prekinitve nosečnosti je bila vpeljava in široka razširitev metode vakuumske aspiracije, v kateri je ključno in zgodovinsko vlogo odigrala slovenska ginekologija, s prof. Novakom in prof. Andolškovo na čelu.

Tehnika vakuumske aspiracije je prišla iz Rusije. Vrsta let je pretekla preden se je nova tehnika uveljavila tudi v zahodnem razvitem svetu. Simpsonovo idejo (1863), da bi uporabil vakuum za umetno prekinitve nosečnosti, je ponovno uporabil Rus Bikov (1927), za njim pa še Kitajci leta 1958 (Tsai Kuang Tsung, Wu Yan Tai in Wu Chien Chen). Vakuumsko aspiracijo s pomočjo električne črpalke so razvili ruski avtorji. Prvo električno vakuumsko črpalko z mehaničnim drobilcem tkiv sta leta 1960 uporabila Melks in Rose, drugo enostavnejšo pa leta 1961 Zubejev. Ruski avtorji so poročali, da je nova metoda v primerjavi s klasično prekinitvijo nosečnosti (s kleščami za abortus in kireto) hitrejša, manj boleča ter povezana z manjšo izgubo krvi. Zaradi teh prednosti se je metoda v državah vzhodne Evrope hitro uveljavila (Tomažević, 2004).

Idejo o novem načinu prekinitve nosečnosti je iz Rusije v Ljubljano leta 1963 prinesel prof.dr. Franc Novak. Ker nova tehnika po Zubejevem opisu iz tedanje Sovjetske zveze ni bila dostopna, so ginekologi leta 1964 po ruskem tekstu pod mentorstvom prof. dr. Draška Vilfana skonstruirali lasten vakuumski aspiracijski sistem s kovinskimi nastavki premera 6, 8 in 12 mm. V nekaj letih so se vsi slovenski ginekologi seznanili z novo tehniko prekinitve nosečnosti. Dilatacijo in kiretažo (D&C) je pri prekinitvah nosečnosti do 12. tedna povsem zamenjala nova tehnika vakuumske aspiracije (Tomažević, 2004).

V kasnih šestdesetih letih prejšnjega stoletja so o dobrih slovenskih izkušnjah z novo varnejšo tehniko slovenski zdravniki seznanili zahodni svet. Kot v poglavju o zgodovini splava poroča Carole Joffe, je leta 1968 prof.dr. Franc Novak osebno poučil ameriške zdravnike o tehniki in prednostih vakuumske prekinitve nosečnosti. Njegovo predstavitev ter film o prednostih vakuumske aspiracije pred D&C glede enostavnosti in varnosti postopka, so ameriški zdravniki sprejeli z velikim navdušenjem. Mnogi avtorji so poudarili prednosti vakuumske aspiracije pred postopkom dilatacije in kiretaže, vendar v literaturi do leta 1973 ni bilo analize, ki bi prospektivno primerjala obe metodi med seboj. Takšno analizo, ki je nastala v sodelovanju z ameriškimi in jugoslovanskimi strokovnjaki, sta leta 1973 objavila prof. dr. Franc Novak in prof.dr. Lidija Andolšek-Jeras s sodelavci. S pomočjo omenjene študije so bile dokončno znanstveno potrjene prednosti nove metode: večja enostavnost, večja varnost, manjša izguba krvi, manjše število vnetnih zapletov, krajša hospitalizacija. S študijo je bilo tudi ugotovljeno, da po desetem tednu nosečnosti vakuumska aspiracija brez kiretaže ni dovolj in da je RhD negativne ženske kljub vakuumski aspiraciji potrebno zaščititi z RhD anti imunoglobulinom (Tomažević, 2004).

V zadnjih desetletjih se je razvil tudi nekirurški način prekinitve nosečnosti z zdravili. Leta 1983 so v Franciji začeli preizkušati antiprogestogen mifepriston (RU 486), ki so ga za uporabo odobrili leta 1988, za njimi pa so ga registrirali v Veliki Britaniji in na Švedskem ter na Kitajskem leta 1992 in leta 2000 tudi v ZDA. Danes je mifepriston registriran že v večini državah sveta. V osemdestih letih prejšnjega stoletja smo na Ginekološki kliniki Kliničnega centra v Ljubljani, kot sodelujoči center za klinične raziskave pri SZO, začeli tudi pri nas preizkušati mifepriston in tako pomagali oblikovati najbolj optimalen režim za medikamentno UPN (Pinter, 2007). V Franciji, in tudi v ZDA, je do 49. dne amenoreje v uporabi protokol s 600 mg mifepristona peroralno, ki mu po 36 µg 48 urah sledi 400 µg misoprostola peroralno. Na Švedskem je do 63. dne amenoreje v uporabi protokol z 200 mg mifepristona peroralno in čez 36 µg 48 ur 1 mg gemeprosta vaginalno. V Veliki Britaniji pa je do 63. dne amenoreje v uporabi protokol z 200 mg mifepristona peroralno in 800 µg misoprostola vaginalno. V Sloveniji od leta 2004 uporabljamo v I. trimesečju prav tako protokol z 200 mg mifepristona peroralno in 800 µg misoprostola vaginalno (Pinter, 2010).

Zaključek

Urejena zakonodaja, ki dovoljuje umetno prekinitve nosečnosti iz osebnih razlogov, je temelj varne prekinitve nosečnosti. Zato je pomembno, da je legalna in varna prekinitve nosečnosti dostopna vsem ženskam.

Literatura

1. da Silva, MO., et al., 2011. The Reproductive Health Report. The state of sexual and reproductive health within the European Union. 2007110 - Final Report - July 2011. *Eur J Contracept Reprod Health Care*,16 (Suppl 1), pp. S12-23.
2. Maček, M., 2004. Pravni vidiki umetne prekinitve nosečnosti v Sloveniji. In: Pinter, B., Pretnar-Darovec, A., eds. I. *spominski sestanek prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras »Umetna prekinitve nosečnosti v Sloveniji«, Ljubljana 19.11.2004*. Ljubljana: SPS Ginekološka klinika KC Ljubljana, pp. 23 - 26.
3. Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). NIJZ podatkovni portal. Zdravstveno stanje prebivalstva. Available from: <https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/> [12. 3. 2017].
4. Pinter, B., 2002. Medico-legal aspects of abortion in Europe. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 7: pp. 15 - 19.
5. Pinter, B., 2004. Umetna prekinitve nosečnosti v Sloveniji in Evropi. In: Pinter, B., Pretnar-Darovec, A., eds. I. *spominski sestanek prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras »Umetna prekinitve nosečnosti v Sloveniji«, Ljubljana 19.11.2004*. Ljubljana: SPS Ginekološka klinika KC Ljubljana, pp. 12 - 16.

6. Pinter, B., Aubeny, E., Bartfai, G., Loeber, O., Ozalp, S., Webb, A., 2005. Accessibility and availability of abortion in six European countries. *Eur J Contracept Reprod Helath Care*, 10: pp. 51 - 58.
7. Pinter, B., Pretnar-Darovec, A., Vogler, A. & Taneska, P., 2007. Sodobni vidiki umetne prekinitve nosečnosti. In: Takač, I., ed. *50 let načrtovanja družine v Mariboru: mednarodni znanstveni simpozij, Univerzitetni klinični center Maribor, 15. 6. 2007*. Maribor: Univerzitetni klinični center, pp. 299 - 311.
8. Pinter, B., 2010. Predstavitev zdravil za prekinitve nosečnosti. In: Tul, N., Štolfa-Gruntar, A., eds. *Prekinitve nosečnosti z zdravili v 1. in 2. trimesečju nosečnosti: zbornik. Ljubljana, 19. marec 2010*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino, pp. 1 - 7.
9. Tomažević, T., 2004. Slovenski prispevek k zgodovini tehnike vakuumske aspiracije In: Pinter, B., Pretnar-Darovec, A., eds. *I. spominski sestanek prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras »Umetna prekinitve nosečnosti v Sloveniji«, Ljubljana 19.11.2004*. Ljubljana: SPS Ginekološka klinika KC Ljubljana, pp. 17 - 19.
10. World Health Organization, 2003. *Safe abortion: Technical and policy guidance for health system*. Geneva: World Health Organization, pp. 12 - 14.
11. World Health Organization, 2012. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems – 2nd ed*. Geneva: World Health Organization, pp. 17. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf [12. 3. 2017].

POROD DOMA - NEODGOVORNA KAPRICA ALI PREMIŠLJENA ODLOČITEV?

Home birth – irresponsible whim or educated decision?

Nina Radin, dipl. slik., dipl. bab.

Samostojna babica Nina Radin s.p.,

Bernekerjeva ulica 31, Ljubljana

nina.radin@babice.si

IZVLEČEK

Slovenija spada med tiste države, kjer se je, s prestavitvijo poroda v porodnišnice, tradicija rojevanja doma povsem prekinila. V zadnjih letih se zanimanje za porod doma povečuje. Porodi doma se ločijo po namenu (načrtovan ali nenačrtovan) in obporodni pomoči, katere je deležna ženska (asistirana ali neasistirana, legalna ali nelegalna). Če upoštevamo temeljne potrebe rojevajoče ženske, je za nekatere najbolj podporno in primerno okolje za rojevanje lastni dom. Normalni porod doma vsebuje redno spremljanje porodnice in ploda, v primerih odstopanj pa se uporabi posege oz. izvede aktivnosti, katerih normalno potekajoč porod ne vsebuje. Ženska je v nosečnosti seznanjena z možnimi tveganji pri porodu v vseh porodnih dobah ter v poporodnem obdobju; pozna tudi razloge za premestitev v porodnišnico med ali po porodu. Za porod doma se lahko odloči le sama, pod pogojem, da je k temu nihče ni prisilil ali pregovoril. Nosečnica je seznanjena tudi z dodatnim delom v prvih dneh po rojstvu otroka: s prijavo rojstva in pridobitvijo potrdila zdravnika, pregledom otroka pri pediatru ter neonatalnimi presejalnimi testi. Ženska se za porod doma odloči avtonomno, odgovorno in premišljeno.

Ključne besede: babištvo, porod doma, informirana izbira

Abstract

Slovenia is one of the countries where the homebirth tradition ended concurrently with the rise of hospital births; however, in the past few years home births are regaining their popularity. Homebirths are distinguishable by their intention (planned vs unplanned) and intrapartum care (assisted vs unassisted, legal vs illegal). Considering the basic needs of a laboring woman, a homebirth is the most supportive and suitable environment for some. Normal labor at home includes regular monitoring of a pregnant woman and a fetus, but in the case of deviation, interventions, that are not part of normal birth, are used. During pregnancy, woman is informed about the possible risks during all stages of labor and the postpartum period, so that she is aware of the reasons to transfer to the hospital during or following the birth. The decision for homebirth rests solely with the woman, provided no one for-

ced or convinced her into it. Pregnant woman is also informed about the following additional tasks the family needs to fulfill during the first few days after birth: birth registration, obtaining doctor's certificate, newborn check up at pediatrician and neonatal screening tests. Thus woman is empowered to make responsible and educated decisions about homebirth.

Keywords: homebirth, informed decision, midwifery

Uvod

Slovenija spada med tiste države, kjer se je, s prestavitvijo poroda v porodnišnice, tradicija rojevanja doma povsem prekinila. Sočasno s tem je začelo zamirati zavedanje, da sta porod in rojstvo popolnoma fiziološki stanji v življenju ženske in otroka. Kot odgovor na medikalizirano obporodno oskrbo se v zadnjih letih krepi potreba po rojevanju, ki ni medicinski dogodek in kjer je v središče porodnega dogajanja postavljena ženska s svojimi individualnimi potrebami. Poleg tega se krepi tudi težnja, da intimen dogodek, kot porod je, ostane v zasebnosti doma. Namen in cilj je prikazati kakšnih informacij in oskrbe so deležne ženske, ki se odločijo za porod doma.

Porodno okolje

Večino človeške zgodovine (t. j. vse do 20. stoletja) sta se porod in rojstvo odvijala v domačem okolju. Slovenija spada med tiste evropske države (praviloma gre za nekdanje komunistične), kjer je bila, s premikom porodov v porodnišnico, tradicija rojevanja doma praktično povsem prekinjena. Hkrati s premikom rojstev v porodnišnico je pričelo zamirati zavedanje, da sta porod in rojstvo popolnoma normalni stanji v življenju; nadomestilo ga je prepričanje, da gre za potencialno katastrofalna dogodka, za katera je najprimernejše, oz. celo več: edino primerno bolnišnično okolje. Za bolnišnično okolje je značilna visoka stopnja medikalizacije (klistir, britje, pogosti vaginalni pregledi, vstavev intravenozne kanile, sproženje in pospeševanje poroda, umetno predrtje plodovih ovojev, narekovano pritiskanje, rojevanje na hrbtu – četudi s privzdignjenim vzglavjem, epiziotomija, pritisk na fundus, rutinsko aktivno vodenje 3. porodne dobe, idr.).

Kot odgovor na medikalizirano obporodno oskrbo se v zadnjih letih krepi potreba po rojevanju/rojstvu, ki ni medicinski dogodek in kjer je v središče porodnega dogajanja postavljena ženska s svojimi individualnimi potrebami ter kjer je število intervencij zmanjšano na minimum. Hkrati s tem se krepi težnja po rojevanju v izvenbolnišničnem okolju. Ker v Sloveniji nimamo avtonomnih babiških centrov ali hiš, se nekatere ženske odločijo za porod pri babicah v tujini. Hkrati pa se v zadnjih letih znova pojavlja potreba po rojevanju v domačem okolju. Točnih številk nimamo, ocenjujemo lahko, da gre za nekaj 10 porodov letno, kar pomeni, da načrtovane

porode doma šteje v do par promilih. V preteklosti so bile ženske, ki so se odločile roditi doma, prepuščene lastni iznajdljivosti in zasebnim skrivnim dogovorom z babicami, slovenskimi ali tujimi. Sedaj si je možno babiško porodno oskrbo zagotoviti povsem legalno: pričelo se je z začasnimi vpisom tuje babice v register pri ministrstvu za zdravje, od leta 2014 naprej pa se nadaljuje tudi s slovenskimi babicami.

Kategorizacija porodov doma

Kadar govorimo o porodu doma, je smiselno ločevati med porodi glede na namen in oporodno pomoč, ki jo je deležna porodnica. Glede na namen ločimo načrtovan in nenačrtovan porod doma; glede na porodno oskrbo pa ločimo neasistiran in asistiran porod doma. Babiška pomoč pri porodih je lahko legalna ali nelegalna. Namen in izbira porodne podpore lahko pomebno vplivata na porodni izhod; pričakujemo lahko, da je delež zapletov pri neasistiranih porodih in porodih brez ustrezne strokovne podpore, višji kot pri porodih, kjer je prisotna usposobljena strokovna oseba.

Načrtovan in nenačrtovan porod doma

Načrtovan porod doma je porod, kjer se ženska vnaprej odloči, da bo rodila doma. Nenačrtovan porod doma je tisti, kjer se ženska ni odločila, da bo rodila doma, pa tam vseeno rodi; navadno gre za porod, ki se odvije tako hitro, da ženska rodi preden se uspe odpraviti v porodnišnico. Nenačrtovan porod doma poteka v večini primerov brez strokovne pomoči ali s pomočjo nujne medicinske pomoči (NMP). Načrtovan porod doma poteka – odvisno od izbire ženske – z ali brez strokovne pomoči. Posledično je pri nenačrtovanem porodu doma večja verjetnost, da bo tekom poroda prisoten strah, tesnoba ali celo panika (pri porodnici in/ali drugih prisotnih osebah), kar lahko doprinese h komplikacijam ali pa negativni porodni izkušnji – za razliko od načrtovanega poroda doma, kjer porod poteka praviloma sproščeno in mirno.

Asistiran in neasistiran porod doma

Asistiran porod doma je porod, kjer ima porodnica ob sebi babico (zdravnika ali drugega zdravstvenega strokovnjaka) ali drugo osebo, ki deluje kot babica (četudi to ni; npr. posluša plodove srčne utripe, izvaja vaginalne preglede, meri temperaturo in krvni tlak porodnice, ipd.). Število ostalih spremljevalnih oseb ni določeno - ženska rojeva s spremljevalci po lastni izbiri.

Neasistiran porod je v svojem temeljnem pomenu tisti, kjer ženski pri porodu ne pomaga ne babica, ne zdravnik in kjer nihče od prisotnih ne deluje kot babica. Potek poroda določa ženska sama. Pri neasistiranih porodu ženska rojeva bodisi sama, s partnerjem ali v krogu prijateljev in/ali družine (svoje mame, bodočih starih staršev ali drugih družinskih članov). Spremljevalci do določene mere sodelujejo pri porodu,

vendar pa ženski nihče ne daje navodil, kako naj rojeva, kdaj naj pritiska in kateri položaj naj zavzame. Občasno lahko kdo ponudi kakšen predlog, a se smatra, da je za svoje telo pravi strokovnjak rojevajoča ženska sama (Kaplan Shanley, n. d.; Anon., n. d. a).

Legalna in nelegalna porodna pomoč

Babištvo kot reguliran poklic spada med tiste, ki jih urejajo področne direktive. Reguliran poklic oziroma regulirana poklicna dejavnost je tisti poklic oziroma poklicna dejavnost, katerih pogoje opravljanja določa zakon ali podzakonski akt (Evidenca reguliranih poklicev, 2006; Anon., n. d. b; Anon., n. d. c). Babiško dejavnost na domu je možno opravljati v okviru lastne babiške dejavnosti povsem legalno. Zdravstveno dejavnost namreč lahko, na podlagi dovoljenja ministrstva, pristojnega za zdravje, opravljajo domače in tuje pravne in fizične osebe, če izpolnjujejo pogoje, ki jih določa Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB1, 2004). Babica, državljanka države članice Evropske unije, ki opravlja dejavnost babiške nege na območju druge države članice Evropske unije in želi v Republiki Sloveniji občasno opravljati storitve v dejavnosti babiške nege, pred začetkom občasnega opravljanja teh storitev to prijavi pri Zbornici – Zvezi. Po prejemu popolne prijave se babica začasno vpiše v register (Pravilnik o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege, 2016).

Babice, ki spremljajo ženske pri porodih doma, pa nimajo dovoljenja Ministrstva za zdravje za samostojno opravljanje babiške dejavnosti, tuje babice, ki niso začasno vpisane v register in druge osebe, ki niso pridobile babiške izobrazbe, a kot babice delujejo, delajo prikrito.

Temeljne potrebe rojevajoče ženske

Če upoštevamo temeljne potrebe rojevajoče ženske – da se počuti varna in neopazovana, da mora izključiti razmišljujoči del možgan, da potrebuje tišino, temo ali pridušeno svetlobo in da pri porodu ni prisoten adrenalin (Ehrhardt, 2011), lahko zaključimo, da je za nekatere ženske najbolj podporno in primerno okolje za rojevanje lastni dom. Temo ali pridušeno svetlobo je moč relativno enostavno zagotoviti v katerem koli porodnem okolju. Težje pa je zagotoviti tišino v okoljih, kjer rojeva več žensk hkrati in kjer porodni prostori niso ustrezno zvočno izolirani. Še težje je ženskam, ki se (iz različnih vzrokov) v bolnišnicah ne počutijo varne, zagotoviti občutek varnosti. Če se ženska počuti varneje v svojem domačem okolju, bolnišnično pa ji predstavlja stres, bo rojevanje v bolnišnici njen porod zelo verjetno oteževalo oz. zaviralo, kar lahko botruje težjemu ali daljšemu porodu ali potrebi po uporabi različnih intervencij (npr. sproženje ali pospeševanje poroda, instrumentalni ali operativni zaključek poroda, ipd.). Podobno bi za žensko, ki se počuti varno le v bolnišničnem okolju, rojevanje doma predstavljalo stres, zaradi česar je idealno okolje zanje bolnišnica.

Varnost

V Sloveniji skrb za varnost pri porodu doma sistemsko ni posebej urejena, hkrati je v družbi precej pogosto prisotna misel, da je porod doma nevaren, ženska, ki se zanj odloči, pa neodgovorna ali celo sebična, kajti bolj naj bi ji bila pomembna lastna porodna izkušnja, kot pa zdravje otroka. Hkrati je moč slišati očitke, da so ženske pozabile, kako pogosto so pred stoletjem umirale naše predhodnice in novorojenčki. Na drugi strani lahko pri nekaterih zagovornikih naravnih porodov slišimo prepričanje, da porod pri nosečnici z nizkim tveganjem ni nevaren dogodek in do komplikacij pride le zato, ker se osebe, ki je pri porodu prisotno, preveč vmešuje v porod; nekateri menijo, da je komplikacije vedno moč pravočasno prepoznati.

Normalni porod doma vsebuje redno preverjanje vitalnih znakov porodnice in ploda, spremljanje napredovanja poroda in dokumentiranje vseh relevantnih podatkov. Po porodu babica oceni novorojenčka po Apgarjevi, novorojenčka izmeri in stehta, preveri krvavitev, involucijo maternice in poškodbe porodne poti, posteljico ter popkivnico, če je potrebno, pomaga pri vzpostavljanju dojenja, preveri vitalne znake otročnice in novorojenčka ter nudi tri dnevno poporodno babiško oskrbo.

Tudi doma lahko med porodom pri zdravi nosečnici z nizkim tveganjem, nastopi situacije, ko mora babica uporabiti posege oz. izvesti aktivnosti, katerih normalno potekajoč porod ne vsebuje. Mednje sodijo npr.: vstavitev intravenozne kanile, intravenozno nadomeščanje tekočin, ustavljanje krvavitve, nudenje popolne prve pomoči materi ali otroku, prerez presredka, šivanje epiziotomijske rane ali raztrganine, kateterizacija mehurja, različni manevri za reševanje zapletov ter premestitev v porodnišnico. Babica žensko o nameravanih aktivnostih in postopkih seznanjati pred izvajanjem, razen, če to ne bi bilo mogoče, intervencija pa je nujna, pridobi njeno soglasje.

Birthplace in England Collaborative Group (2011) pravijo, da je tveganje za novorojenčka primipare pri porodu doma povečano v primerjavi s porodom v porodnišnici. Nasprotno pa druge študije kažejo, da je porod doma pri ženski z nizkim tveganjem, ob manj intervencijah, enako varen kot porod v porodnišnici (Janssen, et al., 2009; Cheyney, et al., 2014; de Jonge, et al., 2015; Halfdansdottiret, et al., 2015; Hutton, et al., 2016).

Informiranost

Ženska, ki se odloči za porod doma, se že v nosečnosti spozna in odloči za babico, ki oceni, če obstajajo objektivne okoliščine, zaradi katerih bi bil porod doma tvegan in odsvetovan. Ženska se seznanjati z možnimi tveganji pri porodu v vseh porodnih dobah ter v poporodem obdobju, prav tako z dejstvom, da pri porodu obstaja tudi tveganje lastnega in/ali otrokovega življenja in da pri porodu doma, v primeru zapletov, oddaljenost od porodnišnice lahko igra vlogo pri uspešnosti reševanja za-

pletov. Ženska pozna tudi razloge za premestitev v porodnišnico med ali po porodu. Za porod doma se lahko odloči le sama in sicer v primeru, da je nihče k temu ni prisilil ali pregovoril, ampak se je tako odločila iz lastne potrebe po naravnem porodu v okolju po lastni izbiri. Seznanjena je tudi z dodatnim delom, ki ga bodo imeli v prvih dneh po rojstvu otroka s prijavo rojstva in pridobitvijo potrdila zdravnika (na podlagi katerega se otroka vpiše v matični register), pregledom otroka pri pediatru ter presejalnimi neonatalnimi testi.

Diskusija

Avtorica je želela s prikazom informacij in babiške oskrbe, ki jih je deležna nosečnica, ki se odloči za porod doma, pokazati, da je odločitev nosečnice za porod doma informirana, avtonomna in odgovorna. V Sloveniji je porod doma redkost, smernice za načrtovani porod doma še niso sprejete, posledično obstaja med zdravstvenimi delavci nepoznavanje načina delovanja samostojnih babic. Poleg tega se s samostojnimi babicami in s premeščeno porodnico srečajo samo v primeru komplikacij.

Ženske, ki se odločijo in z babico dogovorijo za porod doma, so informirane in deležne primerne in varne babiške oskrbe. Niso naivno prepričane, da do zapletov ne more priti, temveč so zavestno odločene, da rodijo doma, v kolikor porod poteka normalno; v primeru odstopanj/zapletov pa gredo v porodnišnico. Zavedajo se, da bodo, ne glede na strokovno usposobljenost prisotne babice in zaupanje, da porod v večini primerov dobro deluje, nekatere med njimi, zaradi odstopanj od normale med porodom ali po njem, nujno ali nenujno premeščene v porodnišnico.

Kar se tiče varnosti, poroda doma sedaj ali pred stoletjem, ob upoštevanju napredka v babištvu in medicini, ne moremo primerjati. Visoka umrljivost mater in novorojenčkov se je z dosežki medicine (višji higienski standardi, uporaba antibiotikov, skrb za visoko rizične porodnice) in izboljšanjem življenjskega standarda znižala. Iz zapisov pričevanj, ki kažejo trpke življenjske razmere v začetku 20. Stoletja, v katerih so živele ženske (Miklavčič, 2013), lahko sklepamo, da je odhod v porodnišnico za marsikatero žensko pomenil dobrodošel umik iz neustreznih higienskih, socialnih, psihofizičnih in čustvenih razmer in ne preseneča, da so hitro pričele rojevati v porodnišnicah. Ženske, ki danes "vračajo" porod domov, tega ne počno zgarane, v mizernem okolju. Tujih študij o varnosti poroda doma sicer ne moremo enostavno implementirati v slovensko okolje, saj so te narejene v prostorih z daljšo tradicijo porodov doma, z večjim številom babic in večjim številom porodov. Ne glede na varnost, ki jo kažejo raziskave v tujini, bomo varnost porodov doma v Sloveniji lahko vrednotili komaj čez čas. Do takrat lahko ocenimo, da je porod doma varen toliko, kot je seštevek strokovnosti babice, zanesljivosti NMP v primeru nujnega prevoza v porodnišnico, ukrepanja v porodnišnici, sodelovalnega odnosa med vsemi strokovnjaki ter v nekem delu, kot vedno v življenju, tudi od sreče. To pa ne pomeni, da lahko porod doma označimo kot a priori nevaren. Če bi sklepali, da je porod doma nevaren, ker obstaja majhna možnost hudih komplikacij, je potrebno, po is-

tem kriteriju, začeti vrednotiti tudi druge vsakodnevne dejavnosti kot so vožnja z avtomobilom ali kolesom, smučanje, ipd. Pri tem ne gre spregledati dejstva, da tudi spolni odnosi predstavljajo tveganje za miokardni infarkt in nenadno srčno smrt (Dahabreh & Paulus, 2011).

Omejitev: V Sloveniji uradno delujejo le tri slovenske babice z lastno babiško prakso. V članku je zajet bistven princip načina njihovega delovanja. Ni nujno, da bodo enak princip delovanja prevzele tudi druge bodoče samostojne babice. Način dela babic, ki ne delujejo uradno, v članku ni zajet.

Zaključek:

Ženske se za porod doma odločijo avtonomno, informirano in odgovorno. Kljub dejstvu, da je porod normalen in večinoma varen dogodek, lahko tudi pri porodicah z nizkim tveganjem občasno pride do izrednih situacij in urgentnih stanj, ki botrujejo premestitvi v porodnišnico. Da bi bil prehod v takšnem primeru čim manj stresen za žensko in novorojenčka, izhod poroda najboljši in da bi bilo delo za prisotno osebje čim bolj enostavno in učinkovito, je potrebno vzpostaviti zaupanje in sodelovalen odnos med porodničnicami in samostojnimi babicami.

Literatura:

1. Anon., n. d. a. Unassisted childbirth. Available at: https://en.wikipedia.org/wiki/Unassisted_childbirth [18.1.2017].
2. Anon., n. d. b. Evidenca reguliranih poklicev. Available at: <http://www.reguliranipoklici.si/prihajate/evidenca-reguliranih-poklicev.aspx>. [25.2.2017].
3. Anon., n. d. c. Poklici, oziroma dejavnosti, ki ji urejajo področne direktive. Available at: <http://www.reguliranipoklici.si/prihajate/evidenca-reguliranih-poklicev/seznam-5.aspx> [25.2.2017].
4. Birthplace in England Collaborative Group, 2011. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, 343, pp. 1 - 13. Available at: <http://www.bmj.com/content/bmj/343/bmj.d7400.full.pdf> [15.2.2017].
5. Cheyney, M., Bovbjerg, M., Everson, C., Gordon, W., Hannibal, D. & Vedam, S., 2014. Outcomes of Care for 16,924 Planned Home Births in the United States: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59, pp.17 - 27.
6. Dahabreh, I. J. & Paulus, J. K., 2011. Association of Episodic Physical and Sexual Activity With Triggering of Acute Cardiac Events - Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 305(12), pp. 1225 - 1233.

7. de Jonge, A., Geerts, C. C., van der Goes, B. Y., Mol, B.W., Buitendijk, S. E. & Nijhuis, J.G., 2015. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG*, 122, pp. 720 - 728.
8. Ehrhardt, R., 2011. The basic needs of a woman in labour. Western Cape: True Midwifery.
9. Evidenca reguliranih poklicev, 2006. Uradni list Republike Slovenije št. 50.
10. Halfdansson, B., Smarason, A. K., Olafsdottir, O. A., Hildingson, I. & Sveinsdottir, H., 2015. Outcome of Planned Home and Hospital Births among Low-Risk Women in Iceland in 2005–2009: A Retrospective Cohort Study. *Birth*, 42:1, pp. 16 - 26.
11. Hutton, E. K., Cappelletti, A., Reitsma, A. H., Simioni, J., Horne, J., McGregor, C., et al., 2016. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *CMAJ*, 188(5), pp. E80 - E90.
12. Janssen, P. A., Saxell, L., Page, L. A., Klein, M. C., Liston, R. M., Lee, S. K., 2009. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ*, 181:6-7, pp. 377 - 383.
13. Kaplan Shanley, L., n. d. Unassisted childbirth. Available at: <http://www.unassistedchildbirth.com/what-is-uc/> [24.2.2017].
14. Miklavčič, M., 2013. Ogenj, rit in kače niso za igrače. Žiri: Jutri.
15. Pravilnik o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege, 2016. Uradni list Republike Slovenije št. 3 in 62.
16. Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo) (ZZDej-UPB1), 2004. Uradni list Republike Slovenije št. 36.

INDIVIDUALNA PRIPRAVA NA POROD

Alenka Selan, dipl. bab.

Splošna bolnišnica Novo mesto

IZVLEČEK

Potek poroda ni možno načrtovati. Želja porodnice je, da aktivno sodeluje v poteku poroda in babice se zavedamo, kako pomembna je njena vloga. Naloga babic je, da porodnico čim bolj pripravimo na porod. V želji po čim boljši pripravi na porod, babice v porodnišnici Novo mesto izvajamo individualne priprave na porod, kjer porodnico seznanimo z našim delom ter prisluhnemo njenim željam. Z dobro pripravo na porod zmanjšamo strah pred neznanim.

Ključne besede: individualna priprava, porodnica, porod, babica

Uvod

Porod je proces, med katerim se plod, plodovi ovoji in posteljica porodijo iz maternice. Traja od začetka rednih popadkov do popolnega odprtja ustja maternice in spontanega iztisa ploda (Pajntar, 2004). Za porodnico in njenega partnerja, družino, je porod enkrat in najpomembnejši dogodek, ki ga vsi neskončno pričakujejo in se ga veselijo. Hkrati pa najtežji, saj se ga bojijo zaradi strahu pred neznanim in strahu zaradi bolečine. Najpogosteje je to nekaj, kar v našem življenju poteka popolnoma drugače kot je bilo načrtovano, pričakovano. Velikokrat nas porod preseneti in nad tem nimamo nobenega nadzora. Babice v porodnišnici Novo mesto se tega zavedamo in našo babiško oskrbo izvajamo čim bolj kakovostno. S pravilno komunikacijo ter aktivnim sodelovanjem ta dogodek še polepšamo. Zavedamo se, da je kot na vseh področjih življenja, za osebno srečo in zadovoljstvo pomembno tudi rojstvo otroka, rojstvo matere, njena individualnost in njena svoboda (Pajntar, 2004). Spraševali smo se kako to najbolje doseči pri nas.

Priprava porodnice na porod

Z leti je praksa pokazala, da se porodi lažje in lepše končajo, če je porodnica nanj pripravljena, tako psihično kot fizično. Za fizično zdravje mora porodnica poskrbeti predvsem sama, pri psihični pripravi pa v veliki meri pripomoremo babice. Tako smo v naši porodnišnici začeli s porodnicami izvajati skupinske priprave (materinska šola) na porod, kmalu so se nam pridružili tudi njihovi partnerji (šola za starše). Predavanja potekajo predvsem enosmerno, s strani predavatelja, z vmesnimi vprašanji s strani porodnic in partnerjev. Opazile smo, da to ne zadošča dovolj. Porodnice potrebujejo čedalje več informacij, postavljajo si vse več vprašanj, iščejo svojo vlogo v času poroda. Zaradi dostopa do "prekomernih" informacij preko interneta si ustvar-

jajo nejasne slike in odgovore, posledično še večjo "zmedo v glavi". Porodnice so še vedno prepričane, da jih v porodnišnicah obravnavamo tradicionalno, po vzorcu, vse enako kot objekte, "privezane" na posteljo, kjer jih nihče ne upošteva. Z vsemi temi prepričanji ter z mislijo, da se jih v porode sili in da se porode pospešuje ter, da se vsi posegi izvajajo rutinsko, se v njih porajajo strahovi in občutki stiske.

Individualna priprava na porod

V želji po še boljši pripravi na porod in z željo izpodriniti strahove in stiske ter stereotipno mišljenje, da "vse mečemo v isti koš", smo babice v porodnišnici Novo mesto, kljub skupinski pripravi na porod (šola za starše) ter pojasnilu o porodu, ki jih naše porodnice dobijo v pisni obliki, začele izvajati leta 2015 tudi individualne priprave na porod.

Sama beseda individualno po SSKJ pomeni nanašajoč se na posameznika. Individualna priprava pomeni obojestranski pogovor med babico in porodnico, svetujemo tudi prisotnost partnerja. Namen individualne priprave je, da porodnica spozna nas in mi njo, da spozna okolje v katerem bo rojevala. Priprava poteka v sproščeni komunikaciji, prijateljskem pogovoru v prijetnem prostoru, brez zapiskov in power-point predstavitev.

Komu pripada

Možnost individualnega pogovora nudimo vsem porodnicam. Zaželena je tudi prisotnost partnerja, oziroma osebe, ki jo bo spremljala med porodom (mama, prijateljica, doula). Želimo si, da se o njenih željah in pričakovanjih pogovorimo še preden se začne porod, preden se pojavi bolečina ter tako najdemo skupno pot. Tako bo porodnica ob začetku poroda prišla k nam pripravljena, brez pomislekov in zadržkov, kar bo prispevalo k harmoničnem vzdušju in samozaupanju porodnice, pa tudi k normalnemu izidu poroda in sprejetju novega življenjskega izziva.

Vodja

Priprave izvajamo babice delujoče v porodni sobi. Že Pajntar (2004) je omenil, da je dobro in varnejše počutje porodnice pogojeno s tem, da je pri porodu navzoča oziroma, da porod vodi porodničar in babica, ki ju porodnica pozna. Zaradi kadrovske razporeditve pri nas ni mogoče, da bi si porodnice izbrale babico, nam pa individualna priprava omogoča, da del babiškega tima porodnica le spozna. Babice, ki delamo v porodni sobi, imamo največ izkušenj s porodi, vsakodnevno se srečujemo s porodnicami, rastemo s populacijo, ki prihaja v porodno sobo. Poznamo njihova vprašanja, strahove, želje in tako znamo v času individualnega pogovora porodnici podati odgovore, za katere si mogoče niti ne upa postaviti vprašanja. To so odgovori, ki jih črpamo iz vsakodnevne prakse.

Čas

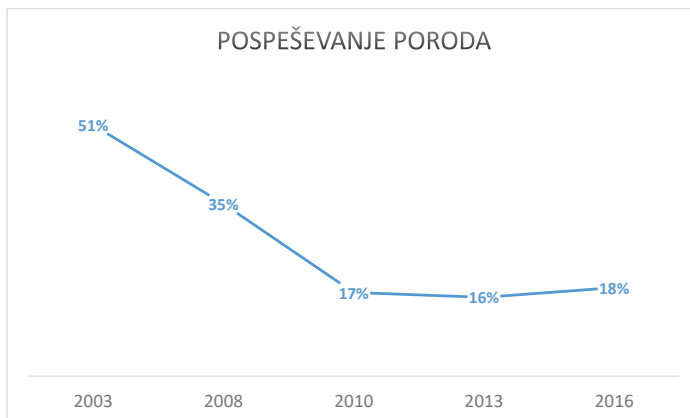
Pogovori se izvajajo na željo porodnice, čas in uro si izbere sama, mi ga le prilagodimo glede na delo v porodni sobi. Pogovor ni časovno omejen.

Prostor

Z željo, da za porodnico ustvarimo čimbolj domač prostor, izvajamo pogovor v porodni sobi. Če izhajamo iz svojih izkušenj, vemo, da se delo lažje opravi, če smo sproščeni. Zato je naš namen, da porodnica spozna porodno sobo in vse naprave v njej in ji s tem skušamo ustvariti čim bolj domač prostor, kjer se bo počutila sproščeno, udobno in varno v okviru porodnišnice. V porodno sobo lahko prinese svoja oblačila, svečke, slike, glasbo, olja, termofofor, da se bo počutila bolje. Porodnica tako v času pogovora opazuje prostor, ga spoznava, spoznava babice in ostalo zdravstveno osebje.

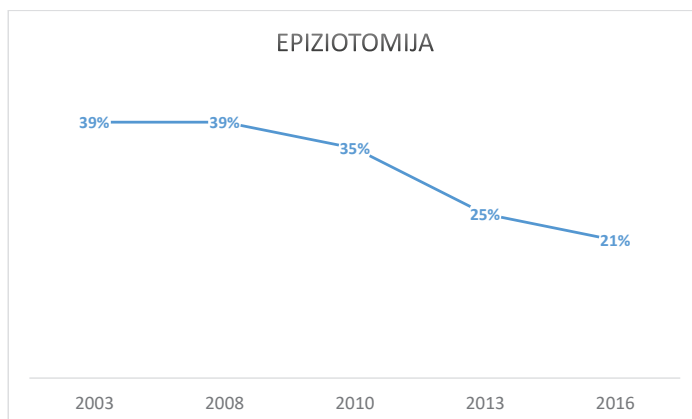
Vsebina

Pogovor ni vsebinsko opredeljen in se oblikuje glede na posameznico, njena vprašanja in naše sodelovanje. Porodnici predstavimo naše delo, torej da nismo samo izvajalke določenih postopkov temveč tudi spremljevalke porodnici ob porodu. Trudimo se, da vzpostavimo pravilno komunikacijo, ki vodi v odprt, iskren odnos. Skozi naš pogovor prevzemamo različne vloge od zagovornice, učiteljice, svetovalke do prijateljice (Skoberne, 2007). S svojo toplino, nežnostjo in prijaznostjo vzpodbujamo porodnico, da izrazi svoje želje in strahove glede poroda. Porodnici pojasnimo, da bo seznanjena z vsemi posegi (klistir, umetno predrtje plodovih ovojev, oskrba novorojenčka), ki jih bomo izvajali ter, da bo dobila natančne razlage, zakaj je določen poseg potreben in bo imela vedno možnost izbire. V kolikor ima porodnica napisan svoj porodni načrt, ji predlagamo, da ga prinese s sabo na pogovor, kjer ga skupaj v celoti analiziramo. Pojasnimo ji, da v času poroda ne bo "ves čas privezana na posteljo" temveč, da ji bomo glede na potek poroda in počutje novorojenčka svetovali in jo spodbujali k spreminjanju položajev ter k gibanju. Možno je preizkusiti prav vse položaje, gibanje. Pogovorimo se o bolečini, s katero se bo srečala v času poroda in ji razložimo, da bo lahko šele takrat odkrivala kako se z njo boriti, saj jo vsaka doživlja in občuti drugače. Poleg protibolečinske terapije in pravilnega dihanja bo imela tudi možnost iskati najbolj ugoden položaj za premagovanje bolečine. Zavedati se mora, da lahko bolečino brez sramu in strahu izraža saj je ne bo nihče zaradi tega obsojal. V pogovoru porodnici razložimo, da naš namen ni, da se porod čim prej konča, ter da samega poroda ne pospešujemo, če ni potrebno. Predstavimo ji statistične podatke za našo porodnišnico, kjer je razvidno, da se je uporaba oksitocina zmanjšala. Od leta 2003 do leta 2016 je padla iz 51% na 18% (slika 1).



Slika 1: Uporaba oksitocina za pospeševanje poroda v porodnišnici Novo mesto

Pri pogovoru o II. porodni dobi (dobi iztisa ploda), se pogovorimo o možnih položajih za iztis ploda. Razjasnimo ji, da si bo položaj izbrala sama, vendar glede na to kakšne bodo njene zmožnosti in zmožnosti novorojenčka saj mora biti ves čas zagotovljena tudi varnost. Pri pogovoru o tej porodni dobi "razbijemo" tudi tabu o epiziotomiji (prerezu presredka). Porodnici razjasnimo, da je ne izvajamo rutinsko, ampak samo takrat ko je nujno potrebna. Razložimo ji, da babica, ki porod vodi, vse svoje veščine med porodom usmeri predvsem na presredek, ga masira in varuje v izogib izvedbi epiziotomije. Tudi tukaj ji s pomočjo statističnih podatkov dokažemo, da število epiziotomij pada (slika 2).



Slika 2: Izvedba epiziotomije v porodnišnici Novo mesto

Zaključek

V življenju se nenehno soočamo z novimi situacijami in izzivi, spremljajo nas vsak dan na vseh področjih našega delovanja. Vedno znova in znova moramo ocenjevati svoje sposobnosti, izkušnje, okolico in situacijo ter odločati o tem ali smo sposobni določeno dejavnost uspešno izvesti. Sodba o lastni (ne)učinkovitosti vpliva na odločitve, ki jih naredimo v določenem trenutku in s tem tudi na življenjski poti, ki jo bomo izbrali. Prepričanje v lastno učinkovitost je eden od najpomembnejših dejavnikov, ki vpliva na posameznikovo vedenje in spreminjanje (Čot, 2004).

Porodnice preko individualne priprave, poleg vsega naštetega, spoznajo babice. Spoznajo, da med porodom ne bodo same, da bomo aktivno sodelovali, da bomo prisluhnili njihovim željam. Spoznajo, da jih bomo babice vzpodbujale, svetovale in vodile skozi porod nežno in mirno v znanem prostoru. Vez, ki se bo v času poroda vzpostavila med babico in porodnico, bo poglobila njun odnos, poglobila bo zaupanje skozi celoten porod. Naloga babic je, da porod opravimo strokovno, varno in z veseljem. Z vsem tem pa stremimo k temu, da kljub možnim neizpoljenim željam pri poteku poroda, zaradi nepredvidljivosti poroda, porodnice ne bodo doživele osebnega poraza in občutka razočaranja, temveč bodo po rojstvu otroka začutile svojo moč in svojo zmago.

Literatura

1. Čot, D., 2004. Bandurin koncept zaznane samoučinkovitosti kot dejavnik posameznikovega delovanja. *Socialna pedagogika*, 8(2), pp. 173 - 196. Available at: <http://www.revija.zzsp.org/2004/04-2-173-196.pdf> [3.2.2017].
2. http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj_testa&expression=individualno&hs=1 [6.2.2017].
3. Mihelič- Zajec, A., Skoberne, M. & Raškovič-Malnarič, R., 2007. *Zdravstvena nega žensk*. Ljubljana. Available at: http://studentski.net/gradivo/ulj_zdf_zn1_znz_sno_skripta_01 [3.2.2017].
4. Pajntar, M., Novak-Anotlič, Ž., et al., 2004. *Nosečnost in vodenje poroda*. Ljubljana: Cankarjeva založba, pp. 136 - 161.

BABIŠKA OBRAVNAVA ŽENSK, KI SO DOŽIVELE SPOLNO ZLORABO

Midwives' treatment of women with a history of sexual abuse

Klavdija Slapar, dipl. bab.

Diplomsko delo, Zdravstvena fakulteta Ljubljana

klavdijac18g@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Žrtve spolnega nasilja sodijo med ranljive skupine prebivalstva. Po rezultatih raziskav, opravljenih na globalni in evropski ravni, naj bi bila žrtev spolne zlorabe vsaka tretja ženska. Spolna zloraba pomembno vpliva na potek nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja. Z njenimi posledicami pa se vsakodnevno pri svojem delu srečuje tudi diplomirana babica, ki lahko z načinom obravnave ženski pomaga pri okrevanju od posledic spolne zlorabe ali pa nezavedno povzroči ponovno travmatizacijo.

Namen: Namen članka je pregled najnovejših spoznanj v povezavi s primerno obravnavo spolno zlorabljenih žensk ter utemeljitev pomena izobraževanja in usposabljanja diplomiranih babic s ciljem izboljšanja babiške obravnave spolno zlorabljenih žensk.

Metoda dela: Uporabljena je deskriptivna metoda študija literature, ki obsega sistematični pregled domače in tuje strokovne ter znanstvene literature s področja babiške obravnave, spolnih zlorab ter vpliva spolnih zlorab na nosečnost, porod in poporodno obdobje. Viri so bili pridobljeni s pomočjo slovenskih in tujih baz podatkov: CINAHL, Cochrane, PubMed, Google učenjak, Google Books, Science Direct, DiKUL, Cobiss ter Digitalne knjižnice Slovenija.

Razprava in sklep: Spolna zloraba pomembno zaznamuje ter vpliva na potek in doživljanje nosečnosti, poroda in na poporodno obdobje. Ti vplivi pa se zmanjšajo ob primerni babiški obravnavi. Ugotavljamo, da so pogoji za kvalitetno babiško obravnavo spolno zlorabljenih žensk naslednji: omogočanje neprekinjene, individualne, sočutne, celostne ter spoštljive obravnave vseh žensk, ki pridejo v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja v stik z diplomirano babico; ter omogočanje dodatnih usposabljanj in s tem izboljšanje znanja diplomiranih babic s področja spolnega nasilja in njegovih posledic.

Ključne besede: spolna zloraba, nosečnost, porod, poporodno obdobje, dojenje, kontinuirana obravnavna.

Abstract

Introduction: Victims of sexual violence belong to vulnerable population groups. Research outcomes, obtained on global and European levels, have shown that one in three women has experienced sexual abuse. Sexual abuse has a significant bearing on pregnancy and birth, as well as on the postpartum period, while being part and parcel of the graduated midwife's daily work. The type of care offered by the graduated midwife might assist women on their journey to recovery from sexual abuse or lead to their re-traumatisation. **Aim:** The present thesis provides an overview of the latest findings on the appropriate treatment of sexually abused women, while substantiating the claim for training graduate midwives with the aim to improve midwifery care for women who have experienced sexual abuse. **Methods:** The descriptive research method was used for a systematic overview of Slovene and international expert and scientific literature related to midwifery care, sexual abuse and its impact on pregnancy, birth and the postpartum period. Sources were collected through Slovene and international data bases, i.e. CINAHL, Cochrane, PubMed, Google učenjak, Google Books, Science Direct, DiKUL, Cobiss and the Digital Library of Slovenia. **Discussion and conclusion:** Sexual abuse significantly influences the course and experience of pregnancy, birth and the postpartum period. With appropriate midwifery care, their impact can be alleviated. A quality midwifery treatment of sexual abuse survivors calls for a continuous, individual, empathic, comprehensive and respectful treatment of all women who during their pregnancy, at birth or in the postpartum period come into contact with a graduated midwife. This is only possible through extra training opportunities for graduated midwives in order to improve their knowledge related to sexual violence and their repercussions.

Key words: sexual abuse, pregnancy, labor, postpartum, breastfeeding, continous care.

Uvod

Nasilje je še vedno velika težava današnje družbe. Žrtve vseh oblik nasilja, tudi spolnega, sodijo med ranljive skupine prebivalstva. Z njimi se pri svojem delu sreča tudi diplomirana babica.

Spolna zloraba vpliva na psihično in telesno stanje ženske, predvsem pa ti vplivi pridejo do izraza v nosečnosti, med porodom ali v poporodnem obdobju (Eberhard-Gran, et al., 2008), ko je ženska posebej ranljiva. Posameznica pa se lahko zlorabe in njenih posledic zaveda; nekatere pa se zlorabe ne spominjajo ali pa se njenih posledic ne zavedajo.

Namen članka je bilo izbrati in analizirati najnovejša spoznanja v povezavi z odkrivanjem, posledicami in vplivi spolne zlorabe na nosečnost, porod in poporodno obdobje ter ugotoviti, katera oblika babiške obravnave bi bila za žrtve spolnih zlorab najprimernejša. To bi pripomoglo k dodatnemu informiranju, izobraževanju ter usposabljanju diplomiranih babic in ostalega zdravstvenega osebja, ki se v obdobjih nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja pri svojem delu srečujejo z ženska-

mi, ki so doživele spolno nasilje. Z dodatnim znanjem in spretnostmi bi se izboljšala kvaliteta dela, kasneje pa bi novo pridobljeno znanje predstavljalo sestavni del pri oblikovanju strokovnih smernic oziroma protokola babiške obravnave žensk z zgodovino spolne zlorabe. Namen je tudi ugotoviti, kakšna je primerna babiška obravnava žensk, ki so bile izpostavljene spolnemu nasilju ter preverjanje domnev, da je neprekinjena babiška obravnava najprimernejša oblika. Avtorica glede na pregledano literaturo predpostavlja, da babice v situacijah, kjer ženska izpostavi svojo preteklo izkušnjo spolne zlorabe, ne znajo ustrezno reagirati ter da bi si želele dodatnih izobraževanj, npr. s področja psihologije, psihoterapije, učnih ur v obliki igranja vlog ipd. Domneva tudi, da bi bila neprekinjena babiška obravnava ena najboljših rešitev za zmanjševanje verjetnosti ponovne travmatizacije žensk ter da bi se možnost travmatizacije zmanjšala ob uporabi nekaterih ukrepov in sprememb v obravnavi.

Metode

Uporabljena je deskriptivna metoda študija literature, ki obsega sistematični pregled domače in tuje strokovne ter znanstvene literature s področja babiške obravnave, spolnih zlorab ter vpliva spolnih zlorab na nosečnost, porod in poporodno obdobje. Najdena literatura je bila kritično pregledana, ocenjena glede na uporabnost, izbrana literatura pa je bila tudi analizirana.

Izbor virov je omejen na obdobje od leta 2005 do vključno leta 2016. Viri, ki so starejši od 10 let, so uporabljeni izjemoma zaradi njihove pomembne vloge pri prikazovanju in odkrivanju problematike, povezane s spolnim nasiljem. Viri so bili pridobljeni s pomočjo slovenskih in tujih baz podatkov: CINAHL, Cochrane, PubMed, Google učenjak, Google Books, Science Direct, DiKUL, Cobiss ter Digitalne knjižnice Slovenija. Kriterij izbora je bil dostopnost vira, iskanje literature pa je bilo omejeno na slovenski in angleški jezik.

Iskanje literature je potekalo tudi ročno s pregledom ustrezne strokovne literature v knjižnicah na Zdravstveni fakulteti Ljubljana, Teološki fakulteti, v knjižnici Domžale ter na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje.

Rezultati

Nasilje je prisotno, odkar obstaja človek. Nasilje lahko posameznik doživi kadarkoli, bodisi v družini, družbi, šoli ali drugih ustanovah in situacijah. Oseba, ki izvaja nasilje, je lahko v različnih medosebnih odnosih z žrtvijo, npr. znanec, prijatelj, sorodnik itd. Zadnjih nekaj desetletij strokovnjaki z različnih področij intenzivneje ugotavljajo ter preučujejo posledice, vzroke in načine preprečevanja ter odkrivanja vseh oblik nasilja. Med eno od oblik nasilja štejemo tudi spolno nasilje, ki je do nedavnega veljalo za tabu.

Spolno nasilje velja za velik problem javnega zdravja ter je opredeljeno kot kršenje osnovnih človekovih pravic (United Nations, 2006; SZO, 2016). Za spolno nasilje je značilno, da je večina žrtev ženskega spola. Na voljo je več različnih definicij spol-

ne zlorabe. Ameriško psihološko združenje ali APA (2016) opisuje spolno zlorabo kot vsako nezaželeno spolno aktivnost, pri kateri izvajalec uporablja silo, grozi ali izkorišča dejstvo, da žrtev nima možnosti odločanja. Zakon o preprečevanju nasilja v družini v tretjem odstavku 3. člena spolno nasilje opisuje kot ravnanje s spolno vsebino, kateremu družinski član nasprotuje, je vanj prisiljen ali zaradi svoje stopnje razvoja ne razume njegovega pomena (ZPND, 2008). Spolna zloraba je praviloma dejanje, ki se ponavlja (Frei, 1996, p. 13).

Posledice spolne zlorabe so vseobsegajoče in številne. Poleg pojava posttravmatske stresne motnje (PTSD) (Halvorsen, et al., 2013), nenadnih in nepričakovanih podoživljanj dogodkov, spominov povezanih s preteklo zlorabo (ang. flashback-i) (Halvorsen, et al., 2013; Repič Slavič, 2015, p. 53) ter drugih splošno znanih posledic zlorabe, pa pretekla spolna zloraba vpliva tudi na reproduktivno zdravje žensk. Tako so posledice spolne zlorabe lahko tudi (nezaželena) nosečnost, višje tveganje za obolevnost s spolno prenosljivimi boleznimi, različna ginekološka vnetja, neuporaba kontracepcije, umetna prekinitev nosečnosti, spolna disfunkcija (Smrkolj & Štolfa Gruntar, 2015), bolečine v spodnjem delu trebuha, vnetje sečil, abrazije in laceracije različnih delov telesa, modrice in rdečine, kronična utrujenost, boleče menstruacije (Repič Slavič & Gostečnik, 2015). Ženske imajo lahko težave s plodnostjo zaradi telesnih poškodb ali vnetij, ki so jih imele v otroštvu zaradi spolne zlorabe (Simkin & Klaus, 2004, p. 35). Težave z zanositvijo lahko pri žrtvi, ki se s posledicami spolne zlorabe še ni soočila, poglobijo občutke krivde, izolacije in izgube nadzora; med obravnavo zaradi težav s plodnostjo se lahko tudi odtujijo od svojega telesa oziroma ga »zapustijo« in gledajo na dogajanje od daleč, kot so to počele med zlorabo (Bartlam & Woolfe, 1998). V nosečnosti žrtve spolnih zlorab pogosteje zlorablajo prepovedane droge (Gisladottir, et al., 2014), povečano je število zapletov v času nosečnosti (Möhler, et al., 2008; Henriksen, et al., 2013), večkrat imajo težave z duševnim zdravjem in posledično povečano uporabo antidepressivov (Roberts, et al., 2013), večkrat imajo povišan krvni tlak (Simkin & Klaus, 2004, p. 43; Smrkolj & Štolfa Gruntar, 2015), preeklampsijo, nosečniško sladkorno bolezen, višje je število prezgodnjih porodov (Simkin & Klaus, 2004, p. 36; Roberts, et al., 2013) ter nepojasnjenih krvavitev (Simkin & Klaus, 2004, p. 36).

Že omenjeno podoživljanje dogodkov, povezanih s spolno zlorabo, se lahko pojavi tudi med porodom zaradi občutka nemoči, ki pa se lahko pojavi tudi zaradi porodnih položajev (npr. ležanje na hrbtu, noge privezane v stremena), bolečine na področju trebuha in genitalij, izgube nadzora nad dogajanjem v njenem telesu; nekdo, ki ima »avtoriteto«, se dotika njenega telesa (Simkin & Klaus, 2004, pp. 73-4; Wilson, 2011) ali pa zaradi vaginalnih pregledov (McGregor, et al., 2013). Med popadki in pri iztisu otroka mora ženska sodelovati z zdravstvenimi delavci; takrat se lahko njeno telo odzove z zamrznitvijo, paniko ali prevzemom nadzora. Verjetnost, da se bo porod končal s carskim rezom, je pri žrtvah spolnih zlorab večja (Repič Slavič & Gostečnik, 2015).

Po porodu pa se ženske večkrat srečajo s težavami pri dojenju. Znano je, da mla-doletne mamice, ki so bile spolno zlorabljene, dojijo redkeje in krajši čas kot ostale

mame (Bowman, 2007); prav tako matere, ki so bile spolno zlorabljene v otroštvu, redkeje doživijo prvih 6 mesecev po porodu v primerjavi z ostalo populacijo (Coles, et al., 2015). Spolna zloraba pa vpliva tudi na učinkovitost ženske s spoprijemanjem z novo vlogo matere, saj težko zaupajo svoji intuiciji, in na vzgojo ter navezovanje matere z otrokom (Simkin & Klaus, 2004, pp. 87-88).

Ravno zaradi omenjenih številnih posledic spolne zlorabe je pomembno, da se žrtvam nasilja predvsem v reproduktivnem obdobju omogoči babiška obravnava, ki temelji na sodobnih kliničnih smernicah (Svavarsdottir, et al., 2008). Več avtorjev (Simkin & Klaus, 2004, p. 76; McGregor, et al., 2013, p. 761; Montgomery, et al., 2015) omenja uporabo standardizirane sočutne babiške obravnave oziroma uporabo univerzalnega pristopa, ki bi ženskam omogočal, da imajo nadzor brez da bi spregovorile o preteklih zlorabah (Barlow & Birch, 2004). Poleg pozitivno naravnane babiške obravnave pa Page (2009) omenja tudi pomembnost kontinuitete obravnave ter primerno organizacijo dela. Wilson (2011) pa je mnenja, da bi morali razmisliti o uporabi holistične, celovite obravnave tudi za družinske člane in zdravstvene delavce, ne le za ženske, ki so žrtve nasilja.

Bass & Davis (1998, pp. 372-9) v svojem priročniku omenjata tudi napotke za svetovalke in svetovalce, ki se srečujejo z ženskami, ki so preživele spolno nasilje v otroštvu. Ti napotki bi lahko bili v pomoč tudi zdravstvenim delavcem, predvsem v primerih, ko ženska želi pomoči in zaupa zdravstveni delavki. Omenjata slednje:

- Zdravstveni delavci morajo verjeti, da je okrevanje mogoče. Na žensko naj diplomirana babica ne gleda kot na žrtev, temveč kot na sposobno osebo, ki se lahko pozdravi in srečno zaživi.
- Pomembno je, da zdravstveni delavec preveri svoj odnos do spolnih zlorab, da kasneje svojega mnenja ali izkušenj ne vsiljuje svojim uporabnicam. Delo s preživelimi jih večkrat sili, da se soočijo s svojimi predsodki.
- Diplomirana babica naj razišče svojo preteklost in strahove v zvezi s spolnimi zlorabami. Če je bila zdravstvena delavka sama žrtev spolnih zlorab, naj poišče ustrezno pomoč, preko katere bo ugotovila, če je že dovolj učinkovito rešila svoje »težave«, da bi lahko pomagala drugim.
- Če v otroštvu niso bili zlorabljeni, naj zdravstveni delavci raziščejo svoje pretekle izkušnje, ki so blizu zlorabi. Npr. čustveno ponižanje, telesna zloraba, skrivnost v družini ipd.
- Zdravstveni delavci naj žensko le spodbujajo, ji pomagajo in jo vodijo skozi ta proces. Ženska naj sama izbere tempo in potek/način okrevanja. Prav tako naj zdravstveni delavec podpira in sodeluje pri iskanju ustrezne dodatne pomoči.
- Zdravstveni delavec naj spoštuje njene potrebe. Nikoli se je ne sme omalovaževati in obsojati.

- Verjetno bo za žensko pomemben spol zdravstvenega delavca. Potreba po možnosti, da izbere spol zdravstvenega delavca, je povsem upravičena, zato je zaradi nje ne sme nihče kritizirati.
- Zdravstveni delavec naj ženski verjame, četudi pacientka sama kdaj dvomi.
- Pomembno je zavedanje zdravstvenega delavca, da si nihče zlorabe ne izmisli.
- Zdravstveni delavec naj nikoli ne namigne ali ne reče, da je ženska sama kriva za zlorabo. Raje naj jo pouči, da ni tako, da je za zlorabo vedno kriv le storilec.
- Če ženska zaupa, da je med spolno zlorabo tudi uživala, naj ji zdravstveni delavec pomaga pri zmanjševanju in odstranjevanju občutka sramu, ki ga zaradi tega občuti.
- Zlorabe se ne sme minimalizirati ali zmanjševati njene teže. Zdravstveni delavec mora jasno vedeti, da je vsaka spolna zloraba škodljiva.
- Zdravstveni delavec naj se trudi razumeti žrtev in ne storilca. Večina žrtev, ki so preživele spolno zlorabo, je preveč časa porabila za to, da so poskušale razumeti storilca. Zdaj je čas, da nekdo poskuša razumeti njih.
- Nikoli naj se ženski/pacientki ne reče ali namiguje, da naj odpusti storilcu. Oduščanje ni bistvenega pomena za okrevanje.
- Naloga zdravstvenega delavca je tudi, da preveri, če ima ženska težave s prepovedanimi drogami ali alkoholom.
- Jezo naj zdravstveni delavec prizna kot zdrav odziv na zlorabo, kar tudi je, in ne kot nekaj, kar je treba čimprej preboleti.
- Žensko naj se spodbuja, da jasno govori o spolni zlorabi. Pod to sodijo na primer soočenje s storilcem, družino, kazenska ovadba storilca ali zagotavljanje podpore spolno zlorabljenim otrokom. V nobeno od teh stvari naj se ženske ne sili, vendar je vloga zdravstvenega delavca, da žensko podpira in ji pri tem pomaga po svojih zmožnostih.
- Zdravstveni delavec naj ji ponudi pomoč pri grajenju podporne mreže, del katere je lahko tudi sam.

Te napotke bi lahko uporabili tudi pri ostalih nosečnicah/porodnicah, saj si ženske, ki z nami želijo deliti svoje težave in nas prosijo za pomoč, potrebujejo nekoga, ki bo poslušal, bil sočuten, jim verjel, pomagal ter v primeru težav spodbujal k iskanju pozitivnih rešitev. Prav tako je pomembno, da se ženske ne označi kot »tista, ki je bila spolno zlorabljena«. Žrtve potrebujejo individualno obravnavo (Coles & Jones, 2009). Wilson (2011) dodatno poudarja pomembnost reakcije zdravstvenega delavca v primeru, ko mu ženska zaupa o zgodovini spolne zlorabe; primeren odziv ter svetovanje o iskanju nadaljnje pomoči lahko ženski pomaga na poti k okrevanju.

Zdravstveni delavec naj upošteva meje, ki jih postavi žrtev, saj si z njimi zagotavljajo varnost in ohranjanje občutka nadzora. Ključnega pomena je, da jim omogočimo varno okolje (Nelson & Hampson, 2008, p. 15) in da z žensko vzpostavimo zaupljiv odnos, negovan z odprto komunikacijo (Montgomery, et al., 2015; Kragelj, 2015). V primeru, da ženska omeni, da je bila žrtev spolne zlorabe, naj jo zdravstveni delavec posluša (Wilson, 2011). Žrtve si v večini želijo, da se jih ne obravnava, kot da so ranljive ter da se zdravstveni delavci ne vedejo kot njihovi rešitelji (Simkin & Klaus, 2004, p. 134). Če je zdravstvenemu delavcu »neudobno«, ker meni, da je prestopil meje, lahko to pri žrtvi sproži ponovno travmatizacijo zaradi njihovega težkega spoprijemanja z občutki krivde, odgovornosti in moči (Nelson & Hampson, 2008, p. 29). Kot je že bilo omenjeno, je dobro, da se zdravstveni delavec sooči s svojimi težavami, ki se pojavijo ob tematiki spolnih zlorab.

Nekateri avtoriji so menja, da bi zdravstveni delavci morali biti obveščeni o tem, da je bila ženska žrtev nasilja (Barlow & Birch, 2004; Halvorsen, et al., 2013; Repič Slavič & Gostečnik, 2015), saj bi tako ravnali bolj sočutno pri obravnavi žensk ter bi tako nezavedno preprečili ponovno travmatizacijo (McGregor, et al., 2013). Zdravstveni delavci ne vedo, kakšne izkušnje ima ženska s spolnostjo ter kako se sooča z vdorom v svoj osebni, intimni prostor (Barlow & Birch, 2004). Zaradi tega več avtorjev (Halvorsen, et al., 2006; Schwerdtfeger & Wampler, 2009; Daoud, et al., 2012) predlaga tudi uporabo presajalnih testov z vprašalnikom za ugotavljanje izkušenj z nasiljem, predvsem pri ženskah z nosečnostjo z visokim tveganjem za zaplete (Svavarsdottir, et al., 2008). Möhler in sod. (2008) pa so mnenja, da se zdravstveni delavci zaradi presajalnih testov preveč osredotočijo na odkrivanje splošnih psihosocialnih težav in menijo, da bi se morali pri preventivi bolj posvečati ne le odkrivanju preteklega ali trajajočega nasilja pri nosečih ženskah, temveč tudi vplivom nasilja na potek nosečnosti in poroda. Yampolsky in sod. (2010) pa so mnenja, da bi žrtve lahko te presajalne teste doživele kot vsiljive in bi lahko bili sprožilec, kar bi posledično pripomoglo k ponovni travmatizaciji žensk.

Idealno bi bilo, da bi si ženska sama izbrala babico in mesto poroda (Simkin & Klaus, 2004, p. 44; Sperlich & Seng, 2008, p. 55). Ženska naj rodi, kjer se počuti varno, saj bo le tako lahko rojevala v njej najbolj optimalnih razmerah (Sperlich & Seng, 2008). Razumeti je potrebno, da se mora ženska z zdravstvenim delavcem pogovarjati o občutljivih osebnih stvareh, istočasno pa mora razgaliti svoje telo in dovoliti, da se opravi več različnih invazivnih postopkov. Ta del obravnave je za žrtev stresen, za zdravstvene delavce pa nujen. Če zdravstveni delavec ne razume, zakaj ženska okleva oziroma ga to moti, lahko to ženska občuti kot ponovno zlorabo (Simkin & Klaus, 2004, p. 44).

Ženski naj se omogoči menjavanje in uporaba različnih porodnih položajev, saj so nekateri od njih (npr. položaj ležanja na hrbtu med porodom) lahko eden od sprožilcev preteklih spominov na spolno zlorabo (Repič Slavič & Gostečnik, 2015). Prav tako so lahko problematični tudi porodni položaji, kot so npr. položaj na kolenih in komolcih, porod čepe ali pa pomikanje nog narazen med porodom, saj lahko le-to sproži spomine na preteklo zlorabo, občutek nemoči in degradacije (Simkin & Klaus, 2004, p. 73). Neprijetne spomine, povezane s spolno zlorabo, lahko sproži tudi po-

ložaj postelje v sobi (da ima vrata za seboj); nenapovedani vstopi v porodno sobo med porodom lahko žensko spomnijo na čas, ko je nenapovedano v njeno sobo vstopal storilec (Repič Slavič & Gostečnik, 2015). Vsi občutki, ki jih žrtev povezuje s spolno zlorabo in se ponovno pojavijo med porodom, lahko nanj pomembno vplivajo (Eberhard-Gran, et al., 2008).

Med spolno zlorabo storilci pogosto uporabljajo stavke, kot so: »Vem, kaj si želiš.«, »Nič ni/ne bo bolelo.«, »Saj se ni nič zgodilo.« (Weiss & Gallé, 2001, p. 31). S takimi protislovi si želijo žrtev podrediti in zmanjšati pomembnost njihove bolečine. Velikokrat podobne besede slišimo tudi v porodnih sobah, npr. »Sprosti zadnjico.«, »Razpri noge.«, »Samo malo bo bolelo.«, »Sprosti se in ne bo tako bolelo.« (Simkin & Klaus, 2004). Poleg tega isti avtorici omenjata tudi, da stavki, kot sta: »Zaupaj svojemu telesu.«, »Naredi, kar ti telo veleva.«, lahko ženski, ki je bila spolno zlorabljena, ne pomenijo nič. Razlog za to je, da se je ženska celo življenje trudila, da ne bi bila povezana s svojim telesom in občutki, ter se ji zato nasvet, da naj posluša svoje telo, lahko zdi strašljiv, saj si tega ne želi. Da bi preprečili pojav podoživljanj dogodkov, povezanih s spolno zlorabo med porodom, je pomembno, da ne uporabljamo stavkov, besed ali gibov, ki bi pri ženski te spomine sprožila.

Če je le mogoče, naj se zdravstveno osebje izogiba posegom oziroma naj izvede čim manj invazivnih posegov, kakor je na primer vaginalni pregled (Drglin, 2011, p. 25). Prav tako naj se zdravstveno osebje osredotoči na želje, ki jih je porodnica izrazila pred začetkom poroda. Nekatere si bodo morda želele nadeti spodnje perilo v drugi porodni dobi, spet druga bo morda želela, da so prižgane vse luči med porodom (Simkin & Klaus, 2004). Naloga diplomirane babice je, da ji že pred začetkom poroda pove, katerim željam lahko ugotovi ter da se dogovora drži. Nikoli pa naj ne prepričuje ženske, da je na primer bolje, če so luči ugasnjene, ker lahko svetloba zmoti njo in otroka. Ženska že ve, zakaj si želi tega in ji ni potrebno podajati razlage. Izjemoma se dogovor prekrši, če pride do urgentnih primerov. V tem primeru pa na žalost ni vedno mogoče upoštevati želja ženske po zmanjšanem številu izvedenih invazivnih posegih. Zato je pomembno, da ženska diplomirani babici zaupa, da se bo znala odločiti v takih primerih, kaj je potrebno storiti ter da se ženska zaveda, da možnost urgentnih primerov obstaja (Sperlich & Seng, 2008, p. 66).

Zdravstveni delavci naj v šolah za bodoče starše predstavijo dojenje in hranjenje s prilagojenim mlekom, zato da si lahko ženska izbere metodo, ki ji bo po njenem mnenju najbolj ustrezala (Bowman, 2007; Sperlich & Seng, 2008, p. 133). Prav tako naj med pripravami za porod prične s predelovanjem strahov in govorjenju o spolni zlorabi ter njenih posledicah; le-to lahko vpliva na odločitev matere za dojenje (Wilson, 2011) ter tudi na druge pomembne odločitve v času materinstva.

Diskusija

Največkrat avtorji omenjajo uporabo sočutne babiške obravnave (Simkin & Klaus, 2004; McGregor, et al., 2013; Montgomery, et al., 2015). Poleg tega omenjajo tudi

uporabo univerzalnega pristopa (Barlow & Birch, 2004), poudarek dajejo tudi kvalitetnemu odnosu med diplomirano babico in žensko (Montgomery, et al., 2015) in omenjajo pomembnost tega, da babiška obravnava temelji na sodobnih kliničnih smenicah (Svavarsdottir, et al., 2008). Nekateri avtorji omenjajo pomembnost tega, da zdravstveni delavec ve za preteklo spolno zlorabo pri ženski (Halvorsen, et al., 2013; Repič Slavič, 2015), saj se s tem možnost za travmatizacijo zmanjša (McGregor, et al., 2013).

Večina zdravstvenih delavcev omenja, da nimajo primernih znanj, veščin in usposabljanj za delo z žrtvami spolnih zlorab (Jackson & Fraser, 2009; Šimenc, 2015). Zaradi prepoznanega pomanjkanja znanja je torej potreba po dodatnem izobraževanju in usposabljanju zdravstvenih delavcev velika.

V vseh treh obdobjih pa bi kvalitetno babiško obravnavo najlažje omogočili z neprekinjeno babiško obravnavo, saj bi v tem času diplomirana babica dobro spoznala žensko in njene potrebe, želje, stiske, strahove, itd.

Zaključek

Spolna zloraba ima velik vpliv na potek nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja. Nekatero negativno vplive pa bi lahko preprečili s kontinuirano babiško obravnavo, ki bi bila individualna in celostna. Avtorica je mnenja, da je odsotnost možnosti izbrane diplomirane babice in neprekinjene babiške obravnave v Sloveniji velik problem pri obravnavi žensk na splošno, še bolj pa pri tistih ženskah, ki so bile žrtve spolne zlorabe.

Smiselno bi bilo tudi nadgraditi izobraževalne vsebine ter organizacijo dela in izboljšati komunikacijske spretnosti zdravstvenih delavcev. V sklopu izobraževalnega sistema bi bilo smiselno vključiti tudi delavnice za zdravstvene delavce, kjer bi svoje znanje prenesli v prakso preko igre vlog in drugih oblik praktičnih usposabljanj.

Za uspešno babiško obravnavo bi babica potrebovala podporo celotnega zdravstvenega tima. Prav tako bi diplomirana babica morala imeti na voljo terapevtko oz. nekoga za pogovor ter supervizijo, da bi se lahko lažje soočala z izzivi, ki jih sreča pri svojem delu. Predvsem pa bi za uspešno delo diplomirane babice potrebovale tudi več samostojnosti pri opravljanju svojega dela v okviru njihovih kompetenc.

Naloga diplomirane babice je spremljanje žensk skozi nosečnost, porod in poporodno obdobje; s čutečo, neprekinjeno ter individualizirano babiško obravnavo pa lahko diplomirana babica zagotovi kar najboljši vstop v materinstvo tudi ženskam z izkušnjo spolne zlorabe.

Literatura

1. APA, 2016. *Sexual abuse*. Available at: <http://www.apa.org/topics/sexual-abuse/> [1. 3. 2016].
2. Barlow, J., Birch, L., 2004. Midwifery practice and sexual abuse. *Br J Midwifery*, 12(2), pp. 72 -75.

3. Bartlam, B., Woolfe, R., 1998. Working with survivors of child sexual abuse within the context of infertility. *The European journal of psychotherapy, counseling and health*, 1(2), pp. 183 -193.
4. Bass, E. & Davis L., 1998. Pogum za okrevanje: *Priročnik za ženske, ki so preživele spolno zlorabo v otroštvu*. Ljubljana: Liberalna akademija in Visoka šola za socialno delo, pp. 372 - 379.
5. Bowman, K.G., 2007. When breastfeeding may be a threat to adolescent mothers. *Issues ment health nurs*, 28, pp. 89 - 99.
6. Coles, J., Anderson, A. & Loxton, D., 2015. Breastfeeding duration after childhood sexual abuse: an Australian cohort study. *J Hum Lact*, 32, pp. 1 - 8.
7. Coles, J. & Jones, K., 2009. »Universal precautions«: perinatal touch and examination after childhood sexual abuse. *BIRTH*, 36(3), pp. 230 - 236.
8. Daoud, N., Urquia, M.L., O'Campo, P., Heaman, M., Janseen, P.A., Smylie, J., Theissen, K. 2012. Prevalence of abuse and violence before, during and after pregnancy in a national sample of Canadian women. *Am J Public Health*, 102(10), pp. 1893 - 1901.
9. Drglin Z., 2011. *Spolna zloraba v otroštvu in materinstvo*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
10. Eberhard-Gran, M., Slinning, K., Eskild, A., 2008. Fear during labor: the impact of sexual abuse in adult life. *J psychosom obst gyn*, 29 (4), pp. 258 - 261.
11. Frei K., 1996. *Spolna zloraba: z odkrito besedo do varnosti*. Ljubljana: Založba Kres.
12. Gisladdottir, A., Harlow, B.L., Gudmundsdottir, B., Bjarnadottir, R.I., Jonsdottir, E., Aspelund, T., Cnattingus, S. & Vladimarsdottir, U.A., 2014. Risk factors and health during pregnancy among women previously exposed to sexual violence. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 93, pp. 351 - 358.
13. Halvorsen, L., Nerum, H., Øian, P. & Sørli, T., 2013. Giving birth with rape in one's past: a qualitative study. *BIRTH*, 40 (3), pp. 182 - 191.
14. Halvorsen, L., Nerum, H., Øian, P. & Sørli, T., 2006. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *BIRTH*, 33 (3), pp. 221 -228.
15. Henriksen, L., Vagen, S., Schei, B. & Lukasse, M., 2013. Sexual violence and antenatal hospitalization. *BIRTH*, 40 (4), pp. 281 - 288.
16. Jackson, K.B., Fraser, D., 2009. A study exploring UK midwives' knowledge and attitude towards caring for women who have been sexually abused. *Midwifery*, 25, pp. 253 - 263.
17. Kragelj, S., 2015. Komunikacija z otroki in odraslimi žrtvami nasilja v družini. In: Šimenc, J., eds. *Prepoznava in obravnavanje žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje*. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, pp. 72–80. Available at: <http://www.prepoznajnasilje.si/docs/default-source/default-document-library/priro%C4%8Dnik-za-zdravstveno-osebje.pdf?sfvrsn=0> [13.5.2016].

18. McGregor, K., Gautam, J., Glover, M. & Jülich, S., 2013. Health care and female survivors of childhood sexual abuse: health professionals' perspectives. *J Child Sex Abuse*, 22, pp. 761 - 775.
19. Montgomery, E., Pope, C. & Rogers, J., 2015. The re-enactment of childhood sexual abuse in maternity care: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 194 (15), pp. 1 - 7. Available at: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0626-9> [2. 3. 2016].
20. Möhler, E., Matheis, V., Marysko, M., Finke, P., Kaufmann, C., Cierpka, M., Reck, C. & Resch, F., 2008. Complications during pregnancy, peri- and postnatal period in a sample of women with a history of child abuse. *J Psychosom Obst Gyn*, 29 (3), pp. 193 -198.
21. Nelson, S. & Hapmson, S., 2008. *Yes you can! Working with survivors of childhood sexual abuse*. 2nd ed. Edinburgh: The Scottish Government, pp. 12 - 48.
22. Page, L., 2009. Woman-centered, midwife-friendly care: principles, patterns and culture of practice. In: Fraser, D.M., Cooper, M.A. eds. *Myles textbook for midwives*. 5th ed. Edinburgh: Elsevier, 37 - 53.
23. Repič Slavič, T., 2015. *Nemi krika spolne zlorabe in novo upanje*, 2. izdaja. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
24. Repič Slavič, T. & Gostečnik, C., 2015. The experience of pregnancy, childbirth and motherhood in women with a history of sexual abuse. In: Mivšek, A., ed. *Sexology in midwifery*. Available at: <http://www.intechopen.com/books/sexology-in-midwifery/the-experience-of-pregnancy-childbirth-and-motherhood-in-women-with-a-history-of-sexual-abuse> [22. 4. 2016].
25. Roberts, A.L., Lyall, K., Rich-Edwards, J.W., Ascherio, A. & Weisskopf, M.G., 2013. Association of maternal exposure to childhood abuse with elevated risk for autism in offspring. *JAMA Psychiatry*, 70(5), pp. 508–15. Available at: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1666655> [5. 3. 2016].
26. Schwerdtfeger, K.L. & Wampler, K.S., 2009. Sexual trauma and pregnancy: A qualitative exploration of women's dual life experience. *Contemp Fam Ther*, 31, pp. 100 - 122.
27. Simkin, P. & Klaus, P., 2004. *When survivors give birth: understanding and healing the effects of early sexual abuse on childbearing women*. Washington: Classic day publishing.
28. Smrkolj, Š. & Štolfa Guntar, A., 2015. Ginekologija in porodništvo. In: Šimenc, J., ed. *Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje*. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, pp. 106–12. Available at: <http://www.prepoznajnasilje.si/docs/default-source/default-document-library/priro%C4%8Dnik-za-zdravstveno-osebje.pdf?sfvrsn=0> [13.3.2016].
29. Sperlich, M. & Seng, J.S., 2008. *Survivor moms: Women's stories of birthing, mothering and healing after sexual abuse*. Eugene: Motherbaby Press, pp. 55, 66, 133.

30. Svavarsdottir, E.K. & Orlygsdottir, B., 2008. Identifying abuse among women: use of clinical guidelines by nurses and midwives. *J adv nurs*, 19, pp. 779 - 788.
31. SZO, 2016. *Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women*. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/> [13. 2. 2016].
32. Šimenc, J., ed., 2015. *Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje*. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije. Available at: <http://www.prepoznajnasilje.si/docs/default-source/default-document-library/priro%C4%8Dnik-za-zdravstveno-osebje.pdf?sfvrsn=0> [13. 5. 2016].
33. United Nations, 2006. *The Secretary-General's in-depth study on all forms of violence against women*. Available at: <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/v-sg-study.htm> [22. 4. 2016].
34. *Zakon o preprečevanju nasilja v družini*, 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 16 (487), pp. 1148.
35. Waiss, M. & Gallé, I., 2001. *V labirintu spolnih zlorab: Delo z žrtvami, storilci in starši*. Ostfildern: Založba Tertium.
36. Wilson, D.R., 2011. Preparing adult survivors of childhood sexual abuse for pregnancy, labor, and delivery. *Int J Childbirth Educ*, 26(2), pp. 7 - 8.
37. Yampolsky, L., Lev-Weisel, R. & Ben-Zion, I.Z., 2010. Child sexual abuse: is it a risk factor for pregnancy? *J adv nurs*, 66(9), pp. 2025 - 2037.

TRAVMA SPOLNE ZLORABE MED PORODOM

Katja Knez Steinbuch, družinska in zakonska terapevtka

Inštitut Vita bona, zavod za družinsko terapijo

Orehovo 6

8290 Sevnica

Povzetek

Travma spolne zlorabe posameznika zaznamuje na celotnem psihofizičnem področju. V zdravstvu se to navadno opazi kot nejasen vzrok simptomatike pacienta. Posledice spolne zlorabe so vidne, ko se pacientke srečajo z ginekološkimi pregledi in porodom. V prispevku nas bo zanimalo, kako spolna zloraba vpliva na nosečnico.

Uvod

V sredini devetdesetih let prejšnjega stoletja so odkrili vzrok, ki v ZDA kar sedmim od desetih (70%) ljudi poveča smrtnost, v velikih količinah vpliva na razvoj možganov, imunski sistem, hormonski sistem in celo naš zapis DNK. Pravzaprav vpliva na celotno telo. Izpostavljeni so skoraj potrojili tveganje za bolezni srca in pljučnega raka in zmanjšali življenjsko dobo za 20 let. A ta problematika danes še vedno ni vključena v zdravstveno dejavnost. Ne gre za pesticid, ali kemikalije, pač pa za otroško travmo. Gre za grožnje, ki so tako globoke, da povsem spremenijo človekov psihofizični svet. Gre za zlorabo, zanemarjenost, ali odraščanje ob staršu, ki ima duševno bolezen ali zasvojenost (Burke Harris, 2016). Travma je še vedno obravnavana kot socialni ali psihiatrični problem in ne kot del javnega zdravstva. V prispevku se bomo osredotočili na posledice travme spolne zlorabe, kako se odražajo pri nosečnicah in med porodom in kako lahko zdravstveni delavci to travmo prepoznajo in olajšajo težko situacijo.

Kaj je travma spolne zlorabe?

Spolno zlorabo je težko opredeliti. Svetovna zdravstvena organizacija meni, da je spolnih zlorab več vrst: ne gre le za spolni odnos, ampak širši spekter spolnih vedenj, me njimi na primer tudi golota, slačenje in nesramne pripombe. Williams (1994) opisuje spolno zlorabo kot travmo, pri kateri gre za neprostoovoljni spolni kontakt, ki vključuje silo ali prisilo s strani osebe, najmanj pet let starejše od žrtve. Finkelhor (1984) opredeli spolno zlorabo kot udeležbo otrok in mladostnikov v spolne aktivnosti z osebo, ki je starejša od njih, pri kateri je otrok zlorabljen kot spolni objekt za zadovoljevanje spolnih potreb ali želja starejše osebe. Zaradi neenakih moči v odnosu sam nima možnosti izbire. Nasplošno izstopa šest kriterijev spolne zlorabe: namera ali reakcija storilca, reakcija žrtve, uporaba sile, izkoriščanje, odsotnost

privolitve, prezgodnja razvojna zrelost (Repič, 2008). Pri travmah pa ne gre za to, ali zadostuje kriteriju, temveč kakšne posledice povzroči pri posamezniku. Pod kriterije upoštevati tudi škodljive stresne dogodke iz otroštva.

Spolna zloraba, telo in možgani

Travme pustijo posledice na marsikaterih področjih, vplivajo na naše možgane in na celostno zdravje našega telesa. Nevroznanost ugotavlja, da travma močno vpliva na možgane: ob močnih, zgodnjih in kroničnih travmah je več območij možganskega razvoja močno poškodovanih:

- zmanjšana splošna velikost možganov, poškodovanje v razvoju medhemisfernega nitja (ki omogoča pretok med obema hemisferama), lahko tudi poškodovan cerebralni vermiks, ki ni zmožen umirjati limbične strukture
- center za užitek in nagrajevanje, zavira razvoj prefrontalnega korteksa, ki je odgovoren za kontrolo impulzov in nova učenja
- zmanjšano zorenje leve polovice možganov
- manjši hipokampus (8-26%), kar zmanjša sposobnost za predelavo spomina v eksplicitni spomin in škoduje pridobitvi občutka zase (self) v svetu (Siegel)
- Van der Kolk: spremembe hipokampusa so lahko reverzibilne, pri živalih pa je zmanjšano delovanje pomenilo zmanjšano vedenjsko inhibicijo (več dražljajev bodo dojele kot boj/beg)
- MRI scani: spremembe vidne tudi v amigdali, ki je možganski center za odgovor na strah. Obstajajo dejanski pravi nevrološki razlogi, zakaj se otroci zapletejo v delikventno vedenje
- večja aktivnost amigdale pri osebah s ptsm, vidna v negativnih čustvih in telesnih simptomih, povezanih z avtonomnim vznburjenjem. Zaradi prejemljenega manjšega delovanja prefrontalnega korteksa – povezujejo s nesposobnostjo višjih možganskih regij, da bi ugasnile pogojene odzive strahu, ki temeljijo na amigdali
- Numeroff (2004): stres v zgodnjem otroštvu povzroči dolgotrajne posledice v različnih sistemih nevrotansmitorjev, posamezniki s travmo v otroštvu so nevrobiološko ranljivejši celo za manjše stresne dogodke v odraslosti (povečano tveganje za razvoj razpoloženskih in anksioznih motenj)
- raziskave z glodalci in primati so pokazale, da lahko stres med kritičnem obdobjem razvoja vodi do stalne povečane aktivnosti dejavnika kortikotropina in občutljivosti osi hipotalamus-hipofiza-nadlevična žleza v odzivu na stres (Repič, 2008).

Po travmah obstajajo tveganja za razvoj srčnih bolezni ali raka. Razlog za to leži v možganih in telesu, v hipotalamusu in v sistemu, ki je odgovoren za stres in fight or flight response (beg ali boj). V teh trenutkih mišljenje usmerjajo primitivnejši deli možganov. V stanju vzbujenosti in alarma je aktivirana simpatična sestavina avtonomnega živčnega sistema (pulz, tlak, dihanje, sladkor, mišice, previdnost, izločanje info). Pri otroku se to vzbujenje kaže kot jok in nato kričanje, odzivi so narejeni tako, da prikličejo skrbnike. Ko odraščajo pa smo priča dveh odzivom. Primer: ko v gozdu srečamo medveda, hipotalamus takoj opzori sisteme v telesu, nadlevisni sistem/žlezo, ki da opozorilo hormonov, naj spustijo adrenalin in kortizol, spremeni se pulz srca, dihanje, zenice se razširijo, mišice napnejo, dihalne poti odprejo, poteka večje sproščanje shranjenega sladkorja. Pripravljeni smo, da se bojujemo ali zbežimo. In to je super, če smo v gozdu in je tam res medved. Ampak težava je, če medved pride domov vsak večer in je sistem aktiviran vsak dan znova in znova. In sistem, ki sicer rešuje življenje, postane zdravju škodljiv (Burke Harris, 2016).

Pogosto se v zdravstvu dogaja, da simptomi ne razložijo zdravstvenih težav pacienta. **17.000 udeleženih v raziskavi o zgodnjih izkušnjah** T v povezavi z zdravjem: o psihični/fizični/spolni zlorabi, zanemarjanju, duševni bolezni starša, kemični odvisnosti staršev, ločitev staršev, družinsko nasilje, (Burk Harris, 2016):

1. 70% vsaj eno izkušnjo, 12,5% 1/8 pa vsaj 4 ali več.

2. Močna korelacija travme z zdravjem: kronične bolezni zelo pogoste, hujša kot je travma, močnejše so:

- **4-12x večje tveganje za alkoholizem, depresijo(5x), droge, samomor (12x)**
- **2-4x večje tveganje za razvoj kajenje, več spolnih partnerjev in spolnih bolezni,**
- **2,5x večje tveganje za kronične bolezni in hepatitis**
- **1,4-1,6x večje tveganje za telesno nedejavnost in debelost**
- **3x večje tveganje za plj. raka in 3,5x za razvoj srčne bolezni (eden glavnih razlogov smrtnosti)**

Nepredelana občutja imajo moč v sedanjosti in se reaktivirajo, kot npr izredno močan strah pred zapustitvijo, pomanjkanje ljubezni, strah pred napako, stalna stiska. Gre za zakopane spomine v preteklosti, ki pa jih doživljajo kot trenutno izkušnjo in pogosto postanejo fiksirani nanjo (Van der Kolk). Nekateri travme sploh ne zmorejo ubesediti.

Psihosomatika

Dokazano je, da se zdi večina teh pacientov zahtevnih, prestrašenih, negotovih, občasno ne zaupajo niti bližnjim, ki jim zagotavljajo, da bo vse v redu z njimi. Veliko jih trpi zaradi različnih medicinskih simptomov, najpogosteje zaradi prebavnih težav, kronične utrujenosti in motenj spanja. Med klasične kronične bolezni pri omenjenih pacientih spadajo gastrološke bolezni, bolezni povezane z želodcem, dihalne motnje, težave s srcem, hipertenzija, artritis, diabetes in različne ginekološke težave, ter težave z mehurjem. Psihosomatika se lahko kaže tudi v glavobolih, motnjah spanja in apetita, težavah z želodcem, mišični napetosti in omedlevicah in vrtoglavicah. Nekateri avtorji (Maltz, 1990) razlagajo psihosomatske težave kot posledico spolne zlorabe s pomočjo kronično stimuliranega avtonomnega živčnega sistema, ki povzroča izločanje hormonov (epinefrin, norepinefrin in kortizol).

Nosečnost in kako opaziti zlorabljenost

Pacientkam z izkušnjo spolne zlorabe lahko sama nosečnost zbudi težka občutja. Ko se telo začne spreminjati, lahko sebe dojema drugače in čuti, da telo ni več nedotakljivo, da je nekdo prestopil mejo. Ob tem je značilen še občutek sramu in izpostavljenosti, ki vodi do stiske in povišane anksioznosti. Več dejavnikov pokaže na zlorabo (Repič):

- ginekološki pregled: je lahko za pacientko zelo neprijeten, saj je prisoten tudi dotik. Pacientke zamrznejo, ali pa doživijo ob tem vzbujenje in hkrati gnus. Dobro je, če zdravstveni delavci to opazijo in situacijo naslovijo.
- občutek kontrole: po travmi spolne zlorabe se pacientka boji izgubiti kontrolo in to se najbolj opazi na pregledih in pri porodu. Ta občutek je močno prisoten zato, ker oseba ni imela nadzora nad dogajanjem, zato izguba kontrole zanje pomeni nevarnost. Kontrolo pacientke navadno dobijo z izdatnimi informacijami.
- babiška nega in flashbacki: pacientke skrb babice lahko doživljajo kot dodatno trpinčenje. Vsaka beseda babice jo lahko (zaradi somatskega spomina) spomni na zlorabo, kot na primer: »sprosti se«, »nič hudega ne bo«, »kmalu bo konec«. Ženska ob tem lahko zmrzne, otrpne, postane rigidna, spremeni se izraz na obrazu, dihanje, možni so tudi znaki napetosti in panike. Ko babica opazi te spremembe, lahko o njih tudi spregovori.
- disociacija: nekatere pacientke so spolno zlorabo preživele le tako, da je telo disociiralo, kar se navadno zgodi tam, kjer so močne bolečine. Isto bodo ženske pri porodu ne čutile bolečin, odplavale v svoj svet in se tako nezavedno borile z bolečino, kar pa v resnici podaljšuje potek poroda. Že same fizične senzacije, kot so raztezanje medenice in napetost v telesu lahko močno prebujajo spolno zlorabo. Strah lahko poveča tudi splošna anestezija, ki daje občutek, da bo brez nadzora nad njenim telesom. Flashbacke lahko sproži že sam položaj telesa, ležanje v postelji

Odnos med pacientko in babico

Travmirane pacientke bodo lahko tudi odnos z babico prepoznale kot zlorablajoč, posebej če so doživele travmo s strani tistih, ki so jim najbolj zaupale. Zdravniško osebje prepoznajo kot tisto, ki ima moč, ostane oblečeno in določa potek priprave in poroda, zato se ob njih ne čutijo varne. Babice bi jih lahko spomnile na zlorabo, že samo svojo pojavo in glasom, saj se zbudi organski spomin, ki lahko privede do panike in zamrznitve ali pa odpora. Če se med porodom zamenja osebje, lahko pacientke doživijo močne občutke zavrženosti, zapuščenosti in neželenosti. Četudi je pacientka sama izbrala svojo babico, ima lahko težave z zaupanjem. Babice se lahko zato počutijo testirane, ne dovolj dobre, preizkušane in da se morajo dokazovati. Pacientke pa na ta način skušajo pridobiti kontrolo. Zaradi sramu jim je namreč navidezno lažje dobiti kontrolo s pomočjo informacij, kot pa se povezati z babico in ji zaupati tudi svojo zgodovino. Tam, kjer se to vendarle zgodi, pa se odnos in potek poroda lahko izboljša. Babice se v takem odnosu lahko hitro prizadete, jezne in stopijo v držo obrambe. Navadno zelo pomaga spoznanje, da so pacientke s tako držo, zelo verjetno travmirane in da imajo takšen odnos do vas zaradi sebe, ne vas. Mogoče se tudi babice znajdejo v krogu svojih občutkov in jih pacientke lahko v resnici spomnijo na svojo preteklost, ko babici kdo ni zaupal ali jo priznaval kot dovolj dobro. Ob vsem tem najbolj pomaga spoznanje, da je pacientka preživela težko izkušnjo, ki zasluži spoštljivo in toplo obravnavo.

Na preglede lahko pridejo pacientke, ki se svoje zlorabe ne zavedajo, ali pa svoje travme niso nikoli predelale. Hitro lahko dobijo občutek, da jih dojemate kot šibke ali slabe.

Ni nujno, da bo travmirana pacientka želela o svoji travmi razglabljati, pravzaprav se to v večini primerov ne zgodi. Takrat je babica soočena s tem, da se mora vprašati, ali je možno, da ženska, ki ne deluje sproščeno sporoča še kaj. In četudi nimajo omejenih simptomov, si vsaka porodnica zasluži sočutno nego. Vsakič, ko se babice srečajo z napornim porodom, pomaga misel, da ta pacientka ni nesramna, le ranjena. Vse to je lahko za babice tudi izjemno naporno, zato je dobro, če si tudi one poiščejo supervizijo in strokovno pomoč, kjer lahko poskrbijo tudi zase.

Zaključek

Zdravstveni delavci so velikokrat tudi sami soočeni s stresom, v katerem je težko čutiti sebe in prepoznavati lastne potrebe, pa tudi potrebe pacientk. Za travmirane pacientke pa so ravno zdravstveni delavci ključnega pomena: da opazijo njihovo stisko in jim pri njej pomagajo. S tem omogočijo lažji postopek in drugačno izkušnjo.

Literatura in viri:

1. Cvetek, R. 2010. *Bolečina preteklosti*. Društvo Mohorjeva družba, Celje.
2. Repič, T. 2008. *Nemi kriki spolne zlorabe in novo upanje*. Društvo Mohorjeva družba, Celje.
3. Burke Harris, N., Dosegljivo na: www.ted.com, https://www.ted.com/talks/nadine_burke_harris_how_childhood_trauma_affects_health_across_a_lifetime?utm_source=facebook.com&utm_medium=social&utm_campaign=tedsread#t-651617 [1. 3. 2017].
4. www.midwiferytoday.com.