



REŠEVANJE IZZIVOV V SKRBI ZA ZDRAVJE ŽENSK, OTROK IN DRUŽIN

ZBORNİK PREDAVANJ

STROKOVNO SREČANJE SEKCIJE MEDICINSKIH SESTER IN BABIC

Maribor, november 2014





STROKOVNI ODBOR

Rosemarie Franc
Irena Maguš
Anita Prelec

ORGANIZACIJSKI ODBOR

Anže Čeh
Gordana Njenjić
Renata Nahtigal

IZDAJATELJ

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in
zdravstvenih tehnikov Slovenije
Sekcija medicinskih sester in babic
Ob železnici 30a
1000 Ljubljana

www.sekcija-babic.si
NI LEKTORIRANO

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

618.2/.4(082)

ZBORNICA zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in babic. Strokovno srečanje (2014 ; Maribor)

Reševanje izzivov v skrbi za zdravje žensk, otrok in družin / Strokovno srečanje Sekcije medicinskih sester in babic, Maribor, november 2014. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in babic, 2014

ISBN 978-961-92968-6-8
1. Gl. stv. nasl.
276334336

Naklada: 120 izvodov

Oblikovanje in tisk: *Prelom, grafično oblikovanje d.o.o., Celovška 452, 1000 Ljubljana*



Program strokovnega izobraževanja

REŠEVANJE IZZIVOV V SKRBI ZA ŽENSKO, OTROKE IN DRUŽINE

10.11. 2014, Hotel Betnava pri Mariboru

- 8.30 – 9.15 **Registracija udeležencev**
- 9.15 – 9.30 **Pozdravni govori**
- 9.30 – 09.55 **Plodova prostocelična DNA v materinem obtoku: Vloga NIFTY testa za odkrivanje kromosomskih nepravilnosti pri plodu**
doc.dr. Faris Mujezinovič, dr.med., spec. gin. in por.
- 9.55 – 10.20 **Predstavitev UKC Maribor – Klinika za ginekologijo in perinatologijo**, *Rosemarie Franc, dipl.bab.*
- 10.20 – 10.45 **Predstavitev klinične poti Standardna obravnava zdrave nosečnice na primarnem nivoju**,
Tadeja Štrumbelj, dr.med., spec.gin.in por.,
asist.dr. Miha Lučovnik, dr.med., spec.gin. in por.
- 10.45 – 11.10 **Kontracepcija po porodu – svetovanje in novosti**
prof.dr.Bojana Pinter, dr.med., spec. gin. in por.
- 11.10 – 11.40 **ODMOR**
- 11.40 – 11.50 **Bio-Oil**, *mag. Cvetka Pirih, univ.dipl.farm.*
- 11.50 – 12.50 **Arhetipske ženske osebnosti**, *Manica Žmauc, univ.dipl.ped., prof.soc., svetovalka za osebnostno rast in profesionalni razvoj*
- 12.50 – 13.15 **Urinska inkontinenca - vloga krepitev mišic medeničnega dna pri preprečevanju in zdravljenju**,
Tadeja Štrumbelj, dr. med., spec.gin. in por.
- 13.15 – 13.40 **Prvih 1000 dni – dota za celo življenje**
Evgen Benedik, univ. dipl.inž. živ.tehn.
- 13.40 – 14.05 **Posvečena ura: Pomen kožnega stika v prvi uri po rojstvu**
Asist. Andreja Tekauc Golob, dr.med, spec. ped., IBCLC
- 14.05 – 15.00 **ODMOR S KOSILOM**
- 15.00 – 15.25 **5P-jev v porodni sobi za lepšo porodno izkušnjo**
Nastja Pavel, dipl.bab.
- 15.25 – 15.50 **Porodni izidi pri zdravih prvorodnicah - primerjalna študija**
Anita Prelec, dipl.m.s., MSc (UK)
- 15.50 – 16.15 **Zgodnji odpusti iz porodnišnic in pomen obiskov patronažne dejavnosti**, *Mag. Jožica Ramšak Pajk, prof.zdr.vzgoje, viš.pred.*
- 16.15 – 16.30 **30. ICM kongres v Pragi, Češka**
- 16.30 – 17.00 **ZAKLJUČKI STROKOVNEGA SREČANJA**



KLINIČNA POT – STANDARDNA OBRAVNAVA NOSEČNICE V PREDPORODNEM VARSTVU

*Tadeja Štrumbelj, dr.med., spec.gin.in por.,
Zdravstveni zavod Štrumbelj, BGP Kranj
Asis.dr. Miha Lučovnik, dr.med., spec.gin.in por.,
Ginekološka klinika UKC Ljubljana
tadeja@zzz-strumbelj.si*

Povzetek:

V Ur.l. RS, št. 33/2002 je natančno opredeljeno število in vsebina preventivnih pregledov v nosečnosti, prav tako so natančno opredeljeni strokovni delavci, ki naj bi preglede opravljali.

Delovna skupina, ki jo je imenoval RSK za ginekologijo in porodništvo pri Ministrstvu za zdravje, je na podlagi zakonskih osnov pripravila Klinično pot »Standardna obravnava nosečnice v predporodnem varstvu«. Namen priprave klinične poti je bil standardizirati in poenotiti slovensko predporodno varstvo, opredeliti naloge in pristojnosti diplomirane babice oziroma diplomirane medicinske sestre v predporodnem varstvu, ločiti nizkorizične nosečnice od visokorizičnih ter zmanjšati možnost napak.

Odprto ostaja vprašanje uvedbe klinične poti v prakso zaradi pomislekov o odgovornosti tako na strani babic kot zdravnikov ter pomanjkanja finančnih sredstev.

Predstavljena je klinična pot pregleda v nosečnosti 32. tednov.

Ključne besede:

Nosečnost, klinična pot, predporodno varstvo, standardna obravnava

UVOD

Slovenski zdravstveni sistem je usmerjen v preventivo. Tako tudi s preventivnimi pregledi v nosečnosti natančno opredeljenimi v Ur.l. RS, št. 33/2002, želimo preprečiti ali dovolj zgodaj ugotoviti morebitne zaplete.

V okviru osnovnega zavarovanja je zdravi nosečnici omogočenih deset sistematičnih pregledov in dve ultrazvočni preiskavi.

Prvi pregled nosečnice opravi ginekolog v času do **12.** tedna nosečnosti in opredeli stopnjo ogroženosti nosečnosti. Pri zdravi nosečnici so ponovni sistematični preventivni pregledi v **24., 28., 35.** in **40.** tednu nosečnosti in jih opravi izbrani





ginekolog. V **18.-23.** tednu nosečnosti se opravi ultrazvočni pregled in usmerjen pogovor z nosečnico. Ostalih pet sistematičnih pregledov v **16., 32., 37., 38.** in **39.** tednu nosečnosti opravi diplomirana babica ali za samostojno delo izobražena diplomirana medicinska sestra. Če v ginekološkem timu ni zaposlene za samostojno delo izobražene diplomirane babice ali diplomirane medicinske sestre (tega pri nas zaenkrat ni), opravi tudi te preglede izbrani ginekolog.

VSEBINA PREGLEDOV

Prvi sistematični preventivni pregled nosečnice je v času do 12. tedna nosečnosti. Namen tega pregleda je določiti tisto skupino bodočih nosečnic t.i. »zdravih žensk«, za katere lahko z visoko verjetnostjo smatramo, da bo nosečnost potekala brez zapletov. To je skupina, ki jo obravnavamo v klinični poti.

- pregled zdravstvene dokumentacije,
- družinsko, osebno, ginekološko in porodniško anamnezo, usmerjeno v dejavnike tveganja,
- preverjanje jemanja folne kisline,
- ginekološki pregled, bris materničnega vratu pa le, če je zadnji izvid starejši od treh let ali pa je bil ocenjen kot patološki,
- orientacijski splošni somatski status, merjenje telesne teže in krvnega tlaka,
- laboratorijske preiskave,
- individualno zdravstveno vzgojno svetovanje v nosečnosti obsega zdravstvena priporočila v zvezi z nosečnostjo, s posebnim poudarkom na delu, ki ga nosečnica opravlja, ter je posvečeno vzpodbujanju zdravega načina življenja in prehrane.
- izdaja materinske knjižice z vpisanimi podatki opravljenega pregleda, preiskav in opozoril. Materinska knjižica je obvezna dokumentacija preventivnega programa nosečnic.

Ponovni preventivni sistematični pregledi nosečnic obsegajo:

- pregled zdravstvene dokumentacije;
- osebno in nosečnostno anamnezo od zadnjega pregleda;
- ginekološki pregled po presoji, merjenje oziroma ocena rasti maternice, preverjanje srčnih utripov ploda ali snemanje kardiotokograma (CTG) po strokovni presoji, skladno z veljavnimi strokovnimi priporočili.
- merjenje telesne teže, krvnega tlaka;
- laboratorijske preiskave,
- individualno zdravstveno vzgojno svetovanje.





Laboratorijske preiskave v nosečnosti:

- Ob prvem pregledu: krvna skupina, Rh D, ICT, hemogram, urin (albumen, sediment), serološki pregled na sifilis,
- Ob kontrolnih pregledih: urin (albumen, sediment), hemogram (še dvakrat v nosečnosti),
- Pri Rh-D-negativnih ženskah se ICT ponovno določi v 28. tednu nosečnosti.
- Pri seronegativnih ženskah se opravi presejalni test na okužbo s povzročiteljem toksoplazmoze v nosečnosti ob prvem pregledu, in če je ta negativen, še v 20.-24. tednu in 32.-36. tednu nosečnosti.
- Serološke preiskave na hepatitis B (HbsAg) se opravi proti koncu nosečnosti ali ob porodu.

Ultrazvočne preiskave v nosečnosti:

- Prva ultrazvočna preiskava se opravi v obdobju med 8. in 12. tednom nosečnosti (izključitev oziroma potrditev večplodnih nosečnosti in horionosti, nepravilnosti maternice, nepravilnosti zgodnjih oblik nosečnosti, nepravilne tvorbe v spodnjem delu trebuha, ne obsega pa pregleda nihalne svetline).
- Druga ultrazvočna preiskava se opravi med 18. in 23. tednom nosečnosti (morfologija ploda, ocena plodove rasti).
- Če pride nosečnica na prvi pregled po 24. tednu nosečnosti, se opravita dve ultrazvočni preiskavi (določitev pričakovanega datuma poroda in morfologija ploda, ocena plodove rasti).

Presejalni testi za Downov sindrom:

- Nosečnice, stare med 35 in 37 let v času pričakovanega dneva poroda, imajo pravico do presejalnega testa, ki je lahko merjenje nihalne svetline z dvojnim testom ali trojni hormonski test (THT).
- Po 37. letu starosti v času pričakovanega dneva poroda ima nosečnica pravico do kariotipizacije (horionska biopsija ali amniocenteza).

Strokovno priporočene preiskave, ki so za zdrave nosečnice samoplačniške, ker jih ZZS kot plačnik ne priznava kot del preventivne obravnave nosečnice:

- Po strokovnih smernicah se za večjo varnost nosečnice ob prvem pregledu določi vrednost krvnega sladkorja na tešče, med 24. in 28. tednom nosečnosti pa še odziv telesa na obremenitev s sladkorjem – t.i. obremenitveni test s 75g glukoze
- Zgodnja UZ morfologija z meritvijo nihalne svetline (NS) in dvojnim testom (DT) za napovedovanje tveganja za rojstvo otroka s kromosomsko napako za nosečnice mlajše od 35 let in starejše od 37 let med 11. in 14. tednom ter NIPT (neinvaziven predrojstveni presejalni test za odkrivanje trisomij z visoko zanesljivostjo)



- UZ meritev dolžine materničnega vratu za oceno nevarnosti prezgodnjega poroda v nosečnosti 22 tednov,
- UZ ocena rasti ploda med 30. in 34. tednom nosečnosti,
- Bris nožnice na okužbo s Streptokokom skupine B,

Pri nosečnicah, ki sodijo v skupino rizičnih nosečnosti (stopnjo rizika oceni izbrani/a ginekolog/ginekologinja po strokovnih smernicah), so pregledi glede na časovne presledke in glede na opravljene storitve drugačni in individualno različni.

NAMEN PRIPRAVE KLINIČNE POTI

RSK za ginekologijo in porodništvo je imenoval delovno skupino za pripravo klinične poti "Standardna obravnava nosečnice v predporodnem varstvu". Delovna skupina je z izdelavo klinične poti skladne s slovensko zakonodajo želela doseči naslednja osnovna cilja:

1. Standardizirati in poenotiti slovensko predporodno varstvo

- Klinična pot vključuje predzanositveno svetovanje, ki dokazano vpliva na izide nosečnosti in do sedaj ni bilo formalno vključeno v slovensko predporodno varstvo, 10 preventivnih pregledov v nosečnosti, UZ preiskavo okoli 20. tedna nosečnosti in poporodni potek.
- Vsi dokumenti so sestavljeni tako, da je jasno opredeljeno, katere anamnestične podatke je ob posameznem obisku potrebno pridobiti ter katere preiskave oz. druge postopke je potrebno opraviti. Podana so tudi osnovna navodila za ukrepanje ob posameznih rezultatih oz. ugotovitvah, ki naj bi prispevala k poenotenju obravnave žensk pred zanositvijo, med nosečnostjo in po porodu v Sloveniji.
- Posamezne postavke (anamnestični podatki, rezultati preiskav itd.) so oblikovani v obliki »list preverjanja« (angl. checklist). Večinoma gre za obliko DA/NE, s katero smo želeli jasno ločiti ženske z nizkim tveganjem od visokorizične skupine. To ločitev smo dodatno poudarili s tem, da nizkorizične nosečnice skozi porodno pot »spremlja« zelena barva.
- Namen klinične poti je tudi zmanjšati možnost napak pri rutinskih postopkih v predporodnem varstvu. Tudi zato je klinična pot pripravljena v obliki številnih »checklist«.

2. Opredeliti naloge in pristojnosti diplomirane babice v predporodnem varstvu

- Ob vsakem pregledu je jasno opredeljeno, kdo pregled izvaja (diplomirana babica in zdravnik) ali samo diplomirana babica (2., 5., 7., 8., in 9. pregled).
- Ob 2., 5., 7., 8., in 9. pregledu babica nosečnico napoti na pregled k zdravniku v primeru, da niso izpolnjeni v klinični poti natančno določenih kriteriji za



nizkorizično nosečnico.

- Klinična pot lahko na ta način služi kot temelj pri uvajanju babiških pregledov v nosečnosti, ki so v naši zakonodaji že predvideni.
- V sami obliki klinične poti je tudi opredeljeno, kateri del pregleda in katere podatke pridobi diplomirana babica pred ev. zdravniškim pregledom (navadno na levi strani lista) in katere podatke dopolni zdravnik.

ZAKLJUČEK

S pripravo klinične poti »Standardna obravnava nosečnice v predporodnem varstvu« smo pripravili varne temelje za novo razdelitev dela med diplomiranimi bobicami in diplomiranimi medicinskimi sestrami ter zdravnikom. Pred uvedbo klinične poti v prakso bo potrebno diplomiranim bobicam in diplomiranim medicinskim sestram zagotoviti ustrezna dodatna izobraževanja, da se bodo pri svojem delu počutile varno in samostojno, razbliniti dvome o odgovornosti in zagotoviti ustrezna finančna sredstva.

LITERATURA

1. Uradni list RS št. 33/2002
2. Lučovnik M, Šajina Stritar B, Štrumbelj T, Bučar M, Mavrič D, Pogorelc M. Predstavitev klinične poti Standardna obravnava nosečnice v prenatalnem varstvu. In:5. kongres ginekologov in porodničarjev Slovenije z mednarodno udeležbo. Ljubljana, 2013.
3. Lučovnik M, Šajina Stritar B, Štrumbelj T, Bučar M, Mavrič D, Pogorelc M. Klinična pot »Standardna obravnava nosečnice v predporodnem varstvu«. Ljubljana, 2013.

PRILOGA:

Primer klinične poti pregleda v nosečnosti 32. tednov





PETI PREVENTIVNI PREGLED V NOSEČNOSTI (32. teden)

(babica)

Datum pregleda _____

TRAJANJE GESTACIJE _____ (po ZM / drugo: _____)

DIPLOMIRANA BABICA

5.1 ANAMNEZA

Ni imela težav

5.1.1 Čuti plodove gibe

DA

NE

5.1.2 Otrdevanje maternice

DA*

NE

5.1.3 Krvavitev iz nožnice

DA*

NE

5.1.4 Znaki ali simptomi okužbe nožnice

DA*

NE

5.1.5 Bolečine

DA*

NE

5.1.6 Težave z želodcem

DA*

NE

5.1.7 Vrtoglavica

DA*

NE

5.1.8 Normalna mikcija in defekacija

DA

NE*

5.1.9 Srbenje kože

DA*

NE



5.1.10 Varice

- DA*
- NE

5.1.11 Druge težave

- DA*
- NE

5.1.12 EDINBURŠKI VPRAŠALNIK (priloga)

Št točk: _____

>10 točk

- NE
- DA

→ določitev TSH, hemograma; napotitev h kliničnemu psihologu ali psihiatru

*Dodatna opredelitev težav

5.2 PREGLED IZVIDOV (odvzeti do 32. tedna nosečnosti, pregledani ko pride izvid)

DIPLOMIRANA BABICA ZDRAVNIK

5.2.1 Izvid urina (oddanega na dan pregleda)

- DA
- Eri > 10
- Hb > 2
- Alb ≥ 1
- Nitriti poz.
- Zelo št. bakterije v sedimentu
- NE
- kontrola urina



5.3 PREGLED

DIPLOMIRANA BABICA

5.3.1 Telesna teža _____

Sprememba telesne teže ≥ 1 kg/mesec

- DA
- NE

5.3.2 Krvni pritisk _____

Dve meritvi krvnega pritiska $> 140/90$ mmHg

- DA
- NE

5.3.3 Edemi (pretibialno)

- DA
- NE

5.3.4 SF = št. tednov gestacije ± 2 cm

- DA
- NE

5.3.5 Plodovi srčni utripi prisotni

- DA
- NE

5.4 ZDRAVSTVENO-VZGOJNO SVETOVANJE

- Obiskala materinsko šolo
- DA
- NE → napotiti v materinsko šolo
- napotitev v center za socialno delo 60 dni pred PDP

5.5 POTREBEN NADZOR ZDRAVNIKA?

- NE (izpolnjena vsa siva polja ali opredeljena kot nizkorizična v odklonih)
- DA





ZDRAVNIK

5.6 Indikacija za napotitev k zdravniku:

5.7 ANAMNEZA:

5.8 PREGLED:

5.9 UZ IZVID:

Indikacija za UZ:

Mnenje, navodila, terapija, diagnoze:

Podpis, ID:



5.10 POSTOPKI IZVEN PROGRAMA ZZS

- UZ kontrola rasti pri nizkorizični nosečnici
- Bris nožnice na streptokoka skupine B (SSB)

NASLEDNJI PREGLED:

- REDNI PREVENTIVNI PREGLED:

- V 35. tednu pregled pri izbranem ginekologu
 - laboratorijske preiskave pred naslednjim pregledom:
 - urin
 - hemogram
 - Toxoplazmoza
 - HbsAg

- PREGLED PREJ:

- Datum pregleda: _____
- Dodatne preiskave pred naslednjim pregledom:

Šifra	Odklon	Podpis

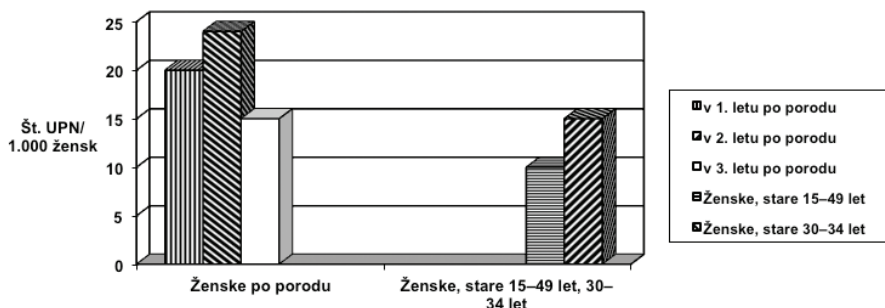
KONTRACEPCIJA PO PORODU – SVETOVANJE IN NOVOSTI

Prof. dr. Bojana Pinter, dr. med., spec. gin. in por.,
Ginekološka klinika UKC Ljubljana
bojana.pinter@guest.arnes.si

Uvod

Po porodu se lahko plodnost hitro povrne, zato je uporaba zanesljive kontracepcije v poporodnem obdobju zelo pomembna. V Sloveniji je med ženskami v prvih letih po porodu stopnja neželenih nosečnosti večja kot v splošni populaciji žensk v rodni dobi. Leta 2001 je bila dovoljena splavnost žensk v rodni dobi 15/1.000 žensk (15–49 let), v subpopulaciji žensk v prvih 12 mesecih po porodu pa 40/1.000 žensk, kar je 2,7-krat več. Zaradi večje dovoljene splavnosti v prvih letih po porodu smo leta 2004 izdali prve smernice za svetovanje o kontracepciji po porodu. Do leta 2009 se je v splošni populaciji dovoljena splavnost že znižala na 10/1.000 žensk, v subpopulaciji žensk v prvih 12 mesecih po porodu pa na 19/1.000 (Slika 1).

Slika 1: Dovoljena splavnost (delež umetnih prekinitev nosečnosti – UPN) med ženskami v prvih treh letih po porodu ter ženskami, starimi 15–49 let ter 30–34 let, Slovenija 2009



Ker je dovoljena splavnost, kot kazalec neželene nosečnosti, v prvih dveh letih po porodu še vedno visoka (in celo višja kot najvišja starostno specifična splavnost, ki je v starostni skupini 30–34 let), je nujno okrepiti svetovanje o varni in zanesljivi kontracepciji po porodu.

Menstruacijski cikel po porodu

Ob dojenju sesanje prekine frekvenco in amplitudo pulznega izločanja gonadotropinov, tako da ovulacija izostane. Plodnost je v času dojenja zmanjšana, zato je uporaba kontracepcijskih metod učinkovitejša. Ovarijska dejavnost se poveča, ko se zmanjšata pogostnost in trajanje dojenja.



Menstruacija se pri doječih materah pojavi v povprečju 28. teden po porodu. Prvi menstruacijski ciklusi so pogosto povezani s popuščanjem lutealne faze in relativno neplodnostjo. Ovulacija pri doječih materah v povprečju nastopi 34. teden po porodu. Ob izključnem dojenju je obdobje zmanjšane plodnost precej daljše kot ob delnem dojenju.

Pri ženskah, ki ne dojijo, se prva menstruacija (krvavitev, ki traja vsaj dva dni in ob kateri ženska uporablja predloge vsaj en dan) pojavi 4–6 tednov po porodu, prva ovulacija pa v povprečju 45. dan po porodu.

Kontracepcija po porodu

V Sloveniji glede uporabe kontracepcije upoštevamo slovenske smernice za rabo kontracepcije. Svetovanje o izbiri primerne kontracepcijske metode po porodu mora biti temeljito.

Metoda laktacijske amenoreje (LAM)

Metodo LAM lahko uporabljajo doječe matere, če so hkrati izpolnjena tri merila: samo v prvih šestih mesecih po porodu, izključno dojenje, amenoreja. Ob izpolnjenih teh treh pogojih zanosita 2 % žensk. Ročno brizganje mleka ni nadomestek za sesanje novorojenčka. Učinkovitost LAM se zmanjša, če se zmanjša pogostnost podojev ter zaradi stresa in bolezni matere ali dojenčka.

Kombinirana hormonska kontracepcija (KHK)

Ravni hormonov v materinem mleku ob uporabi hormonske kontracepcije so podobne ravnem v času ovulacijskih ciklusov. Raziskave ne kažejo škodljivega učinka uporabe KHK ob dojenju na rast ali razvoj otrok, vendar je. KHK v kateri koli obliki v prvih šestih tednih po porodu kontraindicirana, ker lahko zmanjša tvorbo mleka. Od šestih tednov do šestih mesecev po porodu ne zmanjša tvorbe mleka, vendar se ob izključnem dojenju načeloma ne uporablja. Pri delnem dojenju je uporaba KHK šest tednov po porodu sprejemljiva, po šestih mesecih po porodu pa primerna izbira ne glede na dojenje. Nedoječe matere jo lahko začnejo uporabljati po treh tednih po porodu, če niso pridruženi drugi dejavniki tveganja za vensko tromboembolijo (starost 35 let ali več, nepomičnost, transfuzija ob porodu, ITM ≥ 30 kg/m², poporodna krvavitev, porod s carskim rezom, predhodna preeklampsija, kajenje). Če so ti dejavniki tveganja prisotni, je pri nedoječih materah varna uporaba KHK od šestih tednov po porodu naprej.

Progestogenska kontracepcija

Progestogenska kontracepcija v obliki depo injekcij ali kot progestogenska oralna kontracepcija (POK) se lahko pri doječih materah uporablja že v prvih šestih tednih po porodu, idealno pa ne prej kot v treh tednih po porodu zaradi možnega teoretičnega vpliva hormonov na razvoj dojenčka, ki pa ni potrjen. Nedoječe matere lahko začnejo





progestogensko kontracepcijo uporabljati takoj po porodu. Depo injekcije depo medroksiprogesteron acetata so pri nas trenutno na voljo samo prek neposrednega uvoza, za kar mora poskrbeti vsaka zdravstvena organizacija sama. Od leta 2008 je na voljo t.i. progestogenska oralna kontracepcija, ki vsebuje progestogen dezogestrel in jo lahko na recept predpišemo nedoječim materam takoj po porodu, doječim materam pa tri tedne po porodu.

Nujna hormonska kontracepcija

Nujna hormonska kontracepcija po nezaščitenem odnosu ne glede na dojenje ni potrebna v prvih treh tednih po porodu, ker je verjetnost zanositve majhna. Sicer pa se lahko uporablja kadar koli po porodu ne glede na dojenje. V Sloveniji je na voljo nujna hormonska kontracepcija z levonorgestrelom, ki je učinkovita do 72 ur po nezaščitenem spolnem odnosu: brez recepta v lekarnah za starejše od 16 let (za mlajše na beli recept). Ker se levonorgestrel izloča v materino mleko, je priporočljivo, da ženska doji, tik preden zaužije zdravilo, in nato šele šest ur po jemanju zdravila z levonorgestrelom. Nova nujna hormonska kontracepcija z ulipristalacetatom je učinkovita do 120 ur po nezaščitenem spolnem odnosu in se predpiše na zdravniški recept. Ulipristalacetat se lahko teoretično izloča v mleko, zato ni priporočljivo dojiti vsaj 36 ur po zaužitju zdravila z ulipristalacetatom.

Nehormonska kontracepcija

Maternični vložek (bakreni, hormonski) ne vpliva na dojenje in nudi zaščito do pet let. Brez omejitev ga je mogoče vstaviti doječi ali nedoječi materi štiri tedne po porodu, tudi po porodu s carskim rezom. Velikost materničnega vložka lahko izberemo glede na ultrazvočno določeno velikost maternične votline. Od januarja 2014 je v Sloveniji na voljo maternični vložek s hormonom manjše velikosti, ki nudi zaščito do tri leta. Kondom, spermicidi ali prekinjeni odnos se lahko uporabljajo kadar koli po porodu, ne glede na dojenje. Ob dojenju je uporaba naravnih metod kontracepcije manj zanesljiva, pri nedoječih materah pa je uporaba naravnih metod mogoča po štirih tednih (ovulacijska metoda) oz. po treh menstruacijskih ciklikih po porodu (koledarska metoda). Sterilizacija se lahko opravi v prvih sedmih dneh po porodu ali po šestih tednih po porodu ne glede na dojenje.

ŠTIRISTOPENJSKO SVETOVANJE O KONTRACPCIJI PO PORODU

Prvi pregled po porodu naj ženska opravi šest tednov po porodu oz. po potrebi prej. Doječa ali nedoječa mati lahko po porodu začne uporabljati učinkovito kontracepcijo, če zagotovo vemo, da ni noseča.

Da bi bila svetovanje in uporaba kontracepcije po porodu dosledna in učinkovita, naj svetovanje o kontracepciji po porodu poteka v štirih stopnjah (predlog novih priporočil za rabo kontracepcije (KC) po porodu).





1. stopnja: Svetovanje o KC že pred porodom, v zadnjem trimesečju nosečnosti

- Odločitev o KC po porodu (najprimernejša metoda in alternativne možnosti).
- Če se ženska odloči za LAM, mora biti svetovanje temeljito (upoštevanje vseh treh pogojev).
- Če se ženska odloči za prekinjeni odnos, spermicide, diafragmo ali naravne metode kontracepcije, jo je potrebno opozoriti na manjšo učinkovitost izbranih metod.
- Svetovati moramo glede spolne abstinence do prvega pregleda po porodu, da lahko takoj uvedemo zanesljive metode KC.

2. stopnja: Svetovanje in izbira KC ob poporodnem pregledu, 6 tednov po porodu (Tabela 1)

Tabela 1: Primeren začetek uporabe posameznih kontracepcijskih metod po porodu.

Čas po porodu	Doječa mati	Nedoječa mati
Takoj po porodu	LAM kondom spermicidi* prekinjeni odnos* sterilizacija	kondom
≥ 3 tedne po porodu	progestogenska KC nujna hormonska KC	kombinirana hormonska KC, če ni dejavnika tveganja za VTE nujna hormonska KC
≥ 4 tedne po porodu	maternični vložek (bakreni, hormonski)	maternični vložek (bakreni, hormonski) naravne metode KC
≥ 6 tednov po porodu	kombinirana hormonska KC (delno dojenje) diafragma* sterilizacija	kombinirana hormonska KC, če so dejavniki tveganja za VTE diafragma* sterilizacija
≥ 6 mesecev po porodu	kombinirana hormonska KC (ne glede na dojenje)	

* manj zanesljive kontracepcijske metode

3. stopnja: Svetovanje o KC 3–6 mesecev po porodu

- Zamenjava LAM za drugo učinkovito metodo.
- Spremljanje uporabe trenutne kontracepcijske metode, morebitna zamenjava za učinkovitejšo ali sprejemljivejšo metodo in dodatno motiviranje za rabo kontracepcije.

4. stopnja: Svetovanje o KC čez eno leto

- Spremljanje uporabe trenutne kontracepcijske metode, morebitna zamenjava za učinkovitejšo ali sprejemljivejšo metodo in dodatno motiviranje za rabo kontracepcije.



Zaključek

Zanositev kmalu po porodu je pogosto nenačrtovana in neželena, zato ji je treba nameniti pozornost že v predporodnem obdobju. Jasna strokovna merila o predpisovanju kontracepcije po porodu, tudi ob dojenju, nam omogočajo individualno in hkrati optimalno izbiro.

Literatura

1. Pinter B. Kontracepcija po porodu. V: MSD plus. Ljubljana: Merck Sharp & Dohme, inovativna zdravila, 2012, 5-8.
2. Pinter B, Korošec S, Srnovršnik T, Bizjak Ogrinc U. Slovenske smernice za rabo kombinirane hormonske kontracepcije. Zdrav Vestn 2012; 81 (4): 277-88. Dosegljivo na: <http://ojs.szd.si/index.php/vestnik/issue/view/79>
3. Pinter B, Korošec S, Srnovršnik T. Slovenske smernice za rabo progestogenske oralne kontracepcije. Zdrav Vestn 2012; 81 (5): 355-62. Dosegljivo na: <http://ojs.szd.si/index.php/vestnik/issue/view/81>
4. Pinter B, Trojner Bregar A, Imamović Kumalić S. Slovenske smernice za rabo materničnega vložka. Zdrav Vestn 2012; 81 (9): 589-601. Dosegljivo na: <http://ojs.szd.si/index.php/vestnik/issue/view/87>
5. Pinter B, Korošec S, Trojner-Bregar A, Bizjak Ogrinc U, Srnovršnik T, Imamović-Kumalić S. Zbirna tabela stanj in kategorij primernosti rabe kombinirane hormonske kontracepcije, progestogenske oralne kontracepcije in materničnega vložka: slovenske smernice. Isis, februar 2012: 54-8. Dosegljivo na: <http://www.zdravniskazbornica.si/isis/1116/2012/129/isis-februar-2012>
6. Bizjak Ogrinc U, Korošec S, Pinter B. Smernice za rabo nujne kontracepcije. Zdrav Vestn 2011; 80 (10): 727-33. Dosegljivo na: <http://ojs.szd.si/index.php/vestnik/issue/view/24>
7. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fourth edition, 2009. Geneva: World Health Organization, 2009.
8. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, UKMEC 2009, London: Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, 2009.
9. Center for Disease Control. Update to CDC's U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010: Revised Recommendations for the Use of Contraceptive Methods During the Postpartum Period. Morbidity and Mortality Weekly Report 2011; 60 (26): 878-83.

ARHETIPSE ŽENSKE OSEBNOSTI

Manica Žmauc univ.dipl.ped., prof.soc.,
svetovalka za osebnostno rast in profesionalni razvoj
manica.zmauc@gmail.com



ARHETIPSKA RAZLAGA OSEBNOSTI

Po C. G. Jungu so arhetipi »pred-zavedne«, univerzalne, kolektivne psihične dispozicije. Naše telesno, čustveno in kognitivno doživljanje, procesiranje ter odzivanje sooblikujejo tudi simbolni pravzorci, ki črpajo iz človeške kolektivne podzavesti. Spoznavanje značilnih psiholoških modelov nam pomaga razumeti dinamiko znotraj lastne osebnosti in odnose z drugimi.

ŽENSKI ARHETIPI

RAZVOJNO: otrok → princeska → kraljica → starka

VSEBINSKO: mati → bojevnica → prostitutka → svetnica → čarovnica

Razvojni vidik nam razodene ženski evulcijski proces, ki začenja v otroški identiteti, zori v adolescentnem arhetipu princeske, odraste v arhetipu kraljice in sklene v arhetipu starke. Navedeni arhetipi niso vezani na kronološko starost; mnoge ženske ostanejo večino svojega življenja otroške/otročje, ljubke v svoji naivni nedolžnosti, neustrašni drznosti in izvorni ustvarjalnosti, obenem pa tudi nedosledne, neodgovorne ter nedokončane. V vsaki od nas je princeska, ki čaka, da ji bo nekoč in nekje dano uresničiti svoje sanje, kraljevati in sijati. Tako kot smo vse kdaj tudi stare, odmaknjene in utrujene od preživetih izzivov. Vrste, posamezniki, podjetja, narodi in kraji, vsi se razvijamo v cikličnih sosledjih in krogotokih rasti, dozorevanja, izražanja in pojemanja.

Ženska OTROK

- naivna
- neposredna
- ljubka
- egocentrična
- nedolžna
- ustvarjalna



- odvisna
- spolno indiferentna
- neodgovorna
- idealistka
- mlada
- nezrela
- igriva

Ženska PRINCESKA

- niha med otroškostjo in odraslostjo
- spremenljiva
- upornica
- ujeta v "še ne" sindrom
- čustveno muhasta
- ekstremna
- nestanovitna
- spolno adolescentna
- sanjava
- drzna
- spogledljiva

Ženska KRALJICA

- o avtonomna
- samozavestna
- aktivna
- individualizirana
- obvladuje
- realizirana
- odgovorna
- zaposlena
- čustveno uravnovešena
- spolno uresničena
- karizmatična

Ženska STARKA

- izkušena
- modra
- potrpežljiva
- naveličana
- odsotna
- materialno skromna
- spolno nezainteresirana
- introvertirana
- pomirjena





Arhetipe raziskujemo tudi vsebinsko: arhetip matere, arhetip bojevnice, arhetip prostitutke, arhetip svetnice in arhetip čarovnice. Osnovne arhetipske kvalitete so lastne vsem ženskam, le da so nekatere bolj, druge manj izražene. Razlikujemo se v njihovem zavedanju, obvladovanju in individualiziranem izrazu. Arhetipov ne ločujemo na dobre in slabe, čeprav jih vsako kulturno, religiozno in socialno okolje v danem zgodovinskem trenutku seveda ovrednoti kot pozitivne ali negativne. Vsak arhetip prispeva in poudari specifične osebnostne potenciale, moči in sposobnosti, obenem pa nas izziva s svojimi omejitvami in nasprotji.

Ženska MATI

- skrbi za druge
- pokroviteljska
- sočutna
- tradicionalistka
- pomanjkljivo individualizirana
- zanemarja spolnost
- zaščitniška
- zadržana
- dolgočasna
- izčrpana

Ženska BOJEVNICA

- predana
- disciplinirana
- čustveno ekskluzivna
- zanika ranljivost
- fizično urejena
- spolno pragmatična
- zvesta
- se žrtvuje
- sledi avtoriteti
- neustrašna

Ženska PROSTITUTKA

- pragmatična
- materialistična
- zapeljivka
- niha med kontrolo in ujetostjo
- dovzetna za skrajnosti
- površinska
- prezre občutke
- vzdržljiva
- otopela
- groba
- neiskrena





Ženska SVETNICA

- predana duhovnosti
- se odreka
- poslušna
- čustveno platonska
- moralistka
- resnobna
- spolnost nadzoruje/se ji odpoveduje
- materialno minimalistična
- introvertirana

Ženska ČAROVNICA

- mistična, okultna
- outsiderka
- elitistična
- nevarna
- čustva in spolnost postavlja v službo višjega namena
- izstopajoča
- individualistka
- nepokorna
- skrivnostna

Naj bodo arhetipske razlage spodbuda za osebno rast in profesionalni razvoj, za poglobljen stik s seboj in iskrene odnose z drugimi.





O AVTORICI

Manica Žmauc je univ. dipl. pedagoginja in profesorica sociologije ter absolventka magistrskega študija pedagogike na Filozofski fakulteti v Ljubljani. Ima dolgoletne izkušnje z raziskovalnim in pedagoškim delom na področju izobraževanja odraslih; med drugim je štiri leta vodila osrednjo Borzo znanja v Ljubljani in sodelovala v več mednarodnih projektih EU.

Že vrsto let uspešno pripravlja in izvaja avtorske izobraževalne, svetovalne ter terapevtske programe za pedagoške delavce, zdravnike, psihologe, podjetnike, umetnike, športnike in druge strokovne profile. Predava laični in strokovni javnosti, objavlja v strokovnih in poljudnih publikacijah ter vodi specializirane izobraževalne projekte v domačih in tujih poslovnih okoljih.

Manica se s strastjo in predanostjo posveča programom za ženske, na katerih udeleženske začutijo, obudijo in izrazijo svojo arhetipsko modrost, osebnostno moč in unikatno individualnost.

Programi so plod Maničinega permanentnega interdisciplinarnega študija, od spoznavanja telesa v srednji zdravstveni šoli in izredni praksi v fizioterapiji, ginekologiji ter intenzivni negi, humanističnega študija na filozofski fakulteti in podiplomskega študija odnose dinamičnosti ter psihoterapevtskih pristopov, do urjenja senzitivnosti in učenja masažnih tehnik pri priznanih mojstrih v tujini.

PROGRAMI ZA OSEBNOSTNO RAST IN PROFESIONALNI RAZVOJ
Izobraževalne in svetovalne storitve, Manica Žmauc s.p.

Blog: <http://manzma.blogspot.com/>

Mobi: 041 754 943





URINSKA INKONTINENCA – VLOGA KREPITVE MIŠIČ MEDENIČNEGA DNA PRI PREPREČEVANJU IN ZDRAVLJENJU

Tadeja Štrumbelj, dr.med., spec.gin.in por.,
Zdravstveni zavod Štrumbelj, BGP Kranj
tadeja@zzz-strumbelj.si

Povzetek:

Nehoteno, nenadzorovano uhajanje urina ali urinska inkontinenca je pogosta in neprijetna težava, ki prizadene ljudi obeh spolov v vseh starostnih obdobjih.

Ljudje se težav z uhajanjem urina sramujejo, zato se o njih redko pogovarjajo in jih prikrivajo pred svojci, okolico in pogosto celo pred zdravstvenimi delavci. Tako le malo ljudi pravočasno poišče ustrezno strokovno pomoč.

Na voljo so različne možnosti zdravljenja. Prednost dajemo tistim oblikam, ki so ob primerljivi učinkovitosti hkrati najmanj agresivne. V prispevku predstavljamo uspešnost zdravljenja vseh vrst urinske inkontinence s funkcionalno magnetno stimulacijo.

Ključne besede:

urinska inkontinenca, mišice medeničnega dna, funkcionalna magnetna stimulacija

UVOD

Nehoteno, nenadzorovano uhajanje urina se pojavi, kadar mišice zapiralke, mišice medeničnega dna in mišice mehurja ne delujejo pravilno in usklajeno, ker so bodisi prešibke ali prekomerno aktivne.

Pogosteje so prizadete ženske. Po strokovnih ocenah naj bi zaradi urinske inkontinence trpelo 40% žensk, od tega 33% žensk mlajših od 40 let ter 50% žensk starejših od 60 let. Med nosečnostjo se s težavami nehotenega uhajanja urina srečuje 60% žensk, po porodu ostaja inkontinentnih do 52 % žensk. Moški imajo težave z nenadzorovanim uhajanjem urina po operaciji prostate.

Urinska inkontinenca je za človeka velik problem, ne le zdravstveni in higienski, ampak tudi ali predvsem socialni in žal še vedno velik tabu o katerem naše bolnice pa tudi medicinske sestre in zdravniki, pogosto ne upamo spregovoriti odkrito. Po podatkih Mednarodnega združenja za urinsko inkontinenco (ICS) kar 70% ljudi s tovrstnimi težavami nikoli ne poišče pomoči, zaradi česar po nepotrebnem trpijo.

Kar 76% ljudi sprejme urinsko inkontinenco kot normalno stanje povezano s staranjem. Kljub temu se težav z uhajanjem urina ljudje pogosto sramujejo, pričnejo se izogibati družabnemu življenju, umikajo se v osamo. Poseben problem je uhajanje urina pri spolnih odnosih, ki lahko privede do zavračanja partnerja in postopnega odtujevanja.





Pravočasen začetek zdravljenja, preden se simptomi uhajanja urina močno razvijejo, je izjemnega pomena, saj so uspehi zdravljenja z neinvazivnimi metodami takrat učinkovitejši in trajnejši. Tako se lahko operativnemu zdravljenju izognemo ali ga vsaj odložimo za več let.

OBLIKE URINSKE INKONTINENCE:

Pri mlajših ženskah je največkrat prisotna **stresna urinska inkontinenca (SUI)**. Urin uhaja skozi nepoškodovano sečnico ob kihanju, kašljanju, dvigovanju bremen, teku, skakanju s kolenico ter pri drugih aktivnostih, pri katerih postane pritisk v mehurju zaradi povišanja trebušnega pritiska večji, kot je pritisk v sečnici. Osnovni vzrok je oslABLJENO delovanje vezivno-mišičnih struktur medeničnega dna in s tem oslABLJEN zaporni mehanizem vratu sečnega mehurja.

Velik dejavnik tveganja za oslabeleost mišic medeničnega dna pri ženski sta nosečnost in porod. Oslabljen delovanje se pojavi tudi po ginekoloških in uroloških operacijah (pri moških zlasti po operaciji prostate), ob nevroloških obolenjih ali zaradi staranja. Vezivno-mišične strukture medeničnega dna se poškodujejo tudi ob napornem delu ali kroničnem kašlju, kroničnem zaprtju in čezmernem napenjanju, kar povzroča prekomeren pritisk na spodnja sečila in medenično dno. Če so ti neugodni vplivi izraziti in dolgotrajni, se rodila povesijo, spremeni se lega sečnega mehurja, lahko se pojavi tudi nehoteno uhajanje blata in vetrov.

Starejše ženske imajo pogosteje težave z **urgentno urinsko inkontinenco (UUI)**, kjer urin uhaja po predhodni hudi potrebi po uriniranju. Je posledica prekomerno aktivnega sečnega mehurja. Pacientke morajo na stranišče več kot osemkrat dnevno, zaradi potrebe po mokrenju vstajajo dva ali večkrat na noč. Težave se pogosto pojavijo na poti proti stranišču, poslušanju tekoče vode ali ob delu z mrzlo vodo.

Veliko, zlasti starejših pacientk, se spopada s kombinacijo stresne in urgentne inkontinence, tako imenovano **mešano urinsko inkontinenco (MUI)**.

NAČINI ZDRAVLJENJA:

Pri zdravljenju vedno najprej priporočamo neinvazivne, tako imenovane konzervativne metode zdravljenja.

Najpogosteje svetovani nekirurški ukrep, ki lahko težave prepreči in zdravi, so intenzivne **vaje za mišice medeničnega dna (Keglove vaje)**, za katere je potrebna vztrajnost, ki žal ponavadi hitro izgine. Samo močne mišice medeničnega dna se lahko zoperstavijo povečanemu pritisku v trebušni votlini in učinkovito sodelujejo pri zadrževanju urina in blata. Prispevajo tudi k stabilnosti hrbtenice in medeničnega obroča. Ne nazadnje so pomembne za spolno doživljanje. Izjemno pomembno je, da





vaje izvajamo pravilno (krčimo prave mišice na pravi način), saj lahko v nasprotnem primeru stanje še poslabšamo.

Že nekaj časa imamo tudi v Sloveniji možnost krepitve oziroma hitrejše regeneracije mišic in ostalih tkiv medeničnega dna s **funkcionalno magnetno stimulacijo (magnetoterapijo)**, ki nadomešča in nadgrajuje do sedaj bolj znano **elektrostimulacijo**. Funkcionalna magnetna stimulacija je zunajtelesna magnetna stimulacija, ki temelji na teoriji Faradayevega zakona magnetne indukcije, pri kateri magnetni pulzi prodirajo globoko v perinej in povzročajo depolarizacijo membrane pudendalnega živca, kar privede do krčenja mišic medeničnega dna. Na tak način že v treh do štirih tednih močno ojačamo mišice medeničnega dna brez neprijetnega vstavljanja elektrod. Velika prednost funkcionalne magnetne stimulacije je v tem, da se pacienti ob terapijah naučijo pravilnega izvajanja Keglovih vaj, s katerimi lahko nato sami nadaljujejo. Za terapije se pacientom ni potrebno sleči. V času terapije sedijo oblečeni na udobnem stolu. Terapija se izvaja trikrat tedensko po dvajset minut. Ker ni neposrednega stika s kožo, zdravljenje ni boleče ali neprijetno in nima poznanih stranskih učinkov.

Magnetoterapija se je izkazala učinkovito za zdravljenje **vseh vrst urinske inkontinence**. Ker smo si ljudje zelo različni, je pomembno, da je zdravljenje prilagojeno posamezniku, zato se za optimalen učinek program zdravljenja ves čas prilagaja napredu.

Junija 1998 je tudi stroga ameriška FDA priznala funkcionalno magnetno stimulacijo kot metodo konzervativnega zdravljenja urinske inkontinence.

Zdravljenje stresne urinske inkontinence lahko nadgradimo še z **laserjem**, s katerim okrepimo vezivne strukture in dodatkom lokalno delujočih **hormonov**, možna je tudi **operativna terapija**.

Pri urgentni in mešani urinski inkontinenci si lahko pomagamo tudi s prilagoditvijo **prehrane** in režima pitja tekočin, **treningom mehurja** in **tehniki sproščanja** (avtogeni trening in medicinska hipnoza) ter **z zdravili**.



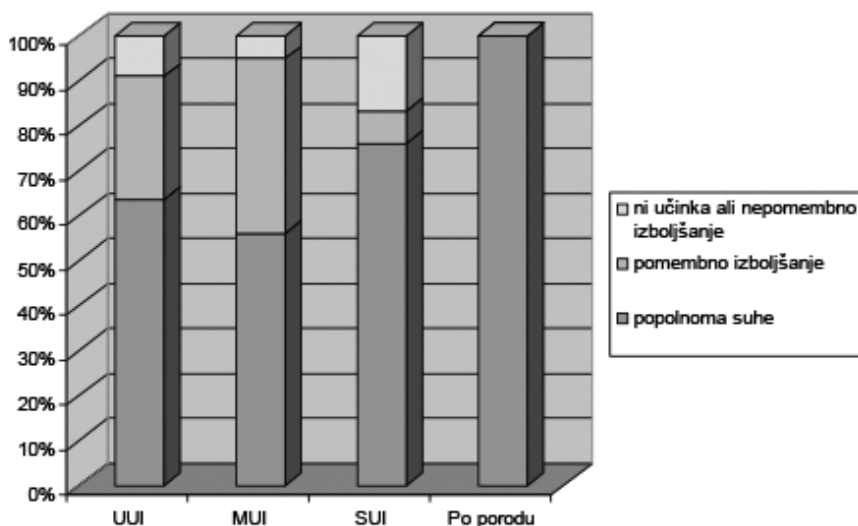
REZULTATI ZDRAVLJENJA URINSKE INKONTINENCE S FUNKCIONALNO MAGNETNO STIMULACIJO:

Rezultati zdravljenja s funkcionalno magnetno stimulacijo zbrani v treh centrih pri 78 pacientkah zdravljenih zaradi urgentne urinske inkontinence (UII - 11 žensk), mešane urinske inkontinence (MUI - 23 žensk), stresne urinske inkontinence (SUI – 30 žensk) in inkontinence po porodu (14 žensk).

Medicinski center Podnar, Zasebni zdravstveni zavod Bled, Zdravstveni zavod Štrumbelj

	UII		MUI		SUI		UI po porodu	
	n	%	n	%	n	%	n	%
popolnoma suhe	7	63	13	56	22	73	14	100
pomembno izboljšanje	3	27	9	39	3	7	0	0
ni učinka ali nepomembno izboljšanje	1	9	1	5	5	16	0	0
skupaj	11	100	23	100	30	100	14	100

n=78





ZAKLJUČEK

Ljudje lahko z zdravim življenjskim slogom, z rednimi vajami za mišice medeničnega dna, treningom mehurja, prilagoditvijo prehrane in režima pitja tekočin, veliko storimo sami za ohranjanje zdravja svojega mehurja.

Ob težavah pa pomaga vodenje dnevnika uriniranja in pravočasen posvet in pregled pri strokovnjaku, ki bo našim težavam ustrezno svetoval in ukrepal. Ob hudih težavah z uhajanjem urina, se navadno težko izognemo kirurškemu zdravljenju ali zdravljenju z zdravili. Pri blažjih ali zmernih težavah, zlasti, če pričnemo z zdravljenjem kmalu po začetku težav, pa lahko uhajanje urina učinkovito zdravimo z neinvazivnimi načini zdravljenja kot je funkcionalna magnetna stimulacija, ki so varni in brez znanih stranskih učinkov.

LITERATURA:

1. But I, Šoštarič A. Funkcionalna magnetna stimulacija – nova obetavna metoda zdravljenja žensk z urinsko inkontinenco. Zdravstveni Vestnik 2009; 78: 1-133-6.
2. Štrumbelj T, Stojkoski S. Izkušnje z magnetno stimulacijo. In: Konzervativno, medikamentozno in kirurško zdravljenje disfunkcij medeničnega dna, Strokovno srečanje združenja za uroginekologijo 2014.
3. Yokoyama T eds. Extracorporeal magnetic innervation treatment for urinary incontinence. Int J of Urol 2004; 11: 602-6.
4. Thomas TM, Pymat KR, Blannin J, Maede TW. Prevalence of urinary incontinence. Br Med J 1980; 281:1243-5.





PRVIH 1000 DNI – DOTA ZA CELO ŽIVLJENJE

Evgen Benedik, univ. dipl. inž. živ. tehnol.

prof. dr. Nataša Fidler Mis, univ. dipl. inž. živ. tehnol.

UKC Ljubljana, Pediatrična klinika, Klinični oddelek za gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko;

evgen.benedik@gmail.com, natasa.fidler@kclj.si

IZVLEČEK

Uvod

Prehrana ima velik vpliv na naše življenje in življenje naših potomcev. S pomočjo epigenetike spoznavamo nove razsežnosti vpliva prehrane na zdravje in življenje ljudi.

Razprava

Prehrana »prvih 1000 dni« vključuje prehrano pred nosečnostjo, v času nosečnosti in dojenja ter v prvih dveh letih življenja dojenčka. Investicija v zdrave prehranske navade v tem času je najboljša dota za celo življenje. Zmanjša se tveganje za razvoj prekomerne telesne mase, diabetesa, povišanega krvnega tlaka, bolezni srca in ožilja in presnovnih bolezni. Vpliva celo na naslednjo generacijo potomcev. Opisani fenomen imenujemo presnovno programiranje ali presnovni vtis.

Zaključek

Pomembno je, da se znanje o ustrezni zdravi prehrani in njenemu vplivu na kvaliteto življenja ljudi širi med zdravstvenimi delavci, ki vsakodnevno prihajajo v stik z mladimi oz. bodočimi starši, in jim predstavijo pomen zdrave in uravnotežene prehrane za njih in njihove potomce.

Ključne besede:

prvih 1000 dni, presnovno programiranje, epigenetika, zdrava prehrana, nosečnost, dojenje, zgodnje otroštvo

UVOD

Prehrana je področje, za katerega mislimo, da vsi vse vemo, saj se s to tematiko srečujemo pravzaprav nekajkrat dnevno. Ne zavedamo pa se, da ima ravno prehrana velik vpliv na naše življenje in življenje naših potomcev. Danes imamo v razvitem svetu ogromno ponudbe različnih živilskih izdelkov, ki so jih proizvajalci proizvedli na podlagi našega povpraševanja (bolj sladka živila, bolj mastna živila, živila s čim daljšim rokom uporabnosti, čim lepšo aromo, teksturo, barvo, ipd.). Potrošniki smo tisti, ki proizvajalcem dajemo usmeritve za razvoj novih prehranskih izdelkov. Težava je v tem, da obstaja velika verzel v znanju potrošnikov iz področja prehrane. Namesto,





da bi se potrošniki orientirali v nakup zdravih živil, raje kupujemo nezdrava živila (procesirana živila, sladka živila, ocvrta živila, ipd.) (Garza, 2003; Stover, 2008).

V zadnjih nekaj letih je prehrana ponovno pridobilo veliko zanimanje v znanosti, razvila se je celo nova veja znanosti, epigenetika, ki preučuje spremembe v izražanju genov organizma, ki niso povezane s spremembami v zaporedju DNK, ampak z okoljem, v katerem živimo (npr. prehrana, kajenje, življenjski slog). Gre pravzaprav za kemično spremembo molekule deoksiribonukleinske kisline (DNK) in kromatina z določenimi molekulami iz okolja, ki »vklaplajo« oz. »izklaplajo« posamezne gene odgovorne npr. za podvrženost k debelosti, sladkorni bolezni ipd. (IOM, 2007).

Eden prvih dokazov o vplivu okolja skozi več generacij so objavili nizozemski znanstveniki, ko so naredili retrospektivno analizo nosečih žensk med letoma 1944 in 1945 (Cortessis in sod., 2012). To je bil čas med vojno, ko so imeli na Nizozemskem hudo zimo in hudo lakoto. Dojenčki teh mamic so bili manjši in lažji in prav tako so tudi te hčerke imele manjše otroke, ki pa so bili v odraslem življenju bolj nagnjeni k debelosti. Najverjetnejša razlaga za ta pojav je, da se zarodek ob pomanjkanju hrane pripravi na to, da tudi kasneje ne bo dovolj hrane, zaradi česar takšni ljudje energijo iz hrane bolj učinkovito izkoriščajo in skladiščijo, da bi si zagotovili preživetje ob pričakovanem pomanjkanju hrane. To pa lahko ob zadostni količini hrane vodi v debelost (Koletzko in sod., 2012; Sun in sod., 2013).

Dejstvo je, da ima prehrana izjemno pomembno vlogo, ko govorimo o zdravju ljudi. Praktično vse kronične bolezni (npr. prekomerna telesna masa, diabetes, povišan krvni tlak, bolezni srca in ožilja in druge presnovnih bolezni), so posledica neustreznih prehranskih navad (Stover, 2008).

Zdrava prehrana in zdrav življenjski slog v času pred nosečnostjo (za žensko in za moškega), tekom nosečnosti in dojenja ter v času prvih dveh let otrokovega življenja sta pomembna za »vklapljanje« pravih genov za doseganje optimalnega zdravja skozi celo življenje (Sun in sod., 2013). Gre za dragoceno in dolgoročno naložbo v zdravje otroka, ki sega vse v odraslo dobo. To je poleg starševske ljubezni do dojenčka najlepša popotnica za njegovo bolj zdravo in dolgo življenje. Hkrati je to priložnost, da se opusti škodljive razvade, s katerimi ne škodujemo le sami sebi, ampak tudi še nerojenim potomcem, ter da se izboljša prehrano in življenjski slog celotne družine.

RAZPRAVA

Presnovno programiranje

Ob spočetju novega življenja, pride do združitve moške in ženske spolne celice oz. do združitve genov obeh staršev. Izražanje genov v otroku je odvisno od okolja, v katerem živi in od kvalitete življenja (zdrava, uravnotežena prehrana, športna aktivnost, obvladovanje stresa, ipd.) (Gluckman in sod., 2010; Lillycrop, 2011; Waterland in Michels, 2007).





Zdrava prehrana v prvih 1000 dneh (v času pred nosečnostjo, v času nosečnosti in dojenja ter v prvih dveh letih dojenčkovega življenja) je dolgoročna naložba v zdravje - dota za celo življenje. Vpliva ne le na zdravje dojenčka in otroka, temveč seže njen vpliv vse v odraslo dobo (zmanjšanje tveganja za razvoj prekomerne telesne mase, diabetesa, povišanega krvnega tlaka, bolezni srca in ožilja ter presnovnih bolezni) in celo na naslednjo generacijo potomcev (The power of programming, 2010). Omenjen fenomen imenujemo presnovno programiranje (angl. metabolic programming, Lucas, 1998) ali presnovni vtis (angl. metabolic imprinting, Waterland, 1999). S tega vidika so v letu 2007 izšla poenotena priporočila uglednih svetovnih organizacij s področja medicine in prehrane, ki svetujejo, da se že v času nosečnosti, najbolje pa v prvem trimesečju, preveri morebitne neustreznosti v prehrani. Nosečnicam, pri katerih bi ugotovili odstopanja od priporočene prehrane, naj bi zagotovili individualno prehransko svetovanje v času nosečnosti in v času dojenja (Koletzko s sod., 2007).

Zdrava in uravnotežena prehrana ter zdrav življenjski slog vplivajo na:

- presnovo: prispeva k zmanjšanemu tveganju za pojav prekomerne telesne teže in debelosti in posledično zmanjša tveganje za pojav srčno-žilnih bolezni in sladkorne bolezni;
- razvoj živčnega sistema in možgan: zmanjša tveganje za pojav različnih bolezni živčevja;
- zdrav imunski sistem; poveča splošno odpornost organizma, zmanjša tveganja za pojav alergij in nenalezljivih bolezni (Gluckman in sod., 2010; Lillycrop, 2011; Waterland in Michels, 2007).

Načela zdrave prehrane

Načela zdrave in uravnotežene prehrane vključujejo zadosten, starosti primeren vnos tekočine (vode, mineralne vode ali nesladkanega čaja) ter živil, ki so predstavljena v tabeli 1. Živila naj bodo čim bolj sveža in hranilno bogata (npr. lokalna in sezonska zelenjava in sadje). Svetuje se pet enakomerno razporejenih obrokov tekom dneva (doječa mati ima dodaten šesti obrok) (Kersting in Alexy, 2002; Fidler Mis in Širca-Čampa, 2004; Fidler Mis, 2012; Fidler Mis, 2013).



Tabela 1: Skupine živil v zdravi in uravnoteženi prehrani

	Obilno	Zmerno	Odsvetovano (skoraj nikoli na jedilniku)
Tekočina^a	Voda, mineralna voda, nesladkan sadni ali zeliščni čaj, zelenjavni sok, z vodo razredčen sadni sok, brezkofeinska kava/čaj	Sadni sok, pijače s kofeinom, alkoholne pijače (pri odraslih, odsvetovane pri nosečnicah)	Pijače z dodanim sladkorjem (npr. sladke gazirane pijače, vode z okusom, ledeni čaji, sirupi za razredčenje z vodo, nektarji, energetske pijače), sladkani čaji, pijače s sladili (npr. saharin, ciklambat, aspartam, acesulfam-K, stevia),
Škrobna živila^a	Polnozrnat kruh, polnovredne testenine, rjavi nepoliran riž, kosmiči brez dodanega sladkorja (ovseni, rženi, ječmenovi, pšenični), krompir	Bel kruh, bel riž, testenine	
Zelenjava	Vsa vrsta sveže, kuhane, pečene ali dušene zelenjave (vključno z gobami in svežimi začimbami) in stročnice		Ocvrta zelenjava
Sadje	Vse vrste sadja in oreščkov (orehi, lešniki, makadamija)		Ocvrto sadje
Mleko in mlečni izdelki^b	Delno posneto mleko (1,4 % mlečne maščobe), navadni jogurt z manj maščobe ^c , pinjenc, sir z manj maščobe	Polnomastno mleko in mlečni izdelki (otroci do 6. leta starosti naj uživajo polnomastno mleko in mlečne izdelke)	Ocvrti sir
Meso, ribe, jajca	Pusto meso (piščanec, puran, zajec, teletina, govedina), drobne morske ribe vsaj 2x/teden (npr. sardine, girice, sardele, ipd.) in jajca	Mastno meso, mečarica, tuna	Ocvrto meso, pečena koža piščanca, mesni izdelki (hrenovke, klobase, salame, paštete), ocvrta jajca
Olja^d in maščobe	Rastlinska olja, zlasti olivno olje, repično, laneno, orehovo, konopljino olje, olj črne kumine in ribje olje	Margarina brez trans maščob, maslo, smetana, palmina mast, kokosova mast	Margarina s trans maščobami, ocvirki, slanina, svinjska mast, zaseka



Drugo		Med, domača marmelada, čokolada (> 80% kakava), doma pripravljene manj sladke in manj mastne sladice. Školjke, morski sadeži.	Fruktoza, visoko fruktozni sirup, sladkor (navadni in rjavi sladkor), industrijske sladice (npr. rogljički, krofi, flancati), bonboni, čokolada, industrijski sadni jogurti, sladoled, hitra hrana (angl. »fast food«, npr. pizza, pomfrit) in ostala slana živila.
--------------	--	--	---

^a v primeru celiakije se izbere živila, ki ne vsebujejo glutena (brezglutenski kruh, brezglutenske testenine, ipd.)

^b v primeru laktozne intolerance se priporoča mleko in mlečne izdelke brez laktoze ter trde sire

^c svetuje se nakup jogurtov, ki niso tik pred iztekom roka uporabnosti, saj vsebujejo večje število aktivnih koristnih bakterij

^d Omenjenih olj se ne sme toplotno obdelovati, ampak se uporabljajo na solatah ali kot dodatek k že pripravljenim jedem. Olja se skladišči v temnem in hladnem prostoru.

^e Individualno glede na starost: dojenčki od 4. - 12. meseca: 400 ml vode/dan; otroci od 1. - 15. leta: 800-1.300 ml vode/dan; mladostniki, odrasli, nosečnice, ostareli: 1.500 ml vode/dan; doječe matere: 1.700 ml vode/dan (Delovna skupina za pripravo D-A-CH Referenčnih vrednosti za vnos hranil, 2004).

PREHRANA V PRVIH 1000 DNEH

Prehrana v času pred nosečnostjo

Prehrana v času pred spočetjem se bistveno ne razlikuje od splošnih načel zdrave prehrane (Tabela 1). Vključuje naj veliko zelenjave in sadja ter polnovrednih škrobnih živil, zmerne količine živil bogatih z beljakovinami, mlečnih izdelkov ter majhne količine živil, ki vsebujejo neugodne maščobe in sladkorje. Od trenutka, ko ženske prenehajo z jemanjem kontracepcije oz. ko imajo namen spočeti otroka, naj pričnejo uživati folno kislino v obliki prehranskega dodatka (400 µg/dan) (Delovna skupina za pripravo D-A-CH Referenčnih vrednosti za vnos hranil, 2004). Poleg tega se svetuje tudi uživanje večkrat nenasičenih maščobnih kislin, predvsem omega-3 maščobne kisline, kot je dokozaheksaenojska kislina (DHK). Svetuje se tudi uživanje dveh porcij drobnih morskih rib na teden oz. se priporoča uporaba prehranskih dopolnil z vsaj 200 mg DHK na dan (Koletzko s sod., 2007). Priporoča se tudi uživanje orehov, orehovega, repičnega in lanenega olja, avokada (viri α-linolenske kisline) in mikroalg (vir DHA). Prehranski vnos α-linolenske kisline (ki jo vsebujejo rastlinska olja), prekursorja DHA, je mnogo manj učinkovit za nalaganje DHA v možganih fetusa, kot uživanje DHA direktno iz drobnih morskih rib (Koletzko et al. 2007). Omenjenih rastlinskih olj se ne sme toplotno obdelovati, ampak so primerna kot dodatek k že pripravljenim jedem oz. solati.





Prehrana v času nosečnosti

Nosečnost je čas, ko je zdrava in uravnotežena prehrana ključnega pomena. Zaradi nosečniške slabosti, ki pesti dobre dve tretjini nosečnic, je težko zadostiti potrebam zdrave in uravnotežene prehrane. Slabosti se lahko nekoliko omeji z uživanjem rednih in majhnih obrokov, enakomerno razporejenih čez dan (pet obrokov na dan). Priporočila za vnos vitaminov in mineralov so tekom nosečnosti višja kljub temu, da fiziološki odziv organizma na nosečnost poveča absorpcijo mnogih hranilnih snovi. Večina nosečnic, tudi vegetarijanskih, ne pa veganskih, lahko potrebam zadosti z ustrežno in raznoliko prehrano. Prav tako kot v času pred nosečnostjo se tudi v času nosečnosti, natančneje do 20. tedna nosečnosti, svetuje uživati prehranska dopolnilo s folno kislino (400 µg/dan) (Delovna skupina za pripravo D-A-CH Referenčnih vrednosti za vnos hranil, 2004). Prav tako je potrebno paziti na zadosten vnos joda (jodirana sol, drobne morske ribe), saj je jod sestavni del ščitničnih hormonov, ki predvsem v času nosečnosti igrajo pomembno vlogo pri razvoju ploda (razvoj možgan in živčnega sistema). Zaradi povečanega izločanja joda s sečem se potrebe po jodu v nosečnosti povečajo (Messina & Redmond, 2006). Na razvoj možgan in živčevja ploda ugodno vplivajo tudi dolgotrajne večkrat nenasičene maščobne kisline, predvsem iz družine omega-3 maščobnih kislin (DHA). Glavni prehranski vir DHA predstavljajo drobne morske ribe (girice, sardele), ribje olje in olje iz morskih alg. Glede na priporočila naj bi nosečnica zaužila vsaj 200 mg DHA/dan, kar je enako dvema porcijama drobnih morskih rib na teden (Koletzko in sod., 2007). Nosečnice naj se izogibajo uživanju alkohola in toplotno premalo obdelanim živilom kot so jajca, meso (biftek) in sveže nepasterizirano mleko. Izogiba naj se tudi uživanju morskih sadežev in večjih morskih rib (morski pes, morski list) zaradi visokih koncentracij težkih kovin.

Prehrana doječe matere

Doječe matere naj se prehranjujejo čim bolj pestro in uravnoteženo (Tabela 1) in imajo naj redne obroke, saj je sestava materinega mleka precej odvisna od prehrane (predvsem maščobne kisline, jod, selen) (Fidler Mis, 2002; Fidler Mis, 2011; Semba, 2001; Arbeitskreis Jodmangel, 2004; National Academy of Sciences, 1991) in tudi od njenih zalog v organizmu (zlasti kalcija, folne kisline, fosforja, magnezija, natrija in kalija) (National Academy of Sciences, 1991; Hartmann s sod., 1998; Mackey in Picciano, 1999; Kersting in Alexy, 2002).

Doječe matere naj se izogibajo surovim in toplotno premalo obdelanim živilom živalskega porekla: mesu (tatarski biftek, pršut), ribam (prekajene ribe, suši, sašimi), jajcem (majoneza, tiramis) in mleku (svežim sirom iz nepasteriziranega mleka) zaradi nevarnost mikrobioloških okužb (Fidler, 2002; Fidler Mis, 2011). Sveža zelenjava in sadje je vključena v jedilnik, saj ni znanstvenega dokaza, da bi uživanje le-te povzročalo krče pri dojenčku ali da bi se zaradi tega dojenčku povečalo tveganje za pojav alergij (DGAKI, 2009). Za sintezo mleka je pomembna predvsem pravilna tehnika dojenja, čimbolj pogosto dojenje, zlasti v prvih tednih po porodu in sicer vsakokrat iz obeh dojk, dovolj





počitka, psihična umirjenost (prijazna in naklonjena podpora cele družine) in zadostno pitje tekočine (eden kozarec vode ob vsakem dojenju) (Koletzko s sod., 2010).

Doječe matere naj se izogibajo alkoholu (alkoholnim pijačam: pivu, vinu, šampanjcu, likerjem, žganim pijačam), saj prehaja v humano mleko (Haastруп s sod., 2014). V nasprotju z laično razširjenim mnenjem, alkohol ne spodbuja sinteze mleka, temveč jo kvečjemu zmanjša (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2003). Le ob posebnih priložnostih smejo doječe matere popiti majhen kozarec vina, piva ali penečega vina.

Doječe matere naj ne kadijo, niti aktivno, niti pasivno. Nikotin prehaja v humano mleko in med drugim zmanjša njegovo sintezo. Kajenje katerega koli od staršev ali ostalih oseb v prisotnosti otroka ni primerno. V nobene primeru ni dopustno kajenje v prostoru, kjer se zadržuje otrok (stanovanje, avto) (Dahlström s sod., 2004, Koletzko s sod., 2010).

Shujševalne diete v času dojenja niso primerne. Najbolj optimalno je, če doječa mati ohranja telesno maso ali jo postopoma izgublja, vendar ne do manjše telesne mase kot jo je imela ob začetku nosečnosti (Delovna skupina za pripravo D-A-CH Referenčnih vrednosti za vnos hranil, 2004, Koletzko s sod., 2010).

Prehrana dojenčka in otroka

Dojenje je najbolj naraven način hranjenja dojenčkov. Priporočamo ga vsaj do dopolnjenega drugega leta starosti, nato pa dokler želita doječa mati in otrok (PAHO/WHO, 2002). Izključno dojenje v prvih šestih mesecih življenja zagotovi vse dojenčkove potrebe za optimalno rast, razvoj in zdravje (Agostoni in sod., 2008).

Prehrana do dopolnjenega enega leta starosti naj bo pripravljena brez dodanega sladkorja in soli. Edina priporočljiva pijača za žejo je do dopolnjenega leta starosti je voda (Bratanič in sod., 2010). Živila, predvsem sadje in zelenjava, morajo biti dobro oprana, po potrebi ustrezno toplotno obdelana in spasirana oz. kasneje pretlačena do ustrezne konsistence. Olupki, koščice, peške morajo biti odstranjene. Prav tako morajo biti odstranjene kožice stročnic in druge zelenjave. Doma pripravljena hrana je lahko shranjena v hladilniku največ dva dni ali zmrznjena v majhnih posodicah za kasnejšo uporabo. Z medom ali koruznim sirupom naj se otrok seznanj šele po prvem letu starosti, saj lahko ti produkti vsebujejo spore bakterije *Clostridium botulinum*, ki lahko povzroči otroški botulizem. Prav tako naj se otrok z mlekom in mlečnimi izdelki ter jajcem in jajčnimi izdelki seznanj šele po prvem letu starosti (Bratanič in sod., 2010; Sedmak in sod., 2010).

Po dopolnjenem prvem letu starosti, se svetuje uživanje polnomastnega mleka in mlečnih izdelkov, saj so dober vir kalcija, beljakovin, številnih vitaminov: D, B6 in B12 in drugih mikrohranil. Zadosten vnos kalcija je izredno pomemben, zlasti v času otroštva in mladostništva. Otroci in mladostniki, ki ne uživajo mleka in mlečnih izdelkov, naj namesto njega uživajo rastlinske napitke obogatene s kalcijem, nikakor pa pijač z dodanim sladkorjem (Tabela 1), saj le te ne vsebujejo kalcija in drugih zdravih hranil. Le dodajanje vitaminov in mineralov v sladkano vodo še ne naredi zdrave pijače. Sladkane gazirane





pijače so povezane z zmanjševanjem kostne gostote ter posledično zlomi kosti zaradi visoke vsebnosti fosfatov, ki rušijo razmerje med kalcijem in fosforjem ter škodijo kostem (Malik in sod. , 2006; Schemhammer in sod., 2005). Ne glede na to, se brezalkoholne pijače še vedno aktivno trži otrokom in mladostnikom, ki so ključni porabniki PDS (Harvard School of Public Health, 2012). V Sloveniji poleg tega otroci prejemajo sladke pijače tako v vrtcih kot v šolah, celo v tistih, ki imajo naziv »zdrava šola« (Fidler Mis, 2012; Fidler Mis, 2014). Poleg sladkih pijač so problematične tudi ostale sladke stvari kot so npr. čokolade, bonboni, industrijsko pripravljene slaščice ipd. Sladkarije naj ne služijo staršem kot »vzgojni pripomoček« ampak če že, kot sladico pri obroku.

Prav tako je potrebno otroke aktivno in z zgledom spodbujati k zdravemu načinu prehranjevanja, ki poleg zgoraj naštetega vključuje še zadostno količino zelenjave in sadja v prehrani. Sicer se pri zdravi in uravnoteženi prehrani tudi pri otrocih svetuje uživati živila iz tabele 1 (stolpec »obilno«).

ZAKLJUČKI

Zdrava in uravnotežena prehrana prvih 1000 dni ter zdrav življenjski slog sta pomembna za »vklapljanje« pravih genov za doseganje optimalnega zdravja skozi celo življenje, kar imenujemo tudi presnovno programiranje (Sun in sod., 2013; Lucas, 1998; Waterland, 1999).

Vse to je dragocena in dolgoročna naložba v zdravje otroka – dota za celo življenje, ki bi se jo morali starši bolj zavedati. Hkrati je to tudi priložnost, da se opusti škodljive razvade, s katerimi ne škodujemo le sami sebi, ampak tudi še nerojenim potomcem, ter da se izboljša prehrano in življenjski slog celotne družine.

Zdravstveni delavci naj širijo znanje in ozaveščajo družbo o pomembni vlogi prehrane, ki jo ima za zdravo življenje.

Literatura:

1. Agostoni, C., Decsi, T., Fewtrell, M., Goulet, O., Kolacek, S., Koletzko, B., ... van Goudoever, J. (2008). Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 46(1), 99–110.
2. Arbeitskreis Jodmangel, Jodmangel und Jodversorgung in Deutschland. 3, 2004. Gross-Gerau, Arbeitskreis Jodmangel, 1910
3. Bratanič, B., Fidler Mis, N., Hlastan Ribič, C., Poličnik, R., Širca-Čampa, A., Kosem, R., & Fajdiga Turk, V. (2010). Smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke. (L. Vertnik & K. Povhe-Jemec, Eds.) (pp. 1–71). Ljubljna: Ministrstvo za zdravje.
4. Cortessis, V. K., Thomas, D. C., Levine, a J., Breton, C. V, Mack, T. M., Siegmund, K. D., ... Laird, P. W. (2012). Environmental epigenetics: prospects for studying epigenetic mediation of exposure-response relationships. *Human Genetics*, 131(10), 1565–89.
5. Dahlström A, Ebersjö C, Lundell B. Nicotine exposure in breastfed infants. *Acta Paediatr.* 2004; 93(6):810-6.





6. DGAKI in Zusammenarbeit mit dem ÄDA, der DGKJ, der DDG und der GPA (2009) S3-Leitlinie All-ergieprävention. AWMF, Düsseldorf, www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/061-016.htm, dostopno 07.10.2010
7. Delovna skupina za pripravo D-A-CH Referenčni vrednosti za vnos hranil. Referenčne vrednosti za vnos hranil (prevod iz nemškega jezika). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2004: 1–215.
8. Erick M, Nutrition during pregnancy and lactation. V: Krause s Food and Nutrition Therapy, eds. Kathleen mahn L, Escott-Stupm S, Elsecier, St. Louis, Canada, 2008.
9. Fidler Mis, N. (2012). Učinek pijač z dodanim sladkorjem na zdravje. *Dietetikus*, 11–16.
10. Fidler Mis N. Dojenje in prehrana doječe matere: knjižica za starše. *Pediatrična klinika Ljubljana, Oddelek za neonatologijo*, 2011, str. 1-22.
11. Fidler Mis N. Negative effects of sugar-sweetened beverages = Neugodni učinki pijač z dodanim sladkorjem. *Zdrav. vestn.*, 2013, letn. 82, suppl. 1, str. I-138-I-144.
12. Fidler Mis N. Skrbno za brezskrbno. Prehrana med nosečnostjo in dojenjem. Prehrana dojenčka. 1. izd., Ljubljana: Tiskarna Ljubljana, 2002, str. 1-26.
13. Fidler Mis N, Fras Z. Voda zmaga! Zmanjšanje pitja pijač z dodanim sladkorjem pri otrocih, mladostnikih in ogroženih odraslih. Available September 26, 2014 from: <http://www.vodazmaga.si>.
14. Fidler Mis N, Širca-Čampa A, Prehrana doječih mater : nova spoznanja in priporočila = Nutrition of lactating women: new knowledge and recommendations. V: Felc Z (ur.). Zbornik predavanj. Celje: Splošna bolnišnica, 2004, s. 109-118.
15. Garza C, Stover PJ. The role of science in identifying common ground in the GMO debate. *Trend Food Tech.* 2003;14:182-190.
16. Gluckman, P. D., Hanson, M. a, & Mitchell, M. D. (2010). Developmental origins of health and disease: reducing the burden of chronic disease in the next generation. *Genome Medicine*, 2(2), 14. doi:10.1186/gm135
17. Harvard School of Public Health. (2012). The Nutrition Source; Sugary Drinks or Diet Drinks: What's the Best Choice? Retrieved February 27, 2012, from <http://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-drinks/sugary-vs-diet-drinks/>
18. Haastrup MB, Pottegård A, Damkier P. Alcohol and breastfeeding. *Basic Clin Pharmacol Toxicol.* 2014 Feb;114(2):168-73.
19. Hartmann PE, Sherriff JL, Mitoulas LR. Homeostatic mechanisms that regulate lactation during energetic stress. *J.Nutr.* 1998;128:394S-95S.
- IOM. *Nutrigenomics and beyond: Informing the future.* Washington DC: The National Academies Press; 2007.
20. Koletzko B, Broenstrup A, Cremer M, Flothkötter M, Hellmers C, Kersting M, Krawinkel M, Przyrembel H, Schäfer T, Vetter K, Wahn U, and Weissenborn A, 2010, Säuglingsernährung und Ernährung der stillenden Mutter. Handlungsempfehlungen – Ein Konsensuspapier im Auftrag des bundesweiten Netzwerk Junge Familie, *Monatsschr. Kinderheilkd.* 1-10.
21. Koletzko, B., Brands, B., Poston, L., Godfrey, K., & Demmelmair, H. (2012). Early nutrition programming of long-term health. *The Proceedings of the Nutrition Society*, 71(3), 371–8.
22. Koletzko, B., Cetin, I., and Brenna, J. T. (2007). Dietary fat intakes for pregnant and lactating women. *The British journal of nutrition*, 98(5), 873–877.
23. Kersting M, Alexy A. Schwangerschaft und Stillzeit. Empfehlungen für die Ernährung von Mutter und Kind. Dortmund: Aid Infodienst Verbraucherschutz und DGE, 2002.
24. Lillycrop, K. a. (2011). Effect of maternal diet on the epigenome: implications for human metabolic disease. *The Proceedings of the Nutrition Society*, 70(1), 64–72.
25. Lucas A, Programming by Early Nutrition: An Experimental Approach. *J. Nutr.* 128 (1998): 401S–406S.





26. Malik, V. S., Schulze, M. B., & Hu, F. B. (2006). Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 84(2), 274–88.
27. Mackey AD, PiccianoMF. Material folate status during extended lactation and effect of supplemental folic acid. *Am J Clin Nutr* 1999;69:285-92.
28. Messina, M., & Redmond, G. (2006). Effects of soy protein and soybean isoflavones on thyroid function in healthy adults and hypothyroid patients: a review of the relevant literature. *Thyroid : Official Journal of the American Thyroid Association*, 16(3), 249–58.
29. National Academy of Sciences, 1991. Institute of Medicine, Subcommittee on Nutrition During Lactation. *Nutrition During Lactation*. Washington, D.C.: National Academy Press.
30. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2003; State of the science report on the effects of moderate drinking. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Bethesda, pubs.niaaa.nih.gov/publications/ModerateDrinking-03.htm
31. OPKP. Odrpna platforma za klinično prehrano. Dostopno na spletni strani www.opkp.si, 11.03.2014
32. PAHO/WHO. (2002). Guiding principles for complementary feeding of the breastfeed child. Health (San Francisco). Washington DC: Pan American Health Organization and World Health Organization.
33. Schernhammer, E. S., Hu, F. B., Giovannucci, E., Michaud, D. S., Colditz, G. a, Stampfer, M. J., & Fuchs, C. S. (2005). Sugar-sweetened soft drink consumption and risk of pancreatic cancer in two prospective cohorts. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention : A Publication of the American Association for Cancer Research*, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology, 14(9), 2098–105.
34. Sedmak M, Homan M, Breclj J, Orel R, Kržišnik C, Battelino T. et al. Smernice za prehrano dojenčkov v Sloveniji. Ljubljana: Univerzitetni Klinični Center Ljubljana; Univerzitetni Klinični Center Maribor, 2010.
35. Stover PJ, Caudill MA. Genetic and epigenetic contributions to human nutrition and health: managing genome-diet interactions. *J Am Diet Assoc*. 2008 Sep;108(9):1480-1487.
36. Sun, C., Burgner, D. P., Ponsonby, A.-L., Saffery, R., Huang, R.-C., Vuillermin, P. J., ... Craig, J. M. (2013). Effects of early-life environment and epigenetics on cardiovascular disease risk in children: highlighting the role of twin studies. *Pediatric Research*, 73(4 Pt 2), 523–30.
37. The power of programming, International Conference on Developmental Origins of Health and Disease, Booklet with programme and abstracts, p. 1-112, Munich, 2010.
38. Waterland RA and Cutberto G, Potential Mechanisms of Metabolic Imprinting That Lead to Chronic Disease. *Am. J. Clin. Nutr.* 69 (1999): 179–197.
39. Vegetarian Society. (2009). Vegetarian pregnancy, vegetarian babies.
40. Waterland RA,Cutberto G. Potential Mechanisms of Metabolic Imprinting That Lead to Chronic Disease. *Am. J. Clin. Nutr.* 69 (1999): 179–197.
41. Waterland, R. a, & Michels, K. B. (2007). Epigenetic epidemiology of the developmental origins hypothesis. *Annual Review of Nutrition*, 27, 363–88.



POSVEČENA URA: POMEN KOŽNEGA STIKA V PRVI URI PO ROJSTVU

Asist. Andreja Tekauc Golob, dr. med., spec. pediater, IBCLC
UKC Maribor, Oddelek za perinatologijo
andreja.tekauc-golob@guest.arnes.si

Predavanje je povzeto in dopolnjeno po predavanju Raylene M. Phillis The Sacred Hour: Importance of Uninterrupted Skin-to-Skin in the First Hour after Birth, ki je bilo predstavljeno na 18. srečanju Academy of Breastfeeding Medicine v Philadelphii, ZDA, novembra 2013.

NAMEN

Spoznati 5 koristi kožnega kontakta med materjo in otrokom takoj po rojstvu otroka.
Kožni stik:

1. Izboljša fiziološko stabilnost matere in otroka
2. Izboljša materino navezovanje na otroka
3. Zaščiti pred negativnimi posledicami ločevanja
4. Omogoča optimalen razvoj možganov pri otroku
5. Podaljša in izboljša dojenje

1. Izboljša fiziološko stabilnost matere in otroka

Če je maternica naravno okolje za plod, je materino telo naravno okolje za novorojene sesalce.

Materin prsni koš in mleko zagotavljajo: toploto, zaščito, hrano, najprimernejšo preskrbo s kisikom in veliko več...

Kožni stik z materjo zagotavlja fiziološka stabilnost. Stabilizira dihanje, preskrbo s kisikom, krvni pritisk. Ohranja stabilno temperaturo in krvni sladkor. Zmanjša pogostnost joka in količino izločenih stresnih hormonov. Omogoča zgodnji začetek dojenja. (Martinez, NeoReviews, 2007; Moore, Cochrane Database, 2007)

Temperatura materinega prsnega koša poraste za 2°C, če je otrok ohlajen in se zniža za 1°C, če je pretopenl.

Kožni stik z očetom prinaša enake koristi. Uporablja se takrat, ko stik z materjo ni mogoč (otroci rojeni s carskim rezom).

Primerjali so skupino otrok, ki so bili po rojstvu položeni v posteljico s skupino tistih, ki so bili v kožnem stiku z očetom. Pri slednjih so ugotovili statistično značilno višjo telesno temperaturo, višje vrednosti sladkorja v krvi in manj so jokali. (Christenson, Acta Paediatrica, 1996).

2. Izboljša materino navezovanje na otroka

Pri navezovanju matere na otroka se sproščajo hormoni navezovanja: endogeni opioidni peptidi, estrogen in progesteron, prolaktin, vazopresin, dopamin, oksitocin. Navezovanje je biološko pogojeno, v možganih se sproščajo biološki aktivatorji, ki



sprožijo materinski čut. Kožni stik spodbuja sproščanje.

Številne raziskave posledic kožnega stika so potekale v 70-ih in 80-ih letih, ko je veljalo, da je otrok po rojstvu kratkotrajno pri materi, nato prebiva v skupnem prostoru z drugimi otroci in prihaja na prsi na 3 ure. Posledica teh raziskav je bila uvedba neprekinjenega kožnega stika v trajanju 15 – 60 minut po porodu. (DeChateau, Acta Paediatrica, 1977). Po tej spremembi so ugotavljali dolgotrajne posledice v odnosu med materjo in otrokom: več ljubkovanja, pogostejši očesni kontakt, boljše sprejemanje otroka, uspešnejše in dolgotrajnejše dojenje. (Widström AM, Early HumanD1990)

3. Zaščiti pred negativnimi posledicami ločevanja

Iz otrokovega zornega kota je ločitev od matere ŽIVLJENJSKO OGROŽUJOČA! Bivanje z materjo je podobno odvisnosti in ločitev sproži abstinenčno krizo.

Prvi otrokov odgovor je PROTEST, ki je splošen odgovor na ločitev. Otrok zazna, da ni v pravem okolju, da je izven naravnega okolja. Protest izraža z glasnim jokom in izrazito aktivnostjo. Namen je pritegniti materino pozornost, izraža intenzivno potrebo po rešitvi.

Protest preide v PANIČNI JOK, ki sproži kaskado stresnih reakcij. Ugotovili so, da je ob tem stanju ovirano zapiranje ovalnega okenca, zviša se intrakranialni tlak, poslabša se pljučna funkcija (Christensson K, Cabrera T, Christensson E et al. Acta Paediatrica, 1995). Splošen odgovor na podaljšano ločitev je OBUP. Otrok preneha jokati, se umiri, ne želi pritegniti pozornosti. Delovanje organizma se umiri, da si podaljša preživetje. Zaznati je padec telesne temperature (hipotermija), umirja se delovanje srca (bradikardija), upočasnijo se presnova (hipoglikemija).

Protest in obup nista škodljiva za možgane, če nista dolgotrajna in ponavljajoča.

4. Omogoča optimalen razvoj možganov pri otroku

Kožni stik aktivira amygdalo, možgansko jedro v bazalnih ganglijih, preko prefrontalno-orbitalne poti. Amygdala je del limbičnega sistema in uravnava čustveno učenje, predelave spomina, zaznavanje apetita, aktivacija simpatičnega živčnega sistema. Kritično obdobje dozorevanja amygdale je v prvih 2 mesecih življenja. Dotik je pomemben za normalno zorenje možganov (Schore, Infant Mental Health Journal, 2001; Fonagy & Target, 2002, Ovt-scharoff, Neuroscience, 2001; Schore, 2001). Dotik olajša razvoj regulatornih mehanizmov v možganih (Fonagy & Target, 2002, Ovt-scharoff, Neuroscience, 2001; Schore, 2001).

Interakcija med novorojenčkom in materjo oblikuje otrokov odziv na zunanje dražljaje. Spodbuja nastanek sinaptičnih povezav in funkcionalnih krogotokov v možganih.

Zgodnje komunikacije vplivajo pozitivno in negativno na razvoj strukture možganov (Schore, Infant Mental Health Journal, 2001; Fonagy, Attachment and Human Development, 2005).

Karkoli spodbuja navezovanje matere z otrokom, spodbuja razvoj otrokovih možganov.





5. Podaljša in izboljšša dojenje

Vsi novorojeni sesalci se znajo dojit. Po rojstvu lahko pri otroku opazimo 9 spontanih faz obnašanja : jok, sprostitvev, prebujenje, aktivnost, počitek, plezanje, spoznavanje dojke, sesanje, spanje.

UKREPI ZA OLAJŠANJE KOŽNEGA STIKA PO PORODU

1. Spremenjeno ravnanje po vaginalnem porodu

Otroka položiti v kožni stik takoj po rojstvu

- Brez aspiracije dihalnih poti
- Dolga popkovnica
- Nega in opazovanje na materinih prsih
- Osušiti, pokriti s toplo odejo
- Apgar
- Oceniti vitalne znake, stopnjo bolečine, barvo, temperaturo, dihalni napor

Rutinsko oskrbo otroka po vaginalnem porodu je priporočljivo odložiti na čas po prvem podoju: tehtanje, merjenje, vitamin K, kapljice v oči, umivanje...

Varnost je na prvem mestu! Pogoji sta stabilna mati in otrok. Kožni stik NIMA prednosti pred varnostjo. Vsak od prisotnih oseb pri porodu ima pravico ugovora. NE kožnega stika za vsako ceno!

2. Spremenjeno ravnanje po carskem rezu

Ko je operacija zaključena, položimo otroka na materin prsni koš. Mati in otrok sta skupaj preseljena v intenzivno nego. Otrok ne izgubi kontakta z materjo. V intenzivni negi sta otrok in mati skupaj nadzorovana. Vsi rutinski postopki pri otroku so odloženi na čas po prvem podoju.

Opazovanja anesteziologov: Tudi materini vitalni znaki so stabilnejši: telesna temperatura, krvni tlak, saturacija s kisikom. Mati potrebuje manj zdravil. Osredotoči se na otroka, ne na operacijo. Ima opazno manj bolečin in strahov.

ZAKLJUČEK

V vsaki kulturi obstajajo obredi in posvečeni dogodki (poroka, pogreb, svečani dogodki), ki jih nihče ne prekinja z rutinskimi postopki. Posvečena ura mora biti spoštovana in zaščitena.

Nemoten kožni stik eno uro po rojstvu (za stabilne matere in otroke) je varnejši za mater in otroka, prinaša obema kratkoročne in dolgoročne koristi, zagotavlja fiziološko stabilnost in psihološko in čustveno ugodje. Pri materi spodbuja razvoj materinskega čuta, pri otroku pa strukturni in funkcionalni razvoj možganov.





5P-jev V PORODNI SOBI ZA LEPŠO PORODNO IZKUŠNJO

Nastja Pavel, dipl. bab.

Protokoli so nizi smernic, ki jih posameznik ali skupina ljudi pripravi in s tem začrta standard v praksi. Včasih pri njihovi uporabi v praksi nastane zmeda, saj jih različne porodnišnice različno interpretirajo. Služijo nam kot osnovne smernice za naše delo, ki pa jih lahko glede na situacije prilagodimo. Pomembno je, da jih oblikujemo skupaj z našimi uporabniki ter upoštevamo njihove želje. Z ustvarjenimi smernicami ima ženska večjo predstavbo, kaj lahko v izbrani porodnišnici pričakuje. Protokoli so uporabna orodja in dobre smernice, nikakor pa nas ne smejo omejevat na način, da bi zaradi njih škodovali porodnici ali novorojencu. Zato jih oblikujemo glede na osnovna znanja, izkušnje in na dokazih temelječi praksi (Cohen, 1990).

Prispevek je usmerjen na fiziološko nosečnost in fiziološki porod, omenjena področja v njem pa moramo ozavestiti in se vsaki situaciji prilagoditi, kot je mogoče. Članki pregledani za ta prispevek temeljijo na dokazih temelječi praksi, osnovnem znanju anatomije in fiziologije in izkušnjah, ki se morajo izvajati v porodnih sobah, saj drugače delamo v nasprotju s tem, kar je za porodnico in novorojenca dokazano najbolje. Področja v prispevku je izvedljivo izpeljati v vsakdanji praksi na porodnih oddelkih v vseh 14 slovenskih porodnišnicah, če je za njih dovolj volje s strani posameznika. Menim pa, da izvajanje dobre prakse ne bi smelo biti odvisno od volje posameznika, ampak bi to moral biti usklajen način dela vsake porodnišnice. S tem bo porodna izkušnja ženske manj odvisna od tega, kakšen kolektiv bo v službi na dan njenega poroda. Pomembno je, da znamo ustrezno odreagirati, kadar ženska ne želi rutinskih postopkov v porodnišnici. Znati moramo spremeniti rutine, ki so zastarele in pri tem uporabiti svoje znanje, ki ga vedno znova obnavljamo in nadgrajujemo. V prispevku je izpostavljenih pet področij, ki so pomembne pri delu v porodni sobi in vplivajo na izid in izkušnjo poroda.

1. P – pozdrav

Definicija poklica babice, ki jo je Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju SZO) z dopolnitvami potrdila leta 1992 (revizija 2011), predstavlja odlično izhodišče za kontinuirano babiško skrb in za organizacijo dobre babiške prakse. Kljub vsemu pa v Sloveniji babica ne deluje na vseh področjih, ki jih predpisujejo direktive Evropske unije. Ženska se z babico spozna šele v porodni sobi na dan poroda. Babica tako ne ve, kako se je ženska pripravljala na porod, kakšna je njena preteklost, ki bi lahko vplivala na potek poroda. S tem ne more biti od prej vzpostavljenega zaupanja. Babica ima tako že ob sprejemu zelo težko nalogo, saj si mora pridobiti zaupanje ženske v zelo kratkem času.

Topel pozdrav, nasmeh, predstavitev, morda topel stisk roke, so osnova za izgradnjo dobrega odnosa med porodnico/parom in babico. In prav to Petelinšek (2014)





predstavlja v svoji raziskavi. Pacientom največ pomeni prvi stik z medicinsko sestro. Pozorno spremljajo in ocenjujejo neverbalno komunikacijo medicinske sestre in jim veliko pomenijo njen nasmeh, stisk roke in prijazen pozdrav. Bolnišnično okolje in red vplivata na pacienta nedomače, neprijetno, vzbujata strah in negotovost. Prijazna beseda lahko negativna čustva ublaži (Ružič Koželj, 2004). Vse ženske morajo biti enako kvalitetno obravnavane. Pri svojem delu bodimo vzgled drugim, saj so v delovni proces pogosto vključeni mlajši kolegi, študenti, pripravniki, ki se učijo tudi s posnemanjem (England, Morgan, 2012). Prijazen odnos, srčnost, toplina, nasmeh in vse ostalo že omenjeno so osebnostne lastnosti in vrline, ki jih pogosto pripisujejo medicinskim sestram in babicam. Pomembno jih je negovati, saj pomagajo ublažiti stresne situacije in pripomorejo k boljšemu počutju porodnice že ob sprejemu in posledično na proces navezovanja in zaupanja, ki je v porodni sobi še kako pomemben. Kot zdravstveni delavci znamo prisluhniti ljudem in jih opazovati. Tako dokaj hitro presodimo, kadar stvari krenejo iz glavne poti in odreagiramo situaciji primerno.

Porod je zelo pomembna življenjska izkušnja ženske, ki lahko zaradi slabega odnosa oseba pusti negativne posledice še dolgo po porodu. To se lahko odraža v poporodni depresiji, uničeni samopodobi, posledično pa tudi nerazumevanje s partnerjem in drugo. Zavedajmo se tega, ko odpremo vrata porodnišnice in sprejmemo žensko v njej tuj kraj, da je dobra porodna izkušnja velikokrat odvisno (le) od našega odnosa in komunikacije. Z nasmehom na obrazu se bomo splošno počutili bolje.

2. P – prisluhni porodnici

Porod v porodnišnici je še vedno izbira večine slovenskih porodnic. Porodnišnice morajo omogočiti varno okolje z možnostjo izbire, kjer se bo porodnica počutila dobro in bo doživela kar se da najboljšo porodno izkušnjo. Pogosto med kriterije za izbiro porodnišnice sodijo prostori za sprehod, tuširanje, kopanje. V porodnih sobah pari želijo pohištvo in pripomočke za izboljšanje gibanja in udobja, kot so žoge, ograje ob stenah, nizki stoli, pručke za rojevanje, gugalnik, blazine, udobna postelja za počitek med napornim porodom. Med njihove želje sodijo tudi luči, ki imajo možnost zasenčenja. Porodnici naj bodo v porodni sobi na voljo topli in hladni obkladki, predvajalnik glasbe. Na podlagi tega, naj bodo politike porodnišnic oblikovane v skladu dobrih praks, ki bodo omogočale uporabo stvari, ki jih ima porodnišnica na voljo. Seveda je dostopnost do ustrezne zdravstvene obravnave bistvenega pomena za mater in otroka, vendar naj bolnišnično okolje ne omejuje poteka fiziološkega poroda (Skimkin, 2007).

Izobraženi, skrbni zdravniki, babice, medicinske sestre, partnerji, družinski člani, doule in drugi, ki imajo zaupanje v normalen proces rojevanja, ustvarjamo nepredstavljive pozitivne razlike pri porodnicah. Smo tisti, ki opravljamo delo s spoštovanjem, dostojanstvom do uporabnikov, ki so v naši oskrbi in potrpežljivo poskrbimo za to, da nam par zaupa in sodelovanje steče. Stremimo k udobju ženske. S takšno prakso bodo porodnice veliko bolj zadovoljne in se bodo rodne izkušnje spominjale z radostjo,





z občutkom zmagoslavlja in z naklonjenostjo do nas, ki smo vključeni. Izobražene, izkušene, strokovne doule, ki so sodelovale s pari že v nosečnosti in jim par zaupa, so nepreventljiva pomoč pri nefarmakoloških načinih lajšanja bolečine in za spodbujanje para. Sodelovanje z njimi povečuje zadovoljstvo porodnic (Simkin, 2007).

Pomembno je, da ženske vzpodbujamo, da se pripravijo na porod in imajo dostop do relevantnih informacij. Voditi jih moramo do tega, da verjamejo v moč svojega duha in telesa, da sodelujejo z bolečino in da jim porod ne predstavlja trpljenja. Spodbujajmo jih, da govorijo o svojih pričakovanjih, strahovih in željah glede poroda s kompetentno osebo. S tem bodo bolj sproščeni in zaupljivi. To lahko izrazijo tudi s pripravo porodnega načrta, ki ni le spisek želja, zbran na papirju, ampak je končni/zaključni izdelek priprave na porod. Pomembno je, da se pari pred odhodom v porodnišnico pozanimajo o običajnih posegih in postopkih med porodom in po njem in ali so tam, kjer namerava ženska roditi, dovolj fleksibilni pri svojih rutinah, da so po meri para in hkrati še vedno dovolj varne.

Porodnici ponudimo možnosti, ki jih imamo v porodnišnici. Če nimamo na voljo tušev ali kadi, ji ponudimo tople obkladke, da si jih položi na ingvinalni predel, spodnji del trebuha, križ, na rame ali v fazi potiskanja na presredek. Hladni obkladek na spodnjem delu križa lahko pomaga pri bolečini v tem predelu, uporabimo jih za hlajenje čela, na obrazu, prsih, vratu. Pri poškodbi presredka ali občutljivosti le tega po porodu, ji hladni obkladek ponudimo za zmanjšanje občutljivosti, otekline. Če se porodnica počuti dobro ob dotiku, ji pobožajmo lice, stisnimo roko. S tem izražamo skrb in porodnici dajemo občutek varnosti. K sodelovanju spodbujajmo partnerja. Naj ji masira roke, noge, hrbet, glavo, ramena z gibi in pritiski, ki odgovarjajo porodnici. Masaža pomaga pri sprostitvi in bolečinah, a le, če porodnici to odgovarja. Včasih je lahko dotik zanje moteč. Naša vloga je žensko usmeriti nazaj v ritem, ki ji je odgovarjal, če izgubi ritem dihanja ali premikanja in se med popadkom počuti preobremenjeno. Navodila naj bodo kratka, preprosta, jasna (Simkin, 2007).

Pogovorimo se z njo, kakšna svetloba v porodni sobi ji odgovarja. Temen prostor lahko pri nekaterih porodnicah sproži strahove iz preteklosti. Takšno okolje lahko pri porodnici sproži izločanje adrenalina, ki je antagonist oksitocina, kar lahko ustavi porod. Ker smo v tistem trenutku mi odgovorni za porodnico, preprečimo dejavnike, ki bi lahko zmotili njeno mirnost in osredotočenost na porod. Prav tako je pomembno, da jo vprašamo, komu in katere informacije v zvezi s porodom lahko posredujemo. Če npr. pokliče oseba, ki ji je v preteklosti povzročila kakršno koli travmo in ji mi predamo njeno sporočilo, čeprav je sporočilo le "pozdravite jo", lahko ponovno povzročimo, da se začne izločati adrenalin. Že ob sprejemu naredimo največ kar lahko, da si pridobimo njeno zaupanje, saj je osnova za dobro sodelovanje med porodom. Če bo imela ženska pravo podporo med porodom, se bo zmanjšala verjetnost za zaplete, njihovo zadovoljstvo pa se bo povečalo (Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala, Weston, 2011). V tem delu prispevka želim da ozavestite, kako pomembna je komunikacija. Vprašajmo jo, kaj si med možnostmi, ki jih lahko nudimo, želi. Ženske in porodi se med seboj razlikujejo, zato ne moremo vedno





delati enako. Izkušnje, ki jih imamo, pa nam lahko pomagajo, da iz situacije presodimo, kaj bi porodnici najbolj ustrezalo in ji to predlagamo.

3. P – porodni položaji

Prenatalna priprava na porod ima pomemben vpliv na porodno izkušnjo. Pari morajo poznati potek poroda, pomen bolečine, porodnih položajev in različnih posegov in postopkov, ki se (rutinsko) izvajajo, saj bodo le tako lahko izbrali porodnišnico, kjer bodo njihove želje najlažje upoštewane. Romano (2005) povdarja, da se moramo tudi pri induciranih porodih truditi, da je ta čim bolj fiziološki. To lahko naredimo že s tem, ko ženski omogočimo gibanje med porodom. Pri fiziološkem porodu mešanica hormonov poskrbi za napredek poroda. Ženska proizvaja endrofine, ki ji pomagajo lajšati porodno bolečino. S tem, ko ji omogočimo gibanje, posredno omogočamo usklajeno delovanje hormonov, kar pripomore k večjemu udobju in napredovanju poroda. Porodnico spodbujamo, da menjava položaje na 30 minut – da iz počitka postane aktivna in obratno. Če najde položaj, ki ji ustreza in tudi porod v njem dobro napreduje, naj v njem vztraja dalj časa. Naj ne uporablja položajev, ki ne ustrezajo njej ali otroku (Mothers Advocate, 2009).

Glede na lego otroka in počutje ženske ji kot strokovnjaki svetujemo ustrezne položaje. Naj jih poskusi čim več, da najde sebi najbolj primernega. Aktivirajmo partnerja, da ji pomaga pri menjavi položajev, saj lahko neudoben položaj ali bolečine v križu porod zavirajo (Simkin, 2007). Različne študije govorijo o pozitivnih učinkih gibanja, saj se porod skrajša, porodnice pa imajo manj želja po protibolečinskih farmakoloških sredstvih. Če je porodnica v začetni fazi že v porodnišnici, je njeno gibanje velikokrat omejeno zaradi zaradi kontinuiranega kardiokograma, kljub fiziološki nosečnosti in fiziološkem poteku poroda (Donovan-Batson, 2013). Ne omejujmo porodnic po nepotrebnem. Smernice za kardiokogram oblikujmo tako, da bodo ženske svobodne pri izbiri položajev, kljub temu pa naj bo nadzor ploda takšen, da bomo realno ocenili njegovo stanje.

Poznano nam je, da nekatere ženske čutijo popadke v križu. Razlogi niso vedno jasni. Do tega lahko pride zaradi pozicije otrokove glave, oblike medenice ali drugih vzrokov. Včasih so bolečine v križu povezane s počasnim napredovanjem poroda. Tako lahko z različnimi položaji, gibanjem in tehnikami pomagamo k napredovanju poroda in pri nepravilnih pozicijah otroka, pomagamo, da se otrok z glavo obrne v optimalen položaj (Simkin, 2007; Donovan-Batson, 2013). Ob sprejemu porodnice v porodno sobo z zunanjo porodniško preiskavo določimo lego ploda in svoje ugotovitve preverimo s Pinardovo slušako. Zelo pomembno je, da babice znamo "diagnosticirati" lego ploda, npr. posteriorno pozicijo otroka (OP baby). Vemo, da porod v tej poziciji traja dlje. Če nismo predhodno določili pozicije otroka, moramo na to pomisliti, če ženska toži po bolečinah v križu in če porod napreduje zelo počasi. Če se v tem primeru odločimo za pospeševanje poroda, lahko naredimo veliko škodo, saj bomo vplivali samo na spuščanje glave, ne pa tudi na njeno rotacijo (El Halta, 2005). Če prepoznamo nepravilno lego ploda, lahko porodnici glede na stanje svetujemo,





kako se naj giba, kakšen položaj naj uporabi, kako oz. v katero smer naj kroži z boki, da s tem pomaga otroku pri nameščanju v optimalno pozicijo.

Poglejmo nekaj položajev, ki so možni med porodom:

Sede: Ženska naj sede na stol tako, da ima naslonjalo pred trebuhom. Med naslonjalo in trebuh lahko položimo blazino, ženska pa se nagne naprej in počiva. Tak položaj je primeren tudi pod tušem. Pri tem položaju ji lahko partner masira hrbet, rame. Sedi lahko tudi na straniščni školjki ali porodni pručki. Če bi želela sedeti na žogi, jo mora nekdo varovati, da ne pade.

Položaj na vseh štirih s široko razprtimi koljeni: Ženska se postavi na vse štiri, nakar se spredaj spusti na podlakti, ki jih prekriza in na njih nasloni glavo. Kolena razširi narazen, zadnjica naj bo ves čas visoko v zraku. V tem položaju lahko pomagamo otroku v posteriorni poziciji (z obrazom obrnjen naprej), če ta položaj uporabljamo v zgodnji fazi poroda. Če ima ženska pogoste, neredne popadke in se bolečina odraža v križu, maternični vrat pa se ne odpira, potem je vredno poskusiti to pozicijo. Ženska naj v tem položaju poskuša ostati vsaj 30 minut. Ko se otrok obrača v bolj optimalen položaj, bolečina v križu načeloma prične popuščati.

Leže na boku: Ženska se lahko leže spočije, ko je izčrpana in tako izkoristi porodno pavzo.

a) Ženska naj leže na bok in naj pokrči noge v bokih in koljenih. Med noge in pod glavo ji damo blazino, če ji to odgovarja.

b) Ženska naj leže na bok. Spodnjo nogo naj iztegne. Zgornjo nogo naj pokrči v boku in kolenu, koleno naj počiva na dvojni blazini, nogo pa rahlo obrne proti svoji strani. Roke naj namesti tako, da ji bo udobno (Simkin, 2007).

Položaja sta ugodna, ker ni pritiska na velike žile, kot pri ležanju na hrbtu (sindrom spodnje vene kave). Najbolj optimalno je, če ženska leži na levem boku.

Na vseh štirih: Ženska je lahko naslonjena na roke in noge ali kleči, s sprednjim delom pa je nagnjena naprej. Zgornji del telesa lahko počiva na blazinah, žogi, stolu, partnerju ali se uporabi karkoli drugega, kar je pri roki in ji nudi udobje. Če je ležišče prilagodljivo, se dvigne zgornji del, morda obloži z blazinami in prav tako služi kot opora. Če ji je udobno, je lahko namesto na dlaneh naslonjena tudi na podlakti, pod roke ji lahko damo blazino, da ji bo udobneje. Prav tako lahko partner sedi na stolu, ona pa se z zgornjim delom nasloni nanj.

Stanje, pozibavanje, hoja, ples: Pri teh položajih izrazito deluje gravitacija, gibanje pa spodbuja otroka k repositioniranju in spuščanju. Ženska lahko med popadki hodi, ob popadku pa se ustavi, nasloni na steno, ograjo, stol, partnerja, posteljo in drugo. Pri zibanju lahko sedi na žogi in se pozibava levo-desno ali kroži, lahko pa stoji, pri čemer se drži za naslonjalo stola, objame partnerja, se





nasloni na posteljo, mizo ali kaj drugega, kar ji odgovarja po višini in se počasi ziba v bokih. Lahko uporabi tudi gugalnik, če je na voljo (Simkin, 2007; Donovan-Batson, 2013).

Stoje s pokrčeno nogo na stolu: Ženska stoji obrnjena naprej. Ob strani ji damo stol, s sedalom obrnjenim proti njej. Nogo na strain, kjer je stol, naj dvigne in s stopali položi na sedalo stola. Z zgornjim delom naj bo še vedno obrnjena naprej, stopalo, koleno in bok pa naj obrne proti tisti strani, katero nogo je dvignila. Med popadkom brez nagibanja v zgronjem delu telesa, se naj počasi nagne na stran proti stolu, tako da pokrči svoje dvignjeno koleno. Na notranji strani nog bi morala čutiti raztezanje. V tej poziciji naj počasi šteje do 5, nato se vrne v pokončni položaj. Med popadkom naj vajo ponovi, za 6 zaporednih popadkov. Pred tem naj poskusi na levi in na desni strani in nato vidi, katera stran ji bolj odgovarja (Simkin, 2007).

Dvignjen trebuh: Med tem ko ženska stoji, naj prime prste svoje roke in jih naj postavi pod trebuh proti sramni kosti. Med popadkom naj dvignje svoj trebuh gor, kolena naj upogne. Ta položaj pogosto lajša bolečine v križu in izboljša položaj otroka v medenici (Simkin, 2007). Lahko si pomaga tudi z rebozom.

Položaji v fazi potiskanja

Tudi v tej fazi bi morali dati ženski možnost, da prisluhne tlesu in najde položaj, ki ji najbolj ustreza. Zelo ugodni so položaji, kjer sodeluje gravitacija. Pri porodu čepe je prednost v tem, da je premer medeničnega izhoda največji, kar daje plodu več prostora za manevriranje skozi medenico. Ker je čepenje za nekatere ženske lahko naporno, jim to olajšamo tako, da ji ponudimo porodno pručko, z nastavitvijo porodne mize (če to omogoča) v položaj, kjer ženska čepi in se z rokami drži za palico, ki je na obeh straneh pritrjena čez posteljo. Lahko čepi na tleh, partner stoji in se drži njegovih rok. Partnerja lahko zamenja rebozo ali kakšna druga ruta, ki je pritrjena na lestve na steni ali se najdemo kako drugače (naredimo vozec, ki ga zapremo zgoraj v vrata). Lahko uporabi sedenje na straniščni školjki ali klečanje. Če je porodnica preutrujena, potem naj leži na boku, kjer se bo medenica kljub vsemu lahko prilagajala otroku, kolena naj potegne k sebi in pritisne. V tem položaju je pritisk na presedeck zmanjšan in poškodb porodnih poti manj kot v polsedečem položaju ali leže na hrbtu.

Razumljivo je, da določena zdravstvena stanja otrok in mater onemogočajo neomejeno gibanje in morda zahtevajo kontinuirano snemanje kardiokotograma. Pomembno pa je, da tega ne onemogočimo porodicam, kjer to ni potrebno. Bolnišnična kultura vpliva na babice in od njih zahteva, da se ji prilagodijo. Na izboljšanje obstoječe porodne prakse lahko vplivamo, če v porodnišnicah odpravimo rutinsko rojevanje na hrbtu in v polsedečem položaju. Ženske naj rojevajo na boku oz. v položaju, ki jim odgovarja.





4. P - Prva ura po porodu

Vse premalo se zavedamo, kako pomembna je nemotena prva ura po porodu. Brez vseh rutinskih bolnišničnih posegov, kot so tehtanje otroka, merjenje dolžine in obsega glavice, nega popka, ponekod aplikacija K vitamina že v porodni sobi in aplikacija kapljic za oči. Vse to lahko počaka vsaj eno uro po porodu, ko govorimo o zdravem, donošenem otroku. Otrok v tem času ne bo zrasel, tudi pomanjšal se ne bo. Če bomo imeli srečo, bo odvajal prvi urin in mekonij. S tem bomo dobili realnejšo porodno težo. Prva ura po porodu je tako ena najbolj kritičnih trenutkov v življenju.

Odent (2002) prvo uro po porodu predstavi iz 12 perspektiv. Otrok mora zadihati in srce načrpati dovolj krvi, za pljučni obtok. V mirnem okolju, kjer se mati počuti varno, se bo sproščala prava raven hormonov, v uri po porodu pa se bodo uravnovesili tudi hormoni pri otroku. Po porodu se otroku izloča noradrenalin. S tem se lažje prilagodi fiziološkemu pomanjkanju kisika. Otrok ima zaradi tega hormona odprte oči in razširjene zenice. Ta očesni kontakt pomaga materam pri navezovanju. Zaradi tega so hormoni, ki so prisotni pri porodu, zanimivi tudi iz etiološkega vidika – raziskovanje vzrokov in pojavov. Prva ura po porodu je pomembna tudi za vzpostavitev dojenja. Pri kenguru metodi bo otrok sam našel dojko. V prvi uri po porodu se novorojenec prav tako metabolično privaja na življenje npr. z uravnavanjem krvnega sladkorja.

S porodom novorojenec vstopi v "svet mikrobov", zato je smiselno, da se kolonizira. In ker imata mati in otrok enaka protitelesa (IgG) je smiselno in edino pravilno, da se kolonizira z njenimi bakterijami (zato ni sporno, da se otroka dotakne med kronanjem glavice). Če k temu dodamo uživanje kolostruma, ki ustvari idealno črevesno floro za novorojenca resnično vidimo, da je prva ura po porodu kritično obdobje s trajnimi posledicami iz bakteriološkega vidika (Richardson 1997, Odent 2002, Newman, 2009).

Novorojenec že v prvi minuti po rojstvu občuti razliko v temperaturi. Sam po porodu še ne zna regulirati in vzdrževati telesne temperature (Odent, 2002). Materine prsi so tako naravni termoregulator, ki vzdržuje optimalno telesno temperaturo za otroka (Richardson, 1997). Vedeti moramo, da lahko vroč tuš, kopel ali epiduralna analgezija vplivata na ta fiziološki proces. V prvi uri po porodu se otrok navadi na gravitacijo. Številni rituali, ki so kulturnega izvora, kot so takojšnja prekinitvev popkovnice, prebadanje ušes pri deklicah, kopanje novorojenca, povijanje otroka in drugo, lahko zmotijo prvi stik po porodu. Tako je tudi etnološki pristop glede prve ure po porodu izredno pomemben (Odent, 2002).

Z neprekinjeno prvo uro po porodu in kenguru metodo, lahko naredimo zelo veliko v dobro matere in novorojenca. Otrok ima s tem stabilen srčni ritem (brez bradikartije), za 75 % se zmanjša možnost apneje, saj globina vsake sape postane bolj stabilna (če se že pojavijo, se dolžina z vsako epizodo zmanjša), izboljša se saturacija, daljše so periode spanja, hitreje je pridobivanje na teži, saj otrok ne izgublja dodatne energije za vzdrževanje telesne temperature, raven krvnega sladkorja se stabilizira prav tako krvni





pritisek. Hitrejši je razvoj možgan, otrok manj joka in doživlja manj stresnih dražljajev, dojenje je uspešnejše, hitrejši odpust iz porodnišnice. Ti otroci so pogosteje izključno dojeni. S kenguru metodo v porodni sobi poskrbimo za zgodnje navezovanje, starši pridobivajo zaupanje vase, da znajo skrbeti za svojega otroka, pridobivajo zaupanje, da je za njihovega otroka dobro poskrbljeno ter občutek, da imajo stvari pod nadzorom. Dokazano je, da ta metoda nima nobenih kratkoročnih ali dolgoročnih negativnih posledic (Moore, Anderson, Bergman, Dowswell, 2012). Tako otroka takoj po porodu obrišemo, da ga osušimo in ga položimo vertikalno na mamin trebuh. Otrok bo sam našel pot do dojke in tudi če v dveh urah ne bo sesal, nas to naj ne skrbi. Pri kožnem stiku je toliko drugih prednosti, ki jim moremo dati čas v prvi uri po porodu (Newman, 2009, Stevens, Schmied, Burns, Dahlen, 2014).

Četrti korak od "10 korakov do uspešnega dojenja" obvezuje porodnišnice z nazivom "Novorojencu prijazna porodnišnica", da novorojenca takoj po porodu položijo k materam v stik koža-na-kožo za najmanj eno uro in spodbujajo matere k opazovanju pripravljenosti njihovih otrok za dojenje ter jim, če je to potrebno, ponudijo pomoč (Unicef, 2013). Tudi pri carskem rezu ni razloga, da ne bi omogočili stika koža na kožo, med tem ko šivajo operacijsko rano. Tako lahko tudi mamam s carskim rezom, ki niso v splošni anesteziji, omogočimo takojšnje navezovanje in hitrejšo vzpostavitev dojenja, otroku pa s tem omogočimo vse pozitivne učinke stika koža na kožo po porodu in mu damo tisto mirno prvo uro po porodu, ki jo potrebuje (Newman, 2009). Če je mama v splošni anesteziji, novorojenca položimo na prsi očetu.

Razumljivo je, da razmišljanje o tretji porodni dobi iz nemedicinske perspektive, veliko ljudem, predvsem zdravnikom, povzroča neprijetne občutke. A kljub temu je priporočljivo pregledati študije, uporabiti osnovna znanja anatomije in fiziologije, ter vključiti izkušnje, da bodo naše smernice oblikovane najboljše za novorojenca, matere in zdravstvene delavce. Če se bomo oprijemali samo študij, je potrebno vzeti v zakup, da so lahko politično nekorektne (Odent, 2002). Neprekinjen kožni stik med novorojencem in mamo ne vpliva na naše delo, kot je takojšnja namestitve zapestnice s številko poroda, kontrola poporodne krvavitve, prekinitvev popkovnice. Če bomo to opravili brez ločitve novorojenca in matere, bo to za njiju manj stresno. V tem času lahko izpolnimo dokumentacijo, z meritvami novorojenca in ostalimi postopki in posegi, ki niso nujni pa počakajmo, da mine ta pomembna prva ura po porodu. Če je pri porodu prišlo do poškodbe porodne poti, oskrbeti pa jo je potrebno takoj, naj ima mati otroka na prsih, razen če sama ne želi drugače ali njeno zdravstveno stanje to onemogoča. Morda je za izvajanje te prakse potrebna le majhna reorganizacija trenutnih navad in dogovorov znotraj oddelkov porodnišnic.

5. P – prva oskrba novorojenca

Doktrine v porodnišnicah se razlikujejo tudi glede prve oskrbe novorojenca. Veliko je govora o preklemanju popkovnice in umivanju novorojencev takoj po porodu. Da bi se prakse uskladile v vseh porodnišnicah z načelom, kaj je najboljše za novorojenca,





so v nadaljevanju zbrana nekatera pomembna dejstva. Tudi na tem področju je pomembno, da delujemo usklajeno, na podlagi temeljčih dobrih praks, osnovnih znanj in izkušenj, v vseh porodnišnicah po Sloveniji enako.

Preklemanje popkovnice – že 90 sekund naredi razliko!

Optimalen čas za prekinitev popkovnice je nejasen. Potreba po raziskovanju optimalnega časa za prekinitev popkovnice se je pokazala z ugotovitvijo, da je vedno več otrok v zgodnjem otroštvu anemičnih. Pregled študij dokazuje, da zgodnje preklemanje negativno vpliva na vsebnost železa pri novorojenčkih (Paddock, 2013). Tako je na to temo opravljenih kar nekaj raziskav, ki dokazujejo, da je za novorojenčka boljše, če s prekinitvijo popkovnice počakamo vsaj 90 sekund. SZO (2014) je na podlagi tega oblikovala priporočilo, naj se popkovnica prekine med 1. in 3. minuto po porodu. V primerih, ko novorojenček potrebuje takojšnje oživiljanje in oskrbo neonatologa, pa se naj popkovnica prekine prej kot v eni minuti po porodu.

Bhatt, Polglase, Wallace, te Pas, Hooper (2014) menijo, da točno dolčen čas za prekinitev popkovnice ni optimalen za vse novorojenčke in da bi čas za prekinitev morala določati fiziologija novorojenca. Tolosa, Park, Eve, Klasko, Borlongan in Sanberg (2010) pravijo, da kasnejša prekinitev popkovnice ni povezana z nekaterimi fiziološkimi pojavi pri novorojencu, kot so zlatenica, hropenje, tahipneja, policitemija in hiperviskoznos, kot je to možno zaslediti v nekaterih člankih. Več je koristi kot škode, če popkovnice ne prekinemo prezgodaj. Ersdal, Linde, Mduma, Auesdat, Perlman (2014) navajajo večjo verjetnost smrti in hospitalizacij po odpustu, če popkovnico prekinemo takoj po tem, ko otrok spontano zaduha. Mercer, Vohr, McGrath, Padbury, Wallach, Oh (2006) so v svoji študiji z nedonošenčki, ki so morali biti intubirani takoj po rojstvu dokazali, da sicer v smrtnosti ni bilo razlike med nedonošenčki, ki so bili intubirani pred prekinitvijo popkovnice in po njej, so pa opazili, da so nedonošenčki, ki so imeli popkovnico prekinjeno po intubaciji, imeli manj možganskih krvavitev in so manj krat obolevali s sepso.

Cranford (2011) navaja, da naj s prekinitvijo popkovnice počakamo tako dolgo, da se porodi posteljica oz. vsaj tako dolgo, da popkovnica neha utripati. S tem novorojenček prejme 40 – 50 % več krvi, hematokrit se poviša za 45 %, poviša se število rdečih krvnih teles za cca 50 % in poviša se vrednost feritina ter prejme več faktorjev strjevanja krvi, kot če popkovnico prekinemo preden neha utripati. Prav tako se poviša viskoznost krvi, kar preprečuje nastanek hemoragične bolezni novorojencev – hipoprotrombinemija (Evans, 2012 cit. po Fogelson, 2011). Tudi Maloy (2013) navaja, da naj popkovnico prekinemo, ko ta opravi svojo funkcijo, ko neha utripati. Takrat se iz čvrste, modro vijolične spremeni v "izčrpano" popkovnico bele barve. Svetuje, naj pari prosijo babice, da se popkovnica prekine šele, ko se porodi posteljica. Tako smo lahko 100 % prepričani, da sta posteljica in popkovina opravili svojo funkcijo. Tudi O'Bryant (2010) navaja, da damo materi in novorojencu po porodu čas, vsaj eno uro. V tem času se bo porodila posteljica, popkovnica pa bo zagotovo nehala utripati, tako da ni nobene potrebe





po preklemanju. Takrat se bo tudi strdila Wartonova želca (Wharton's jelly) in kri iz novorojenca ne bo potovala nazaj v placento. Tritten (2012) matere in otroka nikoli ne loči. Pravi, da se lahko vsi rutinski posegi opravijo na ali ob materi in naj popkovnico prekinemo, ko se porodi posteljica. Če počakamo, da posteljica in popkovnica opravita svoje, bo otrok tudi zagotovo dobil tudi dovolj izvornih celic.

Opraviti se morajo še druge raziskave v povezavi z zakasnelim prekinjanjem popkovnice in vplivanjem na dojenje in povezovanje, saj nedotaknjena popkovnica sama po sebi zahteva fizično bližino med matero in otrokom (Eichenbaum-Pikser, Zasloff, 2009). Tako ostaja določitev časa za prekinitvev popkovnice v rokah ponudnikov babiških storitev. V Sloveniji so to porodnišnice in štiri samostojne babice. Odločitev temelji predvsem na osebnih preferencah. Kot profesionalci, moramo biti odprti in poiskati najboljšo možnost za otroka in mater. Iz povzetih raziskav vidimo, da je že 90 sekund tistih, ki lahko močno spremenijo kvaliteto življenja novorojenca. Sami pa iz prakse vemo, da se največkrat ravnamo po enem izmed omenjenih P-jev v porodni sobi za lepšo porodno izkušnjo – "Prisluhni porodnici" in popkovnico prekinemo na željo ženske (ko ta neha utripati).

Umivanje novorojenca

Vernix caseosa je bela sirasta snov, ki pokriva kožo pri plodu in jo ščiti. Je iz odluščenih epiteljskih celic in izločka lojnic. Po rojstvu vernix ščiti novorojenčkovo kožo, mu pomaga pri preprečevanju izgube vode, termoregulaciji in nudi imunološko zaščito. Tako opravlja različne celovite naloge in pomaga novorojencu pri privajanju na življenje (Singh, Archana, 2008).

Znano je, da se s povečano količino pljučnega surfaktanta v plodovnici, vernix začne luščiti od kože. Otrok s požiranjem plodovnice že v maternici vnese vernix v pljuča in prebavni trakt. S tem navaja telo, da sprejme podobne peptide, ki po porodu pridejo v telo z materinim mlekom. Pripravlja se na vzpostavitev normalne črevesne flore, prav tako pa imunski sistem pripravlja na življenje (Hull, 2010). Tudi Romano (2005) v svojem pregledu študij navaja, da imata plodovnica in vernix podobne protimikrobne lastnosti kot materino mleko. Tako je uspešen začetek dojenja kritični del procesa normalnega poroda.

Na podlagi tega priporočila SZO iz leta 2013 navajajo, da se otroka vsaj 24 ur po porodu ne bi umivalo, kopal. Če je to zaradi kulturnih razlogov nemogoče, pa se naj prvo umivanje preloži vsaj za 6 ur po porodu. Torej vidimo, da ima vernix izredno pomembno funkcijo pri naravni imunosti novorojenca, zato je toliko bolj pomembno, da ga v porodnih sobah ne odstranjujemo. Niti nedonošenčkom. Z nemoteno prvo uro po porodu, kenguru metodo, kasnejšim preklemanjem popkovnice in neodstranjevanjem vernixa takoj po porodu, dobimo najboljše izhodišče, za dober imunski sistem, zdravje in dobro počutje otroka. Stvari se med seboj dopoljujejo, saj je tudi narava tako poskrbela. Naša naloga je, da v bolnišničnem okolju čim bolj poskrbimo za ta fiziološki proces.










Z medikalizacijo poroda smo se odtujili od sodelovanja z ženskami in pozabili, kako pomembno je, da prisluhnemo njihovim željam in zaupamo naravi. S tem smo zanemarili tudi svoja avtentična babiška znanja in izgubili zaupanje v naš poklic. Porodna praksa v Sloveniji se počasi spreminja in vrača v roke žensk in babic. Tudi pri nefizioloških porodih lahko naredimo veliko več za udobje in zadovoljstvo žensk. S poenoteno prakso v vseh porodnišnicah bodo pari imeli manj dilem z izbiro tiste, ki bi se najbolj približala njihovim željam. In omenjena področja „5 P-jev v porodni sobi za lepšo porodno izkušnjo“ so nam vsem tako zelo poznana. Težava je le v tem, da s časom zapademo v rutino, delamo v nemotiviranih okoljih, vidimo veliko zapletov, ki lahko nastopijo pri porodu in tako pozabimo na njih, kako zelo vplivajo na porodno izkušnjo ženske. Porod mora predstavljati proces, pri katerem je na koncu mati zadovoljna. To nas naj motivira pri našem delu, za lepe porodne izkušnje in naše srečno srce.

LITERATURA

1. Bhatt S, Polglase GR, Wallace E, te Pas AB and Hooper SB. Ventilation before Umbilical Cord Clamping improves the physiological transition at birth. *Front. Pediatr.* 2014; 2 : 113
2. Cohen J. Protocols: Standards Meeting Needs. *Midwifery Today* 1990. Available at: <http://www.midwiferytoday.com/articles/protocols.asp>
3. Eichenbaum-Pikser G, Zasloff JS. Delayed Clamping of the Umbilical Cord: A Review with Implications for Practice. *J Midwifery Womens Health* 2009; 5 :321-26.
4. England C, Morgan R. *Communication Skills For Midwives: Challenges In Everyday Practice.* New York: Open University Press, 2012 .
5. Ersdal HL, Linde J, Mduma E, Auestad B, Perlman J. Neonatal outcome following cord clamping after onset of spontaneous respiration. *Illinois: Pediatrics* 2014; 134: 265 -72
6. Evans A. Neonatal Resuscitation with Intact Umbilical Cord. *Midwifery Today* 2012. Available at: <http://www.midwiferytoday.com/articles/neonatalresus.asp> [21.10.2014].
7. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth (Review). *The Cochrane Library* 2011. Available at: https://www.childbirthconnection.org/pdfs/continuous_support.pdf [21.10.2014].
8. Hull M. Rub It In: Making the Case for the Benefits of Vernix Caseosa. 2010 Available at: <http://www.scienceandsensibility.org/?p=1704> [21.10.2014].
9. Mercer JS, Vohr BR, McGrath MM, Padbury JF, Wallach M, Oh W. Delayed cord clamping in very preterm infants reduces the incidence of intraventricular hemorrhage and late-onset sepsis: a randomized, controlled trial. *Illinois: Pediatrics*, 2006. 117 (4): 1235–42
10. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5.
11. Mothers Advocate. Positions of Labor. Helpful Positions for Every Stage of Labor. Longmont -Colorado: Mothers Advocate, 2009. Available at: <http://www.mothersadvocate.org/pdf/hbyw-PositionsForLabor.pdf> [21.10.2014].
12. Newman J. The Importance of Skin to Skin Contact. 2009 Available at: http://www.nbci.ca/index.php?option=com_content&id=82:the-importance-of-skin-to-skin-contact-&Itemid=17 [21.10.2014].
13. O'Bryant C. *The Hemorrhage Handbook.* Eugene OR: Midwifery Today Holistic Clinical Series, 2010; 6 – 8.
14. Petelinšek K. Vpliv komunikacije na zadovoljstvo pacientov. Diplomska naloga. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2014. Available at: <http://dkum.uni-mb.si/lzpisGradiva.php?id=43395>



- 
- 
- 
15. Paddock C. Delayed cord clamping after birth better for baby's health. *Medical News Today* 2013. Available at: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/263181.php> [21.10.2014].
16. Richard H. Kangaroo Care: Why Does It Work? *Midwifery Today* 1997.
17. Romano AM. Research Summaries for Normal Birth. *J Perinat Educ.* 2005; 14: 52–55.
18. Ružič Koželj N. Komunikacija v zdravstvu. Kako do uspešne interakcije? 2004 Available at: https://zdrzz.si/files/3.%20seja%20komisije%20za%20kakovost%20-%20gradivo%20-%20tocka%202_2.pdf [21.10.2014].
19. Simkin P. Comfort in Labor How. You Can Help Yourself to a Normal Satisfying Childbirth. 2007. Available at: <https://www.pennysimkin.com/articles-resources/>
- Singh G, Archana G. Unrevelinh the mystery of vernix caseosa. *Indian J Dermatol.* 2008; 53: 54–60.
20. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Maternal and Child Nutrition*, 2014; 10: 456 – 73. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/mcn.12128/abstract> [21.10.2014].
21. Tritten J. Babies have rights too. *Midwifery Today* 2012; Available at: http://www.midwiferytoday.com/articles/ed_babieshaverights.asp [21.10.2014].
22. Tolosa JN, Park DH, Eve DJ, Klasko SK, Borlongan CV, Sanberg PR. Mankind's first natural stem cell transplant. *Cell Mol Med* 2010; 14 : 488–95.
23. Unicef. 10 korakov do uspešnega dojenja. 2013. Available at: <http://www.unicef.si/vsebina/139/Nacionalni%20odbor%20za%20spodbujanje%20dojenja> [21.10.2014]
24. WHO. Delayed Clamping of the Umbilical Cord to Reduce Infant Anemia. Switzerland: World Health Organization, 2013. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120074/1/WHO_RHR_14.19_eng.pdf?ua=1 [21.10.2014].
25. WHO. WHO recommendations on: Postnatal care of the mother and newborn. Switzerland: World Health Organization, 2013. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf [21.10.2014].
- 
- 





PORODNI IZIDI PRI ZDRAVIH PRVORODNICAH - PRIMERJALNA ŠTUDIJA

Anita Prelec, dipl.m.s, MSc (UK)

Dr. Ivan Verdenik, univ.dipl.elektr.

UKC Ljubljana, Ginekološka klinika

anita.prelec@kclj.si

IZVLEČEK

Uvod: Namen raziskave, ki je bila izvedena v UKC Ljubljana, KO za perinatologijo, je bila primerjava porodnih izidov ter izidov pri zdravih prvorodnicah in novorojenčkih, ki so bili sprejeti v samostojno babiško enoto in standardno porodno enoto. Namen je bil tako preveriti, ali so porodi v samostojni babiški enoti manj medikalizirani kot v standardni porodni enoti. Obenem smo testirali vstopne kriterije porodnic za klinično pot porod, ki so jo pripravili na KO za perinatologijo.

Metode: Prospektivna opazovalna raziskava primerov s kontrolami je bila izvedena med majem in avgustom 2013. 154 žensk je rodilo v samostojni babiški enoti in 343 žensk v porodni enoti. Obe skupini žensk sta izpolnjevali enake vstopne kriterije: prvorodnice brez prisotnih dejavnikov tveganja, ob porodnem terminu (37 – 41 3/7 tedni gestacije), z enim plodom v glavični vstavi, normalno plodovo frekvenco srca in normalnim kardiokotografskim zapisom, pri katerih se je porod spontano začel. Primarni izid, ki nas je zanimal, je bil delež izvedenih carskih rezov. Primerjali smo tudi demografske podatke, porodne, maternalne in novorojenčkove izide. Predvidevali smo, da bo delež negativnih porodniških intervencij (epiziotomije, krvavitve več kot 500 ml, poškodbe tretje in četrte stopnje) v proučevani skupini za 15% manjši kot v kontrolni skupini.

Za primerjavo medicinskih intervencij in porodnih izidov v obeh skupinah je bil uporabljen Chi-square test.

Rezultati: V proučevani skupini je bila povprečna starost 28,51 let v primerjavi z 28,67 let v kontrolni skupini. 70 (45,5%) žensk v proučevani skupini ima manj kot visokošolsko izobrazbo, v kontrolni skupini pa 161 (46,8%) ($p = 0,784$). V proučevani skupini so bile 4 (2,6%) žensk samske, 66 (42,9%) poročenih in 84 (54,5%) v izvenzakonski zvezi. V kontrolni skupini je bilo samskih 11 (3,2%) žensk, 152 (44,3%) žensk poročenih, 179 (52,2%) pa v izvenzakonski zvezi. 141 (91,6%) žensk v proučevani skupini in 314 (91,5%) žensk v kontrolni skupini je imela spremljevalca po svoji izbiri med porodom. 143 (92,9%), žensk v proučevani in 307 (89,5%) žensk v kontrolni skupini se je udeležilo predporodne priprave. Med demografskimi podatki med skupinama ni bilo statistično pomembnih razlik.





Spontan razpok mehurja se je pojavil pri 69 (44,8%) žensk v proučevani in 168 (49%) žensk v kontrolni skupini. Elektronsko spremljanje plodu bilo uporabljeno pri 153 (99,4%) porodih v proučevani in 339 (98,5%) porodih v v kontrolni skupini. Pospesevanje z oksitocinom ni bilo potrebno v 106 (68,8%) porodih v proučevani skupini in pri 55 (16,0%) porodih v kontrolni skupini ($p < 0,001$), kar je bila statistično pomembna razlika.

90 (58,4%) žensk v proučevani skupini in 273 (79,6%) ($p < 0,001$) v kontrolni skupini je uporabilo farmakološko analgezijo, kot so pethedine in remifentanyl. Dušikov oksid je bil uporabljen za 52 (33,8%) žensk v proučevani in 64 (18,7%) žensk v kontrolni skupini.

Vakuumsko ekstrakcijo smo uporabili za 1 rojstvo (0,6%) v proučevani skupini in 16 (4,7%) ($p < 0,001$) rojstev v kontrolni skupini, kar je bila statistično pomembna razlika. Carski rez je bil opravljen v 3 primerih (1,9%) v proučevani in 46 (13,4%) primerih v kontrolni skupini ($p < 0,001$).

V proučevani skupini je bilo 82 (53,2%) dečkov, 176 (51,3%) ($p = 0,690$) dečkov pa v kontrolni skupini. V kontrolni skupini je pri 1 (0,3%) novorojenčku bila potrebna aspiracija in pri 4 (1,2%) ($p = 0,322$) novorojenčkih v kontrolni skupini predihavanje preko maske. V proučevani skupini ni bilo potrebe po uporabi ukrepov za oživiljanje. 2 (1,3%) novorojenčka iz proučevane in 3 novorojenčki (0,9%) ($p = 0,780$) v kontrolni skupini so bili premeščeni na opazovanje na enoto intenzivne nege novorojenčkov.

124 (80,5%) novorojenčkov v proučevani skupini in 237 (69,1%) ($p = 0,002$) novorojenčkov v kontrolni skupini so bile v celoti dojeni ob odpustu, kar kaže na statistično pomembno razliko. Delno dojenih novorojenčkov je bilo 28 (18,2%) v proučevani skupini in 86 (25,1%) novorojenčkov v kontrolni skupini, medtem ko je 22 novorojenčkov sploh ni bilo dojenih: 2 (1,3%) v proučevani in 20 (5,8%) v kontrolni skupini.

Povprečna porodna teža novorojenčkov je bila 3362 gramov v proučevani, medtem ko je bila povprečna porodna teža novorojenčkov v kontrolni skupini 3422 gramov ($p = 0,136$).

Raziskovalna hipoteza je bila, da se bo delež negativnih sekundarnih izidov, kot so epiziotomije, rupture presredka tretje in četrte stopnje, poporodne krvavitve in uporaba transfuzije, znižala za 15% v samostojni babiški enoti. Rezultati so pokazali, da je bil delež le-teh 35,7% v proučevani in 59,8% v kontrolni skupini. Razlika v negativnih sekundarnih izidih je bilo 24,1%.

Ženske, ki so rodile v samostojni babiški enoti, so imele statistično pomembno več spontanov vaginalnih porodov ($p < 0,001$), manj pospeševanj z oksitocinom ($p < 0,001$), manjšo uporabo analgetikov ($p < 0,001$), manj operativnih vaginalnih porodov ($p < 0,001$) in carskih rezov ($p < 0,001$), manj epiziotomij ($p < 0,001$) in več polnega dojenja ($p = 0,002$).





Razprava in zaključki: V samostojni babiški enoti je bilo uporabljenih manj medicinskih intervencij. Za generalizacijo zaključkov te študije bi bile potrebne nadaljne raziskave v večih porodniških enotah v Sloveniji.

Članek je nastal na osnovi magistrskega dela Anite Prelec: A comparison study between the birth processes, maternal and newborn outcomes in a midwife led birthing unit and an ordinary labour ward in a Ljubljana Maternity Hospital (2013).

Celoten članek je objavljen v Obzorniku zdravstvene nege, 2014, letnik 48, številka 3, dosegljiv na: http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=b618b552-1158-4081-9167-3ca803620eba





ZGODNJI ODPUSTI IZ PORODNIŠNIC IN POMEN OBISKOV PATRONAŽNE DEJAVNOSTI

mag. Jožica Ramšak Pajk, prof. zdrav. vzg.,viš.pred.
Zdravstveni dom Ljubljana
jozicaramsakup@gmail.com

Izveleček:

Zdravstvena nega v patronažnem varstvu se prilagaja potrebam posameznikov, družine, družbe in aktualne politike. Preventivne aktivnosti za varovanje reproduktivnega zdravja v patronažni dejavnosti zahtevajo usposobljenega strokovnjaka z veliko znanja in vedenja.

Namen prispevka je predstaviti pomen obiskov na domu patronažne medicinske sestre pri obravnavi družine z otročnico in novorojenčkom. Uporabljena je deskriptivna metoda dela z delnim pregledom literature v bibliografskih bazah CIHNAL, Cochrane baze in COBISS.

Prispevek v teoretičnem delu obravnava delo medicinske sestre v patronažnem varstvu pri obravnavi mlade družine z novim članom in najpogostejše težave s katerimi se srečuje. Prikazana je celostna obravnava z uporabo prilagoditvenega teoretičnega modela C. Roy. V patronažnem varstvu so še posebej pomembne vrednote, kot so spoštovanje, zaupanje, zdravje, dobri medosebni odnosi in pristna komunikacija, ki so osnova vzpostavitvi medosebnega odnosa med otročnico in patronažno medicinsko sestro. Obiski na domu so v okviru varovanja zdravja in zdravstveno vzgojnega delovanja zelo pomembni še posebej pri hitrem odpuščanju iz porodnišnic.

Ključne besede:

patronažna dejavnost, obiski na domu

Uvod

Patronažno zdravstveno varstvo zajema aktivno zdravstveno in socialno varstvo posameznika, družine in skupnosti. Usmerjeno je v pospeševanje zdravja celotne populacije, preprečevanje bolezni in poškodb ter v zdravstveno nego bolnih in poškodovanih. Patronažna medicinska sestra je družinska medicinska sestra. Ima svoje terensko območje in pregled nad populacijo na njem. Le tako lahko deluje na vseh ravneh zdravstvene vzgoje, promovira zdravje in zagotavlja kontinuiteto in celovitost obravnave posameznika, družine in lokalne skupnosti. V okviru načrta dela izvaja preventivne patronažne obiske v družini ob prihodu novorojenčka in spremlja družino skozi vsa razvojnja obdobja življenjskega cikla.





Preventivna aktivnost za varovanje reproduktivnega zdravja v patronažni dejavnosti obsega (glede na ciljno populacijo) (Navodilo – dopolnitve, 2002):

- pregled zdravstvene dokumentacije;
- svetovanje o načinu življenja in pripravi na porod;
- svetovanje o načinu življenja in oskrbi novorojenčka;
- nasvete o dojenju, pravilni prehrani in negi;
- oskrbo otročnice in novorojenca (pregled dojk, čišče, nadzor nad krčenjem maternice, nega epiziotomijske rane, kontrola krvnega tlaka, nega novorojenčka).

Nosečnica ima pravico do enega preventivnega obiska patronažne medicinske sestre, otročnica do dveh preventivnih patronažnih obiskov; šest patronažnih obiskov je namenjenih dojenčku v prvem letu starosti, še dva dodatna obiska pa dojenčkom slepih in invalidnih mater (do dopolnjenega otrokovega prvega leta starosti).

Glede na specifične potrebe in naravo dela patronažna medicinska sestra v patronažni zdravstveni negi ravno preko komunikacije ugotavlja izražene negovalne potrebe. Pri tem je še posebej pomembno, da je komunikacija empatična in skrbstveno naravnana. Obiski so naravnani glede na intervencije zdravstvene nege ter potrebe posameznikov in družine. Medicinske sestre v patronažnem varstvu vstopajo v družino; terapevtska komunikacija, ki temelji na spoštovanju, zaupanju, empatiji in profesionalnosti, pa je vodilo dobremu skrbstveno-terapevtskemu odnosu in kakovostni zdravstveni oskrbi. Le v zaupnem odnosu bo otročnica ali ostali družinski člani izrazili strah, stres ali negotovost in se o nastalem problemu tudi pripravljeno pogovoriti oziroma pristopiti k rešitvi.

Namen in cilji:

- Predstaviti pravne osnove dela patronažne medicinske sestre v preventivnem delu z otročnico, novorojenčkom in družino.
- Na osnovi pregleda literature izpostaviti največje izzive v patronažni dejavnosti in prednosti hišnih obiskov
- Predstaviti delo patronažne medicinske sestre in ga umestiti v okvir prilagajanja novim situacijam na osnovnih izhodiščih teoretičnega modela Caliste Roy.

Metode

Na podlagi delnega namenskega pregleda literature v bibliografskih bazah Cinahl, Cobiss in Cochrane baze podatkov sistematičnega pregleda literature, osebnih izkušenj se osredotočam na obravnavo ter odnos otročnica–družina–patronažna medicinska sestra. Uporabljena je deskriptivna metoda dela, s katero želim ob pregledu literature in uporabi teoretičnega modela prikazati pogoste probleme mladih staršev in možne pristope obravnave medicinske sestre v patronažnem varstvu.

Medoseben odnos med patronažno medicinsko sestro in družinskimi člani

Medicinskim sestram v patronažnem varstvu pomeni delo v domačem okolju še poseben izziv, saj je mesto intervencije na posameznikovem domu, kar daje odnosu med patronažno medicinsko sestro in pacientom še posebno dinamiko





(McGarry, 2004). Za vzpostavitev dobrega odnosa in sodelovanja je pomemben prvi vtis (McGarry, 2008). Hišni obisk se izvaja v nepredvidljivem okolju in zahteva zadovoljevanje posameznikovih potreb glede na aktualno situacijo (Carr, 2001). Tan Jia (2009) navaja, da so večine terapevtske komunikacije temelj tudi zdravstveno vzgojnemu delovanju, pospeševanju zdravja in ohranjanju dobrega počutja. Mernik Merčeva (2010) o večini poslušanja kot eni pomembnejših vlog terapevtskega odnosa pravi, da s poslušanjem vstopimo v pacientov svet in vidimo stvari, kot jih vidi sam. Žal je za pacienta drugače pomemben kot medicinski sestri. Stickley in Freshwater (2006) navajata pomen znati poslušati pacienta in si zanj vzeti čas. Podobno navaja McGarry (2008) in še dodaja, da čas kot pojem pomeni biti vreden, doživeti zanimanje medicinske sestre v patronažnem varstvu.

Negotovost pri negovanju otroka in sprememba v življenju ritma družine

Otročnice oziroma družine z novim družinskim članom doživljajo ravno v prvih 8 tednih otrokovega življenja največje stiske in sicer kako negovati otroka in spremembe, ki se pojavijo v življenju staršev. Kot navaja kvalitativna raziskava (Christi, Poulton, Bunting, 2007), so starši največkrat izpostavili teme preživetje in uspešnosti v skrbi za dojenčka. Tudi (Choi, Henshaw, Baker, Tree, 2005) navaja izsledke, kako se otročnice opišejo kot »supermame«, »superžene« ipd. Prvorodke so bolj obremenjene s tem, kako interpretirati vedenje in jok dojenčka, matere, ki so rodile 2- in večkrat, pa bolj izpostavljajo pomanjkanje časa za skrb in pestovanje dojenčka ter tudi skrb zase (Christi, Poulton, Bunting, 2007). Spopadanje z novimi izzivi in prilagoditev novim situacijam je največji izziv mladih staršev v obdobju prvih 6 tednov. V kvalitativni študiji so bile prepoznane dve pomembni temi in sicer negovanje otroka in spremembe v življenju staršev. Za uspešno delo z družino, otročnico in drugimi člani, mora medicinska sestra razviti zaupen medoseben odnos, ki se navadno vzpostavi po 2 ali 3 srečanjih (McNaughton, 2005).

Duševne motnje

Najpogostejše duševne motnje v zvezi s poporodnim obdobjem so poporodna otožnost, poporodna psihoza in poporodna depresija (WHO, 2009). Prvi meseci po porodu predstavljajo za matere veliko obremenitev, saj okrevajo po porodu, prevzamejo skrb za novorojenčka, pogosto jim primanjkuje spanca in se nasploh prilagajajo na rutino v spremenjeni družini. Psihična nestabilnost je normalna za čas prilagajanja na velike življenjske spremembe (Mihevc Ponikvar, Tomšič, 2012). Obstaja pa vedno več dokazov, da je lahko rojstvo otroka tudi vzrok za težave v duševnem zdravju. Poporodne duševne motnje so še posebej pogoste pri ženskah, ki so že kdaj v življenju doživele epizodo resne duševne bolezni. V tej skupini žensk naj bi se težave po porodu pojavile vsaj pri vsaki drugi ženski (Mihevc Ponikvar, Tomšič, 2012 cit. po Robertson et al., 2005). Tako je vloga patronažne medicinske sestre in hišni obiski, kjer sta 2 obiska namenjena obisku otročnice, zelo pomembna pri odkrivanju omenjene problematike. Uporabimo lahko EURO lestvico dobrega počutja, ki je v materinski knjižici in se tudi najpogosteje uporablja ter EPDS Edinburško lestvico za ugotavljanje poporodne depresije.





Zaupanje

Kot element kakovostne obravnave so pacienti med drugim izrazili, spoštljiv in zaupen odnos medicinske sestre, znanje, vključenost, informiranost, dostopnost službe (Quinten, 2011). Zaupen odnos, ki ga vzpostavimo, je tudi temelj zdravstveno vzgojnega delovanja. Dojenje, učenje pristavljanja, spodbujanje matere in druge zdravstveno vzgojne intervencije patronažne medicinske sestre zahtevajo dober medoseben odnos. Avtorji (Aksu, Kucuk, Duzgun, 2011) randomizirane raziskave navajajo, da je hišni obisk tretji dan po porodu z namenom spodbujanja dojenja pozitivno vplival na uspešnost nadaljnjega dojenja.

Pomen prisotnosti patronažne medicinske sestre na terenu

Nekaj znanstvenih dokazov potrjuje, da lahko poporodna zdravstvena oskrba na domu zmanjša uporabo zdravstvenih storitev v prvih tednih po rojstvu in da lahko več obiskov na domu spodbudi ženske k izključnemu dojenju. Nekaj dokazov potrjuje tudi, da so obiski na domu povezani s povečanim zadovoljstvom mater s poporodno oskrbo (Yonemoto, Dowswell, Nagai, Mori, 2013). Podobno so avtorji (Lavender, Richens, Milan, Smyth, Dowswell, 2013) iskali dokaze v randomiziranih študijah v okviru Cochrane baze, da podpora v obliki telefonskih klicev pred in po porodu zmanjšuje stiske, strah staršev ter vpliva na dober potek poporodnega obdobja.

Predlog obravnave otročnice in novorojenčka

V razpredelnicah (Razpredelnica 1 in 2) je prikazano delo patronažne medicinske sestre. Glede na to, da je družina z novim družinskim članom v obdobju, ki je hkrati velika sreča in tudi stres. Saj so vsi dogodki novi, na katere se mora družina prilagoditi, jih sprejeti, se o težavah pogovoriti. Tukaj vstopa patronažna medicinska sestra, ki si prizadeva na osnovi ocene stanja zmanjšati stres v okolju in pomagati posameznemu članu družine, da se učinkovito prilagaja in obvladuje nove situacije.

Prilagoditvena raven predstavlja sposobnost posameznika, da obvladuje spreminjajoče se okolje na pozitiven način. Royeva opisuje štiri prilagoditvene načine, to so fiziološki način, samopodoba, obvladovanje vlog in medsebojna odvisnost. Vsak od posameznih sistemov vpliva na vedenje in reagiranje na stres. Teoretični model je bil testiran pri otročnicah, kjer so med drugim ugotovili, da je bilo največ zdravstveno vzgojnih intervencij (Weiss, Fawcett, Aber, 2009). Podobno situacijo imamo v Sloveniji, kjer je vsaj polovica našega dela pri mladih družinah, zdravstveno vzgojnih intervencij.





Razpredelnica 1: Pristop k obravnavi otročnice po teoretičnem modelu C. Roy

<p>Pogovor, anamneza, ocena obvladovalnih mehanizmov</p>	
<p>Fiziološki način prilagoditve ocena stanja, dražljajev</p> <ul style="list-style-type: none"> - merjenje TT, - meritev srčnega utripa in krvnega tlaka, - ocena involucije maternice, čišče, - pregled perineja ali/in rane po carskem rezu, - pregled dojk, - odvajanje, osebna higiena - prehrana, spanje in počitek, - zdravstveno vzgojno delo, svetovanje, pogovor 	<p>Samopodoba čustveno in duševno počutje,</p> <ul style="list-style-type: none"> - sprejemanje sebe (trebušček, dojke, kilogrami,...) - vprašanja o počutju, občutkih, stiski, otožnosti, - EURO lestvica dobrega počutja
<p>Funkcija vlog</p> <ul style="list-style-type: none"> - družina, nova vloga - mati, otročnica, žena - ocena dinamike odnosov v družini - spodbujanje naklonjenosti, pripadnosti, pomoči, varnosti 	<p>Soodvisnost</p> <ul style="list-style-type: none"> - partner, družina, ostali svojci - potreba po samouresničitvi, služba, ...

Razpredelnica 2: Pristop k obravnavi novorojenčka po teoretičnem modelu C. Roy

<p>Pogovor, anamneza, ocena obvladovalnih mehanizmov pri novorojenčku</p>	<p>Prilagajanje ekstrauterinem življenju</p>
<p>Fiziološki način prilagoditve</p> <ul style="list-style-type: none"> - fizični pregled novorojenčka (glava, fontanela, beločnice, ustna votlina, ustnice, - koža, prsni koš, spolovilo, roke, noge, prsti, nohti), - nega novorojenčka (umivanje, oblačenje, previjanje), - nega popkovne rane, - pomoč pri dojenju, - ureditev ležišča, - nadzor pridobivanja telesne teže, odvajanje blata in urina 	<p>Samopodoba čustveno in duševno počutje,</p> <ul style="list-style-type: none"> - otrok je izpostavljen mrazu, hrupu, dotiku, svetlobi, bolečini, jokanju - pogovor s starši o novorojenčkovih potrebah po toplini, nežnosti, varnosti, pestovanju, pravilnem rokovanju
<p>Funkcija vlog</p> <ul style="list-style-type: none"> - družina, nov družinski član - ocena dinamike odnosov v družini - zdravstveno vzgojno delo z družino 	<p>Soodvisnost</p>

Maja 2012 je bila predvajanja oddaja turbulenca z naslovom rojstvo otroka, kjer smo uspeli pridobiti k sodelovanju družino, ki je delila z nami svoje občutke, otroke, prostor kjer živi in dala priložnost, da javnosti predstavimo naše delo. Doživeli smo zelo pozitiven odziv na oddajo, kar ponovno dokazuje, da si mamice želijo naših obiskov in naše podpore. Oddajo si lahko ponovno ogledate na <http://ava.rtvsl.si/predvaj/rojstvo-otroka-svetovalno-izobrazevalna-oddaja/ava2.137196544/>.





Zaključek





Glede na dokaj definirano področje našega delovanja pri zgodnjem materinstvu lahko sklepamo, da imamo vse potrebno znanje in vedenje, kako pristopiti in delati. Znanje pridobivamo z izkušnjami in s teoretičnimi osnovami. Gre za povezavo med »vem kako« in »vem zakaj«. Prvo temelji predvsem na izkušnjah in našem subjektivnem podoživljanju le-teh, drugo pa na teoretičnem znanju in razumevanju. Gre torej za povezovanje prakse in teorije. Ravno vrzel med praktičnim in teoretičnim ter njuno povezovanje in dopolnjevanje je pogosta tema razprav, raziskav in izzivov v prihodnjem sodelovanju različnih strokovnih služb. Kot lahko razberemo iz literature, je veliko različnih sistemov v svetu glede zdravstvenega varstva v poporodnem obdobju. V Sloveniji sledimo smernicam WHO in imamo v okviru primarnega zdravstvenega varstva organizirano patronažno dejavnost, ki v okviru preventivnega delovanja opravlja obiske na domu. Lahko rečemo, da je to naša velika prednost in odgovornost na kateri moramo graditi in se razvijati, še posebej sedaj, ko je zgodnjega odpuščenja iz porodnišnic vedno več. Med zadanimi izzivi je še vedno ureditev obveščanja odpustov otročnic iz ljubljanske porodnišnice. Podatki, ki jih dobi patronažna dejavnost ob odpustu, so za naše delo zelo pomembni in tudi v nadaljnji obravnavi zelo koristni.

Torej ali so hitri odpusti prednost ali slabost, zavedamo se skrbi za zdravje mater in otrok, zato jih obiščemo čim prej oziroma v 24 urah po odpustu. Dobro sodelovanje med službama, prenašanje znanja, informacij, spodbujanje kontinuirane obravnave, je ključ do najboljše oskrbe tako v predporodnem kot poporodnem obdobju.

Literatura

1. Aksu H, Kucuk M, Duzgun G. The effect of postnatal breastfeeding education/support offered at home 3 days after delivery on breastfeeding duration and knowledge: a randomized trial. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 2011;24(2): 354–361.
2. Carr S. Nursing in the community: impact of context on the practice agenda. *J Clin Nurse* 2001; 10: 330–6.
3. Choi P, Henshaw C., Baker S., Tree J. Supermum, superwife, supereverything: performing femininity in the transition to motherhood. *Journal of reproductive and infant psychology*, 2005; 23: 167–80.
4. Christie J, Poulton B.C, Bunting B.P. An integrated mid-range theory of postpartum family development: a guide for research and practice. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 61(1): 38–50
5. Dinc L., Gastmans C. Trust and trustworthiness in nursing: an argument – based literature review. *Nursing Inquiry* 2012; 19(3): 223-37.
6. Lavender T, Richens Y, Milan SJ, Smyth RMD, Dowswell T. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013: 7. Dosegljivo: http://summaries.cochrane.org/CD009338/PREG_telephone-support-for-women-during-pregnancy-and-up-to-six-weeks-after-the-birth#sthash.0qaFEJvR.dpuf
7. McGarry J. Exploring the significance of place in community nursing. *Br J Community Nurs* 2004; 9: 302–4.
7. McGarry J. Defining roles, relationship, boundaries and participation between elderly people and nurses within the home: an ethnographic study. *Health and Social Care in the Community* 2008; 17: 83–91.



- 
- 
- 
8. Mernik Merc, A. Odnos med patronažno medicinsko sestro in pacientom. V: Profesionalni odnos v patronažnem varstvu Zbornik 6. strokovnega srečanja Združenja zasebnih patronažnih medicinskih sester. Polana, 2010: 20–9.
 9. Mihevc Ponikvar B. Tomšič S., 2012 Vloga patronažne medicinske sestre pri preprečevanju maternalne umrljivosti v Sloveniji. V: Zbornik prispevkov z recenzijo (ur. Mateja Berčan) Patronažno varstvo v obdobju zgodnjega starševstva 8. strokovno srečanje združenja ZPMS Vransko, 25. September 2012, Združenje ZPMS, 2012 str. 19-23.
 10. McNaughton D.B. A Naturalistic Test of Peplau's Theory in Home Visiting. *Public Health Nursing* 2005; 22(5); 429—438.
 11. Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list Republike Slovenije, št. 19/1998/2002.
 12. Quinten C. A process for developing a principle – centred district nursing service philosophy. *British journal of community nursing* 2011; 16(11): 554-557.
 13. Yonemoto N. Dowswell T. Nagai S. Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013: 7 Dosegljivo: http://summaries.cochrane.org/CD009326/PREG_home-visits-in-the-early-period-after-the-birth-of-a-baby#sthash.1GQCm2M1.cw7cATi7.dpuf
 14. Stickley T. Freshwater D. The art of listening in the therapeutic relationship. *Mental Health Practice* 2006; 9: 12–8.
 15. Tan Jia X.J. The use effective therapeutic communication skills in nursing practice. *Singapore Nursing Journal* 2009; 36: 35–40.
 16. Weiss M., Fawcett J., Aber C. Adaptation, postpartum concerns and learning needs in the first two weeks after caesarean birth. *Journal of Clinical Nursing* 2009; 18; 2938–2948.
 17. World Health Organization (WHO). Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature. Geneva: WHO Press, 2009. Dosegljivo na: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563567_eng.pdf
- 
- 