

STROKOVNO SREČANJE SEKCIJE MEDICINSKIH SESTER IN BABIC

Otočec, marec 2024



**NOSEČNOST IN POROD –
NOVA DOGNANJA**

Zbornik prispevkov



NOSEČNOST IN POROD – NOVA DOGNANJA

Zbornik prispevkov



**NOSEČNOST IN POROD – NOVA DOGNANJA –
Zbornik prispevkov**

Izdala in založila:

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

Sekcija medicinskih sester in babic

Ob železnici 30 a
1000 Ljubljana

Glavna in odgovorna urednica: Monika Ažman

Strokovno - organizacijski odbor: Jelka Cimermančič, Saša Matko, Gordana Njenjič, Anita Prelec

Recenzentka: Anita Prelec

ZBORNIK JE LEKTORIRAN IN RECENZIRAN

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

618.2/.5(082)

NOSEČNOST in porod - nova dognanja : zbornik prispevkov / [glavna urednica Monika Ažman]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in babic, 2024

ISBN 978-961-96185-3-0
COBISS.SI-ID 189240323

Fotografija na naslovnici: PRISPODOBE, Urša Klajder

Oblikovanje in tisk: Zala Prusnik, PRELOM d. o. o.

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2024

Naklada: 130 izvodov

NOSEČNOST IN POROD – NOVA DOGNANJA

Hotel Šport, Grajska cesta 2, 8222 Otočec

- 8.00 – 9.00 REGISTRACIJA
- 9.00 – 9.10 POZDRAVNI GOVOR
- 9.10 – 10.10 I. SKLOP Moderatorka: Jelka Cimermančič, Sonja Harnik
UVEDBA ETIČNIH VSEBIN NA PODROČJU BABIŠTVA
Rosemarie Franc, dipl. bab., dipl. m. s.; Saša Matko, dipl. bab.
- 10.00 – 10.30 **SPOLNA RAZNOLIKOST**
dr. Gabrijela Simetinger, spec. gin. in por.
- 10.30 – 11.00 **BOLEZNI, KI JIH POVZROČA OKUŽBA S HPV**
Mateja Lasič, dr. med., spec. gin. in por.
- 11.00 – 11.10 PREDSTAVITEV SPONZORJA
- 11.10 – 11.30 RAZPRAVA
- 11.30 – 11.40 AKTIVNI ODMOR S FIZIOTERAPEVTKO
- 11.40 – 12.00 *Odmor*
- 12.00 – 12.30 II. SKLOP Moderatorka: Mojca Petek, Andreja Žertuš
REPREZENTACIJA PORODA V MNOŽIČNIH MEDIJIH
Ana Monika Jurše, dipl. bab., doc. dr. Domajnko Barbara
- 12.30 – 13.00 **ANKSIOZNOST V NOSEČNOSTI IN OB PORODU TER STRATEGIJE POMOČI**
Polona Kestnar, dipl. bab.
- 13.00 – 13.30 **APLIKACIJA INTRAVENOZNIH PRIPRAVKOV ŽELEZA V NOSEČNOSTI IN PO PORODU**
Edita Dolmovič, dipl. bab.
- 13.30 – 14.00 **BOLEZNI ŠČITNICE PRI ŽENSKAH V RODNI DOBI**
prof. dr. Simona Gaberšček, dr. med.
- 14.00 – 14.10 PREDSTAVITEV SPONZORJA
- 14.10 – 14.30 RAZPRAVA IN ZAKLJUČKI
- 14.30 – 15.45 *Kosilo*

UVEDBA ETIČNIH VSEBIN NA PODROČJU BABIŠTVA

Introduction of ethical content in the field of midwifery

Rosemarie Franc, dipl. bab., dipl. m. s.¹

Saša Matko, dipl. bab.²

¹Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za perinatologijo, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor
rosemarie.franc@ukc-mb.si

²Ginekologija za ginekologijo in porodništvo Kranj, Kidričeva 38 a, 4000 Kranj
sasa.matko@bgp-kranj.si

RAZŠIRJEN POVZETEK

Na področju zdravstvene nege in babištva verjetno ni izvajalca, ki se ob opravljanju svojega dela ne bi vsakodnevno srečeval z etičnimi dilemami. Etična načela so podrobneje opredeljena v kodeksih etike in so zavezujoča za vse izvajalce zdravstvene nege in babištva. So čtivo, ki ne sme manjkati na nobenem delovišču babic in medicinskih sester in katerega vsebino je treba ves čas osveževati, seveda, če obstaja želja po razreševanju etičnih dilem, tako kot je treba – na etični način (Halbwachs, 2024). Etične dileme so neizogiben del babiške skrbi, saj se babice nenehno srečujejo s situacijami, ki postavljajo pod vprašaj njihove osebne in poklicne vrednote ter vplivajo na medpoklicne odnose (Megregian, Kane Low, Emeis, de Vries, & Nieuwenhuijze, 2021). Babice v Sloveniji se trenutno seznanjajo z etičnimi vsebinami pretežno iz področja zdravstvene nege. Po večini poslušajo predavanja predavateljev, ki nikoli niso delovali na ginekološko – porodnem področju. Od enajstih regijskih društev v Republiki Sloveniji trenutno samo dva društva (Maribor in Ptuj) vključujeta v obvezne vsebine iz področja etike in zakonodaje v zdravstvu kompleksno tematiko iz področja babištva, pri čemer je potrebno poudariti, da predavanje vodi babica, ki vsakodnevno opravlja delo v kliničnem okolju.

Namen prispevka je opozoriti na potrebo po nujni uvedbi babiških etičnih vsebin tudi v ostala regijska društva, saj slednje zagotavlja ne samo strokovno in kakovostno babiško skrb, temveč tudi pravično in sočutno babištvo. To potrebo je prepoznal tudi Upravni odbor Zbornice zdravstvene in babiške nege, ki je decembra 2023 sprejel sklep, da se diplomirano babico vključi v predavanja v okviru obveznih vsebin s področja etike in zakonodaje ter Kodeksa etike v babištvu. Težava je v tem, da je nabor strokovnjakov s področja babištva z ustreznimi referencami, majhen.

Lučovnik (2021) navaja, da se v perinatalni medicini zasledujejo trije cilji: 1) da so nosečnost, porod in poporodno obdobje varni za nosečnico/porodnico/otročnico, 2) da so nosečnost, porod in poporodno obdobje varni za plod/novorojenčka in 3) da so nosečnost, porod in poporodno obdobje pozitivna izkušnja za vse vpletene. Drglin in Bohinec (2023) priznavata, da se zlasti pri sledenju prvih dveh ciljev na posameznih področjih obporodne oskrbe v Sloveniji dosegajo dobri rezultati, pri sledenju zadnjega cilja pa so izboljšave še potrebne. Po mnenju Drglin (2023) ima vsa-

ka ženska pravico do varne, primerne, ustrezne, učinkovite, pravočasne, spoštljive, vključujoče, osebno in kulturno občutljive predporodne, obporodne, poporodne in ginekološke zdravstvene oskrbe najvišje kakovosti, ki jo je mogoče zagotoviti, in s tem do najvišje dosegljive ravni telesnega in duševnega zdravja ženske same, otroka in njene družine. Pogoj, da to dosežemo, je v prvi vrsti ozaveščanje žensk in izobraževanje babic ter ostalih zdravstvenih delavcev (Franc, 2024). Za zagotavljanje takšne oskrbe se od babic pričakuje in zahteva, da so etično kompetentne. Etično kompetentna babica je po mnenju (Kulju et al., 2016) tista, ki je značajsno trdna, ki je pripravljena delati dobro in ima večšine etičnega in moralnega presojanja. Etično odločanje zahteva prepoznavanje in analizo etične dileme, sprejetje ustreznega zaključka in ustrezno ukrepanje (Megregian, Kane Low, Emeis, de Vries, & Ni-ewenhuijze, 2021). Da bi babice pri svojem delu zmogle učinkovito reševati etične dileme, morajo na svoji poklicni poti ves čas razvijati večšine kritičnega mišljenja, sposobnosti reflektivnega razmišljanja, empatijo, sočutje, samozavedanje, etično zavest, komunikacijske večšine in sposobnost dobrega sodelovanja v multidisciplinarnih timih (Carrese et al., 2015). Te kompetence so na splošno opisane v Globalnih standardih za babiško izobraževanje in bistvenih kompetencah za babiško prakso Mednarodne konfederacije babic (ICM) ter v temeljnih kompetencah Ameriškega kolidža medicinskih sester-babic (ACNM) za osnovno babiško prakso (American College of Nurse-Midwives, 2020; Mednarodna konfederacija babic, 2019). Etično kompetentna babica pri etičnem odločanju upošteva sedem načel: integriteto oziroma dostojanstvo, spoštovanje, odgovornost, pravičnost, sočutje, pogum in modrost.

Babice se pri vsakodnevnem delu srečujejo z nenadnimi in zahtevnimi etičnimi dilemami, zlasti kadar sodelujejo pri zdravljenju neplodnosti in procesih prenatalnega testiranja, pri umetnih prekinitvah nosečnosti, spontanih splavih, feticidu, rojstvu ekstremno nedonošenih otrok, rojstvu donošenega mrtvega ploda, porodu otroka s prirojeno nepravilnostjo ali genetskim sindromom, obravnavi ženske po spolni zlorabi, obravnavi žalujočih staršev, obravnavi umirajočega otroka, posvojitvi otroka, paliativni oskrbi mlade ženske, oskrbi zapornice.... Mnogo vprašanj in dilem se slovenskim babicam poraja ob nudenju podpore ženski glede izbire kraja in načina poroda, lažšanju porodne bolečine, varovanju zasebnosti in podatkov, ravnanju s posteljico, sodelovanje s porodnimi spremljevalkami in zagotavljanju sočutne babiške skrbi, kljub napornim delovnim izmenam. Sočutna babiška skrb je sodobni koncept v babištvu. Po mnenju Bevk (2023) strokovnjaki, ki sodelujejo pri porodu, morajo poznati in razumeti, kaj je sočutna obravnava, na čem temelji in zakaj je pomembna. Eden izmed pomembnih dejavnikov, ki omogočajo polno uresničevanje sočutne oskrbe pa je delovno okolje, v katerem se babice in ostali zdravstveni strokovnjaki počutijo varne in v katerem dobivajo podporo in spodbudo za kakovostno opravljanje dela. To vedenje jim lahko da samo nekdo, ki to delo tudi sam zgledno opravlja.

Naj bo slednji prispevek pobuda vsem predsednicam še ostalih regijskih društev, pa tudi babicam, da bodo zmogle prepoznati nujnost in pomembnost vključevanja etičnih vsebin iz področja babištva, ki ga mora zaradi kompleksnosti vsekakor predavati predstavnica babic. Etično odločanje ni zgolj izbira; to je zavezanost življenju, ki spoštuje in krepi svobodo drugih. S poznavanjem teh načel lahko babica samozavestno in jasno krmari po kompleksnem labirintu etičnih odločitev. To je nujno potrebno za

spoštljivo opravljanje babiškega poklica in priznavanju babištva kot samostojnega reguliranega poklica in profesije. Tematika je pomembna tudi za vse ženske, ki so zaposlene v zdravstveni in babiški negi in ne nazadnje za vse ženske in njihove ožje družinske člane v Republiki Sloveniji, ker imajo pravico do strokovne, spoštljive, dostojne in sočutne babiške skrbi v vseh življenjskih obdobjih. Slednje omogoča opolnomočenje žensk in babic. Preprosto, ker si to ženske in babice zaslužimo.

Ključne besede: etika, etična dilema, babištvo, etična kompetenca, etično odločanje, etična načela, kodeks etike za babice

Literatura

Bevk, T., 2023. Sodobni koncepti v babištvu – sočutna babiška oskrba. In: A.P. Mivšek, A. Jug Došler, *Babice babicam – za boljšo prihodnjo obravnavo žensk*. Ljubljana, 14. september 2023, pp. 20–21. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Carrese, JA., Malek, J., Watson, K., Soleymani Lehmann, L., Green, MJ., McCullough, LB., Geller, G., Braddock, CH. & Doukas, DJ., 2015. The essential role of medical ethics education in achieving professionalism: the Romanell Report. *Acad Med*, Jun; 90(6): pp. 744-752. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25881647/> [8.3.2024].

Drglin, Z. & Bohinec, A., 2023. Mednarodna raziskava o doživljanju obporodne oskrbe v Sloveniji in drugod po Evropi: vidik porodnic. In: A.P. Mivšek, A. Jug Došler, *Babice babicam – za boljšo prihodnjo obravnavo žensk*. Ljubljana, 14. september 2023, pp. 24–25. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Drglin, Z., 2023. V varnih rokah: babice za pravice porodnic. In: A.P. Mivšek, A. Jug Došler, *Babice babicam – za boljšo prihodnjo obravnavo žensk*. Ljubljana, 14. september 2023, pp. 33–34. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Franc, R., 2024. Uvedba babiških vsebin s področja etike in zakonodaje v zdravstvu – modul licenca. *Utrip*, december, januar 2023 / 24, XXXI/6, p. 9.

Halbwachs, HK., 2024. Etične dileme naše vsakdanje. *Utrip*, december, januar 2023 / 24, XXXI/6, p.10.

Kulju, K., Stolt, M., Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H., 2016. Ethical competence: A concept analysis. *Nurs Ethics*. 23(4): pp. 401-412. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25670176/> [1.3.2024].

Lučovnik, M., 2021. Porod doma: Kaj gre lahko narobe pri porodnici. In: Vajd, R., Gričar, M. *Urgentna medicina. Izbrana poglavja*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 94-96.

Megregian, M., Kane Low, L., Emeis, C., de Vries, R. & Nieuwenhuijze, M., 2021. Essential components of midwifery ethics education: results of a Delphi study. *Midwifery*, 96, May 2021, 102946. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613821000255> [10.3.2024].

SPOLNA RAZNOLIKOST

Gender diversity

Asist. dr. Gabrijela Simetinger, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, medicinska seksologinja, FECSM

Splošna bolnišnica Novo mesto, Šmihelska cesta 1, 8000 Novo mesto
gabrijela.simetinger@sb-nm.si

IZVLEČEK

Spol in spolnost je pomemben del identitete, kdo je oseba in kaj bo ona, on ali oni postali. Vključuje vsa občutja, misli in vedenja, ki jih predstavljata biti moški, ženska, transspolna ali druga oseba. Spolna identiteta je definirana na več načinov s pomembnim konceptualnim prekrivanjem med biološkim spolom, identiteto spola, spolno vlogo in spolno usmerjenostjo. Kako se izrazi, je odvisno od namer in vrednot posameznika – kar naredi z možnostjo in željo, je v skladu z njegovimi prepričanji in vrednotami. Biološki spol opredeljujejo zunanji in notranji spolni organi, s katerimi se rodimo, in so moški ali ženski. Odstopanje od običajnega procesa spolne diferenciacije na nivoju kromosomov, spolnih žlez ali anatomskega spola vodi v stanje interspola. Identiteta spola je nenehen in vztrajen občutek doživljanja sebe kot moškega ali ženskega spola (je psihološki občutek biti moški ali ženska). Spolna disforija pomeni nelagodje ali stisko, ki je posledica neskladja med identiteto spola osebe in spolom te osebe, določenem ob rojstvu.

Ključne besede: spolna identiteta, biološki spol, družbeni spol, spolna vloga, spolna usmerjenost, pravila dobe prakse dela z osebami LGBTI+

ABSTRACT

Gender and sexuality are an important part of who a person is and what she, he or they will become. It includes all the feelings, thoughts and behaviours of being male, female, transgender or other person. Sexual identity is a "structure of sexual functioning", which has been defined in several different ways but with significant conceptual overlap and it is related to biological sex, gender identity, gender role and sexual orientation. Intention of values framework is what one intends to do with the desires one has in light of one's beliefs and values. Biological sex assigned at birth is either male or female. Any insult accruing in the process of sexual differentiation leads to a condition known as intersex. Gender identity is one's psychological sense of being male or female. Gender dysphoria refers to a discomfort or distress that is caused by incongruence between a person's gender identity and the person's sex assigned at birth.

Keywords: sexual identity, biological sex, gender identity, gender role, sexual orientation, good practice of work with LGBTI+ persons

UVOD

Po deklaraciji Svetovnega združenja za spolno zdravje (angl. World association for sexual health – WAS) imamo vsi pravico do spolnega zdravja. Spolno zdravje je stanje telesne, čustvene, duševne in socialne dobrobiti v odnosu do spolnosti; in ni samo odsotnost bolezni, motnje ali fizične šibkosti (WAS, 2014). Za doseganje in ohranjanje spolnega zdravja je treba spoštovati, varovati in izpolnjevati tudi spolne pravice vseh oseb. Deklaracija WAS priznava, da morajo biti spolna usmerjenost, spolna identiteta, spolni izrazi in telesne različnosti človeka zaščitene v okviru človekovih pravic (WAS, 2014). Pomembno je, da zdravstveni delavci nimamo stereotipnih prepričanj glede različnih spolnih identitet. Poznavanje spolnih identitet je ključno za razumevanje spolne raznolikosti. Nepoznavanje zdravstvenemu delavcu vzbuja nelagodje in strah, ki ga oseba z drugačno spolno identiteto ali usmerjenostjo lahko napačno razume in to ji povzroči dodatno stisko.

Razlaga pojmov v besedilu temelji na definicijah spolne medicine. Spolna identiteta pove, kdo si in kako deluješ kot spolno bitje. Definirana je na več načinov s pomembnim konceptualnim prekrivanjem med biološkim spolom (angl. biological sex), identiteto spola (angl. gender identity), spolno vlogo (angl. gender role) in spolno usmerjenostjo (angl. sexual orientation) (Vignozzi & Tripodi, 2013). Kako se izrazi, je odvisno od namer in vrednot posameznika – kar naredi z možnostjo in željo, je v skladu z njegovimi prepričanji in vrednotami (Vignozzi & Tripodi, 2013).

Biološki spol

Biološki spol opredeljujejo zunanji in notranji spolni organi, s katerimi se rodimo, ter je moški ali ženski. Spolna kromosoma X in Y določata kromosomski spol, ženska ima XX, moški XY. Biološka ženska ima notranje spolne organe: nožnico, maternico in jajčnike ter zunanje spolovilo vulvo, medtem, ko ima biološki moški spolni ud in testise. Jajčniki ali testisi določajo gonadni spol, medtem ko hormoni določajo endokrini spol. V času pubertete se pod vplivom hormonov razvijejo sekundarni spolni znaki (poraščenost, rast dojk, povečanje spolovila itd.) – fenotipski spol. Pri biološkem spolu gre za medicinsko in pravno klasifikacijo bioloških značilnosti, ki delita ljudi na kategorije na temelju zunanjih spolnih organov (Rahne-Otorepec & Zajc, 2016).

Kakršnokoli odstopanje od običajnega procesa spolne diferenciacije na nivoju kromosomov, spolnih žlez ali anatomskega spola (vključno s centralnim živčnim sistemom) lahko vodi v stanje, ki je tradicionalno znano kot interspol (angl. intersex) (Vignozzi & Tripodi, 2013). Interspolne osebe so osebe s spolnimi znaki, ki so bodisi ženski ali moški, oboji hkrati ali ne prav moški, ne prav ženski, lahko tudi niti moš-

ki niti ženski. Lahko imajo različne kromosomske kombinacije (XX, XY, XXY, XO itd.), anatomsko lahko imajo jajčnike, testise ali kombinacijo obojega in različna spolovila.

Identiteta spola

Spolna diferenciacija je proces zaporednih dogodkov, reguliranih z zapletenim so-učinkovanjem med genetskimi in endokrinimi dejavniki. Najprej se pri oploditvi vzpostavi kromosomski spol, ki nato vpliva na določitev gonadnega spola, ki je odgovoren za razvoj fenotipskega spola (to je diferenciacija v moške ali ženske notranje in zunanje spolne organe). Ampak proces spolne diferenciacije ni končan z oblikovanjem spolovila. Vzporedno poteka diferenciacija struktur centralnega živčnega sistema, ki so odgovorne za regulacijo spolnega vedenja in oblikovanje »identitete spola« (Vignozzi & Tripodi, 2013). Identiteta spola je nenehen in vztrajen občutek doživljanja sebe kot moškega ali ženskega spola (je psihološki občutek biti moški ali ženska). Postopek pridobivanja identitete spola je rezultat sodelovanja med »naravo in kulturo«, med biološkim zorenjem, ki ga regulirajo spolni kromosomi in hormoni, ter vedenjem ljudi okrog tebe, ki glede na spol, ki ti je pripisan ob rojstvu, pričakujejo vedenje glede na družbena pravila in pričakovanja, ki so predpisana temu spolu (Vignozzi & Tripodi, 2013). Na spolno diferenciacijo možganov signifikantno vplivajo spolni hormoni in drugi cirkulirajoči hormoni, kot so androgeni, estrogeni ter encimi, ki konvertirajo androgene v estrogene. Prenatalna izpostavitvev testosteronu ima zelo pomembno vlogo pri nevrološki in vedenjski spolni diferenciaciji, jasno je bilo dokazano, da je spolna diferenciacija pod vplivom gonadnih hormonov in verjetno tudi genetskih dejavnikov (Rahne-Otorepec & Zajc, 2016).

Identiteta spola ali družbeni spol poteka na kontinuumu, kjer so skrajno levo cispolne osebe (Rahne-Otorepec & Zajc, 2016), to so osebe, kjer je njihova identiteta spola (psihološki občutek biti moški ali ženska) enaka biološkemu spolu, medtem ko so na skrajno desni strani transspolne (angl. transgender) osebe. Transspolna oseba ali transoseba je oseba, ki ima drugačno spolno identiteto kot spol, ki mu ga pripišejo ob rojstvu. Biti transspolna oseba je stvar različnosti in ne patologije. Cisnormativnost (angl. cisnormativity) je predvidevanje, da so vse osebe cispolne in hkrati dojemanje cispolnosti kot edine možne spolne identitete. Na primer transpolna oseba, ki ji je bil ob rojstvu pripisan ženski spol in je biološko ženska, čuti, da ima moško identiteto, uporablja moško ime in moški zaimsek, se oblači kot moški in se ukvarja z aktivnostmi, ki jih družba določa moškimi. Lahko pa se ta oseba identificira kot nebinarna oseba ali kvir. Nebinarna oseba je oseba, ki se ne identificira kot moški in ne kot ženska (Legebitra, 2014).

Kvir (angl. queer) je teorija, ki pomeni kritiko vseh oblik normativnih spolnih usmerjenosti (heteronormativnost, homonormativnost) (Legebitra, 2014). V praksi so kvir osebe tisti, ki se ne identificirajo z nobeno od omenjenih identitet.

Neprilagojenost spola (angl. gender nonconformity) se nanaša na to, koliko se spolna identiteta, vloga ali izraz osebe razlikuje od kulturnih norm, predpisanih za ljudi določenega spola. Spolna disforija (angl. gender dysphoria) pa pomeni nelagodje

ali stisko, ki je posledica neskladja med identiteto spola osebe in spolom te osebe, ki je določen ob rojstvu (in s tem povezano spolno vlogo ter/ali primarnimi in sekundarnimi spolnimi značilnostmi) (World Professional Association for Transgender Health, 2012). Transseksualizem je ekstremna oblika spolne disforije. Transseksualne osebe so transspolne osebe, ki jim s hormonskim in/ali kirurškim zdravljenjem potrdijo spol. Spolna disforija oziroma stiska je lahko tako huda, da gredo v telesno tranzicijo želenega spola (Rahne-Otorepec & Zajc, 2016). Telesna tranzicija so lahko samo postopki hormonskega zdravljenja, s katerimi se zavrejo značilnosti biološkega spola in se spodbudijo značilnosti želenega spola. Transseksualna oseba se lahko odloči tudi za postopke kirurškega zdravljenja za ponovno opredelitev spola. Ponovna opredelitev spola (angl. gender reassignment – GRS) ali zdravljenje potrditve spola (angl. gender confirming) sta bolj ustrezna izraza za spremembo spola (Rahne-Otorepec & Zajc, 2016).

Osebe, ki zaradi spolne disforije spremenijo spol iz moškega v žensko, so transženske (MvŽ) (angl. male-to-female individuals (MtF)), tiste osebe, ki spremenijo spol iz ženske v moškega, pa so transmoški (ŽvM) (angl. female-to-male (FtM)). Podatki o prevalenci za transosebe, o katerih poroča deset raziskav, ki so bile narejene v osmih državah, gibljejo pa se od 1 : 11.900 do 1 : 45.000 za osebe, ki želijo zdravljenje potrditve spola iz moškega v žensko in od 1 : 30.400 do 1 : 200.000 za osebe, ki želijo zdravljenje potrditve spola iz ženske v moškega (World Professional Association for Transgender Health, 2012). Poleg telesne tranzicije sta zelo pomembni tudi psihološka in družbena tranzicija. Celotna tranzicija transoseb mora biti v skladu s standardi oskrbe (angl. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People) Svetovnega združenja za transspolno zdravje (angl. World Professional Association for Transgender Health – WPATH) (World Professional Association for Transgender Health, 2022).

Vsi transmoški se ne odločijo za odstranitev notranjih spolnih organov, zato, če imajo spolne stike z drugimi osebami, ne glede na njihovo spolno usmerjenost in spolne prakse, sodijo v program presejanja za zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb na materničnem vratu. Kadar je treba transosebo hospitalizirati, je zelo pomembno, da se jo namesti na oddelek po želenem spolu.

Spolna vloga

Spolna vloga je stopnja, v kateri se oseba drži družbenih pričakovanj enega spola, kar pomeni, da ima oseba v družbi vlogo, ki je značilna za moškega ali žensko ter se oblači in vede svojemu spolu primerno (Vignozzi & Tripodi, 2013). Spolni izraz je vidna zunanja predstavitev osebe, ki se odraža z oblačenjem, pričesko, telesno držo in mimiko ter vedenjem (Legebitra, 2014). Ne pomeni vedno ujemanja s spolno vlogo. Na podlagi spolne vloge in spolnega izraza predvidevamo spolno identiteto, kar velikokrat temelji na stereotipih. Večina ljudi predvideva, da se različni vidiki spola in spolnosti razvijajo po predvidljivi poti. To pomeni, da genetski spol vodi v nedvoumen biološki spol, ta vodi v za spol konsistentno spolno vedenje in spolno identite-

to, prav tako še v spolno privlačnost do nasprotnega spola in družbeno sprejemljivo spolno vedenje (Rahne-Otorepec & Zajc, 2016).

Spolna usmerjenost

Spolna usmerjenost je pri osebi definirana kot niz čustvenih, seksualnih in relacijskih dejavnikov, ki določajo interes posameznika do istega spola (homoseksualnost), nasprotnega spola (heteroseksualnost) in do obeh spolov (biseksualnost) (Rossi & Dean, 2013). Obstajajo tudi ljudje, ki čutijo privlačnost do ljudi kateregakoli spola in vseh spolov (panseksualnost), in ljudje, ki sploh ne čutijo spolne privlačnosti do drugih ljudi (aseksualnost). Tudi spolna usmerjenost se ne pojavlja vedno v tako strogo definiranih skupinah, ampak je kontinuum. Za nekatere osebe je spolna usmerjenost fluidna, kar je še posebej značilno za ženske. Fluidnost pomeni, da spolna usmerjenost ni statična, ni stabilna, temveč se lahko spreminja, tako kot se lahko spreminja tudi spolna identiteta.

Homoseksualnost in heteroseksualnost se navezujeta na en spol, biseksualnost je vezana na dva ali več spolov. Za aseksualne ljudi je značilno, da imajo nizko oziroma odsotno spolno željo in/ali spolno privlačnost in/ali nimajo nobenega spolnega vedenja ter vstopajo v romantične neseksualne partnerske odnose (Rossi & Dean, 2013).

Za številne ljudi so spolna usmerjenost, identiteta spola in spolno vedenje skladni. Cispolne osebe in transosebe, transmoški (ŽvM) in transženske (MvŽ) imajo na razpolago vse možnosti seksualne usmerjenosti. Kot na primer transmoškega geja privlačijo moški, transžensko lezbiljko pa ženske. Sedanje mnenje strokovnjakov je, da transženske pogosteje privlačijo moški, medtem ko transmoške ženske (Rahne-Otorepec & Zajc, 2016).

Pravila dobe prakse

Vse te osebe, ki v svoji spolni identiteti in usmerjenosti odstopajo od družbeno pričakovanih norm, se uvrščajo v LGBTI+ populacijo. LGBT pomeni lezbijke, geji, biseksualci in transspolne osebe. Črka I so interspolne osebe, medtem ko »+« pomeni vse ostale osebe, ki se s svojo spolno identiteto in usmerjenostjo ne morejo uvrstiti med heteroseksualne osebe in ostale LGBTI osebe. Zdravstveni delavci se moramo tega zavedati in do LGBTI+ oseb biti razumevajoči in jih ne obsojati.

Pravila dobre prakse za zdravstvene delavce, ki delajo s celotno LGBTI+ populacijo, so: Ne pričakujte heteroseksualnosti in določenega spola. Spolne usmerjenosti osebe in spola ne smemo jemati kot samoumevne. Vključite vprašanje in si zabeležite odgovor (Hojegaard & Aars, 2017). Vprašajte transosebo, po katerem zaimku jo lahko nazivate. Večina transoseb uporablja zaimke on (angl. he) ali ona (angl. she), nekatere pa njihovo (angl. their) kot edninski osebni zaimke (Rahne-Otorepec & Zajc, 2016). Olajšajte osebi razkritje. Med jemanjem anamneze imejte v mislih, da je oseba lahko LGBTI+ in mogoče se bo razkrila. Ne uporabljajte besed, ki so značilne za določen spol, kot sta besedi mož in žena, uporabite spolno nevtralne besede, dokler

se oseba ne razkrije. Dober začetek pogovora je: »Ali ste v zvezi?« Če spol njenega partnerja ostane nejasen, vprašajte po njem (Hojegaard & Aars, 2017). In kot zadnje, seznanite se z načinom življenja in dejavniki tveganja, ki ogrožajo zdravje oseb manjšinske spolne usmerjenosti in identitete (Hojegaard & Aars, 2017).

Odnos zaupanja bodo transspolne osebe vzpostavile ob uporabi senzibiliziranega jezika. To pomeni, da uporabljamo zaimke in imena, ki jih oseba uporablja, ne glede na to, kaj piše v kartoteki ali na zdravstveni izkaznici. Transosebo spoštljivo vprašajmo: „Kateri zaimek, ime uporabljate?“ Vedno uporabljamo vikanje in se izogibamo polvikanju. Za spolne, reproduktivne organe naj se uporabljajo natančni izrazi - vulva, vagina ... in ne npr. ženski spolni organi. Izogibamo se besedam moški ali ženski, saj ta termin lahko okrepi disforijo.

Nujno je, da jim povemo, da če si pravno priznajo svoj spol (se pravi iz Ž v M), se morajo za dostop do presejalnih programov (Dora, Zora) prijaviti sami, kajti sistem jih ne bo avtomatično zaznal in na presejalne programe ne bodo klicani. Pomembno je tudi, da se od transspolnih oseb ne pričakuje, da bodo o transspolnosti izobraževali nas, se pravi v ambulantah pred samim pregledom. Če nimamo dovolj znanja o transspolnosti, lahko to povemo in razložimo, da se bomo pozanimali.

ZAKLJUČEK

Zdravstveni delavci ne smemo imeti stereotipnih prepričanj glede različnih spolnih identitet. Poznavanje različnih spolnih identitet, načina komunikacije z osebami z različnimi spolnimi identitetami in spolno usmerjenostjo, njihovega načina življenja in dejavnikov tveganja, ki ogrožajo njihovo zdravje, je ključno za razumevanje in dobro medicinsko obravnavo.

Literatura

Hojegaard, AD. & Aars, H., 2017. Homosexual men and women, cancer and the health care system. In Y. Reisman & WL. Gianotten, (Eds.), *Cancer, intimacy and sexuality: A practical approach*. Switzerland: Springer, pp. 267–277.

Legebitra, 2014. LGBTQ slovar. Dostopno na: <https://legebitra.si/lgbtiq-slovar/>

Rahne-Otorepec, I., & Zajc, P., 2016. Razumevanje transspolnosti in vloga psihiatra pri obravnavi oseb s spolno disforijo. *Viceversa*. 60, pp. 4–19.

Rossi, R., & Dean, J., 2013. Sexual orientation. In PS Kirana, F. Tripodi, H. Porst & Y. Reisman, (Eds.), *The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology*. Amsterdam: Medix, pp. 278–301.

Vignozzi L, & Tripodi F., 2013. Sexuality in the Developmental age. In PS Kirana, F. Tripodi, H. Porst, & Y. Reisman, (Eds.), *The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology*. Amsterdam: Medix, pp. 162–190.

World Association for Sexual Health, 2014. Declaration of sexual rights. Dostopno na: <https://worldsexualhealth.net/resources/declaration-of-sexual-rights/>

World Professional Association for Transgender Health, 2012. *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People* [7th Version]. Dostopno na: <https://www.wpath.org/publications/soc>

World Professional Association for Transgender Health, 2022. *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People* [8th Version]. Dostopno na: <https://www.wpath.org/publications/soc>

BOLEZNI, KI JIH POVZROČA OKUŽBA S HPV

Diseases caused by HPV infection

asist. Mateja Lasič, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva

UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za ginekologijo, Zaloška c. 27,
1000 Ljubljana

matejalasic@yahoo.com

IZVLEČEK

Človeški papilomavirusi (HPV) so velika skupina virusov, ki pri človeku povzročajo številna obolenja kože in sluznic. Glede na vrsto novotvorbe oz. sposobnost HPV virusa, da ob vztrajajoči okužbi sproži rakavo preobrazbo okuženih celic, jih razdelimo v t. i. nizkorizične in visokorizične genotipe HPV. Nizkorizični genotipi so udeleženi predvsem pri nastanku anogenitalnih bradavic in papilomatoze grla, visokorizični pa pri nastanku raka materničnega vratu, raka zadnjika, raka nožnice, raka zunanjega spolovila, raka penisa ter raka ustnega dela žrela. Visokorizični genotipi so udeleženi pri nastanku praktično vseh primerov raka materničnega vratu, pri čemer rak materničnega vratu predstavlja posebnost med malignomi, saj je prvi rak, pri katerem lahko govorimo o eliminaciji rakave bolezni zaradi možnosti učinkovitega in varnega cepljenja proti HPV, organiziranega in kakovostnega programa presejanja ter minimalno invazivnih metod zdravljenja predrakavih sprememb materničnega vratu. Okužba s HPV je ena izmed najpogostejših spolno prenosljivih okužb. Poleg edukacije in ozaveščanja o okužbah s HPV ter principih varne spolnosti v sklopu preprečevanja prenosa je eden najbolj učinkovitih ukrepov za preprečevanje okužb s HPV in njenih posledic cepljenje proti HPV.

Ključne besede: HPV, spolno prenosljive bolezni, rak materničnega vratu, preventivni ukrepi, cepljenje

ABSTRACT

Human papillomaviruses (HPV) are a large group of viruses that cause various skin and mucous membrane diseases in humans. Depending on the type of lesion and the ability of the HPV virus to trigger carcinogenic transformation of infected cells with persistent infection, they are divided into so-called low-risk and high-risk HPV genotypes. Low-risk genotypes are mainly involved in the formation of anogenital warts and throat papillomatosis, while high-risk genotypes are involved in the development of cervical cancer, anal cancer, vaginal cancer, vulvar cancer, penile cancer, and oropharyngeal cancer. High-risk HPV genotypes are involved in the development of virtually all cases of cervical cancer, with cervical cancer being unique among malignancies, as it is the first cancer where we can participate in the elimination of the

disease due to the possibility of effective and safe HPV vaccination, organized and quality screening programs, and minimally invasive methods of treating precancerous changes of the cervix. HPV infection is one of the most common sexually transmitted infections. In addition to education and awareness about HPV infections and safe sex principles to prevent transmission, one of the most effective measures to prevent HPV infections and their consequences is HPV vaccination.

Key words: HPV, sexually transmitted diseases, cervical cancer, preventive measures, vaccination

UVOD

Virusi iz družine Papillomaviridae so skupina dvojnovijačnih DNA virusov, ki jih na podlagi skladnosti nukleotidnega zaporedja gena za kapsidni protein L1 razvrščamo v različne genotipe. Skupino genotipov, ki povzročajo okužbe in različne klinične manifestacije pri človeku, uvrščamo v skupino človeških papilomavirusov (angl. Human papillomavirus – v nadaljevanju HPV) (Milner, 2015; Poljak, Kocjan & Oštrbenk, 2019). Po podatkih mednarodnega referenčnega centra za HPV (angl. International Human Papillomavirus Reference Center, Karolinska Institute) poznamo več kot 220 uradno opredeljenih HPV genotipov, pri čemer je na področju okužb in bolezni anogenitalnega predela klinično pomembnih več kot 40 genotipov iz rodu Alfa (Karolinska Institute, 2023).

Glede na vrsto novotvorbe oz. sposobnost HPV virusa, da ob vztrajajoči okužbi sproži preobrazbo okužene celice v novotvorbo (t.j. rakavo obolenje), jih razdelimo v t. i. nizkorizične genotipe (med njimi klinično najpomembnejša HPV 6 in 11) ter visokorizične genotipe (med njimi klinično najpomembnejši HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59) (Muñoz, et al., 2016). Nizkorizični genotipi so udeleženi predvsem pri nastanku anogenitalnih bradavic in papilomatoze grla, visokorizični pa pri nastanku praktično 100 % primerov raka materničnega vratu (v nadaljevanju RMV), 88 % raka zadnjika, 78 % raka nožnice, 25 % raka zunanlega spolovila, 50 % raka penisa ter 31 % raka ustnega dela žrela (de Martel, et al., 2017).

Prenos in pogostost okužbe s HPV

Okužba s HPV je ena izmed najpogostejših spolno prenosljivih okužb (Meites, et al., 2016). HPV se prenaša s tesnim stikom sluznice ali kože okužene in zdrave osebe, najpogosteje med spolnimi odnosi (vaginalnimi, oralnimi, analnimi). Ocenjujejo, da pri spolno aktivnih ženskah in moških pride do okužbe s HPV vsaj enkrat v življenju, najpogosteje v prvih letih po pričetku spolnih odnosov in je prevalenca okužb s HPV najvišja pri ženskah, mlajših od 25 let (Trottier & Franco, 2006; Smith, et al., 2008).

Glede na podatke nacionalne raziskave iz leta 2009/2010 (Učakar, Poljak & Klavs, 2012) je v naključnem vzorcu slovenskih žensk bila pred uvedbo cepljenja proti HPV

prevalenca okužbe z vsaj enim visoko rizičnim genotipom HPV več kot 12 %, pri čemer je v starostni skupini 20 do 24 let prevalenca okužbe z vsaj enim visoko rizičnim genotipom HPV znašala kar 25 %.

Približno 90 % okužb s HPV izzvenci spontano v 12 do 24 mesecih (Ho, et al., 1998), preostala desetina t.i. vztrajajočih (perzistentnih) okužb s HPV pa lahko privede do nastanka predrakavih in/ali rakavih obolenj anogenitalnega predela (Poljak, Kocjan & Oštrbenk, 2019; Schiffman, et al., 2008). Večina okužb poteka brez simptomov ali znakov, kar pomeni, da tudi večina oseb ne ve, da so okužene s HPV. Pomembno je vedeti, da se okužba s HPV lahko prenaša tudi, če znaki okužbe niso prisotni.

Rak materničnega vratu

Visoko rizični genotipi HPV so udeleženi pri nastanku praktično vseh primerov RMV (de Martel, et al., 2017). Po podatkih Registra raka Republike Slovenije v Sloveniji za RMV letno zbolijo več kot 100 žensk, vsako leto jih zaradi te bolezni umre več kot 40. Predrakave spremembe materničnega vratu ne dajejo simptomov in znakov, zato je izjemno pomembno, da se ženske redno udeležujejo državnega presejalnega programa za zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb v sklopu državnega programa ZORA, ko lahko spremembe pravočasno odkrijemo, preden je prišlo do razvoja raka in je zdravljenje predrakavih sprememb materničnega vratu bistveno manj invazivno kot zdravljenje RMV. V državni presejalni program ZORA so aktivno povabljene vse ženske v starosti 20 do 64 let, katerim enkrat na 3 leta odvzamemo bris materničnega vratu (t.i. PAP bris) in s pregledom celic v brisu materničnega vratu pod mikroskopom ugotavljamo prisotnost predrakavih ali začetnih rakavih sprememb.

Tako kot predrakave spremembe je tudi RMV lahko dolgo časa prisoten brez simptomov in znakov, ko pa se ti pojavijo, je na žalost bolezen pogosto že razširjena. Pomembno je ponovno opomniti, da nastanek RMV lahko aktivno preprečimo. RMV predstavlja posebnost med rakavimi obolenji, saj je prvi rak, pri katerem lahko govorimo o globalni eliminaciji bolezni (Arbyn, et al., 2021). Ta cilj »izkoreninjenja« RMV bomo dosegli le z odgovornim in doslednim upoštevanjem priporočil in ukrepov sodobnega preventivnega zdravstvenega varstva - odgovorno in varno spolnostjo, cepljenjem proti HPV, redno udeležbo v državnem presejalnem programu za zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb ter pravočasnim zdravljenjem predrakavih sprememb materničnega vratu (Ivanuš, Jerman & Florjančič, 2021).

Preprečevanje okužbe s HPV in njenih posledic

Obsežno znanje o okužbah s HPV virusi ter njihovi neposredni vzročni povezanosti z nastankom tako predrakavih kot rakavih obolenj je omogočilo, da uspešno posredujemo na številnih nivojih preventivnih ukrepov. Poleg edukacije in ozaveščanja o okužbah s HPV je eden najbolj učinkovitih ukrepov za preprečevanje okužb s HPV in njenih posledic cepljenje proti HPV. Najzgodnejše rezultate vpliva cepljenja proti HPV so številne raziskave beležile že po krajšem časovnem obdobju od uvedbe cepljenja

in sicer padec prevalence okužb s HPV genotipi v povezavi z anogenitalnimi bradavicami pri mladostnikih in mladih ženskah (Garland, 2014; Hariri, et al., 2013), kakor tudi padec prevalence predrakavih sprememb materničnega vratu visoke stopnje v skupini mladih žensk (Garland, 2014; Wright, et al., 2019; Munro, et al., 2017). Obsežna švedska študija je pokazala, da je cepljenje proti HPV zmanjšalo tveganje za nastanek RMV pri cepljenih dekletih, mlajših od 17 let, za 88 % (Lei, et al., 2020).

V Sloveniji je cepljenje proti HPV na voljo od leta 2006, od šolskega leta 2009/2010 je cepljenje postalo del priporočenega cepljenja za deklice 6. razredov osnovne šole, od šolskega leta 2021/2022 pa se lahko cepijo tudi dečki 6. razredov osnovne šole. Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) je bila precepljenost od šolskega leta 2009/2010 do 2013/2014 med 44 % in 59,3 % deklic, kar pomeni v povprečju samo 50,6 % cepljenih žensk, ki sedaj vstopajo v presejalni program (NIJZ, 2021).

Po najnovjšem Programu cepljenja za leto 2023 (NIJZ, 2023) je cepljenje omogočeno tudi dvema novima generacijama dečkov in sicer v 1. in 3. letniku srednjih šol. Cepimo tudi t. i. »zamudnice in zamudnike« - to so dekleta in fantje do dopolnjenega 26. leta starosti, ki tekom programa cepljenja niso bili cepljeni proti HPV. Cepljenje proti HPV je v sklopu priporočenega programa cepljenja in za zamudnike (posameznike do dopolnjenega 26. leta starosti) krito iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Cepivo proti HPV je varno in učinkovito (Lei, 2020; WHO, 2017). V Sloveniji cepimo z devetvalentnim cepivom proti HPV, ki ščiti pred okužbo devetih najpogostejših nizko- in visoko rizičnih genotipov HPV (genotipi 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58), ki povzročajo bradavice ter predrakava in rakava obolenja anogenitalnega predela in grla. Cepivo ne more pozdraviti že prisotne okužbe HPV, zato je zelo pomembno, da cepimo pred nastopom prvih spolnih odnosov, ko do okužbe s HPV najpogosteje tudi pride. S tem namenom pričnemo s cepljenjem proti HPV že v osnovni šoli. Okužba s HPV je enako pogosta pri ženskah in moških. Moški niso samo prenašalci okužbe s HPV, temveč lahko vztrajajoča okužba s HPV privede do nastanka raka penisa, zadnjika in ustnega dela žrela, zato je zelo pomembno, da cepimo tudi dečke.

ZAKLJUČEK

Izjemno znanje in poznavanje lastnosti HPV virusov, predvsem v kontekstu načina prenosa in njihove vzročne povezanosti z nastankom tako benignih kot malignih obolenj, je omogočilo sodobni medicini, da uspešno posreduje na številnih nivojih preventivnih ukrepov. Eden najbolj učinkovitih ukrepov za preprečevanje okužb s HPV in njenih posledic predstavlja cepljenje proti HPV. Kljub učinkovitim preventivnim ukrepom ostaja RMV v Sloveniji področje javnega zdravja z možnostmi ukrepanja, predvsem na področju ozaveščanja in pomenu cepljenja proti HPV, ki je v Sloveniji še vedno nezadostno.

Literatura

Arbyn, M., Gultekin, M., Morice, P., Nieminen, P., Cruickshank, M. & Poortmans P., et al., 2021. The European response to the WHO call to eliminate cervical cancer as a public health problem. *Int J Cancer*, 148(2), pp. 277–284.

de Martel, C., Plummer, M., Vignat, J. & Franceschi, S., 2017. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *Int J Cancer*; 141(4), pp. 664–670.

Garland, SM., 2014. The Australian experience with the human papillomavirus vaccine. *Clin Ther*, Jan 1; 36(1), pp.17-23.

Hariri, S., Markowitz, LE., Dunne, EF. & Unger, ER., 2013. Population impact of HPV vaccines: summary of early evidence. *J Adolesc Health*, 53(6), pp. 679-682.

Ho, GY., Bierman, R., Beardsley, L., Chang, CJ. & Burk, RD., 1998. Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med*, Feb 12; 338 (7), pp. 423-428.

Ivanuš, U., Jerman, T., Florjančič, M., 2021. Poročilo o rezultatih programa ZORA v pandemskem letu 2020. In Ivanuš U, Primic Žakelj M, ur. *11. izobraževalni dan programa Zora. Zbornik; Virtualni kongres: Onkološki inštitut Ljubljana*.

Karolinska Institute, International Human Papillomavirus Reference Center, 2023. Dostopno na: https://www.hpvcenter.se/human_reference_clones.

Lei, J., Ploner, A., Elfström, KM., Wang, J., Roth, A., Fang, F., Sundström, K., Dillner, J. & Sparén, P., 2020. HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer. *N Engl J Med*. 383(14), pp. 1340-1348.

Meites, E., Gee, J., Unger, E. & Markowitz, L., 2021. *Human Papillomavirus*. Dostopno na: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/hpv.pdf>

Milner, DA., 2015. *Diagnostic Pathology: Infectious Diseases*. 2nd Edition. Elsevier Health Sciences, p. 440.

Muñoz, N., Castellsagué, X., Berrington de González, A. & Gissmann, L., 2006. Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer. *Vaccine*. Aug 31;24 Suppl 3: S3/1-10. doi: 10.1016/j.vaccine.2006.05.115.

Munro, A., Gillespie, C., Cotton, S., Busby-Earle, C., Kavanagh, K., Cuschieri, K., Cubie, H., Robertson, C., Smart, L., Pollock, K., Moore, C., Palmer, T. & Cruickshank, ME., 2017. The impact of human papillomavirus type on colposcopy performance in women offered HPV immunisation in a catch-up vaccine programme: a two-centre observational study. *BJOG*,124(9), pp. 1394-1401.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021. Okužbe s HPV in cepljenje mladostnic in mladostnikov. Dostopno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/predstavitev_zastare_2021_2022.pdf.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023. Program cepljenja in zaščite z zdravili za leto 2023. Dostopno na: https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/08/Program-cepljenja-2023_objavljen.pdf.

- Poljak, M., Kocjan, B.J. & Oštrbenk, A., 2019. Okužbe s HPV. In: Smrkolj Š, ed. *Obnovitveni kolposkopski tečaj (zbornik)*, Ljubljana.
- Schiffman, M., Castle, P.E., Jeronimo, J., Rodriguez, A.C. & Wacholder, S., 2007. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet*, 370 (9590), pp. 890-907.
- Smith, J.S., Melendy, A., Rana, R.K. & Pimenta, J.M., 2008. Age-specific prevalence of infection with human papillomavirus in females: a global review. *J Adolesc Health*; 43:S5-25. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.07.009>
- Trottier, H. & Franco, E.L., 2006. The epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Vaccine*, 24:S1-15. doi: 10.1016/j.vaccine.2005.09.054.
- Učakar, V., Poljak, M. & Klavs, I., 2012. Pre-vaccination prevalence and distribution of high-risk human papillomavirus (HPV) types in Slovenian women: A cervical cancer screening based study. *Vaccine*. Jan; 30(2), pp. 116–120.
- World Health Organization, 2017. Safety update of HPV vaccines. Extract from report of GACVS meeting of 7- 8 June 2017. Dostopno na: <https://www.who.int/groups/global-advisory-committee-on-vaccine-safety/topics/human-papillomavirus-vaccines/safety>
- Wright, T.C. Jr., Parvu, V., Stoler, M.H., Kodsí, S., Eckert, K., Yanson, K. & Cooper, C.K., 2019. HPV infections and cytologic abnormalities in vaccinated women 21-34 years of age: Results from the baseline phase of the Onclarity trial. *Gynecol Oncol*, 153(2), pp. 259-265.

REPREZENTACIJA PORODA V MNOŽIČNIH MEDIJIH

Childbirth representation in mass media

Ana Monika Jurše, dipl. bab.

doc. dr. Barbara Domajnko, univ. dipl. soc. kult.

doc. dr. Jožica Čehovin Zajc, univ. dipl. kom.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za babištvo,

Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana

monika.jurse@gmail.com

RAZŠIRJENI IZVLEČEK

Uvod: Množični mediji so ena od redkih priložnosti, ko lahko ženska porod vidi, preden ga doživi sama. Porod je v množičnih medijih pogosto prikazan nerealistično, s tem pa vpliva na vedenje in dejanja posameznikov v porodnem procesu. **Metode:** Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom znanstvene literature. Iskanje literature je potekalo v bibliografskih bazah DiKUL, EBSCO Information Services, Google Scholar, ProQuest, PubMed, ResearchGate, ScienceDirect in Springer-Link. Uporabljena je bila funkcija naprednega iskanja po postavljenih iskalnih nizih v slovenskem in angleškem jeziku. Kot kriterij izbire smo upoštevali leto objave v obdobju 2012-2022, vsebinsko ustreznost in relevantnost ter polno dostopnost do vsebine vira. **Rezultati:** V pregled literature je bilo vključenih 26 virov. Med temi sta 2 poglavji v znanstveni monografiji, 22 izvirnih in 2 pregledna znanstvena članka. Rezultati kažejo, da se število različnih virov s porodno tematiko v množičnih medijih nenehno povečuje, informacije, ki jih njihove porodne reprezentacije nudijo, pa so lahko pristranske in ne temeljijo vedno na dokazih. Prisotni so obrabljeni in predvidljivi vzorci s prevladujočo dramatično reprezentacijo biomedicinskega modela poroda, ki v porodnicah vzbuja strah in željo poroda s carskim rezom. **Diskusija in zaključek:** V prevladujočih reprezentacijah poroda, ki jih ponujajo množični mediji, so prisotne mnoge vrzeli in manjkajoče informacije. Pomembno je ozaveščanje žensk, babiške in porodniške stroke ter medijskih producentov za kritično in odgovorno delovanje na področju reprezentacije poroda v množičnih medijih, s širjenjem verodostojnih in strokovnih informacij, ki bodo ženskam omogočile pozitivne in na znanju temelječe porodne prakse, brez nepotrebnega strahu.

Ključne besede: nosečnost, rojstvo, javna podoba, javni mediji

ABSTRACT

Introduction: Mass media represent one of the few opportunities for a woman to witness childbirth before experiencing it herself. Childbirth is often depicted unre-

alistically in the mass media, influencing individuals' behavior and actions during the birthing process. **Methods:** A descriptive method with a review of scientific literature was utilized. Literature search was conducted in bibliographic databases including DiKUL, EBSCO Information Services, Google Scholar, ProQuest, PubMed, ResearchGate, ScienceDirect, and SpringerLink. Advanced search function was employed using predefined search strings in both Slovenian and English languages. Selection criteria considered publication year within 2012-2022, content relevance and appropriateness, and full accessibility to the content source. **Results:** The literature review encompassed 26 sources, including 2 chapters from scientific monographs, 22 original research articles, and 2 review articles. Findings indicate a constant increase in the number of diverse sources concerning childbirth in mass media, however, the information provided by these representations can be biased and not always evidence-based. Worn-out and predictable patterns prevail, with a dramatic representation of the biomedical model of childbirth inducing fear and desire for cesarean section deliveries among pregnant women. **Discussion and conclusion:** Dominant representations of childbirth in mass media exhibit numerous gaps and missing information. It is essential to raise awareness among women, midwifery and obstetrics professionals, and media producers for critical and responsible engagement in representing childbirth in mass media, by disseminating credible and expert information enabling women to adopt positive and knowledge-based birthing practices without unnecessary fear.

Keywords: pregnancy, childbirth, public perception, mass media

Ker se porodi večinoma ne odvijajo več v skupnostih, pač pa za zaprtimi vrati, najpogosteje porodnišnic, lahko to pomeni, da so množični mediji ena od redkih priložnosti, ko lahko ženska porod vidi, preden ga doživi sama (Clement, 1997; Handfield et al., 2006; Morris & McInerney, 2010). Sredstva javnega obveščanja in informiranja so eni najpomembnejših mehanizmov vključevanja v družbo in njeno kulturo, ki nam pomagajo opredeliti poglede na svet ter vplivajo na vedenje in dejanja posameznikov (Viswanath et al., 2007). Fleming et al. (2014) so napovedali vse večjo pojavnost »medijsko informiranih« porodov kot posledico razdrobljenih, šibko povezanih in slabo reprezentativnih informacij, kar poudarja odgovornost množičnih medijev za uravnoteženo prikazovanje poroda. Zaznavamo vrzel na področju raziskanosti pomena in značilnosti medijskih reprezentacij poroda, ki sooblikujejo porodne izkušnje žensk. To nakazuje potrebo po kritični presoji in aktivnem vključevanju babiške stroke v medijski prostor.

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom znanstvene literature. Iskanje literature je potekalo v spletnih bibliografskih podatkovnih bazah DiKUL, EBSCO Information Services, Google Scholar, ProQuest, PubMed, ResearchGate, ScienceDirect in SpringerLink v obdobju od 2. decembra 2021 do 8. marca 2022. Uporabljena je bila funkcija naprednega iskanja po iskalnih nizih v slovenskem jeziku:

porod* OR rojstvo* OR rojevanje* AND prikaz* OR upodobitev* OR uprizoritev* OR reprezentacija* AND mediji* OR množični mediji* ter v angleškem jeziku: birth* OR childbirth* OR childbearing* OR labour* OR labor* OR delivery AND representation* OR portrayal* AND media* OR mass media*. Kot kriterij izbire znanstvene literature je bila upoštevana vsebinska ustreznost in relevantnost ter polna dostopnost do vsebine vira s časom znanstvene objave med letoma 2012 in 2022. Pregled literature je bil narejen po smernicah PRISMA (Page et al., 2021). Izmed 349 zadetkov smo najprej izločili dvojnike. Po pregledu naslovov, tipologije, izvlečkov in skladnosti vsebine celotnega besedila in teme raziskovanja, smo v podrobnejšo analizo vključili 26 virov.

Porod je intenziven dogodek, povezan z izjemnim fizičnim naporom, ki ima čustveni, kognitivni, socialni in kulturni pomen (Horsch & Ayers, 2016). Fizično povzroča akutne spremembe krčenja maternice, odpiranja materničnega vratu, rojstva otroka in posteljice, čustveno pa je običajno povezan z intenzivnimi pozitivnimi in negativnimi čustvi (Ayers & Ford, 2007). Kakovostna oskrba med porodom je bistvenega pomena za doživljanja ženske in novorojenčka, zato naj oblikovanje obporodnih storitev in oskrbe porodnic izhaja iz tega, kaj ženske želijo in potrebujejo (Renfrew et al., 2014). V drugi polovici 18. stoletja so se s profesionalizacijo medicine in medikalizacijo uveljavili dosledni in prepričljivi argumenti porodniške stroke, ki je trdila, da je bolnišnica najboljši in najvarnejši kraj za rojstvo otrok (Cahill, 2001). Ginekologi in porodničarji so pričeli poudarjati pomen zdravstvene pomoči med porodom, porodu v domačem okolju pa so očitali visoko smrtnost (Kurz et al., 2020). Odnos do naravnega poroda se je tako z vsako naslednjo generacijo staršev spreminjal, medikaliziran način rojevanja pa je za bodoče starše pomenil dostojanstven in miren porod pod nadzorom, z malo ali v primeru carskega reza nič bolečin. Z začetkom kontrakturnih in feminističnih vrednot, ki so v 20. stoletju zaznamovale življenja večinskega srednjega razreda, je socialni model ponovno postal protitež načinom biomedicinskega vodenja poroda, ki je bil po mnenju zagovornikov socialnega modela za ženske preveč omejen, škodljiv in nadzorujoč (Raphael, 2010). Ko so naravni fiziološki procesi uokvirjeni kot bolezen, postanejo opredeljeni na lestvici od fiziološkega do patološkega, kar pa lahko ljudi odtuji od običajnih življenjskih izkušenj kot so rojstvo, staranje in smrt (Bergeron, 2007). Množični mediji krepijo in normalizirajo predvsem medicinski model, pozitivnih primerov babiškega ali socialnega modela poroda pa ne ponujajo veliko (Lukasse et al., 2014). Ker množični mediji odražajo in krepijo tovrstne prevladujoče ideologije v družbi, je pričakovano, da so nemedikalizirane predstavitve nosečnosti in poroda v veliki meri odsotne in marginalizirane ter tako v javnem diskurzu skrite ali izkrivljene (Morris & McInerney, 2010). V današnjem času lahko zasledimo interpretacije poroda v luči obeh omenjenih modelov, vendar je biomedicinski model še vedno prevladujoč (Cummins, 2020).

Ugotovitve kažejo, da so reprezentacije poroda v množičnih medijih slabo reprezentativne, fiziološki porod pa je redko prikazan kot običajen vsakdanji življenjski dogodek (Luce et al., 2016; Maclean, 2014), zaradi česar je večina s porodom povezanih sporočil v množičnih medijih potencialno zaskrbljujočih (Maclean, 2014). Re-

prezentacije slabih porodnih izkušenj pogosto vključujejo skrajne klinične primere in malomarnost osebja (Maclean, 2014), televizijsko prikazovanje poroda pa je dramatično s pretirano reprezentacijo porodniških zapletov in potreb po medicinskih intervencijah (Luce et al., 2016; Roberts et al., 2021; Stoll et al., 2015), kar sovпада z reprezentacijo prevladujoče rabe biomedicinskega modela poroda (Hundley et al., 2019). Opaziti je mogoče ponavljajoče prikazovanje manj invazivnih posegov, sredstev za lajšanje porodnih bolečin ter elektronsko spremljanje plodovih srčnih utripov (De Benedictis et al., 2019). Ta način reprezentacije porod prikazuje kot tvegan in nevaren ter zato kot nekaj, česar se je treba bati (Luce et al., 2016). Televizijski žanri, predvsem resničnostne oddaje na televiziji, so prepogosto omejeni na bolnišnični porod (Tyler & Baraitser, 2013), v katerem prevladujejo beli, heteroseksualni pari z nekaterimi razlikami glede na družbeni razred in starost. Redko je predstavljen širši spekter v povezavi z raso, spolno usmerjenostjo, invalidnostjo ter ekonomskim in družbenim razredom (De Benedictis et al., 2019). Vloga babic je pogosto predstavljena neustrezno in neprizanesljivo, saj je njihovo delo prikazano kot neprofesionalno in površno (Roberts et al., 2021; De Benedictis et al., 2019), redkeje pa je mogoče opaziti prikaz babic, ki se trudijo pri vzpostavljanju in gradnji odnosa s porodnico, kažejo empatijo in pristno zanimanje za posamezno žensko, njeno čustveno in fizično stanje ter njene potrebe in zanimanja (Fontein-Kuipers et al., 2019). Televizijska serija *Call the Midwife* in dokumentarni filmi *The Business of Being Born* ponujata alternativne reprezentacije prevladujočim medijskim podobam poroda in se zoperstavljata njegovemu stereotipnemu prikazovanju vedno potencialno nevarnega dogodka, nosečih žensk pa kot nemočnih in ubogljivih pacientk. Prikazuje ta opolnomočenje porodnic, ki ga v primerjavi z zdravstvenim sistemom nudi porod na domu s pomočjo babice in je s pomočjo babiške oskrbe prikazan kot normalen in varen. Babice v seriji *Call the Midwife* so glavne spremljevalke pri porodu, ki se odvija na domu nosečnice. Prikazani so prizori fizioloških porodov, kot so jim bili pogosto priča v preteklosti, občasno pa tudi manj pogosta porodniška stanja, kot so smrt matere in novorojenčka, porod dvojčkov, porod v medenični vstavi, izpad popkovnice in distocija ramen, ki jih danes brez izjeme pod strogim nadzorom porajamo v bolnišničnem okolju (Takeshita, 2017).

Porodne zgodbe v množičnih medijih so pogosto objavljene v obliki videoposnetkov ali besedilnih opisov nosečnosti in poroda, njihova reprezentacija pa je zelo vizualna in intenzivna (Sanders, 2019), zaradi česar so pogosto označeni kot nepriemerna in občutljiva vsebina, dopolnjena s številnimi sovražnimi in seksualiziranimi komentarji publike (Uppal et al., 2016). Amaterske videoposnetke poroda je smiselno obravnavati glede na feministično kritiko, ki porodnico vidi kot individualizirano, samoregulativno osebo in subjekt, ki presega porodno bolečino (Das, 2018). Takšne predstave, dopolnjene z lastnim besednjakom in osebno pripovedjo, prikazujejo porod kot radosten in neboleč dogodek. V večini videoposnetkov igra ključno vlogo zvok, ne le njegovo dodajanje (zvočni učinki, glasba), pač pa tudi njegovo selektivno reduciranje, ki omejuje vse, kar bi lahko nakazovalo na nelagodje ali težave, ki jih porodnice občutijo ob naravnem poteku poroda. Pomembno je tudi splošno

prikrivanje dogajanja, pa naj gre za zameglitev obrazov, daljše manjkajoče reprezentacije, uporabo teme in zatemnitve ali kot že omenjeno pogosto odstranitev in urejanje vokalizacij, ki presega tisto, kar se zdi dopustno. Ne glede na resničnost, so reprezentacije poroda odvisne od čustvenih in fizičnih vidikov, ki jih matere občutijo in pokažejo ter pogojev, ki so na voljo pri njihovem ustvarjanju (Das, 2018). Tudi porodne fotografije ne ponujajo radikalnega pogleda na porodno izkušnjo in porod prikazujejo konvencionalno (Ribak & Leshnick, 2022), zaradi česar so številne podobe poroda na spletnih platformah družbenih medijev pogosto cenzurirane in označene kot „pornografija“ (Cooper & Godfrey-Isaacs, 2019). Vedno bolj (porno) grafične podobe priljubljenih diskurzov poroda je povzročilo krojenje seksualnih upodobitev poroda, ki pa je odprlo prostor za večjo raznolikost v upodobitvi ženskih porodnih teles in razblinilo njihovo sanitizirano podobo (Jolly, 2018). Avtorji takšnih reprezentacij krepijo hierarhijo dobrega in slabega poroda, ki se ji skušajo upreti in nezavedno delujejo v nasprotju z osrednjo feministično kritiko tehno-kratskih porodov (Das, 2018). Te so najpogosteje v skladu s pričakovanji družbe in že predhodno samocenzurirane (Ribak & Leshnick, 2022). Fleming et al. (2014) opozarjajo na nevarnost nereguliranih brezplačnih spletnih strani in aplikacij na temo nosečnosti in poroda ter naraščanje njihovega števila, ki lahko zaradi svoje dostopnosti in irelevantnosti povzroča globalne posledice po vsem svetu. Nasprotje tem vsesplošnim reprezentacijam in njihovim objavam je cenzura poroda na spletnih platformah družbenih medijev, ki patologizira fiziološki porodni proces in zavrača reprezentacijo rojevajočega telesa (Yam, 2019). Medicinska paradigma s kulturno prevladujočo vlogo tako prodira v našo zavest ter določa, katere podobe poroda so za javnost dobrodošle in katere ne (Cooper & Godfrey-Isaacs, 2019). Grafične upodobitve poroda vplivajo tudi na odnos ženske do lastnega telesa in razumevanje ženske vloge v svetu, zlasti njene pornografsko različico. Ta vlaga le v videz svojega telesa in onemogoča, da bi videla vrednost v drugih ne(hetero)seksualiziranih telesnih sposobnostih (Jolly, 2018).

Analiza reprezentacij poroda v množičnih medijih razkriva njihove prevladujoče škodljive učinke (Cooper & Godfrey-Isaacs, 2019), saj dramatičen prikaz tega dogodka na mnoge ženske vpliva še pred zanositvijo (Gagnon, 2021). Ker množični mediji s prikazi nevarnih stanj sooblikujejo doživljanja poroda, imajo pomembno vlogo tudi pri odločitvah, ki se jih bodo ženske posluževale glede nosečnosti in poroda (Luce et al., 2016; Roberts et al., 2017; Roberts & De Benedictis, 2021; Sanders, 2019; Stoll et al., 2014; Vitek & Ward, 2019). Popularne televizijske reprezentacije poroda na ženske vplivajo bolj, kot se one tega zavedajo (Bessett & Murawsky, 2018), ne da bi eksplicitno izražale nasvete in priporočila (Sanders, 2019). Porodnice po izpostavitvi reprezentacijam poroda v množičnih medijih verjamejo, da je porod strašen, da je medikaliziran porod normalen in vedno varen, da jim morajo biti na voljo sredstva za lajšanje porodne bolečine ali carski rez (Vitek & Ward, 2019), zaradi navidezno večje varnosti pa vse pogosteje sprejmejo zdravniški nadzor in medicinsko oskrbo namesto babiške (Luce et al., 2016). Ker nosečnice množične medije uporabljajo kot vir informacij o nosečnosti in porodu (Bessett & Murawsky, 2018) in jih spremljajo

v velikem obsegu, reprezentacije poroda določajo standard za »normalen« porod ter njegovo vrednotenje (Sanders, 2019), amaterske medijske reprezentacije poroda pa s svojevrstno vizualno kulturo ženskam s preteklimi travmatičnimi izkušnjami poroda vzbujajo vprašanja o tem, kaj so pri svojem porodu storile narobe, da niso dosegle želene porodne izkušnje (Das, 2018). Ključnega pomena je razumeti kompleksnost vpliva porodnih reprezentacij v množičnih medijih na ženske z različnimi reproduktivnimi in porodnimi izkušnjami (Roberts & De Benedictis, 2021). Elektronski dostop do informacij o porodu opolnomoča ženske z informacijami in jih pripravlja na različne izide in možne scenarije v porodnem procesu (Fleming et al., 2014), vendar so tovrstne informacije obenem lahko tudi sredstvo za širjenje strahu pred porodom (Uppal et al., 2016; Maclean, 2014), zlasti med prvoročnicami (Roberts et al., 2017). Strah je sprejet kot normalen del nosečnosti in pričakovanja predvsem prvega otroka, kar lahko še poviša raven tesnobe in napetosti ter s tem poveča možnost za obporodne zaplete (Fleming et al., 2014).

Strah pred porodom, preferiran carski rez in želje porodnic so torej povezani z dostopom in poznavanjem informacij o porodu, saj ženske, ki poročajo o visoki stopnji strahu pred porodom, skoraj štirikrat pogosteje želijo porod s carskim rezom (Stoll et al., 2015). Stoll et al. (2014) so v raziskavi med 3680 študenti Univerze Britanske Kolumbije s pomočjo spletne ankete proučevali njihov odnos do poroda in raziskovali dejavnike, ki bi lahko bili povezani s strahom pred porodom in preferencami glede porodniških posegov. Zanimal jih je odnos do poroda, ki bi lahko s stopnjo strahu pred porodom vplival na preferiran carski rez. Od 2680 študentov jih je 1417 (38,5 %) navedlo, da na njihov odnos do poroda vplivajo reprezentacije v množičnih medijih. Ti so navajali višjo oceno strahu pred porodom kot tisti, katerih pogled na porod so oblikovali drugi dejavniki. Tisti z višjo oceno strahu so večkrat navajali carski rez kot svojo izbiro glede porodnega procesa (14,6 %) v primerjavi s tistimi, ki so bili izpostavljeni drugim virom informacij o porodu (8,5 %), hkrati pa so izrazili tudi večjo naklonjenost uporabi medicinske tehnologije na sploh in epiduralne analgezije kot sredstva za lajšanje porodne bolečine. Tudi Hauck et al. (2016) so raziskovali dejavnike povezane s strahom pred porodom in porodnimi preferencami. Njihov vzorec je obsegal 645 študentov moškega in ženskega spola iz zahodne Avstralije, ki v času izvajanja raziskave niso imeli otrok, so pa nameravali nekoč postati starši. Poročali so, da so njihov odnos do nosečnosti in poroda v 63,5 % oblikovali vizualni množični mediji, kot so televizija, YouTube in filmi, ter pisni mediji, kot so knjige in informacije z interneta (41,0 %). Delež študentov, ki so poročali, da so si prek teh virov ustvarili negativne vtise o nosečnosti in porodu, je bil 4,5 %. Od vseh udeležencev jih je 26,1 % poročalo o zmerno povišanem strahu pred porodom, glede preferenc rojevanja pa jih je 15,6 % izrazilo željo po porodu s carskim rezom. Miller & Danoy-Monet (2021) sta raziskovala učinke izpostavljenosti pisnim porodnim zgodbam v množičnih medijih na posameznice in ugotovila, da bi večina udeleženk v raziskavi kot lastno preferenco glede poroda izbrala isto, kot je bila predstavljena v pozitivnih porodnih zgodbah. Porodne zgodbe s pozitivnimi izidi vaginalnih porodov so privedle k večji naklonjenosti vaginalnemu porodu, medtem, ko so nega-

tivne povečale naklonjenost posameznic k porodu s carskim rezom. Rezultati torej kažejo, da preference glede poroda sooblikujejo izkušnje drugih, ki so izražene v množičnih medijih, kot posledica pa se lahko pri ženskah pojavljata strah in dvom v zmožnost rojevanja.

Televizijsko prikazovanje prevladujoče reprezentacije biomedicinskega modela poroda, medicinskih posegov in intervencij ohranja tovrstno medikalizacijo (Bessett & Murawsky, 2018; Luce et al., 2016). Trenutne reprezentacije poroda na internetu in televiziji ne zagotavljajo optimalnih pogojev za opolnomočanje porodnic, saj v njih vzbujajo občutek nemoči in pomanjkanja nadzora (Stoll & Hall, 2013). Nova vizualna kultura rojstva v množičnih medijih bi lahko privedla do demokratizacije informacij in znanja o rojstvu (Tyler & Baraitser, 2013), javna objava porodnih reprezentacij pa do njihovega kritičnega vrednotenja, uporabe porodnih tehnologij in normalizacije različnih oblik rojstva (Yam, 2019). Takšna reprezentacija ponuja vidik, ki lahko pripomore k samopotrditvi in večji samozavesti porodnic (Takeshita, 2017). Novejše in nevsakdanje reprezentacije v publiki vzbujajo kritično čudenje in radovednost namesto strahu in gnusa, kar ponuja tudi širšo in bolj raznoliko ponudbo izobraževalnega gradiva za nosečnice, ki ne bodo več ozaveščene le o rutinskih medicinskih postopkih in porodnih tehnologijah (Yam, 2019).

V prevladujočih reprezentacijah poroda, ki jih ponujajo množični mediji, so prisotne mnoge vrzeli in manjkajoče informacije, ki so lahko vstopne točke za njihovo kritično analizo. Włodarczyk (2013) opozarja na kolektivno neozaveščenost javnosti o porodnem procesu in spreminjajočih se standardih primernosti reprezentacij poroda v množičnih medijih. Kljub temu da so medijske reprezentacije poroda med seboj lahko zelo različne, so pri večini informacije, ki jih posredujejo, nasprotujoče si in napačne (Holdsworth-Taylor, 2010). Število različnih virov s porodno tematiko se v množičnih medijih nenehno povečuje, informacije, ki jih njihove porodne reprezentacije nudijo, pa so lahko pristranske in ne temeljijo na dokazih (Young, 2010). Množični mediji se s temi dejstvi, dokazi in koristnimi informacijami ne ukvarjajo toliko kot z gledanostjo, zaradi česar izbirajo teme, kjer so v ospredju dramatičnost ter sporočila, ki temeljijo na strahu (Leachman, 2017), saj jim tovrsten način predstavitve publiki predstavlja vir zaslužka (Pincus, 2010). Vsebujejo obrabljene in predvidljive vzorce poroda, ki vključujejo hitenje v porodnišnico, strah, krike in histrijo, neznosne bolečine ter željo oz. potrebno po epiduralni analgeziji ali celo carskem rezu (Pincus, 2010). Reprezentacije poroda v množičnih medijih ženska telesa predstavljajo kot nezmožna rojevanja brez zdravniškega posredovanja (Morris & McInerney, 2010). Uporabljen je pomanjkljiv in pretirano dramatičen način, zaznamujejo pa ga nevarnost, pretirana pogostost porodniških zapletov in medicinskih intervencij, ki jim botruje prevlada biomedicinskega modela (Bessett & Murawsky, 2018; Cooper & Godfrey-Isaacs, 2019; De Benedictis et al., 2019; Hundley et al., 2019; Luce et al., 2016; Roberts et al., 2021; Stoll et al., 2015; Takeshita, 2017). Tako televizija kot svetovni splet prikazujeta porodno filozofijo v luči medicinske paradigme in biomedicinskega modela ter se le redko osredotočata na rojstvo kot fiziološki dogodek (Young, 2010). Ker medijska sporočila pogosto ponujajo neustrezne in-

formacije o porodu in normalizirajo pretirano uporabo biomedicinskega modela, je pomembno ponuditi široko dostopne in zanimive informacije o socialnem modelu poroda in babiški oskrbi (VandeVusse & VandeVusse, 2008).

Pri spremembi medijskega diskurza v fiktivnih in dejanskih predstavitvah nosečnosti, poroda, babištva in porodništva iz medikaliziranega v bolj naravnega, imajo ključno vlogo babice Hundley et al. (2019); Luce et al. (2016) in Maclean (2014). Te lahko z opolnomočanjem porodnic in prizadevanjem za ozaveščeno porodno izkušnjo z množičnimi mediji učinkovito sodelujejo (Maclean, 2014). Babiška in porodniška stroka bosta morali najti načine, kako zapolniti vrzeli porodnih reprezentacij v množičnih medijih in pomagati ženskam, da jih bodo znale kritično ocenjevati in razumeti (Young, 2010). Ženske se lahko naučijo večšin in pridobijo spretnosti, ki jim bodo omogočile informirane odločitve pri lastnih izkušnjah poroda. Dokler vedo, da imajo na voljo različne možnosti, med katerimi znajo razlikovati, lahko zavestno izbirajo svoja stališča in se ne podrejajo reprezentacijam množičnih medijev. Zdravstveni delavci morajo medijske reprezentacije poroda uporabiti kot priložnost, da se seznanjajo in ozaveščajo o učinkih vsakodnevnih podob, ki nas preplavljajo ter skušajo razumeti njihov izvor, funkcije in cilje (Pincus, 2010). Prizadevanje za pozitivno doživljanje poroda je eden najpomembnejših ciljev, ki si jih mora zastaviti zdravstveni tim. Znanje o reprezentaciji poroda v množičnih medijih lahko babicam in zdravnikom pomaga, da svoje interakcije z ženskami prilagodijo tako, da bodo te pomirjene in bodo verjele v lastno zmožnost rojevanja in materinstva. Poleg fizioloških vidikov nosečnosti in poroda obstajajo namreč tudi psihološki, psihoseksualni in psihosocialni vidiki, ki so edinstveni za posamezne življenjske izkušnje nosečnic. Nanje pomembno vpliva na žensko osredotočena oskrba in možnost informirane izbire. Babice in zdravniki lahko ženskam pri pripravi na porod pomagajo s pogovorom o občutkih ter odnosu do nosečnosti in poroda, ki so ga sooblikovali množični mediji (Haines et al., 2012).

Medijske reprezentacije poroda so za marsikoga nedolžne, a imajo lahko izredno negativne posledice (Pincus, 2010). Njihov namen je sicer objektivno informirati javnost o porodnem procesu, vendar gledalci, zlasti ženske, na podlagi reprezentacij poroda v množičnih medijih oblikujejo določena pričakovanja v zvezi s porodom (Włodarczyk, 2013). Ker sta nosečnost in porod v množičnih medijih pogosto prikazana kot tvegana (Seale, 2002), lahko to skupaj z večinskim prikazom biomedicinskega modela v ženskah okrepi strah pred porodom (VandeVusse & VandeVusse, 2008), zaznavanje velikih tveganj v nosečnosti pa lahko privede celo do tokofobije (Holdsworth-Taylor, 2010). Strahovi in odnos žensk do poroda pomembno vplivajo na porodniško oskrbo in porodne izide, zato bi jih morali zdravstveni delavci poznati in pred porodom raziskati (Haines et al., 2012). Množični mediji z reprezentacijami poroda oblikujejo odnos in pogled žensk na porod ter v njih vzbujajo strah, ki je lahko povod za zelen porod s carskim rezom in večjo dovzetnost za medicinske intervencije, ki podpirajo in posledično ohranjajo biomedicinski model poroda (Bessett & Murawsky, 2018; Fleming et al., 2014; Gagnon, 2021; Hauck et al., 2016; Luce et al., 2016; Maclean, 2014; Miller & Danoy-Monet, 2021; Roberts et al., 2017; Roberts & De

Benedictis, 2021; Sanders, 2019; Stoll et al., 2014, 2015; Stoll & Hall, 2013; Uppal et al., 2016; Vitek & Ward, 2019).

Družba bo začela spreminjati pogled na porod in ga ceniti, ko ga prenehamo uvrščati med sporno gradivo ter skupnosti omogočimo njegovo svobodno in necenzurirano deljenje (Yam, 2019). Pri tem ima pomembno vlogo babiška stroka, ki z izobraževanjem javnosti ter aktivnim sodelovanjem z medijskimi producenti pri načinih porodne reprezentacije, lahko vpliva na izide poroda in porodne izkušnje žensk v prihodnosti. Prepreči lahko negativne vplive trenutne reprezentacije poroda v množičnih medijih na porodnice in babiško stroko ter javnost ozavešča o možnostih in izidih poroda, ki jih iz virov medijske reprezentacije ni mogoče razbrati ali pa so zaradi subjektivnega doživljanja napačno interpretirane. Vsekakor je pomembno, da se kljub zavedanju posplošenih, pomanjkljivih in pogosto slabo reprezentativnih reprezentacij poroda v množičnih medijih, ne izpodbija resnosti možnih obporodnih zapletov in medicinskih intervencij. Reprezentacije poroda v množičnih medijih so lahko tudi primer dejanske porodne izkušnje posameznih porodnic, zato je pomembno poudariti raznolikost možnosti in individualnost porodnih izkušenj.

Reprezentacije poroda v množičnih medijih postavljajo normativ medikaliziranega poroda s prevladujočimi prikazi zdravniške oskrbe, rutinskih posegov, sredstev za lažje napredovanje poroda in lajšanje porodnih bolečin. Alternativne možnosti so prikazane redko in nejasno, na kar lahko pomembno vpliva sodelovanje medijskih producentov in babiške stroke. Ker množični mediji s svojimi reprezentacijami poroda sooblikujejo porodne predstave, pričakovanja in doživljanje žensk, imajo pomembno vlogo tudi pri njihovih odločitvah glede nosečnosti in poroda. Reprezentacije poroda v množičnih medijih nas informirajo o porodnem procesu, vendar zvezi s porodom in nanje pogosto reagira s strahom. S svojo vseprisotnostjo, množični mediji oblikujejo mnoga področja zasebnih in javnih življenj. Ne glede na to, ali se tega zavedamo ali ne, vplivajo na naše delovanje in sodelovanje v svetu ter sooblikujejo naše mišljenje in odločitve. Od zavedanja teh vplivov, kritičnega mišljenja ter medijske in zdravstvene pismenosti je odvisno, na kakšen način bodo porodnice množičnim medijem dovolile vplivati nase in na lastne porodne izkušnje. Ženske podkrepjene z znanjem bodo lažje izločile informacije in njihove vire, ki bi lahko bili slabo reprezentativni in imeli nanje in njihovo porodno izkušnjo celo negativen vpliv. Poleg informiranja bodočih staršev babiška stroka nosi tudi pomembno vlogo pri sodelovanju z ustvarjalci medijskih vsebin. Babice lahko posredno ozaveščajo za odgovorno širjenje verodostojnih in dobro reprezentativnih reprezentacij poroda, ki bodo ženskam omogočile pozitivne in na znanju temelječe porodne izkušnje brez nepotrebnega strahu.

Literatura

- Ayers, S., & Ford, E., 2007. Childbirth and Stress. *Encyclopedia of Stress*, pp. 467–471. <https://doi.org/10.1016/B978-012373947-6.00438-4>
- Bergeron, V., 2007. The ethics of cesarean section on maternal request: a feminist critique of the American College of Obstetricians and Gynecologists' position on patient-choice surgery. *Bioethics*, 21(9), pp. 478–487. <https://doi.org/10.1111/J.1467-8519.2007.00593.X>
- Bessett, D., & Murawsky, S., 2018. 'I guess I do have to take back what I said before, about television': pregnant women's understandings and use of televisual representations of childbearing. *Sociology of Health and Illness*, 40(3), pp. 478–493. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12658>
- Cahill, H. A., 2001. Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), pp. 334–342. <https://doi.org/10.1046/J.1365-2648.2001.01669.X>
- Clement, S., 1997. Childbirth on television. *British Journal of Midwifery*, 5(1), pp. 37–42. <https://doi.org/10.12968/BJOM.1997.5.1.37>
- Cooper, T., & Godfrey-Isaacs, L., 2019. Gathering storm-birth in the media. In K. Gutteridge (Ed.), *Understanding Anxiety, Worry and Fear in Childbearing: A Resource for Midwives and Clinicians*, pp. 75–95. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-21063-2_5/COVER
- Cummins, M. W., 2020. Miracles and home births: the importance of media representations of birth. *Critical Studies in Media Communication*, 37(1), pp. 85–96. <https://doi.org/10.1080/15295036.2019.1704037>
- Das, R., 2018. Mediated subjectivities of the maternal: A critique of childbirth videos on YouTube. *The Communication Review*, 21(1), pp. 66–84. <https://doi.org/10.1080/10714421.2017.1416807>
- De Benedictis, S., Johnson, C., Roberts, J., & Spiby, H., 2019. Quantitative insights into televised birth: a content analysis of One Born Every Minute. *Critical Studies in Media Communication*, 36(1), pp. 1–17. <https://doi.org/10.1080/15295036.2018.1516046>
- Fleming, S. E., Vandermause, R., & Shaw, M., 2014. First-time mothers preparing for birthing in an electronic world: internet and mobile phone technology. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(3), pp. 240–253. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.886104>
- Fontein-Kuipers, Y., van Duijvenbode, J. & Pluymaekers, M., 2019. Portrayal of Shared Decision-Making in Lifetime Documentary Series 'One Born Every Minute.' *SM Journal of Nursing*, 5(1), pp. 1–7. <https://doi.org/10.36876/smjn.1021>
- Gagnon, R., 2021. A longitudinal study of women's representations and experiences of pregnancy and childbirth. *Midwifery*, p. 103. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103101>
- Haines, H. M., Rubertsson, C., Pallant, J. F. & Hildingsson, I., 2012. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), pp. 1–14. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-55/TABLES/7>
- Handfield, B., Turnbull, S. & Bell, R. J., 2006. What do obstetricians think about media influen-

- ces on their patients? *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 46(5), pp. 379–383. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2006.00621.x>
- Hauck, Y. L., Stoll, K. H., Hall, W. A. & Downie, J., 2016. Association between childbirth attitudes and fear on birth preferences of a future generation of Australian parents. *Women and Birth*, 29(6), pp. 511–517. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.05.001>
- Holdsworth-Taylor, T. L., 2010. Portrayals of Childbirth: An Examination of Internet Based Media. *Interdisciplinary Journal of Health Sciences*, 1(1), pp. 31–41. <https://doi.org/10.18192/RISS-IJHS.V1I1.1532>
- Horsch, A. & Ayers, S., 2016. *Childbirth and Stress. Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior: Handbook of Stress*, pp. 325–330. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00040-6>
- Hundley, V., Luce, A., van Teijlingen, E. & Edlund, S., 2019. Changing the narrative around childbirth. *Evidence Based Midwifery*, 17(2), pp. 47–52.
- Jolly, N., 2018. Sexy birth: Breaking Hollywood's last taboo. *Sexualities*, 21(3), pp. 410–427. <https://doi.org/10.1177/1363460717699770>
- Kurz, E., Davis, D., & Browne, J., 2020. Analysing constructions of childbirth in the media; Moving possibilities for childbirth beyond gender essentialism. *Women and Birth*, 33(4), pp. 377–382. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.06.014>
- Leachman, A., 2017. How Media promote fear around childbirth. In *Midwifery, Childbirth and the Media*, pp. 61–77. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-63513-2_5
- Luce, A., Cash, M., Hundley, V., Cheyne, H., Van Teijlingen, E. & Angell, C., 2016. "Is it realistic?" the portrayal of pregnancy and childbirth in the media. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0827-x>
- Lukasse, M., Schei, B. & Ryding, E. L., 2014. Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 5(3), pp. 99–106. <https://doi.org/10.1016/J.SRHC.2014.06.007>
- Maclean, E., 2014. What to expect when you're expecting? Representations of birth in British newspapers. *British Journal of Midwifery*, 22(8), pp. 580–588.
- Miller, Y. D. & Danoy-Monet, M., 2021. Reproducing fear: the effect of birth stories on nulligravid women's birth preferences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03944-w>
- Morris, T. & McInerney, K., 2010. Media representations of pregnancy and childbirth: an analysis of reality television programs in the United States. *Birth*, 37(2), pp. 134–140. <https://doi.org/10.1111/J.1523-536X.2010.00393.X>
- Pincus, J., 2010. Laboring Under an Illusion: Mass Media Childbirth vs. The Real Thing. *Birth-Issues in Perinatal Care*, 37(1), pp. 82–83. https://doi.org/10.1111/J.1523-536X.2009.00384_2.X
- Raphael, A. J., 2010. A history of alternative approaches to birth from the 1940s to the 1990s. In *Natural childbirth in twentieth century England* (pp. 85–187). Queen Mary University of London. <https://qmro.qmul.ac.uk/xmlui/handle/123456789/1601>

- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R. A. D., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L. & Declercq, E., 2014. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), pp. 1129–1145. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
- Ribak, R. & Leshnick, A., 2022. 'A powerful, spiritual, win-win situation': commercial authenticity in professional birth photography. *Media, Culture and Society*, 44(5), pp. 951–966. <https://doi.org/10.1177/01634437211060237>
- Roberts, J., Bennett, B., Slack, H., Borrelli, S., Spiby, H., Walker, L., & Jomeen, J., 2021. Midwifery students' views and experiences of birth on mainstream factual television. *Midwifery*, p. 92. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102859>
- Roberts, J., & De Benedictis, S., 2021. Childbirth on television: a scoping review and recommendations for further research. *Feminist Media Studies*, 21(2), pp. 248–264. <https://doi.org/10.1080/14680777.2019.1690025>
- Roberts, J., De Benedictis, S., & Spiby, H., 2017. Love Birth, Hate One Born Every Minute? Birth community discourse around televised childbirth. *Midwifery, Childbirth and the Media*, pp. 7–22.
- Sanders, J., 2019. Sharing special birth stories. An explorative study of online childbirth narratives. *Women and Birth*, 32(6), pp. 560–566. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.12.009>
- Seale, C., 2002. Media and health. In *Pregnancy and childbirth*, pp. 198–199. SAGE.
- Stoll, K., Edmonds, J. K., & Hall, W. A., 2015. Fear of Childbirth and Preference for Cesarean Delivery Among Young American Women Before Childbirth: A Survey Study. *BIRTH*, 42(3), pp. 270–276.
- Stoll, K., & Hall, W., 2013. Vicarious Birth Experiences and Childbirth Fear: Does It Matter How Young Canadian Women Learn About Birth? *The Journal of Perinatal Education*, 22(4), pp. 226–233. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.4.226>
- Stoll, K., Hall, W., Janssen, P. & Carty, E., 2014. Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery*, 30(2), pp. 220–226. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.017>
- Takeshita, C., 2017. Countering technocracy: “natural” birth in The Business of Being Born and Call the Midwife. *Feminist Media Studies*, 17(3), pp. 332–346. <https://doi.org/10.1080/14680777.2017.1283341>
- Tyler, I. & Baraitser, L., 2013. Private View, Public Birth: Making Feminist Sense of the New Visual Culture of Childbirth. *Studies in the Maternal*, 5(2). <https://doi.org/10.16995/SIM.18>
- Uppal, E., Davies, S., Nuttall, J. & Knowles, H., 2016. Exploring undisturbed birth through art and social media An interactive project with student midwives. *British Journal of Midwifery*, 24(2), pp. 124–129.
- VandeVusse, A., & VandeVusse, L., 2008. Reality Television as a Source of Information about Birth: The Messages and Their Implications. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(5), p. 482. <https://doi.org/10.1016/J.JMWH.2008.05.016>

- Viswanath, K., Ramanadhan, S. & Kontos, E. Z., 2007. *Mass Media*, pp. 275–294. https://doi.org/10.1007/978-0-387-70812-6_13
- Vitek, K. & Ward, L. M., 2019. Risky, Dramatic, and Unrealistic: Reality Television Portrayals of Pregnancy and Childbirth and their Effects on Women's Fear and Self-Efficacy. *Health Communication*, 34(11), pp. 1289–1295. <https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1481708>
- Wlodarczyk, J., 2013. Cross-cultural delivery: the American influence on representations of birth in polish popular culture. *Genders*, 58. <https://go.gale.com/ps/i.do?p=AOONE&sw=w&issn=08949832&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA356353841&sid=googleScholar&linkaccess=fulltext>
- Yam, S. yin S., 2019. Birth Images on Instagram: The Disruptive Visuality of Birthing Bodies. *Women's Studies in Communication*, 42(1), pp. 80–100. <https://doi.org/10.1080/07491409.2018.1561564>
- Young, D., 2010. Childbirth education, the internet, and reality television: challenges ahead. *Birth*, 37(2), pp. 87–89. <https://doi.org/10.1111/J.1523-536X.2010.00398.X>

ANKSIOZNOST V NOSEČNOSTI IN OB PORODU TER STRATEGIJE POMOČI

Anxiety during pregnancy and childbirth and help strategies

Polona Kestnar, dipl. babica

Splošna bolnišnica Novo mesto, Oddelek za ginekologijo in porodništvo

Šmihelska c. 1, 8000 Novo mesto

polona.kestnar@sb-nm.si

IZVLEČEK

Čustveno doživljanje nosečnosti je različno, tudi če so bile nosečnosti zaželene. Novico morata tako mati kot oče otroka sprejeti in zato lahko potrebujeta določen čas. Hkrati se morata oba soočiti s spremembami, ki jih prinaša nosečnost in kasneje novo človeško bitje. Pretirano zaskrbljene, anksiozne in depresivne nosečnice imajo neugodne telesne simptome, ki lahko še dodatno otežujejo čas nosečnosti. Z novim presejalnim programom so zdravstveni delavci lažje pozorni na psihološke spremembe pri nosečnicah. Program z uveljavitvijo novega pravilnika od aprila 2023 v celoti krije Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Zaskrbljenost in tesnoba sta pri porodnicah pogost pojav, zato sta na prvem mestu sočutje in pridobitev zaupanja ključna za poskus pogovora o globljih čustvih ženske tudi v porodni sobi. S pomočjo informiranosti, podpore, empatije in spoštovanjem lahko babice v porodni sobi zmanjšajo zaskrbljenost in tesnobo pri porodnicah. Izziv poroda lahko ženske premagajo tudi z mnogimi uveljavljenimi sprostitevimi tehnikami.

Ključne besede: anksioznost, strah, oblikovanje starševske identitete, presejalni program PODN, podpora

ABSTRACT

The emotional experience of pregnancy varies, even when pregnancies are desired. Both the mother and father of the child need time to accept the news. Simultaneously, both must confront the changes that pregnancy brings and later the arrival of a new human being. Overly worried, anxious, and depressive pregnant women may experience unfavorable physical symptoms, further complicating the pregnancy period. With the introduction of a new screening program, healthcare professionals can more easily monitor psychological changes in pregnant women. As of April 2023, the program is fully covered by the Health Insurance Institute of Slovenia. Concern and anxiety are common among expectant mothers, which is why compassion and gaining trust are crucial for initiating conversations about deeper emotional issues, even in the delivery room. Through awareness, support,

empathy, and respect, midwives in the delivery room can reduce worry and anxiety in expectant mothers. Women can overcome the challenges of childbirth with various established relaxation techniques.

Keywords: anxiety, fear, parental identity formation, screening program
PODN, support

UVOD

Starševstvo je ena najpomembnejših in najbolj cenjenih vlog v življenju, ki za seboj potegne vrsto čustev, kot so veselje, strah in navdušenje. Ko se pari pripravljajo na prihod novega življenja, lahko doživijo tako radost kot tudi strah pred prihajajočimi spremembami. V tem obdobju bodoči starši pogosto potrebujejo podporo partnerja in družbe, saj se morajo soočiti z mnogimi fizičnimi in psihološkimi izzivi, ki jih prinašata nosečnost in porod. To vključuje prehodne čustvene spremembe, kot tudi dolgotrajnejše stiske, ki zahtevajo strokovno pomoč (Drglin, et al., 2018). Bodoči starši morajo znotraj sebe najti in občutiti svojo novo vlogo. To je obdobje, v katerem reflektirajo svoje otroštvo in vzgojo, ki sta jo prejela od svojih staršev (Kompan Erzar, 2003). Če se par počuti varno in sprejeto v svojih novih vlogah, bosta lahko oblikovala novo identiteto ter se počutila dobro in kompetentno kot starša. V obdobju nosečnosti par išče ravnotežje med različnimi odnosi in področji življenja, porod kot prehod označuje nov čas ter nova spoznanja o sebi (Poljak Lukek, 2017).

Čustveno obdobje nosečnosti

Prihod novorojenčka v družino prinese pomembne spremembe v družinski dinamiki, saj ženska prevzame vlogo matere, moški pa vlogo očeta. Spremembe terjajo določena odrekovanja in zahtevajo veliko prilagajanja, ki lahko vodi v težave v odnosih, zaradi obilice novosti pa so te težave pogosto spregledane in ostanejo nenaslovljene (Pajntar, 1997). Tudi okolica težko prepozna nosečnice s tesnobo ali drugimi duševnimi težavami, saj stisko pogosto skrivajo. Strah jih je, da njihova globoka čustva ne bodo razumljena in bodo na tak ali drugačen način stigmatizirane. Skupek vsega lahko povzroča veliko napetosti, ne le med partnerjema, ampak tudi v odnosih nosečnice do sorodnikov in prijateljev (Drglin, 2009).

Za pripravo na nove zahteve starševstva je priporočljivo, da se pari že pred nosečnostjo pogovorijo o pričakovanjih, povezanih z nosečnostjo in rojstvom otroka. Zaradi različnih pogledov na vzgojo in skrb za odnos je pomembno, da se o teh temah pogovorijo že pred samo nosečnostjo (Messenger, 2020). Nosečnost je lahko izzivov polno čustveno obdobje, zlasti za tiste, ki se prvič srečujejo z intenzivnimi čustvi, kot so tesnoba, žalost in skrb. Nekatere ženske lahko v pretirani skrbi za zdravje svojega bodočega otroka razvijejo tudi obsesivno-kompulzivno motnjo, tesnobno motnjo ali depresijo (Drglin, 2009).

Klinična slika

Strah pred porodom je sicer običajno prisoten pri nosečnicah in zato še ne pomeni patološkega stanja. V določeni meri je v nosečnosti celo nujno potreben, saj ima prilagoditveno vlogo v zorenju ženske in pripomore, da se nosečnica pripravi na porod in poporodno obdobje (Wijma & Wijma, 2017). Simptomi anksioznosti med nosečnostjo lahko vključujejo stalne skrbi, živčnost, občutek tesnobe v prsih, utrujenost, nemirne noge, pretirane skrbi, skrajno negotovost, katastrofične misli o prihodnosti, motnje pozornosti in koncentracije, občutek izgube spomina (Milgrom et al., 2008). Stres in anksioznost sta sicer za preživetje človeka nujno potrebna in sta del simpatičnega živčnega sistema. Učinki tesnobe in stresa na simpatični živčni sistem so takojšnji, vplivajo na celotno telo in so dolgotrajni. Med stresom se aktivirajo hormoni, kot so kateholamini (adrenalin ali noradrenalin) in kortizol. To lahko privede do psiho-fizičnih simptomov, kot so povečana stopnja pripravljenosti, občutljivost na dražljaje iz okolice, napetost, nelagodje, nespečnost ter strah pred pozabljivostjo (Beers et al., 2006). Poleg tega lahko višji nivoji stresnih hormonov vplivajo na delovanje prebavnega sistema, kar pri nosečnicah lahko povzroči težave, kot so driska, črvičenje in kruljenje v trebuhu. Anksioznost in strah lahko prav tako vplivata na delovanje srčno-žilnega sistema, kar se lahko kaže v povečanem potenju, tresenju, pospešenem bitju srca, vrtoglavici, zadihanosti pri manjših naporih, suhih ustih in slabosti. Psihopatološki stres in tesnoba imata vpliv na različne ravni, kot so kognitivna, somatska, čustvena, psihološka in vedenjska (Raynor & Oates, 2014).

Posledice stresa in anksioznosti za porod in otroka

Duševne težave že med nosečnostjo tesno korelirajo s strahom med porodom ter vplivajo na otrokov razvoj med in po porodu. Ženske, ki so diagnosticirane z depresijo ali anksioznostjo v obporodnem obdobju, in redkeje s psihozo, zahtevajo posebno zdravstveno obravnavo, saj so bolj dovzetne za različne zaplete, kot so mrtvorojenost, prezgodnji porod in nizka porodna teža. Pri ženskah s strahom pred porodom, se je izkazala višja stopnja splošne anksioznosti in depresije, nizko samospoštovanje in samovrednotenje. Negativni vpliv se pri nosečnicah kaže tudi preko zanemarjanja v skrbi za svoje zdravje, v uporabi nedovoljenih substanc ter nagnjenosti k razvadam, kot so kajenje in alkoholizem. Take nosečnice imajo težave z navezovanjem stika že med nosečnostjo kot tudi po porodu (WHO, 2009). Otroci anksioznih mater kažejo slabše kognitivne sposobnosti kasneje v razvoju (Nylen, et al., 2013). Vse zgoraj naštetu dodatno bremeni zdravstveni sistem, zato je smiselno, da se gradi na preventivi in ozaveščanju o duševnih težavah že v času nosečnosti (WHO, 2009).

Anksioznost v obdobju nosečnosti v Sloveniji

V Sloveniji so ženske z duševnimi težavami pogosto obravnavane prepozno, zdravstveni strokovnjaki so premalo izobraženi o simptomih ali pa podcenjujejo bolezen. Predporodna psihosocialna ocena tveganja za razvoj obporodne depresije

ali anksioznosti lahko izboljša zavedanje zdravstvenih delavcev o tveganju za razvoj bolezni (Tomšič, et al., 2016). Zato je bil v Sloveniji v materinsko knjižico že pred 25 leti dodan WHO vprašalnik dobrega počutja za prepoznavanje ogroženih nosečnic, vendar pa večina vprašalnikov ostaja neizpolnjenih, ker ni ustreznih spodbud s strani žensk, zdravstvenih delavcev ali države. Ob zavedanju problematike so z dnem 31. 3. 2023 spremenili Uradni list Republike Slovenije (št. 39, stran 3472) (Globevnik Velikonja, 2018). Objavljen je bil Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Novo vpeljan (pomlad leta 2023) presejalni test PODN za prepoznavanje odvisnosti, duševnih motenj in nasilja v obporodnem obdobju je bil spodbudno sprejet med zdravstvenimi strokovnjaki in bodočimi materami, saj vprašalnik zagotavlja boljše odkrivanje duševnih težav ali stisk nosečnic (Uradni list Republike Slovenije, št. 39, stran 3472, Globevnik Velikonja, 2018).

Edinburški vprašalnik je samoocenjevalni in je sestavljen iz desetih vprašanj. Namenjen je ugotavljanju simptomov čustvene stiske med nosečnostjo in v poporodnem obdobju. Nosečnice po novih smernicah izpolnijo ta vprašalnik dvakrat ali trikrat, in sicer v štiriindvajsetem in dvaintridesetem tednu nosečnosti ter na prvem pregledu v nosečnosti, v kolikor ženska pozitivno odgovori na obe Whooleyjevi vprašanji (The Two Whooley Questions) za prepoznavanje depresije, ali če odgovori pozitivno na enega, in potem pozitivno na enega ali dve vprašanji na Lestvici za preverjanje splošne anksioznosti GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder Scale) (Krajnc, et al., 2023).

Odgovori v Edinburškem vprašalniku so točkovani od 0 do 3 glede na stopnjo simptomov, nekatera vprašanja so točkovana z obratnimi vrednostmi. Seštevek točk ponudi oceno za verjetnost depresije v nosečnosti. Seštevek 0–9 točk kaže na majhno verjetnost za depresijo. Točke znotraj tega razpona lahko kažejo na prisotnost nekaterih simptomov stiske ali stresa, ki so lahko kratkotrajni in za katere je manj verjetno, da ovirajo vsakodnevno delovanje doma in na delu. Seštevek točk od 10–12 kaže na višjo verjetnost za depresijo. Točke znotraj tega razpona kažejo na prisotnost simptomov stresa, ki so lahko neprijetni in vplivajo na vsakodnevno delovanje. Pomembno je nadaljnje spremljanje nosečnice ali otročnice. Priporoča se tudi poglobljen pogovor z žensko in dodatno spremljanje ob naslednjem pregledu. Seštevek 13 točk ali več kaže na visoko verjetnost za depresijo. Potrebna sta pogovor in nadaljnja napotitev h kliničnemu psihologu ali psihiatru (Cox, et al., 1987).

Vodenje zaskrbljene ali anksiozne porodnice

Zdravstveni delavci, ki prihajajo v stik z nosečnicami, imajo ključno vlogo pri krepitevi njihove samozavesti ter pri spodbujanju boljše skrbi zase in kasneje boljšega navezovanja stika z otrokom. Poudarja se možnost vključitve partnerjev in drugih pomembnih oseb ter konzultacij s strokovnjaki za duševno zdravje, kot so psihologi, psihoterapevti in psihiatri. Hkrati se izpostavlja, da družbene norme lahko vplivajo

na rezultate presejalnih testov, saj ženske morda odgovarjajo glede na pričakovanja družbe, ne pa glede na svoje dejanske občutke. Stigma duševnih bolezni še vedno predstavlja izziv, zato je nujno ozaveščanje in destigmatizacija duševnega zdravja, zlasti pri ranljivih skupinah, kot so nosečnice (Mihevc, Tomšič & Drglin, 2023).

Pri delu z zaskrbljenimi, anksioznimi, lahko tudi depresivnimi nosečnicami v porodni sobi je ključno, da babice in drugi, ki skrbijo za nosečnico, pristopijo k situaciji s sočutjem, razumevanjem in profesionalnostjo. Tu so nekatera ključna načela, ki jih je smiselno upoštevati za kar najboljšo obravnavo porodnice:

1. Grajenje odnosa in ustvarjanje zaupanja je bistvenega pomena. Pristop k interakcijam naj bo odprt, vključujoč in brez obsojanj. Babice naj poskrbijo, da se porodnica počuti udobno pri izražanju svojih misli in skrbi. Izražene skrbi naj vedno najdejo prostor, babice naj jih ne jemljejo za nepomembne.
2. Babica naj si vzame čas, da razume vse skrbi in strahove posameznice oziroma para. Lahko razišče, kako strah in anksioznost vplivata na njihovo vsakodnevno življenje, odnose in splošno počutje. Tako raziskovanje pomaga pridobiti vpogled v naravo in resnost njihove zaskrbljenosti. Strah je velikokrat odvisen tudi od prejšnjih izkušenj ženske s porodnišnico ali bolnišnico. Zavedanje ženske, da je vsaka nova izkušnja z istim okoljem lahko drugačna, je ključna za premagovanje pretirane zaskrbljenosti ali tesnobe.
3. Pomembno je tudi raziskovanje preteklosti. Vprašanja o predhodnih porodih, morebitnih nepričakovanih zapletih tako v nosečnosti kot med porodom, so del velikega strahu, ki ga s pogovorom babice lahko omilijo.
4. Porodnica naj sprejme, da izid poroda prinaša ogromno zadovoljstvo, strah med porodom je sprejemljiv, ko je obvladljiv, tako da raven adrenalina ni previsoka, saj je ta povezan s kortizolom, ki povzroča bolečino.
5. Odločanje o nadaljnjih korakih pomoči je skupni proces in pri tem naj bo mnenje porodnice zaželeno, cenjeno, pazimo, da je tudi spoštovano. Vse odločitve naj ženska sprejema informirano. Strah je lahko odraz nevednosti, ki ga lahko z informacijami zmanjšamo, saj s tem ženska pridobi določeno mero nadzora nad situacijo.
6. Babice morajo biti pozorne na varstvo osebnih podatkov, zato je primerno, da se vsi pogovori in interakcije odvijajo v okoljih, kjer se spoštujejo zaupnost, zasebnost in dostojanstvo. Babica naj ustvari varno okolje, kjer se posameznik počuti udobno pri deljenju osebnih informacij brez strahu pred obsodbo ali kršitvijo zaupnosti.
7. Ženske opogumimo, da tudi same najdejo sebi ustrezno pomoč. Lahko z razširitvijo socialnega kroga, vključevanjem v podporne skupine ipd. Babice lahko žensko opremijo z informacijami o skupinah, ki se odvijajo v njihovem kraju ali zagotovijo dostop do raznih skupin. Če ženska želi, je smotrno, da seznanimo in vključimo tudi partnerja.

8. Babica naj prilagodi informacije razumevanju posameznika. Razumevanje lahko tudi preverijo z vprašanji o tem, kako one razumejo pridobljene informacije.
9. Diagnoze in informacije o zaskrbljenosti, anksioznosti ali drugih duševnih težavah morajo babice predati ob predajah službe. Predaja informacij naj se zgodi najprej s seznanjenjem o predaji in ob porodnici, saj je pomemben odprt pogovor in vključevanje vseh udeležениh.
10. Če obstajajo jezikovne ovire, naj babice omogočijo dostop do neodvisnega tolmača ali ustrezno prevedene dokumentacije v njihovem maternem jeziku. To zagotavlja, da posameznica v celoti razume svoje stanje, možnosti zdravljenja in druge pomembne informacije v zvezi z njihovo oskrbo.
11. S podporo posameznicam na vsaki točki stika z zdravstvenimi ustanovami lahko zagotovimo učinkovito podporo pri obvladovanju stresa, anksioznosti in izboljšanju kakovosti njihovega življenja (NICE, 2020; Wijma & Wijma, 2017).

Ženske, ki so zaskrbljene ali anksiozne si lahko med porodom pomagajo tudi z različnimi tehnikami sproščanja. S tehnikami sproščanja lahko dosežemo globoko sprostitve, ki lahko tudi izboljša krvni obtok, ozdravi glavobol. V svetu poznamo več različnih načinov sproščanj, večji učinek pa se doseže, kadar je se je ženska že urila v določeni tehniki. Babica lahko tudi v porodni sobi ženski prvič predstavi katero izmed tehnik sproščanja, mednje štejemo vizualizacijo, hipnozo, tehnike dihanja, dotik, masaža (O'Connell, 2015).

ZAKLJUČEK

Nosečnost zahteva odpovedi, prilagajanje novemu stanju (spreminjanje vlog v družini, usmerjanje misli in dejanja za pripravo na rojstvo), prinaša fizične spremembe na telesu, zato je lahko izjemno naporno obdobje (Drglin et al., 2018). Pomembno je nasloviti, da se tudi v nosečnosti lahko izmenjujejo daljša časovna obdobja kriz in dvomov v svoje odločitve. Nastopajo pa tudi obdobja značilne nosečniške samozavesti. Pomembne spremembe v vedenju nosečnic lahko najlažje dosežemo z izobraževanjem o telesni aktivnosti, primerni prehrani in z ustrezno psihološko podporo (Raynor & Oates, 2014). Presejalni testi lahko ženskam dajo občutek, da niso same, da pogosto ni razloga za samoobtoževanje, da vidijo, da imajo možnost izboljšanja stanja. V Sloveniji so s spremembo pravilnika o oskrbi na primarni ravni zagotovili večje spremljanje nosečnic s tesnobnimi motnjami.

Smiselno bi bilo, da tudi babice v porodnih sobah pridobijo informacije o presejalnih testih PODN, saj bi se tako lažje orientirale glede psihičnega stanja ženske, ki rojeva. Na to temo bi bilo primerno tudi več izobraževanj, kar bi lahko pripomoglo k boljši in kakovostnejši obravnavi.

Literatura

Beers, M.H., 2006. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*. 18th Edition, Merck Research Laboratories, Whitehouse Station, NJ.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R., 1987. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(JUNE), pp.782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

Drglin, Z. (2009). Zima v srcu. Inštitut za varovanje zdravja.

Drglin, Z., Mihevc Ponikvar, B., Tomšič, S., Rok Simon, M., Koprivnikar, H., Žalar, A., Grčič Vitek, M., Kraigher, A., Fajdiga Turk, V., Blaznik, U., Učakar, V., Vračko, P., Ščepanovič, D., Žgur, L., Gnidovec Stražisar, B., Petročnik, P., Skubic, M., Stanek Zidarič, T., Polona Mivšek, A., ... Dravec, S., 2018. Priprava na porod in starševstvo Gradiva za strokovnjake. NIJZ. dostopno na (17. 2. 2024): www.nijz.si

Globenik Velikonja, V., 2018. Obporodna depresija: preventiva, diagnostika in oblike nefarmakološkega zdravljenja. V: (ur.) Roth Jelenko, P. Duševno zdravje v obporodnem obdobju, 2018. Ljubljana: NIJZ

Kompan Erzar, K., 2006. Ljubezen Umije Spomin. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

Krajnc, M., Šimic, M. V. & Sršen, T. P., 2023. Priporočila za izvajanje presejalnih testov – projekt PODN, pp. 163–181.

Mihevc, B., Tomšič, S. & Drglin, Z., 2022. Javnozdravstveni vidiki duševnega zdravja v obporodnem obdobju. V: Duševno zdravje v obporodnem obdobju. Ur. Petra Jelenko Roth, 2. posodobljena izdaja. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje

Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D., & Buist, A., 2008. Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1–2), pp. 147–157. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.014>

NICE, 2020. *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance: Updated edition*. Leicester (UK): British Psychological Society, December 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>

O'Connell M., Leahy-Warren P., Khashan AS., Kenn LC., 2015 Tocophobia - the new hysteria? *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*; 25(6), pp. 175-177.

Poljak Lukek, S., 2017. *Ko odnosi postanejo družina: oblikovanje edinstvenosti in povezanosti skozi razvojna obdobja družine*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

Raynor, D. M. & Oates, R. M., 2014. Perinatal mental health. In: *Myles Textbook for Midwives*, ed. Marshall J and Raynor M., 16. izdaja. Edinburgh: Elsevier

Tomšič, S., Drglin, Z., Pucelj, V., Peternel, L., Lamut, U., Macur, M., & Kokole, D., 2016. Evalvacija pilotnih izvedb v projektu Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju otrok in mladostnikov. <http://www.skupajzazdravje.si/media/evalvacijsko.porocilo.pilotnih.izved.v.de-lovnm.sklopu.otrok.in.mladostnikov.pdf>

WHO, 2009. *Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature*. Geneva: WHO Press

Wijma K. & Wijma B., 2017. A Woman Afraid to Deliver: How to Manage Childbirth Anxiety. V: Paarlberg KM, van de Wiell BM, eds. *Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology*. Springer International Publishing Switzerland:2017;33-50 doi: 10.1007/978-3-319-40404-2_1

APLIKACIJA INTRAVENOZNIH PRIPRAVKOV ŽELEZA V NOSEČNOSTI IN PO PORODU

Application of intravenous iron preparations during pregnancy and after delivery

Edita Dolmovič, dipl. babica

Splošna bolnišnica Novo mesto, Oddelek za ginekologijo in porodništvo
Šmihelska c. 1, 8000 Novo mesto
edita.dolmovic@sb-nm.si

IZVLEČEK

Anemija zaradi pomanjkanja železa je pogosto diagnosticirano stanje v nosečnosti. Najpogostejši vzrok za nastanek v nosečnosti so izčrpane zaloge železa, povečane potrebe po železu, slaba prehrana nosečnice, bolezenska stanja in krvavitve. Pojav anemije v nosečnosti vpliva na zdravje nosečnice, je lahko razlog neugodnih izidov v nosečnosti ter povečuje tveganje za nastanek zapletov v poporodnem obdobju. Nosečnicam je potrebno zagotoviti individualno in celostno antenatalno oskrbo. Pri preprečevanju in zmanjševanju razširjenosti anemije zaradi pomanjkanja železa ima pomembno vlogo babica, ki nosečnico ozavešča, informira, ji svetuje in ji nudi oporo za zmanjševanje tveganja za nastanek anemije zaradi pomanjkanja železa kot sta ustrezna prehrana in nadomeščanje železa ob pomankanju. Za zdravljenje anemije zaradi pomanjkanja železa se uporabljajo peroralni in intravenozni pripravki železa, v skrajnem primeru tudi transfuzija krvi. Najpogosteje je uvedena terapija peroralnih železovih pripravkov. Intravenozni železovi pripravki pa se uporabljajo v drugem in tretjem tromesečju, v primerih, ko peroralno železo ni dovolj učinkovito, ob ne prenašanju peroralnega železa ali takrat, ko je potrebno, da se v kratkem času ustvarijo zaloge železa v telesu. Poznamo več različnih spojin železa za intravenozno uporabo. Preobčutljivostne reakcije po intravenskih pripravkih železa so redke, a lahko življenjsko nevarne zaradi anafilaksije in kot posledica le-te, tudi bradikardija pri plodu. Intravenski pripravki železa lahko povzročijo preobčutljivostno sistemsko reakcijo, zato jih moramo aplicirati v prostorih, kjer je na voljo ustrezna oprema in zdravila za zdravljenje anafilaksije, vključno z opremo za reanimacijo in usposobljenim zdravstvenim osebjem. Pomembno je opazovanje na začetku infundiranja zdravila, med in še pol ure po zaključku le- tega.

Ključne besede: slabokrvnost, pomanjkanje železa, zdravstvena vzgoja, zdrava prehrana v nosečnosti, preobčutljivostna reakcija

ABSTRACT

Iron deficiency anemia is a commonly diagnosed condition in pregnancy. The most common cause of formation in pregnancy is depleted iron reserves, increased iron needs, poor nutrition of the pregnant woman, medical conditions and bleeding. The appearance of anemia during pregnancy affects the health of the pregnant woman, can be the reason for unfavorable outcomes in pregnancy and increases the risks of complications in the postpartum period. It is necessary to provide pregnant women with individual and comprehensive antenatal care. In preventing and reducing the prevalence of iron deficiency anemia, the midwife plays an important role, who raises awareness, informs, advises and provides support to the pregnant woman to reduce the risk of iron deficiency. For the treatment of iron deficiency anemia oral and intravenous iron preparations are used, in extreme cases also blood transfusion. Most often, therapy with oral iron preparations is introduced. Intravenous iron preparations are used in the second and third trimesters, in cases where oral iron is not effective enough, when oral iron is not tolerated, or when it is necessary to create iron reserves in the body in a short period of time. We know several different compounds for intravenous use. Hypersensitivity reactions after intravenous iron preparations are rare, but can be life-threatening due to anaphylaxis and, as a result, bradycardia in the fetus. Intravenous iron preparations can cause a hypersensitivity systemic reaction and should be administered in areas where adequate equipment and drugs are available for the treatment of anaphylaxis, including resuscitation equipment and trained medical personnel. It is important to observe at the beginning of the drug infusion, during and half an hour after the end of the injection.

Key words: anemia, health education, healthy diet during pregnancy, hypersensitivity reaction, anaphylaxis

UVOD

Anemija je zmanjšano absolutno število eritrocitov v krvnem obtoku ali stanje pri katerem število eritrocitov in posledično njihova sposobnost prenašanja kisika ne zadošča za izpolnitev fizioloških potreb organizma (Preložnik Zupan, 2006). Eritrociti nastajajo v kostnem mozgu, njihova pričakovana življenjska doba je približno 120 dni, v nosečnosti je običajno krajša. Vloga eritrocitov je tudi transport kisika iz pljuč v vsa tkiva in organe. Zmanjšano število eritrocitov je lahko posledica njihove pomanjkljive proizvodnje, povečanega razpada ali njihove izgube zaradi krvavitve. Hemoglobin je beljakovina, ki se nahaja v eritrocitih in krvi daje rdečo barvo. Sestavljen je iz štirih enot hema z vezanim železom, na vsako enoto se veže kisikova molekula, ki se transportira do ciljnega tkiva. Za eritropoezo potrebuje organizem železo, vitamin B12 in folno kislino (Novak Antolič, et al., 2015). Dejavniki tveganja in vzroki za nastanek anemije zaradi pomanjkanja železa so različni (Percy, 2016) jih deli na:

- fiziološki - povečana potreba po železu (nosečnost, hitra rast otroka, močne menstrualne krvavitve, darovanje krvi),
- okoljski - zmanjšan vnos železa v telo (slaba prehrana, stradanje, veganstvo, vegeterijanstvo),
- patološki - slaba absorbcija železa v prebavilih (okužba s *Helicobacter Pylori*, kronična vnetna črevesna bolezen, celiakija), kronična izguba krvi s krvavitvami,
- genske motnje,
- uporaba zdravil (glukokortikoidi, salicilati, nesteroidna protivnetna zdravila).

Pomanjkanje železa je najpogostejši vzrok za nastanek anemije na svetovni ravni, najpogosteje se pojavlja pri majhnih otrocih in nosečnicah (Prakash & Yadav, 2015). Za določitev diagnoze so potrebne laboratorijske preiskave kot so krvna slika, iz katere ocenimo koncentracijo hemoglobina Hb, hematokrita Ht, število in velikost eritrocitov, ter biokemični parametri, kot so koncentracija serumskega železa, transferitina in feritina v serumu (Preložnik Zupan, 2019).

Anemija zaradi pomanjkanja železa v nosečnosti

V nosečnosti so značilne fiziološke spremembe v vseh organskih sistemih. V normalni nosečnosti se sestava krvi pomembno spremeni. Povečanje celokupnega volumna krvi in hemostatske spremembe so fiziološke spremembe, ki omogočajo, da porodnica brez posledic prenese normalno izgubo krvi med porodom. Plazemski volumen se v nosečnosti poveča za 50%, masa eritrocitov za 25 %, odvisno od razpoložljivega železa (Premru Sršen, 2019). Te spremembe povzročijo razredčitvami padeč koncentracije hemoglobina. Fiziološka anemija doseže vrh v 32. tednu nosečnosti. Vzrok za pojav anemije so hemodilucija, povečane ali spremenjene prehranske in presnovne zahteve v nosečnosti (Fabjan Vodušek, 2022).

Anemija v nosečnosti se po SZO (2015) definira s koncentracijo hemoglobina manj ko 110g/l, v drugem trimesečju manj kot 105g/l. WHO(2011) deli anemijo na blago anemijo (Hb od 100g/l do 109g/l), zmerno anemijo (Hb od 70g/l do 99g/l), hudo anemijo (Hb manj kot 70 g/l) in zelo hudo anemijo (Hb manj kot 40g/L).

Dejavniki tveganja za nastanek anemije zaradi pomanjkanja železa v času nosečnosti so (Percy, 2016):

- nosečnost v času adolescence,
- prisotnost anemije pred nosečnostjo,
- večplodna nosečnost,
- premajhen časovni razmik med dvema nosečnostma (manj kot 1 leto),
- slab socialno - ekonomski status,
- slaba prehrana.

Anemija je opredeljena kot zmanjšanje celotne mase eritrocitov v krvnem obtoku. Sinteza hemoglobina je odvisna od količine železa v telesu, v primeru njegovega pomanjkanja pa telo ne mora proizvesti dovolj hemoglobina v eritrocitih za prenos kisika po telesu (Prakash & Yady, 2015).

Nosečnica z anemijo zaradi pomanjkanja železa ima simptome, kot so (Percy, 2017):

- utrujenost,
- slabo počutje,
- razdražljivost,
- izpadanje las,
- slaba koncentracija,
- oteženo dihanje,
- palpitanje,
- boleč jezik,
- motnje v okusu,
- srbeča koža,
- glavobol,
- šumenje v ušesih,
- sindrom pica-alotrofagija, motnja prehranjevanja z nehranljivimi snovmi kot sta led, zemlja,
- bledica (jezik, sluznica ustne votline),
- žličkasti nohti,
- razpoke v kotih ustnic,
- atrofija papil na jeziku,
- vnetje požiralnika,
- težave s požiranjem,
- povečana vranica,
- sindrom nemirnih nog,

Pri izraženi zelo hudi anemiji lahko pride do omedlevice, bolečine v prsih, angine pektoris, tahikardije, srčnega šuma, povečanja srca, otekanja gležnjev, popuščanja srca (Percy, 2017).

Anemija zaradi pomanjkanja železa je pomemben dejavnik tveganja za obolevnost nosečnice in ploda. Negativno vpliva na kakovost življenja nosečnice (zmanjšana produktivnost, slabo počutje, manjša storilnost), povečano je tveganje za nastanek preeklampsije, abrupcije placentne, srčnega popuščanja. Pri hudi anemiji je povečano tveganje za okužbo v poporodnem obdobju, slabše celjenje ran, potreba

po transfuziji po porodu, poporodna depresija .Anemija je pomembno povezana z večjim številom prezgodnjih porodov, nizko porodno težo in nedonošenostjo novorojenčkov, značilne so morfološke spremembe ledvičk. Pri novorojenčku so prisotne zmanjšane zaloge železa, kar vpliva na zapozneli razvoj na jezikovnem in motoričnem področju (WHO, 2017).

Antenatalna zdravstvena obravnava nosečnic

Nosečnica naj opravi prvi preventivni pregled do 12. tedna nosečnosti in sicer anamneza, fizični pregled, dejavniki tveganja za morebitno rizično nosečnost, ginekološki pregled, določitev termina poroda, laboratorijske preiskave-hemogram, krvna skupina in RhD faktor indirektni Coombsov test, serološke preiskave, urinske preiskave (Pravilnik, 2009). Odvzem krvi za hemogram se ponovi v 24. in 32. tednu nosečnosti zlasti za ugotavljanje morebitne anemije. Potrebe po železu se v času nosečnosti povečajo zaradi preskrbe ploda in posteljice ter povečane tvorbe rdečih krvničk matere. Razvijajoč se plod ustvarja večino svojih zalog iz matere v zadnjem tromesečju nosečnosti. V času nosečnosti številne presnovne in hormonske spremembe pripomorejo k lažjemu doseganju povečanih potreb-poveča se absorbcija železa, vendar brez zadostnega prehranskega vnosa se razvije slabokrvnost. Priporočeni dnevni vnos železa za nosečnico je 30 mg, kar pa samo z običajno prehrano težko doseči (Okorn, 2015). Prehranska priporočila za obdobje nosečnosti so osnovana na prehranskih priporočilih za splošno populacijo in prilagojena povečanim potrebam. Nosečnica naj uživa uravnoteženo, raznovrstno prehrano.

Pri preprečevanju anemije zaradi pomanjkanja železa je potrebna izbira zdrave, raznovrstne hrane, s katero si nosečnica zagotovi dovolj železa, folatov, vitamina B12 ter vitamin C (Okorn, 2015). Priporoča se z železom bogatih živil (rdeče pusto meso, stročnice, temnolistna zelenjava, žitarice), skupaj z živil, ki vsebujejo vitamin C, za povečano absorbcijo železa. Železo v mesu, perutnini in ribah se hitreje absorbira kot železo v rastlinski hrani. Vegetarijanke in veganke morajo povečati vnos živil z visoko vsebnostjo železa (tofu, fižol, leča, špinača, pšenični kruh, grah, suhe marelice, suhe slive, rozine). Izkoristek železa zmanjšujejo nekatera živila (črni in zeleni čaj, kakav, čokolada, mleko in mlečni izdelki) ter zdravila (antiepileptiki, sulfonamidi, an-tacidi). Prehranski dodatki, v katerih je največji dovoljeni odmerek železa 18 mg, naj se uživajo med jedjo ali pred spanjem s tekočino, vendar ne z mlekom, čajem, kavo. Rutinsko preventivno uživanje dodatkov železa se ne priporoča, ker lahko povečan vnos pri nosečnicah z normalno vrednostjo vodi do neželenih učinkov, hemokoncentracije in zaprtja (Novak Antolič, et al., 2015).

Za zdravljenje anemije zaradi pomanjkanja železa se uporabljajo peroralni in intra-venozni pripravki železa, redko je potrebna transfuzija krvi (Chowdhury, et al., 2014). Izbira zdravljenja je odvisna od vzroka za njen nastanek, preostalega časa do poroda ter pridruženih bolezni nosečnice.

Zdravljenje anemije

Peroralni pripravki železa

Pri zdravljenju blage do zmerne oblike anemije se sprva uporabljajo peroralni pripravki železa. Priporočljiv odmerek je od 120mg do 240mg železa na dan. Peroralno železo je potrebno jemati na prazen želodec, 1 uro pred obrokom, z vitaminom C – pomarančni sok (Fabjan Vodusek, et al., 2022). Mnoge izmed nosečnic navajajo gastrointestinalne stranske učinke kot so slabost, zgaga, zaprtje, prebavne motnje, napenjanje, kovinski okus v ustih (Košnik, et al., 2021). Neželeni učinki jemanja peroralnega železa so pogosto tudi razlog za prekinitvev terapije z železom. Po 2 do 4 tednih jemanja peroralnega železa je potrebno opraviti kontrolni hemogram. Po normalizaciji vrednosti hemoglobina je potrebno peroralno železo jemati še 4 do 6 mesecev.

Intravenozni pripravki železa

Intravenozna terapija z železom se uporablja (Breymann, 2015):

- kadar nosečnica ne prenaša ali se ne odziva na peroralne pripravke železa,
- kadar je prisotna huda anemija, pri čemer je treba hitro nadomestiti železo,
- pri nezadostni absorpciji peroralnega železa zaradi malabsorpcije.

Pri nosečnicah z anemijo zaradi pomanjkanja železa se priporoča intravenozno zdravljenje v drugem in tretjem tromesečju nosečnosti, če je raven hemoglobina manj kot 105g/l ob upoštevanju že naštetih vzrokov uporabe.

Uporaba intravenoznega železa zaobide problem absorpcije železa, zato je učinkovitejša, saj hitreje poveča koncentracijo hemoglobina kot uporaba peroralnih pripravkov, celotna doza se zagotovi v eni infuziji. Poznamo več različnih spojin železa za parenteralno uporabo. Ker so železove spojine zelo strupene za organizem (toksičnost železa), so vsi pripravki iz železa sestavljeni iz koloidnega kompleksa železa z ogljikovimi hidrati, to je ovojnica iz polisaharidov, preko katere se železo sprošča počasi (Košnik, et al., 2021). V Sloveniji trenutno uporabljamo Iroprem-železovo karboksimaltozo in Monofer-kompleks železa z derizomaltozo. Intravensko železo sestavlja sredica iz nanodelcev železovega oksida, ki jo obdaja ogljikohidratna skorja.

Pri aplikaciji intravenoznih železovih pripravkov babica upošteva pravilo 10P:

1. pravi pacient (pred aplikacijo zdravila preverimo pacientove podatke)
2. pravilna priprava, seznanjenje in informiranje o aplikaciji
3. pravo zdravilo
4. pravi odmerek
5. pravi čas
6. pravilna priprava zdravila in način dajanja zdravila

7. poznavanje terapevtskega učinka zdravila in stranskih učinkov
8. pravi nadzor pacienta
9. pravilno ukrepanje ob pojavu neželenih učinkov
10. pravilno dokumentiranje

Kot vsa zdravila imajo tudi intravenozni pripravki železa lahko neželene učinke, ki pa se ne pojavljajo pri vseh, ki zdravilo prejmejo.

Preobčutljivostne reakcije po intravenskih pripravkih železa so redke (pogostnost < 0,1%, tveganje anafilaksije <1 na 200.000 odmerkov), a lahko življenjsko nevarne zaradi anafilaksije (Javna agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke, 2023).

Preobčutljivost za pripravke železa

Fishbanova reakcija je akutna, neogrožujoča reakcija, za katero so značilni (Košnik, et al., 2021):

- zardevanje obraza
- bolečine v prsni mišici
- tiščanje v prsih
- bolečine v sklepih
- krvni tlak je v mejah normale

Fishbanova reakcija mine, ko ustavimo infuzijo in se ob ponovni infuziji navadno ne ponovi. V primeru le- te obvestimo zdravnika, po navodilu, po 15 minutah nadaljujemo z infundiranjem, ki je počasnejše, v primeru, da se znaki ponovijo ustavimo pretok.

Izolirani simptomi in znaki;

- urtikarija
- srbečica
- izpuščaj
- blaga hipotenzija/hipertenzija
- tahikardija
- slabost
- glavobol

Ob pojavu izoliranih simptomov po navodilu zdravnika uporabljamo nesedativne antihistaminike (2- 4 tablete npr. cetirizin). Ob uporabi intravenoznih sedativnih antihistaminikov se klinična slika izoliranih simptomov poslabša, zaradi pričakovanih neželenih so pojavov sedativnega antihistaminika postane pacientka omotična, hipotenzivna (Košnik, et al., 2021).

Takojšnja preobčutljivostna reakcija nastopi takoj med infundiranjem oziroma največ pol ure po njenem zaključku. Značilni simptomi so srbenje, eritem, urtikarija, angioedem, vrtoglavica, omotica, občutek težjega dihanja, slabost z bruhanjem, krči v trebuhu. Pri anafilaksiji se pojavi stridor, hripavost zaradi otekanja grla in nezavest. Ob pojavu reakcije, takoj ustavimo infuzijo in obvestimo zdravnika. Nosečnico ves čas opazujemo. Potreben je monitoring in nadzor vitalnih funkcij ter spremljanje plodovih srčnih utripov s kardiografom (CTG aparat), zaradi pojava bradikardije pri plodu, ki je sicer prehodna in je posledica dogajanja pri preobčutljivostni reakciji pri materi (Javna agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke, 2023). Ob pojavu simptomov anafilaksije po navodilu zdravnika apliciramo adrenalin 0,5 mg intramuskularno. Izogibamo se uporabi intravenskih sedativnih antihistaminikov, ker lahko poslabšajo klinično sliko reakcije - omotica, hipotenzija (Košnik, et al., 2023).

Preobčutljivost za intravensko železo poteka preko več mehanizmov (Košnik, et al., 2021):

- z IgE posredovane reakcije- redkejše, a lahko zelo težke ANAFILAKSIJA
- aktivacija komplementa-komplement aktivirajo železovi nanodelci - blažje reakcije, odvisno od hitrosti infuzije.

Pri dajanju intravenoznih pripravkov železa moramo biti previdni, da se izognemo paravenskemu izlivu zdravila v podkožje, kar povzroča draženje kože in potencialno dolgotrajno rjavo obarvanost kože na mestu apliciranja. V tem primeru moramo infundiranje ustaviti, mesto vboda močno stisniti, na boleče mesto je priporočeno polagati led ali hladne obkladke (Javna agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke, 2023).

Na strani, kjer smo aplicirali intravenozni pripravek železa, je odsvetovano nošenje večjih torbic, vrečk še 2 uri po prejemu zdravila (Univerzitetni klinični center Maribor, 2017).

Zakasnela preobčutljivostna reakcija se kaže z izpuščajem, povišano telesno temperaturo, prisotne so bolečine v sklepih, glavobol. Zakasnela reakcija lahko nastopi nekaj ur ali nekaj dni po aplikaciji intravenoznih pripravkov železa.

Spremljanje slabokrvnosti v nosečnosti in po porodu izvaja zdravnik in se glede nadaljnega zdravljenja odloča na podlagi laboratorijskih preiskav. Ponovna ocena ravnih hemoglobina je potrebna po 4 tednih od aplikacije intravenoznih pripravkov železa.

Absorpcija peroralnega železa se zmanjša ob sočasnem jemanju z intravenoznimi pripravki železa. Zato peroralnega zdravljenja z železom, če je potrebno ni primerno začeti prej kot vsaj 5 dni po zadnjem dajanju intravenoznih pripravkov (Javna agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke, 2023).

ZAKLJUČEK

Pojav anemije v nosečnosti je pogosto diagnosticirano stanje. Najpogostejši vzrok za anemijo je pomanjkanje železa. Pomembna naloga babic je zdravstveno vzgojno delo, promocija zdravja. Poudariti je potrebno pomen prehranskih priporočil za obdobje nosečnosti, ter izbor živil, ki vsebujejo več železa, se hitreje absorbirajo in živil, ki povečajo absorpcijo železa. Nosečnicam, ki imajo predpisane oralne železove pripravke, se razloži način jemanja zdravil, možne neželene učinke ter ukrepanje v primeru pojava le- teh. Če zaradi slabe absorpcije, velike potrebe po železu ali neželenih sopojavov učinkov peroralno zdravljenje ni mogoče, železo dajemo intravensko.

Intravenozni pripravki železa lahko povzročijo preobčutljivostjo sistemsko reakcijo, zato se jih mora dajati v prostorih, kjer je na voljo ustrezna oprema in zdravila za zdravljenje anafilaksije in morebitno potrebne reanimacije. Babica, ki intravenozne pripravke železa infundira, mora biti usposobljena za obvladovanje teh stanj in znati mora dobro opazovati znake ob pojavu preobčutljivostnih reakcij. Pomembno je opazovanje med samo infuzijo in še pol ure po zaključku le- te.

Literatura

Fabjan Vodušek, V., Čas, S., Premru Sršen, T., et al., 2022. Slovensko strokovno stališče za zdravljenje s pripravki železa v nosečnosti. *Zdrav Vestn*, 91(5-6), pp. 11-21.

Javna agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke, 2022. Nova priporočila za obvladovanje tveganja za alergijske reakcije pri intravenskih zdravilih, ki vsebujejo železo.

Koder, B., 2019. Fiziološki pomen železa ter nadomestno zdravljenje ob anemiji zaradi pomanjkanja železa. *Farm Vestn*, 70(2), pp.125-132.

Kompetence in poklicne aktivnosti izvajalcev v dejavnosti babištva, 2021. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Košnik, M., Cuznar, S., Eržen, R., et al., 2015. Preobčutljivostne reakcije po železovih pripravkih. *Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergije Golnik*, pp. 131-135.

Košnik, M., Zidarn, M., Glavnik, V., et al., 2015. Dogovor o obravnavi anafilaksije. *Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergije, Golnik*, pp. 1-32.

Novak Antolič, Ž., Kogovšek, K., Rotovnik Kozjek, N., Mlakar-Mastnak, D., 2015. Klinična prehrana v nosečnosti. Ljubljana: Center za razvoj poučevanja, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, pp. 161-172.

Percy, I., Mansour, D., Fraser, I., 2016. Iron deficiency and iron deficiency anaemia in womens health. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 40, pp. 55-67.

Preložnik Zupan, I., 2019. Anemija: Prepoznavanje bolezni in dejavniki tveganja. *Farm Vestn*, 70(2), pp. 119-124.

Univerzitetni klinični center Maribor, 2017. Zdravnik vam je predpisal Iroprem injekcije: informacije za paciente.

World Health Organization, 2011. Micronutrients. Geneva:World Health Organization.

World Health Organization, 2015. The global prevalence of anaemia in 2015. Geneva: World Health Organization.

BOLEZNI ŠČITNICE PRI ŽENSKAH V RODNI DOBI

Prof. dr. Simona Gaberšček, dr. med.

Klinika za nuklearno medicino, Univerzitetni klinični center Ljubljana
Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani
simona.gaberscek@kclj.si

RAZŠIRJEN POVZETEK

UVOD

Bolezni ščitnice so pogoste. Njihova pojavnost narašča s starostjo. Najpogostejša bolezen ščitnice je omejena sprememba v ščitnici, ki jo imenujemo nodus. Noduse ugotavljamo s slikovnimi metodami, najpogosteje z ultrazvokom ščitnice. Motnje v delovanju ščitnice pa najpogosteje povzročajo avtoimunske bolezni ščitnice. Najpogostejša avtoimunska bolezen ščitnice je Hashimotov tiroiditis, ki običajno povzroča premajhno delovanje ščitnice (hipotirozo). Čezmerno delovanje ščitnice (hipertirozo) pa najpogosteje povzroča avtoimunska bolezen basedovka. V prispevku se bom podrobneje posvetila tem trem boleznim.

Nodus pomeni omejeno spremembo v ščitnici, ki jo lahko z eno od slikovnih metod ločimo od okolnega tkiva. Najpogosteje je ta metoda ultrazvok ščitnice, včasih tudi računalniška tomografija ali magnetnoresonančno slikanje. Noduse v ščitnici ima približno polovica odrasle populacije, če jih ugotavljamo s pomočjo ultrazvoka. V Sloveniji odkrijemo letno približno 1.000 novih bolnikov z nodusom v ščitnici (Zaletel, et al., 2011). Z raziskavo, v katero smo vključili ženske v rodni dobi, smo odkrili noduse v ščitnici pri 22 % nosečih in pri 13 % nenosečih žensk v rodni dobi. Domnevamo, da smo več nodusov odkrili pri nosečnicah, ker so bile starejše od žensk, ki niso bile noseče. Pojavnost nodusov namreč s starostjo narašča. Večina nodusov v ščitnici je benignih, približno 5 do 10 % pa je malignih. Bolniki z nodusom v ščitnici potrebujejo pregled pri specialistu za bolezni ščitnice (tirologu). Tirologi so specialisti nuklearne medicine ali specialisti interne medicine s posebnimi znanji s področja nuklearne medicine. Tirolog opravi klinični pregled, ultrazvok ščitnice, laboratorijske analize, po potrebi scintigrafijo ščitnice, s katero ugotavlja funkcijo nodusa ter po potrebi ultrazvočno vodeno tankoigelnno biopsijo nodusa v ščitnici. Šele s celostno obravnavo nodusa v ščitnici se lahko tirolog odloča glede morebitnega zdravljenja. Večine nodusov ne zdravimo, ampak jih spremljamo. Spremljamo jih lahko na ta način, da jih na kontrolni pregled naroči tirolog. Večine bolnikov z nodusi pa redno ne kontrolira tirolog, ampak pridejo na ponovni pregled k tirologu, če imajo občutek, da se je nodus v ščitnici povečal. Noduse, ki so po opravljenih preiskavah sumljivi za raka v ščitnici, moramo zdraviti kirurško. H kirurgu običajno pošljemo tudi bolnike, pri katerih nodusi rastejo ali povzročajo kompresijske težave na vratu (pritisk na sapnik, na požiralnik, na vratne žile). Možna zapleta operacije sta dva: okvara živca, ki oživčuje glasilke, kar povzroči prehodno ali trajno hripavost

in okvara obščitničnih žlez, ki uravnavajo raven kalcija v krvi. Če se zgodi slednje, morajo bolniki po operaciji poleg levotiroksina (L-T4) redno jemati še aktivno obliko vitamina D in kalcij. Zaplete pri operaciji ščitnice ugotavljajo pri približno 1 % operiranih bolnikov. Kadar nodus v ščitnici deluje čezmerno (imenujemo ga avtonomni nodus), ga običajno zdravimo z radioaktivnim jodom 131. Zdravljenje z radioaktivnim jodom se uporablja že več kot 80 let in je ena od najučinkovitejših oblik zdravljenja. Radioaktivni jod se namreč nakopiči samo v ščitničnih celicah, ki delujejo nepravilno, v zdravih pa ne. Zdravljenje je varno. Bolniki, ki prejmejo radioaktivni jod zaradi benigne bolezni ščitnice, nimajo povečanega tveganja za raka v ščitnici ali za raka kjerkoli drugje v telesu. Poleg tega radioaktivni jod nima škodljivih posledic na reproduktivno zdravje žensk, tako da lahko z njim zdravimo tudi ženske v rodni dobi. Bolnicam svetujemo le, naj z nosečnostjo počakajo 6 do 12 mesecev. Kadar raka v ščitnici ugotovimo pri nosečnicah, je operacija možna v drugem trimesečju nosečnosti, še pogosteje pa z zdravljenjem počakamo na obdobje po porodu. Najpogostejši rak ščitnice (papilarni rak) ima namreč ugoden potek in zelo nizko smrtnost.

Hashimotov tiroiditis je najpogostejša avtoimunska bolezen ščitnice in verjetno najpogostejša avtoimunska bolezen sploh (Zaletel & Gaberšček, 2011). Pri ženskah je vsaj 5-krat pogostejša kot pri moških. V Sloveniji odkrijemo letno približno 1.500 novih bolnikov (Zaletel, et al., 2011). Z raziskavo, v katero smo vključili ženske v rodni dobi, smo odkrili Hashimotov tiroiditis pri 6,3% nosečih in pri 16,9% nenosečih žensk v rodni dobi. Menimo, da smo jih odkrili pri nosečnicah manj, ker je med nosečnostjo imunski sistem zavrt in smo zato pri nekaterih nosečnicah izmerili lažno negativne vrednosti protiteles, značilnih za Hashimotov tiroiditis (Gaberšček, 2011). Približno 90 % bolnikov s Hashimotovim tiroiditisom ima zvišana protitelesa proti ščitnični peroksidazi (antiTPO), približno 80 % pa proti tiroglobulinu (antiTg). Za Hashimotov tiroiditis je značilen postopen upad delovanja ščitnice, ki je lahko tako počasen, da ščitnica celo življenje deluje normalno, še pogosteje pa se razvije premajhno delovanje ščitnice (hipotiroza). Hipotiroza je običajno najprej subklinična. Zanj je značilna zvišana serumska koncentracija tirotropina (TSH), koncentraciji prostega tiroksina (pT4) in prostega trijodtironina (pT3) pa sta še normalni. Simptomi subklinične hipotiroze so tako neznačilni in neizraziti, da jih je zelo težko prepoznati. Zato je diagnoza subklinične hipotiroze predvsem laboratorijska. Na Hashimotov tiroiditis moramo zato pomisliti, da ga sploh odkrijemo. Pogostejši je pri ženskah, ki imajo Hashimotov tiroiditis v družini, pri ženskah s sladkorno boleznijo tipa 1, s sindromom policističnih jajčnikov, z drugimi avtoimunskimi boleznimi (na primer vitiligo) (Gaberšček, et al., 2015). Če subklinična hipotiroza ostane neprepoznana, se postopno spremeni v klinično oziroma manifestno, za katero je značilna zvišana koncentracija TSH in znižana koncentracija pT4 in pT3. Bolniki z manifestno hipotirozo imajo lahko simptome in znake. Najpogostejši so utrujenost, porast telesne teže, suha in hladna koža, glavoboli, motnje menstrualnega ciklusa. Znano je, da motnje menstrualnega ciklusa povečajo tveganje za neplodnost. Manifestna hipotiroza

neugodno vpliva na sposobnost zanositve, na postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo, na potek in izid nosečnosti, zato jo je treba zdraviti. Zdravimo jo z L-T4. S tem popolnoma nadomestimo manjkajoče delovanje ščitnice in dosežemo normalizacijo koncentracije TSH, kar je cilj zdravljenja. L-T4 uvede tirolog, kasneje pa tovrstne bolnike vodi tirolog v sodelovanju z izbranim (osebnim) zdravnikom družinske medicine. Pri tem so mu v pomoč telefonski posveti (ePosveti). Potekajo tako, da osebni zdravnik naroči telefonski posvet, tirolog ga pokliče, pogovorita se o problemu, tirolog napiše izvid, ki je viden v zVEM. V Ambulanti za bolezni ščitnice na Kliniki za nuklearno medicino UKC Ljubljana opravimo približno 10.000 telefonskih posvetov letno in tudi s tem vzdržujemo čakalno dobo za pregled v ščitnični ambulanti v varnih okvirih. Na tak način tirolog vodi tudi nosečnice z znano boleznijo ščitnice oziroma nosečnice, ki že jemljejo L-T4.

Bazedovka je avtoimunska bolezen ščitnice, ki je prav tako pogostejša pri ženskah kot pri moških. V Sloveniji odkrijemo letno približno 500 novih bolnikov z bazedovko (Zaletel, et al., 2011). Bolniki z bazedovko imajo v serumu zvišano koncentracijo protiteles, ki se vežejo na receptor za TSH na ščitničnih celicah (protitelesa antiTSH-R). Protitelesa antiTSH-R običajno stimulirajo delovanje ščitnice in povzročajo čezmerno delovanje ščitnice (hipertirozo). Pri subklinični hipertirozi je koncentracija TSH znižana, koncentracija pT4 in pT3 pa še normalna. Pri manifestni hipertirozi pa je koncentracija TSH znižana, koncentracija pT4 in pT3 pa zvišana. Bolniki z bazedovko imajo običajno precej izrazite simptome in znake, kot so razbijanje srca, hujšanje kljub normalnemu apetitu, toplá in vlažna koža, tresenje rok, nemir. Pri nekaterih bolnikih se pojavijo tudi spremembe na očeh, ki jih imenujemo ščitnična orbitopatija. Kaže se z izbuljenostjo oči, retrakcijo vek, oteklino vek, solzenjem, včasih celo z motnjami vida. Bolezen pričnemo zdraviti z zdravili, ki zavirajo tvorbo ščitničnih hormonov. Ta zdravila lahko varno uporabimo tudi med nosečnostjo. Hipertirozo med nosečnostjo je treba zdraviti, saj neugodno vpliva na potek in izid nosečnosti. Če nam z zdravili ne uspe umiriti bolezní, se pogosto odločimo za zdravljenje z radioaktivnim jodom. S tem zdravljenjem običajno dosežemo hipotirozo, ki jo je veliko enostavneje zdraviti kot hipertirozo. Med nosečnostjo in dojenjem zdravljenje z radioaktivnim jodom ni dovoljeno, saj bi radioaktivni jod lahko uničil plodovo ščitnico oziroma ščitnico novorojenčka. Prehaja namreč skozi posteljico v plod, z materinim mlekom pa v novorojenčka. Nosečnice z bazedovko, ki so bile nekoč v preteklosti zdravljene z radioaktivnim jodom in se sedaj zdravijo zaradi hipotiroze po radiojodnem zdravljenju, potrebujejo ponovni pregled pri tirologu in ne samo vodenje pri osebem zdravniku. Protitelesa antiTSH-R, ki lahko ostanejo zvišana tudi več let po zdravljenju z radioaktivnim jodom, lahko prehajajo skozi posteljico v plod, delujejo na plodovo ščitnico in pri njem povzročijo hipertirozo v drugi polovici nosečnosti, ko prične delovati plodova ščitnica (Gaberšček, et al., 2015). Ostale bolnike s hipotirozo po zdravljenju z radioaktivnim jodom pa lahko v sodelovanju varno vodita tirolog in osebni zdravnik s pomočjo telefonskih posvetov.

ZAKLJUČEK

Motnje v delovanju ščitnice povzročata Hashimotov tiroiditis in bazedovka. S pravočasnim odkrivanjem in zdravljenjem omogočimo bolnikom, tudi ženskam v rodni dobi, kvalitetno življenje.

Ključne besede: ščitnica, nodus, Hashimotov tiroiditis, bazedovka

Literatura

Gaberšček, S., Zaletel, K., Schwetz, V., Pieber, T., Obermayer-Pietsch, B. & Lerchbaum, E., 2015. Mechanisms in endocrinology: thyroid and polycystic ovary syndrome. *Eur J Endocrinol*, 172: R9-21.

Gaberšček, S. & Zaletel, K., 2011. Thyroid physiology and autoimmunity in pregnancy and after delivery. *Expert Rev Clin Immunol*, 7(5), pp. 697-706.

Zaletel, K., Gaberšček, S., Pirnat, E., Krhin, V. & Hojker, S., 2011. Ten-year follow-up of thyroid epidemiology in Slovenia after increase in salt iodization. *Croat Med J*, 52(5), pp. 615-621.

Zaletel, K. & Gaberšček, S., 2011. Hashimoto's thyroiditis: from genes to the disease. *Curr Genomics*, 12(8), pp. 576-588.

SPONZORJI:



PRISPODOBE



HIŠA ZDRAVJA

PRELONI

GATTART

680 mg/80 mg žvečljive tablete
kalcijev karbnat/težki magnezijev subkarbonat
24 tablet
brez recepta

TUDI ZA NOSEČNICE
BREZ SLADKORJA
BREZ ALUMINIJA

GATTART
680 mg/80 mg žvečljive tablete
kalcijev karbnat/
težki magnezijev subkarbonat

Previdni glavni zdravilni izdelki in na voljo po imenitni dovoljstvi,
za prodajo v zdravilnem Alkaloid HRT d.o.o. in na spletni strani www.alkaloid.si

PreMama duo

Prehransko dopolnilo s
folno kislino, vitamini, minerali
in omega-3 maščobnimi
kisljinami za:

- ženske, ki načrtujejo
nosečnost,
- nosečnice in
- doječe mamice

Nadeti uporabe: 1 tableta in 1 kapsula
dnevno skupaj z nekaj tekočino po obroku.

**KAR POTREBUJE
BODOČA MAMICA**

Izdelek je na voljo
v vseh lekarnah, tudi spletnih.

① Zdrava nosečnost in dojenje – PreMama

Prehranskih dopolnil se v premeru preobčutljivosti na katerekoli sestavino ne sme uporabljati. Prehransko dopolnilo ni nadomestilo za uravnoteženo in zdravostveno prehrano. Pomembni so raznolik in uravnotežen prehrana ter zdrav način življenja. Priporočeni dnevni količini oziroma odmerka se ne sme prekrivati.



Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic
in zdravstvenih tehnikov Slovenije

www.zbornica-zveza.si